

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Fernanda de Barros Machado Borges

O Clube dos Saberes no Hospital: análise institucional de uma intervenção

São Paulo

2009

Fernanda de Barros Machado Borges

O Clube dos Saberes no Hospital: análise institucional de uma intervenção

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social

Área de concentração: Psicologia Social Instituto de Psicologia da USP
Orientador: Prof.Dra. Sueli Damergian

São Paulo
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Borges, Fernanda de Barros Machado.

O clube dos saberes no hospital: análise institucional de uma intervenção / Fernanda de Barros Machado Borges; orientadora Sueli Damergian. -- São Paulo, 2009.

162 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Redes sociais 2. Hospitais psiquiátricos 3. Análise institucional 4. Intervenção psicológica 5. Psicologia institucional 6. Saúde mental I. Título.

HM741

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda de Barros Machado Borges
O Clube dos Saberes no Hospital: análise
institucional de uma intervenção

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Psicologia Social

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedicado ao Arthur Hyppólito de Moura

AGRADECIMENTOS

Ao Arthur, pelas trocas e ensinamentos, pelo Clube dos Saberes;

À Carolina Araújo, pelo companheirismo, pela amizade, pela receptividade e por todos os momentos compartilhados desde a faculdade até hoje, mas, principalmente, na jornada do Clube no Hospital;

Às pessoas do Hospital que estiveram ao nosso lado e nos apoiaram;

À Luiza, Maira, Antoine, Fábio, Fabinho, Olívia, Bia, Mara, Diego, Carol e Marcela, estagiários que trouxeram energia, esperança, questionamentos e iniciativas.

À todos os pacientes que fizeram dessa, uma experiência enriquecedora;

À Sueli Damergian pela oportunidade de ingressar no mestrado na USP e pelo acompanhamento da pesquisa;

Ao Zeca, por estimular o ingresso no mestrado, pela acolhida e disponibilidade;

À Maria Cristina Vicentin pelos ensinamentos e apoio;

À minha irmã Mariana

Ao Paulo pelo carinho, amor e dedicação;

Aos meus amigos; em especial àqueles que estiveram mais próximos no momento da prática e da pesquisa que esta originou: Chico, Vivi, Saulo, Lu Rebello, Pata, Natália e Micky.

RESUMO

BORGES, F.B.M. *O Clube dos Saberes no Hospital: análise institucional de uma intervenção*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

O objetivo desta pesquisa é analisar, a partir do referencial da Análise Institucional, a experiência do *Clube dos Saberes* (CS), um dispositivo que fez parte de uma intervenção institucional, num hospital psiquiátrico privado da cidade de São Paulo, entre os anos 2001 e 2005. O Hospital é uma instituição biforme, com uma organização hierárquica-piramidal e características manicomiais. O CS é uma rede de relacionamentos formada pela troca de saberes e de experiências entre as pessoas de um coletivo, que se organiza democraticamente e visa tanto o crescimento pessoal e individual quanto do próprio coletivo. Ele é proposto ao Hospital como possibilidade de superação da crise enfrentada através da inoculação de uma nova cultura de tratamento, de novas formas relacionamento, de novos modos de funcionamento e organização. A pesquisa envolveu, num primeiro momento, a reconstituição da história dessa experiência a partir da memória da pesquisadora-participante e de registros escritos e, num segundo momento, a seleção de trechos dessa história que possuíam a qualidade de *analisador*. A análise mostrou que apesar do CS representar uma esperança de mudança e de superação da crise do hospital, ele sofreu resistências por parte da equipe e enfrentou diversos obstáculos: participação pouco expressiva dos trabalhadores do hospital no desenvolvimento do CS; apreensão distorcida ou limitada do projeto; baixa efetividade das parcerias firmadas; persistência e recrudescimento das características manicomiais do hospital; predomínio da organização sobre a clínica e maior atenção à “saúde financeira” do hospital do que à saúde de seus agentes (pacientes e trabalhadores). Por fim, consideramos que o desenvolvimento do CS foi significativamente prejudicado pela falta de espaços de análise da instituição e de sua alienação.

Palavras-chave: Redes sociais, Hospitais psiquiátricos, Análise institucional, Intervenção psicológica, Psicologia institucional, Saúde mental.

ABSTRACT

BORGES, F.B.M. The *Clube dos Saberes in Hospital*: institutional analysis of an intervention. 2009. Dissertation (Master' degree) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

The object of this research is to analyze, using institutional analysis as a reference, the experience of the *Clube dos Saberes*, (Club of knowledge) or CS, the instrument of an institutional intervention in a private psychiatric hospital in the city of São Paulo between the years of 2001 and 2005. The hospital is a two pronged institution, which has a hierarchical-pyramidal organization with characteristics of an asylum. The CS is a network of relationships formed by the exchange of knowledge and experiences between a collective, that organizes democratically and aims for a personal and individual growth as well as the growth of the collective. This instrument is offered to the hospital as a possibility of overcoming a crisis through the inoculation of a new culture of treatment, of new forms of relationship, of new ways of functioning and organization. The research involved, at first, rebuilding the history of this experience through the memory of the participant-researcher, and through written records, later there was the selection of passages of this history that had the quality of analyzer. The analysis showed that although of the CS represented a hope of change and a chance of overcoming the crisis in the hospital, it suffered resistance from the part of the team and it faced several obstacles: a participation of small significance from the staff in the development of the CS; limited or distorted apprehension of the project; low effectiveness of the established partnerships; the persistence and aggravation of the characteristics of the hospital as an asylum; The predominance of the organization in detriment of the clinic and a greater attention to the “financial health” of the hospital then the health of its agents (staff and patients). In conclusion we find that the development of the CS was significantly hindered by the lack of a space for an institutional analysis and its own alienation.

Keywords: Social Networks, Psychiatric Hospital, Institutional Analysis, Intervention Psychological, Institutional Psychology, Mental Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1 BASES E REFERÊNCIAS DO CLUBE DOS SABERES.....	7
1.1 A influência da Psicoterapia Institucional e do Clube Terapêutico.....	8
1.1.1 Transversalidade.....	14
1.2 Alienação mental e alienação social.....	18
1.3 A cristalização ou conduta estereotipada	20
1.4 A alienação no equipamento de saúde mental.....	22
1.5 Desidentificação, vida associativa e saberes.....	24
1.6 Elementos presentes na estruturação do Clube dos Saberes: valorização dos saberes, mutualidade, reciprocidade, acolhimento e reconhecimento.....	27
1.7 O quase-objeto.....	30
2 A ANÁLISE INSTITUCIONAL COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO.....	34
2.1.1 A instituição, o instituído e o instituinte.....	37
2.1.2 O termo “análise” na Análise Institucional.....	39
2.1.3 O não dito ou inconsciente institucional a instituição como transversalidade	39
2.1.4 Segmentariedade e transversalidade.....	40
2.1.5 Implicação.....	42
2.1.6 O analisador e o dispositivo analisador	43
2.1.7 Autogestão	44
2.2 Metodologia e análise da pesquisa	46
3 O CENÁRIO DA PESQUISA UMA INTRODUÇÃO DA HISTÓRIA DO CLUBE DOS SABERES NO HOSPITAL.....	48

3.1 O Hospital: uma instituição biforme e piramidal.....	49
3.1.1 Diretoria Técnica	51
3.1.2 Administração I e Administração II	54
3.1.3 O caráter piramidal e biforme.....	54
3.2 O Clube dos Saberes e o Hospital	57
3.2.1 Modos de ação do Clube dos Saberes no Hospital.....	62
3.2.2 O quase-objeto na prática do Clube dos Saberes no Hospital.....	67
3.2.3 Considerações sobre os modos de ação do CS	68
4 ANÁLISE	70
4.1 Implicações da pesquisadora: motivações no empreendimento do Clube e sobreimplicação.....	71
4.2 A construção e a implementação do projeto: um descompasso.....	80
4.3 O início da ação do Clube no cotidiano do Hospital: o caso da Biblioteca (aceitação da tarefa e resistência	86
4.4 A contratação de pessoas de fora para efetivar a implantação do CS: uma solução dupla (solução válida e defensiva).....	91
4.4.1 Contradições na recepção ao CS: quatro formas de relacionamento.....	93
4.5 A obrigação e a iniciativa, a burocracia e o desejo, ação formalizada e ação desejante.....	102
4.6 Espaços do Clube dos Saberes: uso e subversão.....	109
4.7 O manicômio e o medo do manicômio, a hierarquia e o igualitarismo: os termos antagonistas de uma hesitação ocupacional.....	113
4.8 A horta:alface,couve, temperos, mangueiras e goiabeiras <i>versus</i> esgoto, entulho, ratos e baratas.....	118

4.8.1 Em busca de melhorias na alimentação: a distância entre o dizer e o fazer.....	122
4.9 Clínica, clube e democracia versus administração, finanças e centralização.....	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
7.	
APÊNDICE.....	147

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo empreender, a partir do referencial da análise institucional (AI), um estudo da experiência do *Clube dos Saberes*, entre os anos 2001 e 2005, em um *hospital psiquiátrico* privado e de médio porte¹ da cidade de São Paulo.

O Clube dos Saberes é uma rede de relacionamentos caracterizada pela troca de saberes e por uma organização democrática baseada no modelo de co-gestão. Ele é um dispositivo criado no Brasil por Arthur Hyppólito de Moura e inspirado, principalmente, pela Psicoterapia Institucional e pelo Clube Terapêutico, e pelas Redes de Trocas de Saberes.

Entendemos por dispositivo um conjunto de princípios, práticas, discursos e estratégias lançados numa instituição, organização ou estabelecimento com o fim de produzir acontecimentos,² questionamentos sobre o *statu quo* (estabelecido) e, ao mesmo tempo, engendrar movimentos de transformação, de renovação ou de criação, que contemplem os desejos e as demandas presentes nessa instituição. Nos aproximamos da noção de dispositivo da análise institucional, da ideia de um mecanismo capaz de *pôr algo em funcionamento*,³ favorecendo a emergência e o reconhecimento de analisadores institucionais. Essa noção se confunde como a própria definição de analisador: “àquilo que permite revelar a estrutura da organização,

¹ Segundo fontes disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, um hospital com até 160 leitos é considerado de pequeno porte e aquele com mais de 600 leitos, de grande porte. Disponível em: < www.saude.gov.br >.

² Barros aproxima a noção de acontecimento à de analisador, que discutiremos nos próximos capítulos. A autora afirma: “A ideia de acontecimento porta exatamente o sentido de ruptura, daquilo que não pode ser representado, que interrompe uma sucessão de fatos” (BARROS, 2004, p. 68).

³ Judith Revel ao apresentar uma síntese dos principais conceitos da obra de Foucault, destaca o sentido da noção de dispositivo para este autor. Inicialmente, Foucault utiliza esse termo para designar “os operadores materiais do poder, isto é, as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder” (REVEL, 2005, p. 39), os dispositivos seriam, portanto, mecanismos de dominação. Posteriormente, a ideia de dispositivos se torna independente do fator poder/dominação e passa a ser empregada num sentido mais geral (v. REVEL, 2005). Para nós, vale destacar e conservar essa noção de *mecanismo* proposta por Foucault.

provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1995). Os analisadores podem ser históricos e naturais ou construídos e artificiais, como é o caso do dispositivo.

O Clube dos Saberes (CS) fez parte de uma intervenção⁴ que resultou de um contrato entre os dirigentes do Hospital e uma organização de análise institucional. Após o diagnóstico institucional, e iniciada a intervenção, o Clube foi apresentado pela equipe de analistas como instrumento complementar a outros dispositivos postos em ação, os quais se configuraram como grupos de trabalho, formados por representantes de diversos setores do hospital, voltados para a análise e gestão da organização.

Na presente pesquisa, não investigaremos a intervenção como um todo no Hospital, mas apenas um dos dispositivos que a integraram, no qual a pesquisadora teve participação, e que foi desenvolvido em uma das unidades hospitalares, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS): o Clube dos Saberes.

Como veremos mais tarde, pela descrição de sua organização e condições de tratamento, a unidade conveniada em questão era a maior do Hospital e apresentava características que podemos classificar como asilares, manicomiais ou próprias às instituições totais. Dentre elas, sublinhamos aquelas relacionadas à organização hierárquico-piramidal, a segregação e o estigma sofridos pelos internados e aquilo que, como forma de enfatizar o conflito no Hospital entre os objetivos lucrativos e os objetivos de assistência, chamamos de *traço biforme*.

O Clube dos Saberes reconhece que uma organização hierárquico-piramidal num equipamento de saúde mental contribui para a “objetificação” de trabalhadores e pacientes, para a burocratização e cristalização dos papéis, funções e identidades institucionais. Essa forma de organização tende a levar a uma perspectiva fragmentada e

⁴ Designaremos como intervenção um conjunto articulado de dispositivos que interfere em um meio.

empobrecida da instituição; perde-se a visão da totalidade desta, o que pode impedir melhorias e estimular a divisão e o isolamento dos agentes institucionais em subgrupos.

Dadas as condições impostas pela doença mental e dado o modo pelo qual a sociedade lida com essa doença, o Clube parte da constatação de que o louco vive diversas formas de exclusão. Além do estigma social em relação à doença mental, o paciente, na situação de internação, sofre com o apartamento de seu meio social próximo, com a impossibilidade de participar das decisões acerca de seu tratamento, de sua rotina diária ou dos assuntos cotidianos no hospital, com o preconceito dos trabalhadores hospitalares em relação a suas habilidades e/ou capacidade de responsabilizar-se pelas próprias ações. Vítima dessas exclusões, o doente perde seu papel operativo (MOURA, 2003) e tem sua identidade, suas possibilidades de ser e de agir, reduzidas a um diagnóstico ou a sintomas e condutas psicopatologizadas; a complexidade dada pela sua condição de sujeito, os aspectos saudáveis da personalidade, valores e qualidades individuais são, na maior parte do tempo, ignorados.

Levando em conta esses e outros aspectos, o Clube dos Saberes foi proposto ao Hospital como possibilidade de alteração das características ditas manicomiais, de incrementar a ambiência e o potencial terapêutico da instituição, e permitir a análise dos acontecimentos cotidianos nas instâncias (grupos, reuniões e outras atividades) presentes no dia-a-dia da organização. Para isso, o Clube lançou estratégias voltadas à descristalização dos papéis, funções, postos e identidades institucionais, criou um campo de troca entre os agentes institucionais e incentivou a participação de todos os seus membros na organização, gestão e funcionamento do Hospital.

O Clube busca revelar a riqueza das pessoas que, na maioria das vezes, encontram-se ofuscadas pelos rótulos institucionais. Além de médico, doente ou cozinheiro, o que mais aquela pessoa é? Quais outros saberes ela dispõe e que podem

ser úteis ou interessantes para compartilhar com os outros? Como seus conhecimentos e experiências podem contribuir seja para compreender e analisar os problemas enfrentados pelo hospital, seja para resolver algo prático (p.ex.: como organizar a festa junina do hospital)? Os muros do hospital e as identidades institucionais não deveriam separar as pessoas de suas histórias, de suas experiências, de suas qualidades. Os internados não deveriam ser subtraídos da capacidade de assumir responsabilidades e da possibilidade de enfrentar ou aprender a lidar com as consequências de suas ações.

Qual é o resultado dessa experiência? O que ocorreu nesses quatro anos de Clube dos Saberes no Hospital? Quais foram os facilitadores ou dificultadores dessa experiência? Quais efeitos foram produzidos no âmbito do Clube e no âmbito do Hospital? Como se desenvolveu o relacionamento entre essas duas instâncias?

Essas são algumas das questões que pretendemos abordar nesta pesquisa, mas que, no entanto, não encerram os motivos que me conduziram ao mestrado. Em minha trajetória pessoal e profissional impôs-se a necessidade de compreender a complexidade da experiência do Clube dos Saberes no Hospital, complexidade relativa tanto à diversidade dos conceitos e pressupostos envolvidos no dispositivo Clube quanto às múltiplas interferências (políticas, clínicas e econômicas) que atravessaram o campo de intervenção. A intensidade com que fui afetada por essa experiência mereceu minha atenção e exigiu elaboração, para que um olhar mais amplo, aprofundado e crítico sobre o trabalho desenvolvido pudesse ganhar lugar.

A intervenção institucional, a pesquisa-ação ou a análise institucional são práticas desenvolvidas no Brasil desde a década de 1970. A psicoterapia institucional, principal fonte de inspiração do Clube dos Saberes, surgiu na França, na década de 1940, no Hospital Saint Alban, e influenciou algumas práticas e serviços de saúde

mental em nosso País.⁵ O dispositivo Clube dos Saberes já havia sido experimentado anteriormente num equipamento de saúde mental no Estado de São Paulo, mas tal experimentação não foi pesquisada formalmente e publicada. Por isso, julgamos importante nossa investigação e esperamos que o registro mais sistematizado, o compartilhamento e análise da nossa experiência possam contribuir com os conhecimentos em torno da análise institucional e das práticas em saúde mental.

Na seção 1 iremos aprofundar o conhecimento do Clube dos Saberes, abordando suas principais referências teóricas e práticas, dentre elas a Psicoterapia Institucional e o Clube Terapêutico, a Rede de Trocas Recíprocas de Saberes, a noção de Coletivo, proposta por Michel Authier, e a Árvore de Conhecimentos. Além disso, esclareceremos as finalidades e a concepção de tratamento da loucura presentes no Clube dos Saberes.

Na seção 2 apresenta alguns conceitos da análise institucional na perspectiva de Lourau, em que a instituição é compreendida como transversalidade (entrecruzamento dos diversos pertencimentos e referências institucionais) e como dinâmica dialética entre instituído (estabelecido) e instituinte (movimento criador). A análise da instituição, nessa corrente, é operada pelos analisadores institucionais: elementos, acontecimentos, situações ou dispositivos capazes de revelar as dimensões da instituição através da dissolução das formas e dos saberes instituídos. Abordaremos, também, outros aspectos que compuseram a metodologia de pesquisa e o percurso traçado para alcançar nosso objetivo: analisar a experiência do Clube dos Saberes no Hospital, através da reconstituição da história dessa experiência e dos analisadores dessa história. Pretendemos, mais precisamente:

⁵ Podemos destacar a presença da PI, por exemplo, na construção do primeiro Centro de Atenção Psicossocial brasileiro, na cidade de São Paulo: o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira.

1. Analisar a experiência do Clube no Hospital;
2. Caracterizar a dinâmica das relações institucionais e o papel do Clube nessa dinâmica;
3. Identificar e analisar os pontos de tensão entre as práticas e pretensões do Clube dos Saberes e a cultura (os interesses, a política de tratamento) de um hospital com traços manicomiais;⁶
4. Identificar os fatores facilitadores e impeditivos da experiência do Clube dos Saberes no Hospital.

As seções finais são dedicadas à apresentação e análise da experiência estudada.

⁶ Como se verá neste projeto, as características de um hospital que poderão ser chamadas de manicomiais incluem uma organização piramidal do governo da instituição.

1 BASES E REFERÊNCIAS DO CLUBE DOS SABERES

1.1 A influência da Psicoterapia Institucional e do Clube Terapêutico

O Clube dos Saberes é uma rede de relacionamentos caracterizada pela troca de saberes (conhecimentos e habilidades) e por uma organização democrática. Inspirado, principalmente, pela Psicoterapia Institucional e pelo Clube Terapêutico,⁷ o Clube dos Saberes foi estabelecido e desenvolvido no Brasil por Arthur Hyppólito de Moura.⁸ Ele pode ser qualificado como método ou dispositivo de intervenção pois se configura como um meio ou um mecanismo apresentado (disposto) com a intenção de se chegar a um determinado fim,⁹ ou seja, o Clube prevê uma interferência em um determinado campo (no caso em estudo, o hospital psiquiátrico).

A Psicoterapia Institucional é uma corrente teórica surgida na França e suas origens remetem ao período da 2ª Guerra Mundial.¹⁰ Ela parte do questionamento acerca dos estereótipos da doença mental e da constante e reforçada distinção (e distanciamento) entre tratadores e tratados em hospitais psiquiátricos. E acredita que, antes de se pensar em “cura individual”, deve-se pensar na “cura” do contexto de tratamento, uma vez que este pode ser responsável (ou co-responsável) pela manifestação, agravamento ou manutenção da doença. O meio social ou de tratamento, na Psicoterapia Institucional, adquire, portanto, um papel bastante importante porque incide sobre o desenvolvimento dos sujeitos e produz, em maior ou menor grau, alienação. Essa visão do meio nos leva a conceitos de ambiência, patoplastia e transversalidade concebidos pela Psicoterapia Institucional (PI).

⁷O primeiro Clube Terapêutico – o Clube Paul Balvet – se desenvolveu no hospital psiquiátrico de Saint Alban, na França, por volta de 1950. Outro Clube Terapêutico de grande importância para a Psicoterapia Institucional é o da Clínica de La Borde, também localizado na França, em Cour-Cheverny.

⁸Psicanalista e analista institucional.

⁹A finalidade do Clube dos Saberes será esclarecida ao longo da pesquisa.

¹⁰Para Guattari (1976), podemos considerar uma origem mais remota, após a 1ª Guerra Mundial, com o desenvolvimento da terapia ativa de Hermann Simon nos hospitais psiquiátricos de Wesfália, Alemanha, ou na Inglaterra, com os métodos do “*no restraint*” e do “*open door*”.

Segundo Moura (2003), a patoplastia está associada aos fenômenos do hospitalismo, descrito por Spitz, e ao *efeito Staton e Schwatz*, contado por Recamier. O primeiro refere-se ao adoecimento ou perturbação em crianças institucionalizadas que são atribuídos ao cuidado serializado e à privação de contato afetivo significativo. O segundo, diz respeito ao efeito do relacionamento entre os profissionais na manifestação da sintomatologia psicopatológica de um paciente sob os seus cuidados. Recamier relatou a experiência de dois psicólogos – Stanton e Schwartz –, que atendiam um mesmo paciente. As desavenças entre os dois causaram um agravamento no estado daquele. Após uma conversa na presença de outros profissionais, houve um entendimento entre eles e isso repercutiu positivamente na sintomatologia do paciente em questão.

Esses fenômenos mostram que, para além das determinações biológicas ou psicológicas da doença mental, o ambiente pode intensificar ou transformar o quadro psicopatológico de um paciente. A patoplastia implica, portanto, o reconhecimento do ambiente como fator patogênico. Ela pode ser compreendida “como as aparências mórbidas resultantes das inter-relações entre a pessoa e o meio, bem como a alienação social, que se adiciona à própria alienação psicótica, tudo isso influenciando na apresentação sintomatológica, na duração das fases, na evolução da perturbação” (VERTZMAN, CAVALCANTI & SERPA, 1992, p. 23).

A ambiência diz respeito a um clima, a uma atmosfera, ao *entre*¹¹ entendido como “um espaço relacional (do indivíduo com o meio); a relação (do indivíduo com o outro), e o pólo desta relação (o indivíduo em si, o ser-si com o si mesmo: ‘uma relação que se relaciona consigo mesma’, o eu transcendental)” (DUBENA, 2004, p.63). A

¹¹ Dubena ao definir o conceito de ambiência da PI indica três aspectos mencionados por Oury: o pático, o entorno e o termo *aida* proposto por Kimura. *Aida*, segundo Dubena, significa *entre*. Aqui nós enfatizamos mais a questão do pático e mencionamos rapidamente a noção de *aida*. O entorno diz respeito ao aspecto mais estrutural da ambiência relacionado à delimitação, diferenciação e organização dos espaços. Para saber mais, ver Dubena, 2004

ambiência é constituída por aquilo “que se passa no nível dos encontros”, por “acontecimentos singulares e inesperados” que ocorrem no âmbito da relação com o outro, pelo espaço intersubjetivo no qual “emergem sentimentos vitais que são o próprio *pathos*” (MOURA, 2003, p.64, grifo do autor). *Pathos* no sentido de algo que acontece aos corpos e à alma (MOURA, 2003), de sensação primordial (OURY, 1989 apud DUBENA, 2004)

Se considerarmos a “paisagem” como um acontecimento vivido no qual estamos com o outro, ou seja, não como uma paisagem que vemos de fora, como um turista, mas da qual fazemos parte, participando de sua atmosfera, entendemos com Oury que “*cada vez que a gente se ‘move’ neste espaço intersubjetivo, o horizonte (Eugène Minskowski) se modifica. É questão do espaço, dos limites, em relação consigo mesmo e com o outro*” (Oury, 1996, p.31) [...] Quando alguém entra na paisagem, ela se modifica, algo muda paticamente. O domínio da *presença* é tocado. Quando se diz que uma pessoa “tem presença”, é porque ela modifica a ambiência. Sendo assim, o que conta na ambiência é a *qualidade de presença* daqueles que se encontram em cena e é isso que implica uma certa *qualidade de encontro*. (DUBENA, 2004, p.60 e 61, grifos da autora)

Para a PI, intervir no contexto de tratamento significa construir um ambiente, uma atmosfera e condições para que “algo aconteça”, para que os encontros sejam possíveis, para que as múltiplas transferências sejam efetuadas. Nesse sentido, Michaud (1977, apud MOURA, 2003) afirmou que “a terapêutica institucional não é uma psicoterapia de grupo, é uma *técnica da ambiência* [grifo nosso], técnica sempre remanejada por uma análise profunda daquilo que acontece...”. Criar espaços de encontros, possibilitar vínculos transferenciais múltiplos capazes de “revelar, para melhor tratar, o processo psicótico no que este tem de ‘patogênico’, metabolizando o que existe de patoplástico [daí a necessidade de análise]” (VERTZMAN,

CAVALCANTI & SERPA, 1992, p. 23), são os principais objetivos da PI, ao se propor a tratar o meio.

A técnica da ambiência se materializa no instrumento criado pela PI: o Clube Terapêutico. Ele contempla um conjunto múltiplo de atividades. Há as atividades ou oficinas relacionadas a lazer, artesanato, trabalho, esportes, cultura etc., as quais são grupos concretos de trabalho que ocorrem diariamente e sustentam o cotidiano. Existem atividades de outra natureza; são reuniões, grupos e comissões organizados em torno da administração e gestão das atividades citadas e dos recursos materiais do clube (arrecadação e investimento desses recursos).

Como associação que reúne e promove encontros entre as pessoas, e que oferece um leque de atividades e oficinas e abre aos seus membros a possibilidade de participar da gestão dessa associação, o clube possui um caráter socializador e, por isso, pode contribuir para o fortalecimento da capacidade de convívio e participação social do doente (MOURA, 2003). Seu aspecto terapêutico mais específico reside na forma como os espaços do Clube são compreendidos: objetos de investimento libidinal; ligação com a realidade externa (pessoas, objetos, lugares etc.); e suporte para múltiplas transferências. Para a psicoterapia institucional essas características são fundamentais para o tratamento da doença mental:

Há na esquizofrenia um "desbaratamento" mental que necessita de atenção integral para que o esquizofrênico possa estar em algum lugar, porque, por essência, ele não está em lugar nenhum. Isso em função do "corpo dissociado", do "espaço despedaçado", que são aspectos essenciais da existência esquizofrênica (PANKOW, 1987) (...) Da mesma forma é uma transferência dissociada, estilhaçada, de investimentos multirreferenciais – e é preciso, a partir disso, reagrupar os "pedaços" daqueles que perderam sua unidade e estão "à deriva".

Neste sentido, para que isso se dê é preciso dispor de uma superfície de vida, de uma organização do espaço, das trocas, da circulação e é nesse terreno que vai atuar a psicoterapia institucional. "A psicoterapia institucional pode ser igualmente definida como o que permite a criação de campos transferenciais e multifocais (OURY, 1976, p. 252)¹². (VERTZMAN, CAVALCANTI & SERPA, 1992, p. 24, grifo do autor).

O clube constitui-se nessa *superfície de vida*, na possibilidade de engate, em lugar para estar, em referência, em localização. É espaço de pertencimento e de investimento, assim como de organização destes.

A multiplicidade e heterogeneidade dos espaços e atividades oferecidos, e dispositivos, como a *Grade*, criados e desenvolvidos no Clube Terapêutico da Clínica de La Borde permitem a circulação de todos por diferentes papéis e funções, ampliando a visão e o conhecimento acerca da totalidade do Clube, assim como o sentimento de responsabilidade pelo funcionamento deste.

A *Grade* é um instrumento que organiza as atividades do cotidiano, na qual *todos* se inscrevem para participar das oficinas, dos postos de trabalho ou funções do dia. Esse instrumento leva em consideração o interesse de cada um e não somente sua especialização.¹³ Implica um complexo sistema de rodízios dos lugares e funções entre as pessoas da Clínica. A *Grade* é "uma das tentativas de promover, dentre outras coisas,

¹² O leitor irá notar ao longo do texto que, muitas vezes, citaremos Oury indiretamente, através de outros autores. Isto porque, os textos e artigos de Oury, com uma ou outra exceção, estão em francês e não encontram tradução em português.

¹³ Sobre isso, Moura faz uma interessante citação de Guattari: "o objetivo da grade é de tornar articulável a organização do trabalho com as dimensões subjetivas que não poderiam estar em um sistema hierárquico rígido. Complicação, portanto, não pelo prazer, mas para que algumas coisas sejam atualizadas, que certas superfícies de inscrição existam. Por exemplo, para que certos membros do pessoal possam estar presentes em atividades que lhes interessam, ao passo que, com um organograma fixo, isto não lhes seria possível. Estas modificações de atribuição dependem então da capacidade de a grade se tornar um sistema articulatório". Para saber mais cf. Moura(2003), Cap. 5.

a descolagem das identidades profissionais e organizacionais (tanto do pessoal como dos doentes)” (MOURA, 2003, p. 86).

O Clube dos Saberes está apoiado sobre os referenciais da PI mencionados supra. Como o Clube Terapêutico, ele *intervém* no ambiente (físico, organizacional e relacional) de um equipamento de saúde, e também pode ser compreendido como uma *técnica da ambiência* e como *instrumento de desalienação*, ao prever sua própria análise e estimular a análise do equipamento.

Além de defender a multiplicidade de espaços, estar aberto à participação de todos, estimular a circulação e o rodízio por meio de diferentes tarefas, atividades ou funções do clube,¹⁴ o Clube dos Saberes busca formas de promover a *desidentificação*, a descristalização das identidades profissionais, dos papéis e postos institucionais ao dispor o *saber* no jogo das relações interpessoais. Mas por que o saber? Porque ele é algo comum a todas as pessoas. Todos possuem saberes pelo simples fato de estarem vivos, inseridos numa cultura, numa tradição; por terem uma história e um conjunto de experiências e conhecimentos acumulados durante os anos de vida. Esses saberes podem interessar às pessoas e, por isso, ser transmitidos. É a partir desse ponto que o Clube irá se estruturar, organizar suas atividades e os relacionamentos, como veremos mais adiante. Mas, antes de adentrarmos nas especificidades desse dispositivo e suas outras influências, é necessário aprofundar alguns conceitos referidos anteriormente – por exemplo, transversalidade, alienação e cristalização – e que são importantes para compreendê-lo.

¹⁴No hospital estudado não dispúnhamos de um dispositivo como a Grade. Estimulávamos a participação e o rodízio nas atividades com aquilo que dispúnhamos: às vezes nos oferecíamos para ficar no posto de enfermagem, para que profissionais de determinada ala pudessem participar de alguma atividade do Clube que lhes parecessem interessante. Isso deu certo algumas poucas vezes. Tentamos propor um rodízio baseado no “modelo matricial”, em que um trabalhador pudesse dispor de uma hora semanal para estar no Clube, enquanto recebia cobertura de outros trabalhadores no local ou tarefa da qual havia se “licenciado”, mas essa tentativa não vingou.

1.1.1 Transversalidade

Para elucidarmos o conceito de transversalidade proposto por Guattari (1977), utilizaremos um de seus artigos, intitulado “Transversalidade”, em que ele abordou noções vinculadas a esse conceito, como as de grupo sujeito e grupo sujeitado (grupo-objeto), de conteúdo manifesto e conteúdo latente do grupo, e desejo inconsciente do grupo.¹⁵

Nesse artigo, a partir da psicanálise, das considerações freudianas entre o social e o individual,¹⁶ Guattari afirmou a existência de uma dimensão institucional inconsciente. Sob essa perspectiva, buscou delimitar o objeto da psicoterapia institucional – o grupo – diferenciando-o do objeto da psicossociologia¹⁷: os grupos na terapêutica institucional são vinculados a uma atividade concreta, têm uma certa perspectiva, uma determinada “missão a cumprir” (GUATTARI, 1977, p. 91). Neles é possível identificar modos de posicionamento que os definem como *grupo sujeito* ou *grupo sujeitado*, e discriminar seus diferentes níveis, manifesto e latente.

O grupo sujeito “se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento”, ele é “ouvido e ouvinte” e, por isso, consegue se desvencilhar das estruturas hierárquicas institucionais. “O grupo sujeitado não se presta

¹⁵ Segundo Rolnik, organizadora e tradutora do livro *Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo* escrito por Guattari (1977), faz uma nota a respeito do artigo “Transversalidade”: ela informa que este artigo havia sido escrito em 1964 e publicado, pela primeira vez, em 1972 na coletânea *Psicanalyse e Transversalité*. Incluo aqui o esclarecimento da nota da tradutora para lembrar que o artigo que utilizamos (“Transversalidade”) refere-se a um momento da obra de Guattari em que a influência da psicanálise é marcante. Mais tarde esse autor chegaria ao que se conhece como *esquizoanálise*, que corresponde a um momento de ruptura com a psicanálise.

¹⁶ Guattari recorre às *Novas conferências* de Freud para mostrar a relação do indivíduo com a coletividade através da correspondência entre as fases do desenvolvimento do sujeito e angústias de diferentes ordens (frente à formação do ego, ao temor da perda do objeto e ao perigo da castração), mas sempre referidas à relação do sujeito com o outro.

¹⁷ Barros aponta diversas vezes como a AI, que sofreu grande influência da PI, se contrapõe à psicossociologia dos grupos e organizações. Parece-me que Guattari, quando busca diferenciar o grupo da terapêutica institucional (da psicoterapia institucional) dos grupos da psicossociologia, refere-se às críticas apresentadas pela referida autora (ver BARROS, 2004).

a tal perspectiva; ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento a outros grupos” (GUATTARI, 1997, p. 92).

Para Guattari, os conteúdos manifestos no grupo são “constituídos por aquilo que é dito e feito, pelas atitudes de uns e outros, as cisões, a existência de líderes, bodes expiatórios etc.”. Os conteúdos latentes correspondem àquilo que aparece como ruptura do sentido e exige ser decifrado e interpretado; eles correspondem à dimensão desejante do grupo: “Definamos essa instância latente como desejo de grupo: ela teria que ser articulada com uma ordem pulsional de Eros e de morte específica do grupo” (GUATTARI, 1997, p. 92).

Enquanto o grupo sujeito está aberto ao desejo inconsciente do grupo e é capaz de tomar a palavra e enunciar algo, o grupo sujeitado, por suas características (submissão à ordem institucional, tendência à cristalização e ao fechamento), encontra-se alienado em relação ao seu desejo e não está em condição de evocá-lo pela fala, apenas através de sintomas.

O desejo inconsciente de um grupo, por exemplo de um “grupo missionário” de um hospital tradicional, como expressão de uma pulsão mortífera, provavelmente não estará em condições de ser evocado na ordem da fala e fará surgir toda uma gama de sintomas. Ainda que estes últimos sejam “articulados como uma linguagem” e descritíveis numa perspectiva estrutural, na medida em que tendem a mascarar o sujeito da instituição, eles nunca chegarão a se exprimir de outra forma que não seja a de uma frase incoerente a partir da qual ficaria para ser decifrado o objeto (totem e tabu), erigido no próprio lugar da impossibilidade de uma fala verdadeira no grupo. A revelação deste lugar, em que o desejo está reduzido a mostrar somente a ponta de um falso dedinho, não poderia dar acesso ao desejo em si mesmo, pois o desejo enquanto tal, de qualquer modo, permanecerá inconsciente e recusará se anular sempre sobre o viés de uma explicação exaustiva, como seria a vontade de um neurótico. Mas

a desobstrução de um espaço, a preservação de um vacúolo de onde poderia se destacar um primeiro plano de referência a esta instância do desejo de grupo, situará de imediato o conjunto da problemática além das contingências relacionais, clarificará sob uma luz totalmente outra as "questões da organização" e obscurecerá na mesma medida as tentativas de descrição formal e aparentemente racional; de fato a desobstrução constituirá a prova pela qual deverá passar o grupo antes de qualquer tentativa analítica (GUATTARI, 1977, p. 93).

A psicoterapia institucional, como vimos, busca dar lugar ao sujeito e ao desejo, cria espaços em que a palavra possa ser tomada e circulada,¹⁸ favorece a manifestação das transferências institucionais e a análise destas (interpretação) através da constituição de múltiplos "objetos institucionais".

A respeito desse modo de intervenção baseado na transferência e interpretação, Guattari lembrou que o fato de um ou outro ator institucional deter uma parcela de poder, determinada pelo cargo que ocupa (por exemplo, o médico ou enfermeiro, o diretor ou administrador do hospital), pode ser responsável pelo empobrecimento da transferência e limitar a manifestação da "subjetividade inconsciente da instituição" (GUATTARI, 1977, p. 95). Ele usa expressões como "transferência congelada, mecânica, insolúvel" ou "transferência obrigatória, predetermina, 'territorializada' num papel" para designar esse empobrecimento e limitação.

A partir dessas colocações, o autor introduziu o conceito de transversalidade, em que reconheceu a correlação com a noção de transferência institucional. A "*transversalidade no grupo*" se oporia à ideia de verticalidade da estrutura piramidal institucional e de horizontalidade das relações.

¹⁸ Trata-se não apenas da possibilidade de tomar a palavra, mas de através disso, enunciar o desejo.

Coloquemos num campo fechado cavalos com viseiras reguláveis e digamos que o "coeficiente de transversalidade" será justamente esta regulagem das viseiras. Imaginemos que a partir do momento em que os cavalos estiverem completamente cegos, um certo tipo de encontro traumático vai se produzir. À medida que formos abrindo as viseiras, pode-se imaginar que a circulação se realizará de maneira mais harmoniosa. Tentemos nos representar à maneira como os homens se comportam em relação aos outros do ponto de vista afetivo [...]

Num hospital, o "coeficiente de transversalidade" é o grau de cegueira de cada membro do pessoal. Mas, atenção, formulamos a hipótese de que a regulação oficial de todas as viseiras e dos *enunciados manifestos* que dela decorrem dependem quase mecanicamente do que acontece no nível do médico-chefe, do diretor, do administrador etc. Consequentemente tudo parece repercutir do topo até a base. É verdade que pode existir uma "pressão da base", mas em geral ela continua incapaz de modificar a estrutura de cegueira do conjunto. Enquanto as pessoas permanecem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas (GUATTARI, 1977, p. 96)

Podemos dizer que a transversalidade compreende a multiplicidade dos significantes presentes no "corpo" institucional,¹⁹ e seu "coeficiente" é determinado pelo grau de conhecimento e consciência desses significantes pelos atores e grupos do equipamento de saúde mental. Quanto maior o "coeficiente de transversalidade", maior será a possibilidade de expressão do desejo inconsciente da instituição e mais próximo se estará da condição daquilo que Guattari chamou de grupo sujeito.

¹⁹Guattari fala que a estrutura da instituição tem uma "corporeidade imaginária" derivada da articulação dos significantes de grupo.

1.2 Alienação mental e alienação social

A concepção de alienação apresentada por Moura, que compõe o conjunto de referências sobre as quais se apoiam as intervenções do Clube dos Saberes, está diretamente relacionada ao desenvolvimento da subjetividade e com a dialética entre mundo interno e externo, entre o eu e o outro.

O autor apontou uma primeira forma de alienação, própria à condição inicial de vida do homem, em que o bebê encontra-se, logo após o nascimento, totalmente dependente e submetido aos cuidados e desejos de um outro – pai, mãe ou pessoas que desempenhem essa função.²⁰

Moura, aproximando-se de Bleger, distinguiu dois tipos de alienação: uma de caráter ôntico e a outra relativa ao caráter social da alienação. A primeira diz respeito ao processo de discriminação e de separação entre o eu e o outro, à separação entre sociabilidade sincrética e sociabilidade de interação. Essa separação faz parte da constituição humana e corresponde ao processo de personificação, de singularização do próprio desejo:

... processo que vai desde de um estado de indiferenciação simbiótica e primitiva – ou sociabilidade sincrética como Bleger denomina – em que o sujeito não se discrimina do outro, em que não há uma distinção entre eu e não-eu, entre corpo e espaço, de caráter pré-verbal e não manifesto, até a discriminação, culminando em uma separação. Esta clivagem constitui o eu e este objeto, surgindo aí uma estrutura e uma integração do eu, que se manifesta na relação com o outro (sociabilidade de interação) (BLEGER, 1972, 1988). Mas este eu não

²⁰ Moura retoma Lacan a respeito da dependência absoluta da criança para com o Outro e sobre essa forma de alienação: “É uma condição de vida ou de morte que se instaura, na qual a criança tem como único suporte as iniciativas, o desejo deste Outro, passando, portanto a desejar ser o seu desejo. É nesse cenário que a famosa frase (hegeliana?) de Lacan ‘O desejo do homem é o desejo do Outro’ toma o seu sentido. Esta vivência, capital para o humano, é uma forma fundamental de alienação, no sentido em que ele depende totalmente de algo, de alguém que está fora dele” (MOURA, 2003, p. 53)

é simplesmente uno, indivisível; pelo fato mesmo da clivagem ele é mais do que um, em um processo permanente e interminável (MOURA, 2003, p. 44).

A personificação envolve, além da clivagem, uma certa imobilização dos estados sincréticos da personalidade. O que nos interessa ressaltar é que estamos falando de um sujeito dividido (clivado), que integra em si “mais do que *um*”, e que essa divisão “implica necessariamente um processo de alienação, na medida em que, para que essa clivagem funcione, é preciso que haja um estranhamento de uma parte de si, (...) da sociabilidade sincrética” (MOURA, 2003, p. 44). Ou seja, o processo de discriminação entre o eu e o outro implica uma certa alienação, mas esta será tanto maior quanto maior for a rigidez da clivagem.

Para alguns autores,²¹ a alienação psicopatológica decorre de uma dificuldade nesse processo de separação. Já para Moura (2003), a psicose envolve “um processo de *singularização da singularização*, um processo *radicalmente singular* que não se constitui no modo daquilo que se espera ser uma *singularização-padrão*”. Tratar-se-ia de uma “*não alienação ôntica típica*”. O problema estaria no fato de a sociedade não aceitar essa forma de singularização que se desvia do padrão. Daí a noção de uma alienação relacionada a uma clivagem social: “poderíamos dizer que a dita alienação mental não é propriamente a alienação de um *indivíduo*, de um *sujeito*, mas uma alienação operada pelos grupos e pela sociedade. Estes, fazendo uma *clivagem*, alheiam-se de sua própria sociabilidade sincrética, *condensada* na pessoa do *louco*” (Moura, 2003, p. 55).

Sob tal perspectiva, a alienação mental se relaciona a uma separação efetuada pelo “corpo social”. Há uma clivagem social que acarreta, em primeiro lugar, a

²¹ Moura cita diretamente Oury, mas há outros autores, no campo da psicanálise, que adotaram postura semelhante.

segregação do doente mental do convívio social-comunitário e, em segundo, uma abordagem objetificadora do doente nos equipamentos de saúde mental: ele é visto como incapaz e irresponsabilizável.

1.3 A cristalização ou conduta estereotipada

Para Pichon (2000) a doença mental está associada às perturbações da comunicação e da aprendizagem. Essas perturbações decorreriam da não elaboração ou da dificuldade de elaboração das ansiedades primitivas mobilizadas pelos medos básicos, isto é, pela ameaça de perda do objeto ou de ataque ao ego. O sujeito recorre a técnicas defensivas projetivas, características da posição esquizoparanoide, com a finalidade de postergar a elaboração dos medos básicos.

Nesses casos há uma dissociação entre o pensar, sentir e atuar, que dificulta a leitura da realidade, a distinção entre o real e o fantasiado. As condutas do sujeito são parcializadas, dissociadas, pois não há integração entre os aspectos manifestos e latentes. Essas “semicondutas” configuram um comportamento estereotipado, caricatural. Há uma cristalização da relação do sujeito com seus objetos internos e externos. A aprendizagem – compreendida como dinâmica dialética, como acúmulo de *insights* que permite um salto qualitativo da relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo – fica, de certo modo, impedida e as comunicações, perturbadas por mal-entendidos.

Pichon também abordou as condutas estereotipadas na esfera grupal. No grupo, os mecanismos de defesa contra as ansiedades básicas (ou medos básicos) ocorrem por uma distribuição rígida de papéis entre os membros do grupo e pela

deposição dessas ansiedades em um deles. O depositário das ansiedades grupais assume, dessa forma, o papel de porta-voz do grupo.

A cristalização de papéis, as condutas estereotipadas, produz um estreitamento da visão da totalidade. O sujeito é lançado à condição de sujeito alienado. O tratamento, tanto da alienação quanto da doença mental, se daria por uma “operação-esclarecimento” de trajetória em espiral. Os esclarecimentos dos mal-entendidos, os ajustes entre a realidade interna e realidade externa, a integração de elementos inconscientes à consciência e o acúmulo de *insights* produziriam uma modificação no sujeito e em sua capacidade de transformar o meio. Essa operação-esclarecimento ocorreria via comunicação e aprendizagem e envolveria a elaboração de medos e ansiedades. Quando o sujeito, ao modificar a si mesmo, modifica o meio, dizemos que ele foi capaz de uma adaptação ativa à realidade.²²

No equipamento de saúde mental, como por exemplo o hospital em estudo, não são apenas os pacientes que sofrem com as perturbações da comunicação e da aprendizagem. Os trabalhadores em geral – por conta da organização hierárquica piramidal e por medo da loucura (medos básicos) que leva a um reforçamento da clivagem social (mecanismo de defesa) –, se apegam às suas identidades institucionais, se fixam nos papéis e funções desempenhadas, apresentam condutas estereotipadas. Por isso a importância de tratar o equipamento como um todo, por isso a preocupação do Clube dos Saberes em promover a desidentificação organizacional e a descristalização dos papéis através da multiplicidade de atividades ou da criação de espaços de relação mais independentes dos rótulos institucionais (p.ex.: o espaço de troca de saberes).

²²A adaptação ativa se contrapõe à adaptação passiva, em que o sujeito se adequa ao meio, sem sofrer nenhuma modificação do eu: não há uma verdadeira transformação.

1.4 A alienação no equipamento de saúde mental

Vimos que a clivagem social produz uma segregação daqueles que sofrem de transtornos mentais e, na maioria das vezes, esses indivíduos são privados de um convívio social significativo e têm seus espaços de vida limitados aos equipamentos de saúde mental.

Essa clivagem social também está presente nos equipamentos de saúde mental: sob a lógica da divisão do trabalho, da dissociação entre trabalho intelectual e manual. Nessa divisão, o doente ocupa o lugar mais baixo (de menor valor, *status* e poder) da pirâmide e da hierarquia institucional. De outro lado, a clivagem se manifesta “por meio dessa separação reforçada, autoprotetora, entre o patológico e o normal, entre o doente mental e o pessoal de cuidados” (MOURA, 2003, p. 56). Esse reforçamento da clivagem garante aos “normais” o alívio da angústia frente à loucura e ao medo do enlouquecimento (medo da própria sociabilidade sincrética).

A situação de exclusão e alienação do doente se compromete na situação de internação hospitalar, na qual ele é afastado do meio onde vive, dos seus grupos de pertencimento (família, amigos, vizinhos etc.), do trabalho, e impedido de participar do seu tratamento e das decisões relativas ao cotidiano do equipamento.

Excluído pelo fato da própria doença e pela impossibilidade de participação, ele perde seu *papel operativo*, ele tende a se tornar simplesmente *objeto* e não *sujeito* do tratamento. Este é um dos aspectos nucleares daquilo que chamamos de *alienação* nas estruturas de tratamento ou, tomando de empréstimo uma observação de Peter P. Pelbart, lembrando Deleuze, *separação da própria potência* (MOURA, 2003, p. 134).

Às formas apresentadas de alienação acima, Moura ainda somou outras que extrapolam a questão da doença mental e que são relativas às precárias condições socioeconômicas, culturais, educacionais e de trabalho as quais muitas pessoas, dentre elas a maior parte dos usuários do SUS, estão submetidas. Ele destaca a exclusão da chamada *sociedade do conhecimento*, baseada nos avanços da tecnologia, da globalização e da velocidade da produção e disseminação dos conhecimentos, em que há uma valorização das especializações e dos saberes das pessoas como riquezas a serem extraídas pelas empresas para o aumento de produtividade.²³ Essa exclusão se dá pela falta de garantia de acesso ao conhecimento e à informação e pela tendência dessa sociedade em reconhecer apenas os conhecimentos formais, certificados pelas instituições de formação. No equipamento de saúde mental:

O que podemos dizer é que os pacientes, além de sofrerem um processo de exclusão em consequência de sua própria doença, são igualmente excluídos pelo não-reconhecimento de seus saberes que, muito frequentemente, não são do tipo oficial.

É que existe um aspecto quase que pactuado entre os que cuidam e os que são cuidados [...] Trata-se de um certo conformismo do pessoal de tratamento ao preconceito da precariedade e da incapacidade dos doentes, sentimentos estes que os põe em uma posição de extrema dependência, anomia e derrelição (MOURA, 2003, p. 130).

As aproximações e os contatos entre o “pessoal de tratamento” e os doentes são orientados pela assimetria e pelo preconceito. Cuidados e cuidadores ficam condenados a um modo restrito de se relacionar. A dependência que se instala reforça o estado de alheamento de si e a perda do papel operativo referida acima. A complexidade e diversidade das singularidades são obscurecidas pelos rótulos institucionais.

²³ Para saber mais sobre o assunto ver Moura (2003).

Todas as formas de alienação até agora mencionadas podiam ser observadas no hospital em que ocorreu a intervenção estudada. Na prática, isso nos punha diante das questões apresentadas durante a concepção do Clube dos Saberes: como resgatar o papel operativo do doente, como torná-lo sujeito de seu tratamento, como resgatar sua potência e suas potencialidades, como flexibilizar os modos de relacionamento dentro do equipamento de saúde mental.

1.5 Desidentificação, vida associativa e saberes

Na apresentação da psicoterapia institucional, vimos que o clube terapêutico oferecia meios capazes de promover a desidentificação de seus membros às classes institucionais, de resgatar as potencialidades e o papel operativo dos doentes e da equipe de tratamento. Fazia isso através da construção de diferentes grupos, oficinas e atividades, do sistema de rodízio das tarefas cotidianas (Grade) entre outros, permitindo, a todos, a circulação por diferentes espaços, tarefas, papéis e funções. O emprego desses recursos e estratégias, seu caráter múltiplo e essa circulação, teriam como resultado

um provável aumento das condições para experiências diversificadas que incidiriam na produção de novas relações consigo mesmo e com os outros, bem como no incremento da visibilidade acerca dos variados processos que ocorrem no equipamento. Em resumo, um aumento do coeficiente de transversalidade e de um certo “*coeficiente de desalienação*”, para usar uma expressão de Gastão W. S. Campos (MOURA, 2003, p. 135)

O Clube dos Saberes também adotou, da psicoterapia institucional, a perspectiva de que a retomada ou a construção da participação social se faz no

cotidiano, não pode ser postergada ou acontecer somente no período após a crise, ela deve ocorrer no “*aqui, agora e sempre*”. Isso se contrapõe à tradicional situação de internação que, além de retirar o doente de seu meio social e familiar, retira, como citado anteriormente, seu poder de participação e decisão, estimulando a dependência, a anomia e uma posição de passividade e sujeição. A vida associativa é importante porque “pode vir a fortalecer a capacidade dos doentes de se inserirem ativamente na vida social, desde seu processo de internação até sua passagem para outros sistemas de cuidados fora do hospital” (MOURA, 2003, p. 132)

Sobre os *meios* e processos que visam a desidentificação, a despiramidalização das relações, a flexibilização das identidades institucionais, vimos também algo específico ao nosso Clube: o saber, *algo comum a todos*,²⁴ e que, por isso, está para *além das classificações e funções institucionais*. Essas e outras qualidades do saber pretendem ser utilizadas no CS para incitar relações mais transversais.

Outro atributo do saber reporta-se ao seu caráter relacional e comunicacional. Moura salientou esse aspecto ao recuperar uma experiência ocorrida nos anos 1970, numa escola na periferia de Orly, na França, com uma professora da escola primária. Claire Heber-Suffrin, durante uma excursão em uma aldeia afastada da escola, recebeu de seus alunos um pedido inusitado: aprender a ordenhar as vacas. O pedido foi atendido e eles contaram com a ajuda de um fazendeiro da região. A intensidade da experiência e o entusiasmo das crianças, levou Claire a buscar outras pessoas da cidade que tivessem interesse de ensinar seu ofício ou algo que conhecessem

²⁴ Os saberes, ao lado do desejo e da linguagem, fazem parte daquilo que é próprio e comum a todos os homens. (MOURA, 2003)

aos alunos. A extensão disso conduziu Claire a estruturar as *Redes de trocas de saberes na escola*.²⁵

Sobre a experiência de troca entre seus alunos e os moradores da região, Claire comentou:

Alguma coisa se passou de muito forte, em parte inconscientemente, com as minhas crianças e talvez comigo também: isto fazia parte da vida que circulava. As crianças vinham, durante a hora do estudo, contar, escrever e redigir. E, sem o ter ainda teorizado, me parecia já naquela época, que só temos saberes para comunicá-los, e, para comunicar, é preciso por conseguinte que o saber circule. O saber é feito para criar a relação, e comunicando-o nos apropriamos dele (CLAIRE HEBER-SUFFRIN, 1992, apud MOURA, 2003, p. 140).

A percepção dos saberes como algo transversal e presente na comunicação e nas trocas inter-humanas, a maneira como as redes de trocas de saberes se estruturam, são empregadas pelo Clube dos Saberes com a finalidade de facilitar a formação de redes de relacionamento livres das hierarquias e postos institucionais, e de contribuir com o tratamento das perturbações da comunicação e da aprendizagem.

Já expusemos em outro momento a ligação que Pichon fez entre doença mental perturbações da comunicação e da aprendizagem. Essas perturbações ocorreriam devido à discrepância entre a imagem interna de um grupo e sua realidade externa e de mal-entendidos que daí derivariam. O ajuste entre as imagens interna e externa supõe um processo de aprendizagem e de comunicação. Essa aprendizagem é relativa ao desempenho de um papel, mas, principalmente, ao *conhecimento* de si e dos outros, das relações estabelecidas consigo, com os demais e com a realidade. O tratamento implica a comunicação para, através dela, permitir o esclarecimento dos mal-entendidos.

²⁵ As redes de trocas de saberes ultrapassaram o âmbito escolar e, na década de 1980, foi fundada uma associação chamada de *Redes de Trocas Recíprocas de Saberes*. Segundo Moura (2003, p. 139), “atualmente [existem] mais de setecentas dessas redes espalhadas pela Europa, África e América Latina”.

A aprendizagem levaria a uma modificação do eu consigo mesmo e tornaria o sujeito apto a intervir e transformar o meio de acordo com suas necessidades e projeções futuras (projeto de vida). Ocorreria, portanto, uma adaptação ativa à realidade, em que o sujeito modifica a si, ao mesmo tempo em que modifica o meio. Mais do que a transmissão e compartilhamento de um determinado saber, conhecimento ou informação, a troca de saberes proposta pelo Clube dos Saberes deveria contemplar uma aprendizagem capaz de promover uma adaptação ativa à realidade.

1.6 Elementos presentes na estruturação do Clube dos Saberes: valorização dos saberes, mutualidade, reciprocidade, acolhimento e reconhecimento

O Clube tomou emprestados a estrutura e modelo de organização das *Redes de Trocas de Saberes*. Como elas, o Clube parte do princípio que “*cada um sabe alguma coisa* e, por menor que seja esse saber, ele pode ser valorizado e transmitido a alguém que deseje adquiri-lo” (MOURA, 2003, p.139).

A participação nas redes de trocas e no Clube deve ser espontânea e depender unicamente do interesse e desejo pessoal de partilhar saberes. Nessas formações, os integrantes participam de sua organização e manutenção. Nelas, preferencialmente, as pessoas devem ocupar, de modo simultâneo, a posição de *demandantes* e *ofertantes* de saberes. Essas condições garantiriam a livre inclusão, e favoreceriam o reconhecimento de seus participantes e um relacionamento de reciprocidade e de paridade entre ambos.

A posição recíproca das pessoas como demandantes e ofertantes de saberes tende a evitar relacionamentos balizados por hierarquias (diferenças de valor e de poder) que, na prática, podem se concretizar por uma assimetria entre os que ensinam e os que

aprendem, adotando os primeiros (ou atribuindo-se a eles) uma posição superior em relação aos segundos.²⁶

Reciprocidade de posições (ofertante e demandante) vincula-se ao que Moura chamou de *mutualidade* entre ensino e aprendizagem. A mutualidade é associada ao conceito de *ensinagem* proposto por Bleger e se baseia no fato de que todo ensino envolve uma aprendizagem relativa à própria tarefa do ensinar.²⁷ “Dependendo da *qualidade de presença*, ao acolher as questões daquele que aprende, o que ensina aprende mais sobre si e sobre ele, além de aprender mais sobre aquilo que sabe. E algo mais acontece, um outro saber aparece naquele que ensina: ele aprende a ensinar” (MOURA, 2003, p. 143).

A mutualidade e a reciprocidade entre as pessoas – como disponibilidade de estar e acolher e ser acolhido pelo outro – são, de acordo com Moura, elementos necessários à sustentação de um Clube dos Saberes.

O acolhimento não corresponde exatamente a uma determinada ação objetiva ou a uma tarefa que pode ser planejada ou programada (“acolher significa fazer isto ou aquilo”). Ele diz respeito à postura, à “qualidade de presença”, ao “estar aí” (OURY apud Moura, 2003) que implica disponibilidade e abertura para “aceitar e tomar em consideração o outro, reconhecendo-o em seu estilo e em suas riquezas” (MOURA, 2003, p. 141).

²⁶ Não podemos ignorar a relação entre saber e poder, nem tampouco nos esquecer da tradicional dissociação, no campo da educação, entre aquele que ensina e o que aprende, mesmo agora, quando não pretendemos levar adiante essa discussão. Sobre a dissociação no campo da educação, Moura (2003) faz uma aproximação existente entre os que cuidam e os que são cuidados no equipamento de saúde mental.

²⁷ Essa forma de conceber o processo de ensino e aprendizagem vai ao encontro daquilo que Michel Polany (1983) fala sobre o conhecimento. Para ele, há uma relação entre conhecimento explícito e conhecimento tácito; o primeiro seria sustentado pelo segundo. O conhecimento seria fortalecido e ampliado no processo de conversão do conhecimento, isto é, através da organização e sistematização do conhecimento com a intenção de partilhá-lo com alguém. Nesse processo aquele que ensina tomaria consciência do conhecimento tácito, um conhecimento que “subjaz ao explícito e sobre o qual não temos palavras para dizer, [pois] não o reconhecemos conscientemente” (MOURA, 2003, p. 143,144).

No Clube dos Saberes, acolher significa receber as pessoas independentemente do lugar ou função organizacional, reconhecer a singularidade de cada um. O Clube usa, como estratégia para fortalecer o reconhecimento, a identificação e valorização dos conhecimentos e experiências. Ao mesmo tempo, após essa identificação, os saberes individuais podem ser colocados à disposição do coletivo.

No hospital em que realizamos a intervenção, por exemplo, as trocas de saberes se deram a partir da montagem e oferta de *aulas, cursos, oficinas, encontros* e *grupos temáticos* semanais. Deles participavam aqueles que tivessem interesse. Muitas dessas atividades ocorreriam a partir de conhecimentos informais: não existe certificado para o bolo de mandioca ensinado a alguém por uma vizinha, ou pela receita achada no rótulo da lata de leite condensado, ou para as piadas aprendidas com os amigos, e para tantas outras coisas conhecidas através dos outros, da prática, da tentativa e erro, das histórias transmitidas, da experiência de vida. Ao propor e efetivar as trocas de saberes, o Clube possibilita a construção de vínculos e laços sociais entre as pessoas. Ao conferir outro *status* aos saberes não oficiais ele contribui para a revisão das ideias acerca da precariedade ou incapacidade dos doentes ou das pessoas menos diplomadas e especializadas.

Retomando a questão do acolhimento, Moura (2003) afirma que

Acolher é também ajudar a *cultivar* e a *colher* as riquezas de cada um e de todos. É tornar mais visíveis os elementos do grande mosaico que somos, sem *segregá-los*, e ir além dos elementos tradicionalmente realçados – em geral focados na doença – no equipamento de saúde mental e no próprio contexto de tratamento. É *dar a ver* os outros e *aos outros*, fertilizando o solo para que as novas potencialidades possam florescer (p. 131,132, grifo do autor).

O Clube dos Saberes deveria cultivar, colher e tornar visíveis os saberes e as riquezas de cada um. Para isso, deveria contar com o maior número possível de espaços capazes de revelar a multiplicidade das singularidades de uma determinada organização, grupo ou coletividade.

1.7 O quase-objeto

No equipamento de saúde mental, como vimos, o Clube teria a função de revelar os saberes das pessoas, tornando-os visíveis e atribuindo-lhes valor. A noção de quase-objeto emprestada do conceito de “Coletivo” proposto por Authier seria uma forma de permitir, de dar visibilidade e acessibilidade aos saberes de uma coletividade qualquer.

Segundo Moura (2003), baseando-se em Michel Authier, o Coletivo é composto de uma tríade: o território, os atores e o quase-objeto.

O território abarca o espaço físico (suporte material), os atores e o quase-objeto; ele é configurado pela dinâmica entre os três. O território é, principalmente, delimitado pelo campo de relações e pelas regras de relacionamento entre os atores. No Clube dos Saberes ele “é um espaço local, dentro de um espaço muito mais amplo, o *espaço dos saberes*. Espaço local, ele abrigará um jogo especial, ou seja, o *jogo local dos saberes* e tudo aquilo que daí advém: o compartilhamento dos saberes, mas também o desejo, as constelações afetivas, o reconhecimento, as demandas (...) *as redes de transferências*” (MOURA, 2003, p. 148,149, grifo do autor).

Os atores são aqueles que fazem parte desse jogo. No Clube qualquer um pode vir a ser um ator, basta que tenha interesse em participar da jogada. Em sua atuação, eles são os responsáveis pela criação das regras de relacionamento (as regras do jogo), que podem ser modificadas de acordo com as circunstâncias.

A ideia de que o território do Clube dos Saberes é um espaço local dentro do espaço mais amplo dos saberes precisa ser examinada mais detalhadamente para auxiliar a apreensão da definição de quase-objeto. O espaço dos saberes é ilimitado: temos diferentes saberes e sempre haverá outros a serem adquiridos ou produzidos; um saber pode ser passado a inúmeras pessoas, de geração em geração; os saberes têm diferentes qualidades e usos variados; eles se transformam, podem ser classificados e agrupados de muitas maneiras; temos diferentes vínculos com os saberes etc. Esse vasto campo precisa de um recorte, de uma circunscrição para permitir a constituição de um campo de relações definido e para fornecer referências que orientem os movimentos e os relacionamentos entre os atores. O quase-objeto é algo que se movimenta e circula entre os atores, colocando-os em relação. Seu movimento delimita as fronteiras do território e determina a dinâmica entre os atores.

Para Moura (2003), o quase-objeto seria, como no futebol, a “bola” do jogo: um objeto nada anódino ou inerte, mas poderoso, influente, um signo forte, uma coisa capaz de colocar pessoas em relação, o foco de atenção dos jogadores, e que faz pressentir, anuncia, inspira, suscita e orienta suas ações. É quase-objeto: um objeto, mas também mais que um objeto, um operador de acontecimentos. Para esse autor, o jogo é a justificação de alguém para ir ao clube encontrar seus companheiros. A bola é o centro das atenções dos jogadores, ela permite que cada um ocupe uma posição (que se relaciona e se complementa à posição dos demais jogadores). Enfim a bola é o que

mantêm os jogadores na quadra, num espaço de relação. As regras do jogo, as posições de cada um, as interrelações tomam por referência a bola.

Acima, falamos que uma das funções do Clube dos Saberes num equipamento de saúde mental seria revelar os saberes dando-lhes *visibilidade*. Essa visibilidade dos saberes das pessoas poderia ser alcançada através da construção de um quase-objeto. O espaço do Clube dos Saberes seria delimitado pela constituição de um quase-objeto que fornecesse uma *imagem* dos saberes ofertados e demandados, de quem são as pessoas que oferecem ou demandam os saberes, e que atividades são empreendidas pelo cruzamento dessas ofertas e demandas. A partir dessa imagem, cada um conheceria sua posição no Clube dos Saberes, e reconheceria a posição dos demais. Ela permitiria, ainda, ver a totalidade do conjunto, a localização individual, a participação e os relacionamentos possíveis nesse espaço.

Moura (2003, p. 153) afirmou que essa imagem, esse quase-objeto, “teria de ser de fácil acesso a todos, uma vez que estaria fazendo o papel de mediador, possibilitando o reconhecimento de si e dos outros e, por conseguinte, abrindo condições para uma estruturação do *mim*, uma estruturação do próprio papel operativo singular”.

Quando o projeto foi elaborado, propôs-se como quase-objeto do Clube dos Saberes a “árvore de conhecimentos”, uma imagem de uma árvore produzida por um *software* – Gingo – que permitisse visualizar os conhecimentos globais de uma comunidade ou de seus indivíduos isoladamente, através de registros chamados *brevês* e *brasões*:

A imagem da árvore é composta pelo conjunto de uma série de pequenas unidades discretas, cada uma delas indicando a área de um conhecimento particular, fazendo a função de uma espécie de átomo de informação desta árvore. A essas unidades costuma-se dar o nome

de *brevês*. Como um conhecimento pode ser possuído por mais de uma pessoa, dizemos que ele é *partilhado* entre elas, que esta área está ocupada por mais de uma pessoa. Quanto mais um *brevê* é partilhado, quanto mais ele é comum às pessoas, mais sua cor irá mudando na imagem, mais ela tenderá para o vermelho.

Por outro lado, quanto menos ele é partilhado, mais sua cor tenderá para o verde claro .

Quanto ao conjunto de *brevês* relativos a cada um dos participantes, convencionou-se dar-lhe o nome de *brasão* (MOURA, 2003, p. 162,163).

Os aplicativos desse instrumento incluiriam também uma base de dados dos saberes demandados e ofertados de uma comunidade, estabelecimento ou instituição.

A árvore de conhecimentos suportada por esse *software* permitiria o reconhecimento da comunidade como um todo, da posição de cada um de seus membros e da oferta e demanda de conhecimentos presente. Para Moura, ela funcionaria como uma cartografia de um coletivo, pois permitiria visualizar:

- O espaço de saber de sua comunidade;
- A sua localização neste espaço;
- os diferentes saberes disponíveis (através dos *brevês*);
- As diferentes possibilidades de compartilhamento, em função de seus projetos [da comunidade] sejam eles de aprendizagem ou de ensino (MOURA, 2003, p. 165).

Essa cartografia poderia ser o quase-objeto do Clube. Através dela as pessoas poderiam se posicionar e saber quais seriam os conhecimentos interessantes para a troca, quais poderiam contribuir na solução de problemas comuns. A imagem da árvore, se estivesse acessível a todos, funcionaria como disparador dos projetos do Clube no hospital: despertaria as iniciativas, sustentaria as trocas de saberes e as trocas afetivas entre seus membros.

**2 A ANÁLISE INSTITUCIONAL
COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO**

A análise institucional (AI), assim como a psicoterapia institucional, faz parte do que chamamos de movimento institucionalista. As origens da AI se relacionam com a chegada da psicossociologia americana (Lewin, Rogers, Moreno) na França na década de 1950 e 1960; ela sofreu influência da psicanálise²⁸ da pedagogia institucional e da psicoterapia institucional, e também de alguns movimentos de autogestão e dos acontecimentos de Maio de 1968.

Segundo Moura (2003), o termo *análise institucional* foi introduzido pela primeira vez por Guattari levando em consideração a preocupação de Tosquelles de que a análise deveria caminhar com duas pernas: uma marxista e a outra freudiana. Na psicoterapia institucional a análise institucional “procura tratar a dimensão político-analítica, sem entretanto se sobrepor um âmbito ao outro, analisando sistemas de defesa presentes na política de grupos e instituições em geral, coexistentes com as instituições do equipamento de saúde mental” (MOURA, 2003, p. 67).²⁹

A AI se aproxima da PI ao questionar a dimensão institucional dos grupos e organizações, ao se voltar à escuta dos efeitos institucionais produzidos pelas técnicas de grupo ou outras intervenções (BARROS, 2004), e por tomar emprestado os conceitos como analisador, transversalidade e implicação, embora dando um colorido particular a eles.

Na PI, a *máxima* é “tratar a instituição de cuidados” (ALTOÉ, 2004), e isso se dá a partir do interior e do funcionamento do próprio equipamento de saúde mental. É nesse ponto que a AI se diferencia da PI, pois seu “*objetivo principal* é revelar o não

²⁸ Lourau (1995) destaca a contribuição da psicanálise de grupo proposta por Bion para a análise institucional: ao apresentar a noção de grupo de base e grupo de trabalho, Bion permite articular a ideia freudiana de estrutura libidinal e a noção implícita no texto freudiano de organização.

²⁹ Moura comenta, em nota de rodapé, que para Guattari o conceito de análise institucional da psicoterapia é diferente do conceito de análise institucional proposto por Lourau, neste se sobressai uma perspectiva mais psicossociológica e menos analítica. Cf. Moura, 2003.

dito institucional, o mal estar existente na organização” (ALTOÉ, 2004, p. 56, grifo nosso) e depende do *pedido* de um estabelecimento.³⁰

Não pretendemos aqui estabelecer as diferenças entre essas duas correntes³¹, pois isso exigiria um estudo mais aprofundado, mas, sim, pretendemos ressaltar o papel da Psicoterapia Institucional sobre a Análise Institucional e de ambas sobre a experiência estudada. Da primeira o CS adota a perspectiva terapêutica de tratar a instituição de cuidados. Da segunda, quando consideramos o CS ao lado de outros dispositivos, notamos características da análise institucional em situação de intervenção (socioanálise).

No trabalho realizado com base na AI, busca-se mobilizar as forças instituintes, proporcionando uma análise da instituição por meio dos dispositivos criados (que podem variar, e surgir também do próprio grupo-cliente) e dos analisadores que surgem. Considera-se que, com base na autogestão, as pessoas que vivem o cotidiano institucional possam oferecer os elementos para a análise e a elucidação das estruturas de seu funcionamento interno, bem como propor soluções para os impasses que se apresentam (ALTOÉ, 2004, p. 57).

Escolhemos orientar a análise da experiência do Clube dos Saberes no Hospital pelo referencial da Análise Institucional. A seguir apresentaremos os principais conceitos da corrente que nos nortearam.

³⁰ Apesar de sua relevância para a compreensão do conceito de implicação ou das noções de encomenda social e análise da demanda, não pretendemos tratar do pedido de intervenção detalhadamente, mas apenas indicar que esse pedido deverá considerar três elementos: o grupo-dirigente (staff dirigente) que solicita a análise, o grupo-cliente (compostos pelos demais membros da organização) e o analista que se interpõe como terceiro entre o grupo-dirigente e o grupo-cliente.

³¹ Recomendamos para isso a leitura do artigo *Histórias de Interseção entre Psicoterapia Institucional e Análise Institucional*, de Sônia Altoé in Saúde e Loucura, nº 8. Hucitec, São Paulo, 2004.

2.1.1 A instituição, o instituído e o instituinte

Para Lourau (1969/2004, 1973/2004) , a instituição se define pelas normas sociais com as quais os indivíduos se relacionam, concordam ou não, se submetem ou não, questionam, mantêm ou transformam. Mas o conceito de instituição abrange não apenas as normas sociais que orientam a conduta individual e as formas de organização social ou a interação dos sujeitos com tais normais. Esse conceito contempla as relações dos sujeitos entre si e com os grupos e as formações sociais, as interações intergrupais, ou seja, as relações sociais reais como um todo. A instituição – normas e relações sociais – é vista como resultado de um processo histórico e dialético. O conteúdo das relações sociais reais, por exemplo, “é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos e coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes”, por outro.

A concepção da AI, de que os indivíduos podem ou não concordar, se submeter, se rebelar, reproduzir, manter ou modificar as normas sociais, interferindo nas formações sociais compreendidas como diferentes organizações sociais (estabelecimentos, equipamentos, grupos) e nas relações sociais, nos remete à dimensão histórica ou de autoalteração da sociedade e de suas instituições. Isso é abarcado pela AI através dos conceitos de instituído, instituinte e institucionalização.

A AI apoia-se nos três momentos da dialética de Hegel – o universal, o particular e o singular – para explicar a dinâmica institucional. O instituído corresponde ao momento do universal. Trata-se da naturalização das normas, das relações e das organizações, dos valores e das representações sociais; todos vistos como uma condição dada desde o princípio, como algo imutável e universal.³² Sobre o instituído Moura

³² O instituído é aquilo que está estabelecido e que é materializado de alguma maneira. Daí muitas vezes a confusão entre estabelecimento e instituição. O hospital, a escola, a igreja não são instituições mas, sim, a

(2003, p. 34) acrescenta: “sua ação permanente (a ação institucional) se constitui na tentativa de reforçar o estado de coisas e de negar, por todas as maneiras possíveis, aquilo que certos acontecimentos e processos fazem emergir no funcionamento real da instituição”.

O instituinte questiona o caráter universal ou natural do instituído. Segundo Lourau (1973/2004), ele faz parte do inconsciente institucional, remete àquilo que foi censurado, às origens da instituição. Por tais características, pode ser representado e atuar como força criadora e propulsora das mudanças institucionais.

O instituinte corresponderia “ao momento hegeliano da particularidade que nega o universal”. A institucionalização seria o terceiro momento, “da singularidade, da negação da negação, resultado desse embate de forças, desse processo de oposição entre o instituído e o instituinte” (MOURA, 2003, p. 34).³³

A análise institucional busca desnaturalizar a instituição: a instituição não é uma realidade dada, imutável ou universal, mas sim produto de um processo histórico e dialético, no qual intervêm acontecimentos e indivíduos, em que estão em jogo forças instituintes e instituídas e a relação com as demais instituições que compõem o tecido social.

parte material concreta ou instituída das instituições de saúde, educação ou religião, essa parte material pode ser chamada de estabelecimento, organização social ou equipamento.

³³ Para Lourau, Moura e outros institucionalistas, tanto o instituído quanto o instituinte não são em si nem bom e nem mal. Cada um apresenta suas próprias contradições. O instituído, assim como o instituinte, apresenta uma mobilidade, uma fluidez, embora se esforce para garantir uma estabilidade, uma imobilidade.

2.1.2 O termo “análise” na Análise Institucional

A *análise* envolve a decomposição de uma totalidade em seus elementos e um trabalho de interpretação, em que se estabelecem “relações entre elementos aparentemente disjuntivos”, e seu objetivo é trazer a tona o *não dito* institucional ou o *inconsciente institucional* (LOURAU, 1973/2004, p. 68) e revelar a transversalidade institucional.

A forma como a análise é operada se tornará mais clara quando discutirmos os demais conceitos da análise institucional, principalmente o de analisador, e o papel do analista nesse processo. Antes de chegar a isso, vejamos o que Lourau (1973/2004) define como não dito ou inconsciente institucional.

2.1.3 O não dito ou inconsciente institucional

De acordo com Lourau (1973/2004) o não dito ou o inconsciente é produto da repressão institucional e da censura da palavra social. Estas teriam o efeito de “esquecimento” da origem, constituição (do processo de institucionalização) e função da própria instituição.³⁴

A repressão e a censura institucional seriam responsáveis pelo esquecimento ou alienação institucional e, segundo o autor, o agente dessa repressão seria o Estado:

A hipótese fundamental é que o Estado de classe é o lugar originário da repressão. A ilusão institucional e o desconhecimento são

³⁴ Esse “esquecimento institucional” ou “ignorância institucional” é conhecido entre os institucionalistas como *efeito Weber*.

necessários para que o sistema social se mantenha, para a estabilidade das relações dominantes, produzida e re-produzida pelas instituições. O Estado centralizado tanto funciona como fonte de repressões quanto, além disso, mediante todos os seus mecanismos e aparelhos ideológicos, como produtor permanente do desconhecido institucional. (LOURAU, 1973/2004, p.77)

Podemos dizer que a ação e intensidade da repressão estão diretamente relacionadas ao “coeficiente de transversalidade” ou ao grau de alienação institucional.³⁵ Tendo isso em vista, vale a pena retomar o conceito de transversalidade,³⁶ mas desta feita sob a óptica de Lourau.

2.1.4 Segmentariedade e transversalidade

A transversalidade se articula aos conceitos de segmentariedade e a outros conceitos importantes da Análise Institucional (implicação e transferência institucional).

A segmentariedade encarna o momento singular do conceito de instituição, em que múltiplos elementos se reúnem ou se fundem em uma unidade: “A unidade de uma organização é feita, de um lado, por uma disposição específica das funções sociais em redor de uma função oficialmente privilegiada, e de outro lado, pela exclusão oficial de certo número de outras funções, que se tornam então latentes, acidentais ou

³⁵ Lourau (1995, p. 269) ao tratar da transversalidade como polissegmentariedade, abordou a questão da ideologia e de seu efeito – semelhante ao da repressão institucional: alienação, desconhecimento e cegueira institucional. Para ele a ideologia desempenha um papel importante na ideia de consenso e de coerência no grupo ou na “imagem ideal do grupo monossegmentar”. Sobre isso, ele ainda afirmou que o grupo “contempla-se narcisisticamente no espelho da unidade positiva, excluindo os dissidentes, aterrorizando os membros animados de tendência centrífuga”

³⁶ No capítulo anterior apresentamos o termo transversalidade proposto por Guattari. Lourau afirmou ter tomado esse conceito tal qual fora enunciado por aquele autor, contudo, julgamos necessário retomá-lo sob o ponto de vista da análise institucional.

informais” (LOURAU, 1995, p. 12). O que confere o caráter de formação social de um grupamento, dando-lhe determinações morfológicas observáveis, constitui a unidade positiva. Tudo o que é excluído na formação da unidade positiva mantém uma ação negativa no sistema global do grupo (unidade negativa). Ou seja, apesar de, muitas vezes, a unidade de um grupamento assumir uma aparência monossegmentar, ela é sempre pluralista e heterogênea. Vale a pena retomar a citação de Lourau para melhor ilustrar o conceito de segmentariedade:

Os indivíduos não decidem abstratamente viver ou trabalhar juntos, mas aquilo a que pertencem e as referências a numerosos grupos agem de tal maneira que podem se constituir novos grupamentos, que se reúnem assim às relações e referências já existentes, embora negando-as em graus diversos, porque as participações e referências anteriores admitem em geral oposições, critérios exclusivos, os quais contudo são obrigados a se fundirem na multidão das diferenças. Este caráter singular dos grupamentos que a intervenção socioanalítica encontra o nome de segmentariedade (LOURAU, 1995, p. 268).

A transversalidade diz respeito ao caráter múltiplo e heterogêneo da instituição presentes numa formação social; ela “reside no saber e no não saber do grupamento a respeito de sua polissegmentariedade” (LOURAU, 1995, p. 270).

A instituição, portanto, poderia ser definida pela transversalidade. Ela resulta do cruzamento de diversas instâncias (políticas, econômicas, ideológicas) e realidades (raça, gênero, idade, classe econômica, social etc.) que atravessam todos os níveis (estrutural, organizacional, simbólico, grupal, individual, relacional, orgânico) de uma formação social.

A análise, portanto, considerará todos os níveis de uma formação social, pois todos são atravessados pela dimensão institucional. Ela deve revelar e/ou permitir tomar consciência dos entrecruzamentos dos pertencimentos e referenciais institucionais

presentes, e que perpassam todas as formas e níveis do estabelecimento ou coletivo em que ela (a análise) é empreendida. A análise supõe, dessa maneira, o aumento do *coeficiente de transversalidade*.

2.1.5 Implicação

O conceito de implicação se contrapõe ao positivismo científico e sua ideia de neutralidade, de distanciamento entre o objeto e o observador. Na análise institucional admite-se que o analista ou o observador encontram-se numa relação indiscernível e de dupla direção com seu objeto, que um sofre a ação do outro. Nesse ponto é que conceito de implicação é tido como desdobramento da transferência e contratransferência: esses fenômenos designam algo que se passa entre analista e analisando (situação dual) ou entre analista/pesquisador e seu campo de intervenção (socioanálise, pesquisa-ação).

A ampliação da noção de transferência para o âmbito mais geral da instituição faz surgir o termo transferência institucional, em que a *estrutura* da organização passa a ser o objeto da transferência e não mais um indivíduo singular.

A implicação também leva em conta a questão da segmentariedade e da transversalidade e aquilo que Lourau (1995) chamou de distância institucional e distância prática. A primeira, definida pela distância entre os atores institucionais e a ação das instituições sobre eles e uma dada formação social (desconhecimento da transversalidade). A segunda diz respeito ao afastamento da base racional das normas institucionais e das técnicas;³⁷ ela designa “a forma do não-saber que se refere ao

³⁷ Lourau atribui essa ideia de afastamento das bases materiais de Weber.

substrato material de todas as instituições e da organização social” (LOURAU, 1995, p. 271).

A partir disso, esse autor distinguiu duas principais formas de implicação: a *implicação institucional* que é “o conjunto das relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional”, e a *implicação prática* que “indica as relações reais que ele [o ator] mantém com o que chamamos anteriormente a base material das instituições” (LOURAU, 1995, p. 273). Baseado no trabalho de Henri Lefèbvre, Lourau reconhece que essas duas formas de implicação compreendem outros níveis: implicação sintagmática, implicação paradigmática, implicação simbólica.³⁸

Sob tal perspectiva, afirma-se que os atores institucionais e o analista institucional se encontram *implicados* com a organização e seu sistema institucional. A AI ao reconhecer isto, coloca a necessidade de análise das implicações presentes na relação com a instituição, em seus variados níveis (individual, grupal e organizacional).

2.1.6 O analisador e o dispositivo analisador

O analisador é quem realiza a análise e pode ser definido como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la*,³⁹ *forçá-la a falar*” (LOURAU, 1995, p.284). À semelhança do conceito de analisador químico, ele tem a qualidade de decompor uma totalidade e evidenciar seus elementos. Uma manifestação que não esteja em conformidade com o instituído é, por exemplo, um analisador, porque pode revelar a natureza e a origem desse instituído e, portanto, da instituição.

³⁸ Lourau reconheceu o caráter arbitrário da diferenciação que ele propõe. Ver segunda parte de Análise Institucional para saber mais sobre essas formas de implicação. Mais tarde, este autor distinguiu duas outras formas de implicação: as *implicações primárias* e as *implicações secundárias*. Cf. *Implicação: Um novo paradigma?* In *Analista institucional em tempo integral*, organizado por Altoé, S., 2004.

³⁹ Em Análise Institucional, Lourau (1995) destacou que a ideia de provocação institucional foi inspirada no conceito de *provocação emocional* da psicologia dinâmica de Kurt Lewin.

Os analisadores podem ser naturais-históricos ou construídos e artificiais. Os primeiros são os movimentos sociais revolucionários, as forças instituintes espontâneas dos grupos e organizações, as situações de crise etc. Os segundos se referem a *mecanismos* capazes de *pôr em ação* a análise, trazendo à luz elementos de uma determinada formação; são os chamados *dispositivos analisadores*.

O Clube dos Saberes é um exemplo de analisador artificial (ou dispositivo artificial) que opera a partir de um conjunto de outros analisadores (Assembleia, reuniões, oficinas etc). Sua inserção no Hospital pode ser vista como “provocação institucional”, ao colocar em contato dois modos diferentes de organização, com sistemas de normas, relacionamentos e valores distintos: o choque entre realidades distintas pode, por si só, produzir efeitos analisadores.

2.1.7 Autogestão

O analista, segundo Lourau, deve ser *apenas um facilitador* do processo de análise disparado pelos analisadores institucionais e deve *ajudar* o reconhecimento e interpretação destes.

A análise deve ser um empreendimento coletivo e envolver o maior número de pessoas de uma determinada organização para que “a transversalidade institucional (os diversos pertencimentos sociais e institucionais de cada um) se atualize e permita a análise da instituição” (ALTOÉ, 2004, p. 56), e também para que, com o tempo, essa prática seja incorporada ao “estilo de vida” da organização e de seus agentes (momento em que a figura do analista deverá ser prescindida).

A intervenção é vista, no limite, como um projeto de autogestão, de responsabilidade de todos e não apenas de *um* ou de *uma equipe* de analistas, em que as

peças sejam capazes de, em conjunto, pensar e decidir sobre a vida da organização à qual pertencem. A finalidade última da AI é permitir que as pessoas ascendam à condição de protagonistas da organização e não fiquem apenas submetidas às determinações institucionais alheias.⁴⁰

⁴⁰ A autogestão se aproxima da noção de grupo sujeito proposta por Guattari e adotada por alguns institucionalistas.

2.2 Metodologia e análise da pesquisa

Esta pesquisa foi dividida em duas etapas: uma dedicada à *Reconstituição da história do Clube dos Saberes no Hospital* e, a segunda, à seleção de trechos dessa história, os quais poderiam conter algum elemento *analisador*.

A reconstituição da história da experiência em questão ocorreu por meio do resgate de vivências e memórias da pesquisadora e dos registros escritos (atas de atividades, anotações pessoais ou coletivas) por diferentes atores do Clube dos Saberes (a própria pesquisadora, pacientes, trabalhadores do hospital e estagiários).

A decisão de trabalhar com a memória da pesquisadora e não apenas com os registros escritos se deve ao fato de, muitas vezes, estes se apresentarem em forma de tópicos ou com informações incompletas e fragmentadas. O resgate da memória visou recuperar a complexidade e vivacidade dos acontecimentos. Buscamos privilegiar os “marcos de vida” e as lembranças evocadas por sua significação na reconstituição de nossa história. (BOSI, 2004), mais do que considerar o “registro documento” e/ou a dimensão cronológica de tais acontecimentos,

O segundo procedimento consistiu em identificar e destacar os analisadores presentes na reconstituição da história da experiência estudada. Foram selecionados fragmentos que evidenciassem contradições, apontassem elementos disjuntivos, incoerentes ou que causassem algum estranhamento.

As implicações da pesquisadora – a relação com a saúde mental; a experiência em outros equipamentos de saúde mental; o relacionamento com a equipe de analistas, para os quais a intervenção fora encomendada, com os diversos atores da instituição e com os estagiários do Clube; as expectativas relativas ao Clube; a relação com o trabalho desempenhado; as teorias e os sistemas de referência usados; as

identificações etc. – aparecem dispersas ao longo de toda a pesquisa, mas parte dela é apresentada no primeiro tópico da análise (seção 4).

Na Análise (seção 4), os analisadores são apresentados e interpretados a partir da psicanálise, de autores institucionalistas e de alguns estudos psicossociológicos relacionados ao nosso objeto de estudo.

Foi assinado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, pela direção do hospital em questão, que autorizava o uso dos registros escritos. Ficou acordado que os nomes do hospital psiquiátrico estudado e dos atores institucionais permaneceriam anônimos, por isso optou-se por omitir o nome do primeiro e substituir o nome dos segundos.

**3 O CENÁRIO DA PESQUISA – UMA INTRODUÇÃO DA HISTÓRIA
DO CLUBE DOS SABERES NO HOSPITAL**

Nesta seção apresentaremos o Hospital em que se desenvolveu a experiência, o contexto no qual se insere o Clube dos Saberes, os objetivos dessa inserção e os principais modos de ação – ou principais atividades –, desempenhados pelo Clube no Hospital durante 4 anos (2001 a 2005). Para isso recorreremos a dados e lembranças acerca desses assuntos. Algumas vezes, foram tecidos comentários e articulações teóricas, sem pretender, com isso, uma análise propriamente dita; esta será feita na Análise (seção 4) pelos analisadores que emergiram durante a reconstituição da história desta experiência.

3.1 O Hospital: uma instituição biforme e piramidal

O Hospital é uma instituição privada fundada na década de 1960. Após alguns anos de atividade firmou convênios com órgãos governamentais, comportando práticas vinculadas a políticas públicas de saúde mental. À época da intervenção, possuía diversas *unidades* – particulares e conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) –, com diferentes propostas de assistência delineadas em conformidade com o estado psiquiátrico do paciente atendido.

As unidades particulares descritas a seguir funcionavam sob tal configuração desde os anos 1990.⁴¹ O estado, agudo ou crônico, dos pacientes era decisório para se prescrever internação integral ou em hospital-dia, ou apenas consultas ambulatoriais. Havia uma unidade de tratamento intensivo de álcool e drogas, com 20⁴² leitos para internação; uma unidade intensiva de atendimento a pacientes psicóticos, com 20 leitos para internação; um hospital-dia com capacidade média para atendimento

⁴¹ Informações obtidos no *website* do Hospital.

⁴² Trata-se de um número de leitos aproximado, pois ao longo dos anos sua disponibilidade variou.

de 30 pacientes; e o ambulatório com capacidade determinada pela demanda. As unidades particulares eram, portanto, quatro e tinham capacidade de atender, ao todo, pouco mais de 70 pacientes.⁴³

O atendimento ao SUS ocorria devido a um convênio do hospital com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. A unidade voltada a essa população possuía aproximadamente 400 leitos para internação, divididos em 7 alas com capacidade média de 60 leitos cada uma.⁴⁴

Em 2001, quando iniciamos nosso trabalho no Hospital, as 7 alas da unidade do SUS⁴⁵ estavam assim divididas: 4 para internação de pacientes psicóticos agudos (3 masculinas e uma feminina); uma dedicada ao cuidado de pacientes moradores do Hospital; e uma para atendimento de pacientes dependentes de álcool e outras drogas.

O foco do tratamento na ala de moradores era o desenvolvimento da autonomia destes nas atividades do cotidiano, e a construção de espaços mais personalizados. Nessa ala, os quartos eram divididos entre 2, 3 e no máximo 4 pessoas, devidamente arrumados e decorados por seus habitantes. Os moradores dispunham de uma cozinha exclusiva. Outro cuidado diferenciado dessa ala era a tentativa de localizar as famílias desses pacientes para que estes pudessem regressar a elas (desospitalização).⁴⁶

Havia cerca de 220 trabalhadores, sendo 180 concentrados no atendimento ao SUS, distribuídos em três setores: Diretoria Técnica, Administração I e Administração II.

⁴³ Informações obtidas no *website* do hospital e em dados conseguidos durante nossa permanência no Hospital.

⁴⁴ Mais adiante falaremos sobre a composição das equipes nas alas da unidade conveniada ao SUS.

⁴⁵ As informações sobre a unidade SUS apresentadas neste trabalho provêm de dados obtidos durante a nossa experiência, e em um texto produzido pelos responsáveis do CS, em parceria com uma psicóloga do Hospital, para a construção de um *blog* vinculado a uma universidade da cidade de São Paulo. Não citaremos o título do texto nem o endereço do *blog* para preservar o anonimato do Hospital em que se desenvolveu a experiência.

⁴⁶ Alguns moradores dispunham inclusive de acompanhantes terapêuticos conseguidos por meio da parceria com um grupo de pessoas em formação nessa modalidade de atendimento em saúde mental

3.1.1 Diretoria Técnica

A Diretoria Técnica era formada pelo diretor técnico (um dos proprietários do hospital, com formação médica), pelo coordenador técnico (na época, um psicólogo), uma chefe de enfermagem e por profissionais subordinados (institucionalmente conhecidos como “técnicos”) com formação na área de saúde: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais e professor de educação física.

A equipe de saúde do hospital era subdividida entre equipe de enfermagem e equipe técnica. O coordenador técnico era responsável pela condução do tratamento em geral; pelos profissionais médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e professor de educação física; ele coordenava a reunião de equipe e participava de reuniões junto à diretoria, como representante da equipe. A chefe de enfermagem cuidava das chamadas “rotinas de enfermagem”, dos enfermeiros e auxiliares; participava, junto com o coordenador da equipe técnica, das reuniões com a direção do Hospital. Como vemos, apesar das funções do coordenador técnico e da chefe de enfermagem serem semelhantes, no cotidiano, no discurso dos agentes institucionais, essa diferenciação de nomenclatura – *coordenador* e *chefe* – era bastante marcada. Podemos esclarecer essa diferença pelos aspectos históricos e políticos (práticos e ideológicos) relacionados às categorias dos profissionais que ocupavam as referidas funções.

Em um artigo, Silva e Fonseca (2005) recuperam a trajetória do trabalho da enfermagem no campo da saúde mental. Até o início da década de 1990, a ação de enfermagem em saúde mental estava concentrada em hospitais psiquiátricos (lugar privilegiado de tratamento pelas políticas públicas da época), encontrava-se subordinada

“à organização parcelada do trabalho institucional, originária da divisão técnica do trabalho médico coletivo” (SILVA E FONSECA, 2005, p. 442), ao saber e ao fazer médico, e guardava semelhanças com as origens da assistência psiquiátrica ligada à função de controle e exclusão social.

Isso podia ser percebido tanto no ensino como na prática desses profissionais. Segundo as referidas autoras, nas décadas de 1970 e 1980, a formação em enfermagem “enfaticava competência gerencial, instrumental e em relações trabalhistas, sempre sob o princípio da austeridade, autoridade, disciplina e hierarquização de lugares e saberes, respaldados pelo esforço corporativo de garantir à categoria unidade e legitimidade deontológica” (SILVA E FONSECA, 2005 p. 443). Até os anos 1990, a formação supradescrita se manifestava na prática da seguinte forma:

A ação de enfermagem (prevalentemente presidida por agente de nível superior e executada por agente de nível médio) dependia do *diagnóstico* e da *ordem médica* e constava de: (a) cuidado com a alimentação (monitorar o peso, hidratação, acompanhar a alimentação realizada com colher para evitar que o talher se transformasse em instrumento de ataque); (b) cuidado com o sono (vigilância noturna, administração de medicamentos e estratégias para evitar o sono durante o dia); (c) cuidados com a higiene (vigilância dos banhos coletivos, troca de roupa hospitalar, conferência e controle de pertences de uso individual para paciente autorizado para portar objetos); (d) vigilância com atitudes agressivas, suicidas, manipulativas, depressivas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas sexualmente, amorais; (e) encaminhamento dos pacientes para o pátio, algumas horas semanais. Num lugar com tais características, o paciente era o depósito de patologias a ser observado, diagnosticado, controlado, documentado e posteriormente oferecido ao saber médico para ser curado” (SILA E FONSECA, 2005, p. 444).

Essas autoras reconheceram, além da subordinação, do exercício de uma tarefa fragmentada, a identificação com o profissional médico:

... honrando o *parcelamento do trabalho na saúde*, engendrado pela *divisão social do trabalho* na consolidação do modo de produção capitalista, a enfermagem construiu um campo de ação *identificado à medicina*, esmerando esforços para classificar a *ação* que lhe é própria, *à imagem e semelhança do procedimento da conduta médica* (SILA E FONSECA, 2005, p. 443, grifo nosso).

A ação de enfermagem, caracterizada supra, nos indica o sentido da adoção, pela equipe de enfermagem, no Hospital por nós estudado, da denominação “chefe” em contraposição ao emprego do termo “coordenador”, usado nas equipes dos demais profissionais técnicos da saúde. A própria separação entre agentes de enfermagem e demais técnicos indica uma organização baseada na divisão hierárquica piramidal do trabalho. A designação “chefe de enfermagem” pode revelar não apenas essa divisão, mas a distribuição desigual de poder presente nesse modo de organização e que determina as relações entre os profissionais. A presença de um “coordenador” pressupõe um trabalho menos relacionado a um poder autoritário e disciplinar sobre a equipe e mais a um papel de articulação e representação.⁴⁷

⁴⁷ O uso do termo “coordenador” ou “chefe” *não garante por si só* o alinhamento ou ruptura com determinado modo de organização ou de concepção de tratamento. A diferença de terminologia adotada pela enfermagem e pela equipe técnica não implica que a última não estivesse colocada em posição de instrumentos manipulados e a serviço do saber e do profissional médico, ou que não sofresse e não fosse reprodutora ou mantenedora da organização da assistência institucional determinada, principalmente, pela divisão social do trabalho e pela estrutura manicomial.

3.1.2 Administração I e Administração II

O setor conhecido como Administração I era constituído por um diretor (também proprietário do Hospital) e funcionários que desempenhavam as funções de tesoureiro, contador, secretário, farmacêutico, gerente de marketing.

Já a Administração II era um setor composto de outro diretor (terceiro proprietário do Hospital), um almoxarife, uma nutricionista, funcionários da cozinha, limpeza, manutenção e rouparia, um motorista, um barbeiro e dois porteiros. Os funcionários da limpeza, manutenção, rouparia e cozinha eram subordinados a seus respectivos chefes, responsáveis pela organização do trabalho e a quem eles deveriam se reportar. Os funcionários da cozinha eram, em primeiro lugar, submetidos às orientações da nutricionista e, em seguida, ao chefe de cozinha. Os diversos chefes do setor, por sua vez, reportavam-se ao diretor administrativo.

3.1.3 O caráter piramidal e biforme

A estrutura e organização do Hospital, sua divisão em setores, os termos empregados na diferenciação de funções (diretor, chefe) e outras informações sobre as quais nos dedicaremos posteriormente o situam como uma instituição hierárquica piramidal.

José Moura Gonçalves Filho (Informação escrita)⁴⁸ propôs, em seguimento de Hannah Arendt, um duplo entendimento àquilo que chamamos hierarquia:

⁴⁸ Arthur Hyppólito de Moura respondeu pela supervisão institucional do Clube dos Saberes no Hospital, a supervisão em ato. Mais tarde, todavia, as conversas com José Moura Gonçalves Filho me valeram como uma supervisão a *posteriori*, quando o trabalho do Clube, no Hospital, já estava quase encerrado. A citação refere-se a uma nota de supervisão recebida de José Moura Gonçalves Filho em 2005.

Hierarquia define a organização de uma instituição segundo graus diversos de veneranda maioridade ou de competência profissional carregadas pelos agentes de um grupo. Uma instituição assim organizada não obriga relações de subordinação ou comando. A diversidade de autoridade pode conviver com o igual direito de agir e falar, um direito de todos, um direito de cada um. Um direito de cujo exercício depende o consenso e o poder do grupo. Quando a hierarquia inclui desigual distribuição de participação, quando o poder é substituído pela *força* grupal (uma capacidade obtida por comando ou algum constrangimento econômico e moral do grupo), quando a hierarquia inclui subordinação de membros do grupo, isto, então, deveríamos designar como hierarquia *vertical*.

Moura (2003) emprega o termo piramidal como sinônimo de vertical, e para designar uma organização hierárquica baseada numa divisão do trabalho que pode ser representada geometricamente por uma pirâmide. No topo da pirâmide encontra-se o nível estratégico, que desempenha as funções ligadas ao pensamento; na base, o nível operacional, responsável por executar as ações previstas pelo nível estratégico, e na camada do meio está o nível tático – intermediário entre o topo e a base. Essa organização possui uma diferença quanto à distribuição de poder: quanto mais próximo do topo, mais concentrado é o poder.⁴⁹

Sobre a caracterização do Hospital, vale lembrar que ela sofreu alterações entre os anos de 2001 a 2005. Essa alteração foi determinada pela reestruturação empreendida pela direção do Hospital diante da redução dos leitos psiquiátricos conveniados. Em 2001, havia entrado em vigor uma legislação que enfatizava o tratamento dos portadores de transtorno mental em serviços extra-hospitalares, privilegiando a inclusão destes na família, no trabalho e na comunidade. Por lei os leitos

⁴⁹ Ver mais sobre o assunto em Moura (2003).

de internação psiquiátrica deveriam ser remanejados, e as verbas destinadas ao custeio desses leitos, investidas na construção da rede extra-hospitalar – CAPS, NAPS e HD⁵⁰ – ou em leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais.

Na unidade SUS ocorreram mudanças relativas ao número e à distribuição das alas e dos leitos, à configuração da equipe de trabalhadores e ao número de horas trabalhadas e dedicadas à assistência dos pacientes internados. Portanto, houve uma redução gradativa dos leitos da unidade do SUS, acompanhada da redução de alas⁵¹ e da alteração da carga horária dos trabalhadores do hospital. O número de pacientes por ala aumentou e, inversamente, diminuíram as horas voltadas à assistência destes. Podemos dizer que a forma como o Hospital lidou com a redução dos leitos conveniados e a dependência, do Hospital, das verbas públicas, para custear o seu funcionamento geral levou-o à precarização da assistência e à sobrecarga de trabalho.

No setor privado também ocorreram alterações: uma nova unidade foi inaugurada, o pátio de uma delas foi ampliado e o número total de vagas na assistência aumentou. A expansão desse setor e a retração da unidade conveniada ao SUS, acentuou a discrepância entre eles em relação às instalações físicas à qualidade do atendimento dispensado. O fato é que as unidades particulares atendiam, no total, pouco mais de 70 pacientes e a do SUS dispunha de, aproximadamente, 380 leitos. A última tinha, portanto, um número de leitos cinco vezes maior. Vale notar que cerca de oitenta por cento dos trabalhadores atuavam no SUS, embora alguns deles tivessem vínculo duplo com o hospital – trabalhavam tanto na unidade conveniada como em alguma unidade particular. Isso dá ideia da dependência material e funcional da instituição sobre de um laço com o serviço público.

⁵⁰ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e Hospital Dia (HD).

⁵¹ Uma das quatro alas do SUS voltada ao tratamento dos pacientes psicóticos agudos foi desativada, portanto, das 7 alas restaram 6.

Sobre a caracterização do Hospital é possível destacar mais um ponto: seu caráter biforme, por se tratar de uma empresa privada voltada ao cuidado em saúde mental e ter um papel importante em relação à saúde pública, devido ao fato de seu convênio com o SUS. Essa condição, na qual nos deteremos outras vezes, demonstra o conflito entre a razão econômica e a razão social. Lucro e saúde, duas finalidades institucionais que podem ser concorrentes, divergentes e até mesmo antagônicas, principalmente quando se considerada as diferenças entre o caráter privado e o público da promoção e da assistência em saúde.

Embora adotemos o ponto de vista de que uma organização se constitui e é permeada por relações múltiplas (de direções e intensidades diferentes e, muitas vezes, inapreensíveis) com diversas instituições (Estado, família, educação etc.), com múltiplas dimensões (políticas, econômicas, técnicas, científicas etc.), e realidades (geração, gênero, cultura etc.), e que, por isso, pode experimentar conflitos de diferentes naturezas, gostaríamos salientar a contradição entre razão econômica e razão social, lucro e promoção de saúde. Faremos isso com o uso do adjetivo *biforme* na caracterização do Hospital em questão.

3.2 O Clube dos Saberes e o Hospital

O Clube dos Saberes é um dispositivo que envolve a constituição de uma rede de relacionamentos por meio de trocas de saberes.

O Hospital, antes da chegada do Clube dos Saberes, vinha sendo acompanhado por um analista institucional. Essa análise permitiu identificar os

problemas da instituição, dentre eles: um certo distanciamento entre as equipes, e a ociosidade dos pacientes.

Quando cheguei ao hospital, em 2001, pude fazer algumas observações relacionadas às dificuldades constatadas. A unidade de internação conveniada ao SUS, onde o Clube fora praticado, era, na época, composta de 7 alas. Cada uma era assistida por uma equipe formada por um médico, um psicólogo, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, dois auxiliares de enfermagem e uma assistente social. Nas palavras de Moura (2003), as alas funcionavam como territórios isolados. Os profissionais assistiam *exclusivamente* os pacientes internados na ala em que trabalhavam, e *limitavam suas ações ao espaço físico desta*.

Essa forma de organização – divisão em alas – a princípio era vista como algo natural e causava desconforto mas só quando se mencionava o problema da falta de assistência nos lugares comuns (pátios e corredores), nos territórios *extraala* – onde os pacientes ficavam ociosos ou vagavam sem direção. Pequenos cuidados que se mostrassem necessários nesses espaços eram quase sempre ignorados. Ou seja, se o paciente estava dentro da ala ou participando de alguma atividade empreendida pela equipe desta, ele era minimamente assistido. Fora dessa situação, isso raramente ocorria; e quando ocorria seguia a lógica da separação territorial: por exemplo, no pátio, o psicólogo da “equipe X” atenderia somente pacientes da “ala x”, mesmo que pacientes da “ala Y” indicassem necessidade de atenção.

A subdivisão das alas e o funcionamento da assistência rigidamente determinado por essa subdivisão eram, em grande parte, responsáveis pelo abandono e desassistência dos pacientes nos espaços fora das alas. A hierarquização pode, como vemos, ser responsável ou reforçar as características manicomiais de um equipamento

de saúde mental.⁵² Além disso, essa organização produz uma fixação dos profissionais ou trabalhadores em postos institucionais e, em consequência, o isolamento territorial observado. Isso promove um estreitamento da percepção do contexto de tratamento e impede melhorias no tratamento assim como a possibilidade de crescimento pessoal:

... vítimas dos interesses e pressupostos inerentes à função, posto ou *status* tendemos, ao mesmo tempo, a estagnar cada vez mais o nosso jeito de *estar aí* e de agir, a fortalecer uma identidade referenciada nessa posição e a diminuir a amplitude de nossa visão do todo (...). Estreitamos, assim, cada vez mais aquilo que Guattari denomina *coeficiente de transversalidade*, em que nossas práticas ficam cada vez mais focadas em pequenos territórios, consolidando as funções e *status*, sem considerar a sua relatividade e sem mesmo levar em consideração as *vizinhanças* e as articulações com o todo do equipamento e do Coletivo de tratamento (MOURA, 2003, p. 27).

É interessante notar que, embora os pacientes ficassem desassistidos nos pátios e corredores, os trabalhadores – responsáveis pelos cuidados dos doentes –, se incomodavam com essa desassistência e a justificavam pela falta de condições. O vagar sem rumo pelo hospital, a imagem dos pacientes deitados no chão, a ociosidade e o pedido por mais atividades, não passavam incólumes. Os trabalhadores em geral eram sensíveis a esses sinais do ambiente hospitalar, mas alegavam não conseguir intervir neles por falta de tempo: havia um grande número de pacientes para uma equipe e uma carga horária reduzidas.

Em setembro de 2001, quando o Clube dos Saberes foi proposto ao Hospital, um técnico (psicólogo, assistente social, médico ou terapeuta ocupacional)

⁵² Goffman (1961/2007) destaca que o principal efeito das instituições totais nos indivíduos está relacionado aos processos de mortificação do eu. Esses processos, embora constituam uma violência contra o sujeito, são racionalmente justificados; são tidos como necessários à organização de um grande número de pessoas, no entanto, eles servem somente como forma de controle dos internados pelos dirigentes da instituição e como meio de despender recursos financeiros mínimos.

dispunha de uma carga horária de trabalho de 20 horas semanais, para atender em média 50 pacientes. A estrutura institucional era, à primeira vista, um dos principais fatores que restringiam as possibilidades de transformação ou de melhoria do tratamento oferecido.

Em resumo, podemos dizer, a partir de nossa observação naquela época, que a unidade SUS era um setor físico e funcional do Hospital, dedicado à internação e atendimento de usuários da rede pública, e tinha características qualificadas como manicomial: (1) grande número de pacientes; (2) pequena equipe de agentes de saúde; (3) regras ou papéis institucionais muito rígidos e desigualmente distribuídos; (4) soberania dos médicos psiquiatras; (5) ambiente hierárquico-piramidal; (6) ociosidade ou passividade dos usuários; (7) prestação insuficiente de assistência social e de cuidados higiênicos, nutricionais e psicológicos; (8) predomínio de relações mediadas por estigmas nosológicos sobre relações propriamente interpessoais.

Em relação aos médicos, era possível deduzir um tratamento diferenciado dos outros profissionais, marcado por uma certa condescendência e certos privilégios. Por exemplo: eles descumpriam regras às quais todos os demais agentes estavam submetidos, como, a obrigatoriedade de participação em reuniões de equipe, definição e cumprimento de horários pré-estabelecidos. Além disso, segundo relatos compartilhados por alguns técnicos, a consideração e a valorização da opinião dos colegas, durante avaliação de alta dos pacientes, era relativa e dependia da postura individual de cada médico. Essa condescendência parecia ser justificada pela escassez de médicos dispostos a trabalhar naquela instituição com o salário e as condições de trabalho oferecidas.

As relações hierárquicas, a passividade e a ociosidade dos pacientes foram os principais disparadores da ideia do Clube dos Saberes, com a finalidade de criar um

espaço para relacionamentos menos verticais e voltados à participação, e maior proximidade entre os agentes da instituição.

O Clube dos Saberes foi apresentado ao Hospital com a perspectiva de constituir um cenário alternativo, como foi acima descrito. Em termos gerais, sua principal meta era constituir uma rede de relacionamentos com o fim de promover o crescimento humano das pessoas ligadas ao Hospital, com base em algo comum a todos, independente de *status* social, posição institucional ou “patologia”, ou seja: os conhecimentos e experiências pessoais.⁵³

As propostas mais específicas do Clube dos Saberes no hospital eram:

1. Colocar em prática uma nova visão de tratamento, caracterizada pela ampliação dos espaços terapêuticos, onde seja possível a inclusão de pacientes na gestão de atividades e maior participação na vida institucional;
2. Flexibilizar, inovar e dinamizar o atendimento ao paciente: a) programar e desenvolver atividades com grupos abertos para pacientes de diversas alas; b) oferecer espaço de expressão espontânea, desvinculado de avaliações clínicas; c) oferecer maior circulação aos pacientes na instituição; d) criar condições para a diminuição da ociosidade, com maior disponibilização de atividades;
3. Buscar maior participação de funcionários em atividades junto aos pacientes, estimulando, através de troca de saberes, melhor interatividade;
4. Abrir caminhos para discussão de gestão participativa entre funcionários e pacientes, a partir de projetos específicos direcionados para apreciação do Clube;

⁵³ Ideia retirada do texto de apresentação do Clube dos Saberes, escrito pelo grupo de trabalho para o desenvolvimento deste, à equipe do Hospital, em 2001.

5. Permeabilizar os limites institucionais, facilitando as trocas entre a comunidade [hospitalar] e os seus arredores (pessoas e instituições vizinhas).⁵⁴

3.2.1 Modos de ação do Clube dos Saberes no Hospital

De modo geral, as ações do Clube dos Saberes (CS)⁵⁵ eram caracterizadas pela promoção de encontros entre as pessoas da comunidade do hospital, organizados em parceria com os pacientes⁵⁶ e outros trabalhadores do hospital, e sob regime de co-gestão.

O primeiro passo para a implantação do CS no Hospital, foi garantir a abertura da Biblioteca, pois a partir dela iniciáramos o mapeamento dos saberes das pessoas e das trocas.

Nossa função na Biblioteca, além de sua abertura, era manter a organização dos livros, cuidar da limpeza, receber pacientes de diferentes alas e disponibilizar livros, revistas e materiais para desenho ou redação. Por trás dessas tarefas concretas, havia outras principais: conhecer as pessoas que frequentariam a Biblioteca e descobrir seus saberes e interesses.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ O ano de 2001 foi dedicado à composição do grupo responsável pela implantação – e ao planejamento dessa implantação – do Clube dos Saberes no Hospital. As ações concernentes ao planejamento do CS serão abordadas na análise (seção 4). Neste trecho, trataremos das ações que ocorreram no cotidiano do Hospital.

⁵⁶ A participação dos pacientes na gestão das atividades era muito importante. Moura aponta o valor dessa participação ao resgatar o modelo do Clube Terapêutico de La Borde, em que os pacientes tomam parte na organização dos espaços e das atividades cotidianas. O valor disso é apontado pelo exame da postura contrária: o afastamento do paciente na tomada de decisões corre o risco de fortalecer “um alheamento de si, estado que produz uma espécie de anemia da própria potência de existência e de criação” (MOURA, 2003, p. 100).

Dessa forma, surgiram o que chamaremos neste trabalho de *encontros breves de trocas de saberes*.⁵⁷ Eles partiam da identificação dos saberes das pessoas e da articulação entre a oferta e demanda entre os saberes identificados. Em geral, tinham uma duração breve.

Esses encontros assumiam a forma de aulas, cursos ou bate-papos, ocorriam em horários determinados, dentro da Biblioteca ou em outros locais disponíveis do Hospital; o número de encontros dependia do interesse e do tempo de internação das pessoas envolvidas na troca. Um paciente poderia decidir ensinar música em um ou mais encontros na mesma semana (por exemplo, às segundas e quartas-feiras) ou em semanas diferentes (apenas às segundas-feiras); a atividade poderia ser cancelada por desistência (perda de interesse), devido à alta do responsável ou por falta de “aprendizes”.

Para além da difusão/transmissão do conhecimento, era contemplada a possibilidade de a pessoa resgatar sua história e decidir o quê ela mesma poderia transmitir aos outros e o quê gostaria de aprender. Isso permitiria o autorreconhecimento e o reconhecimento pelos demais e, por isso, um posicionamento diferente do estabelecido no hospital: cuidador ou doente, normal ou anormal.

Alguns exemplos de encontros breves de troca de saberes desenvolvidos ao longo de quatro anos foram: aulas de línguas (inglês, francês, espanhol e japonês); cursos de alfabetização, computação e música (teoria musical, violão, história do jazz, música clássica etc); roda de samba; cursos de mecânica, de instalações elétricas; de noções básicas de engenharia; aulas de capoeira, dança e culinária; encontros para contar piadas; grupos de religião; oficinas de bijuterias, chaveiros e pulseiras.

⁵⁷ No cotidiano essas trocas não recebiam um nome específico, poderiam ser chamadas de aulas, encontros, oficinas etc

O segundo passo dado por nós, responsáveis pelo CS, foi convidar os frequentadores para cuidarem da Biblioteca conosco. Iniciamos assim a gestão conjunta do que, após essa iniciativa, se tornou o grupo da Biblioteca: o primeiro *grupo temático* do CS.

Esses grupos eram organizados em torno de um tema determinado (horta, jardinagem, música, reciclagem etc.), e aconteciam todas as semanas, sob o acompanhamento de uma pessoa da equipe do CS. Por assumirem um enquadre bem definido (dia, horário, local e tarefa pré-estabelecidos), os grupos temáticos facilitavam a reunião das pessoas. Essas e outras qualidades, tornavam esses grupos uma ação mais fácil de empreender do que a dos *encontros breves de trocas de saberes*.

Nos encontros breves, as “aulas” exigiam uma preparação prévia e um acompanhamento individualizado da pessoa que ofereceria seus conhecimentos aos interessados. A rotatividade dos pacientes, determinada pelo regime de internação hospitalar, interferia no andamento das atividades de maneira muito desfavorável: uma aula ou reunião poderia ser cancelada de um dia para o outro, devido à alta de pacientes. Os horários dos encontros eram estabelecidos pelos pacientes, de acordo com suas necessidades e o cotidiano do hospital (atendimentos oferecidos nas alas, visitas de familiares, refeições); nem sempre os horários sugeridos coincidiam com os momentos em que a equipe do Clube dos Saberes estava presente. Isso muitas vezes impossibilitava as atividades, pois nossa presença, em alguns casos, era fundamental para sustentá-las. Havia, portanto, uma série de variáveis e passos envolvidos na preparação e realização desses encontros que precisavam ser conjugadas. A conclusão do encontro de trocas, sua efetivação concreta, nem sempre ocorria, mas isso não invalidava as passos anteriores do processo; o fato de alguém descobrir um

conhecimento, se dispor a compartilhá-lo com alguém e pensar em como fazer isso, era muito relevante.

Apesar de ser um dado interessante, não pretendemos, neste estudo, investigar o motivo pelo qual os grupos temáticos assumiram ao longo dos anos maior preponderância do que os encontros breves de trocas de saberes, apenas assinalar esse fato e algumas hipóteses acerca dele.

No final de 2003, segundo os registros, além do grupo temático da Biblioteca, contávamos com os grupos da Horta e da Reciclagem. Em 2004, o CS desenvolvia por semana, aproximadamente, nove grupos temáticos além dos encontros breves de trocas de saberes, que continuaram mas em número bem menos expressivo que no início da experiência.

Isso, talvez, pudesse ser justificado porque, como se viu, esses grupos eram mais fáceis de empreender do que os encontros breves de troca de saberes; os primeiros, na maioria das vezes, surgiam ligados a necessidades, experiências e desejos mais coletivos e gerais,⁵⁸ e reuniam características que os tornavam verdadeiros objetos institucionais. Já os encontros breves envolviam muitas variáveis e, por isso, eram mais trabalhosos). De qualquer modo, na história do Clube dos Saberes existiram ao todo 10 grupos temáticos:

- *Biblioteca*: as principais atividades eram: leitura, desenho e escrita. Foi o único grupo que funcionou diariamente durante dois períodos (manhã e tarde), e isso só foi possível porque alguns pacientes assumiram

⁵⁸ Por exemplo, a horta surgiu porque uma grande quantidade de pacientes possuía algum tipo de experiência com o cultivo agrícola e havia a possibilidade de contribuir com a melhoria da alimentação do hospital com o que fosse colhido.

espontaneamente a abertura da Biblioteca mesmo na ausência de membros da equipe do Clube.

- *Reciclagem*: coleta e venda de materiais reciclados no hospital. Além da coleta, em alguns períodos durante a semana, o grupo se reunia semanalmente para conversar sobre a coleta e venda do material coletado e sobre o emprego do dinheiro arrecadado.
- *Horta*: cultivo de verduras e legumes. Uma vez colhidos, eles eram utilizados nas refeições do hospital. Sua organização ocorria em reunião semanal. A rega era feita quase diariamente pelos integrantes do grupo.
- *Jardinagem*: visava a melhoria de um dos pátios internos do Hospital através da plantação de mudas de plantas e flores, limpeza e pintura do espaço. Suas ações foram mais tarde estendidas a pequenos canteiros espalhados pela unidade SUS do Hospital.
- *Jornal*: publicação semanal com informações gerais, reportagens, artigos e desenhos produzidos pelos integrantes do grupo.
- *Canto*: encontro semanal em que as trocas ocorriam em torno da música e do canto.
- *Posso Ajudá-lo?*: grupo semanal em que algumas pessoas compartilhavam seus problemas (materiais, pessoais e familiares ou diretamente relacionados ao tratamento), e eram ajudadas a partir do compartilhamento dos conhecimentos ou experiências de vida das demais.
- *Clube do Balanço*: atividade diária cuja finalidade era organizar o espaço e o uso comum do aparelho de som instalado em uma das salas do hospital.

- *Mural*: atualizado semanalmente, o objetivo era agrupar, selecionar, organizar e divulgar as informações sobre as atividades do CS e do Hospital.
- *Artesanato*: funcionava durante a semana, na sede do CS e contemplava diversas atividades de artesanato.
- *Assembleia Geral*: contava com a participação de pacientes, técnicos e outros trabalhadores do Hospital. A proposta era discutir temas relacionados ao cotidiano do Hospital e de interesse da maioria. Sua coordenação era assumida por uma comissão formada por técnicos, pacientes e membros do CS. Ocorria quinzenalmente, no refeitório do hospital, e contava com a participação de um grande número de pessoas.
- *Reunião Aberta*: surgiu após a extinção da Assembleia, em substituição a esta, mas em proporções menores. Era coordenada pelo CS e visava discutir temas sobre o cotidiano do hospital ou do CS, semanalmente.
- *Secretariado*: reunião semanal coordenada pela equipe do CS, visava a gestão das atividades deste. Era composta de representantes dos vários grupos temáticos e comportava as funções administrativas como as de tesoureiro, relator de ata/secretário e de almoxarife/compras.

3.2.2 O quase-objeto na prática do Clube dos Saberes no Hospital

Em nossa experiência (do CS no Hospital) prevíamos usar como quase-objeto do Clube dos Saberes um *software* (Gingo). No entanto, esse recurso foi dispensado após algum tempo pelos seguintes motivos: (1) falta de familiaridade de

trabalhadores e pacientes com tecnologias da informação; (2) e o fato de termos apenas uma máquina disponível para a instalação do software e para ser usada por todos.

Os instrumentos empregados que mais se aproximaram da função de quase-objeto ou de cartografia dos saberes e das atividades do Clube foram as listas afixadas no hospital, nas quais as pessoas poderiam se inscrever (bastaria colocar o nome) e informar o saber que gostaria de partilhar (aprender ou ensinar). As trocas de saberes, feitas a partir do cruzamento das listas, eram apresentadas através de uma nova lista: a lista das atividades programadas com data, local, horário e outras informações importantes para quem quisesse participar.

Apesar da importância do quase-objeto⁵⁹, essas listas não tiveram uma existência duradora, mas isto não impediu o desenvolvimento do Clube dos Saberes.

3.2.3 Considerações sobre os modos de ação do CS

Os modos de ação descritos permitem visualizar o funcionamento do Clube dos Saberes no cotidiano do Hospital, ter uma dimensão das realizações e do cumprimento de alguns de seus objetivos. Julgamos ter conseguido, com as atividades do Clube, ampliar os espaços terapêuticos, abertos aos pacientes de diferentes alas. Foi possível fazer a gestão desses espaços – encontros breves de trocas de saberes e grupos temáticos – em conjunto com os pacientes.

O Clube criou grupos capazes de acolher diferentes pessoas, com diferentes interesses. Ocupou, através de suas atividades, salas, pátios e outros lugares do Hospital os quais estavam ociosos ou subutilizados (fechados a maior parte do tempo ou

⁵⁹ Ver item 1.7, p.24.

utilizados somente sob supervisão dos técnicos), ampliando os espaços de convívio e de circulação dos pacientes no Hospital. Incentivou e permitiu a responsabilização dos pacientes nas atividades do CS. Os pacientes, por exemplo, passaram a cuidar e se responsabilizar pela Biblioteca e pelo acervo⁶⁰ desta; começaram a se preocupar com a limpeza dos lugares em que as atividades dos grupos eram realizadas (espaço da Horta, pátio onde se realizava a jardinagem, sala em que acontecia o Clube do Balanço etc.) e a discutir esse assunto com outros pacientes.

Atribuir responsabilidade aos pacientes, permitir que os que participavam da gestão de algumas atividades tivessem, por exemplo, a chave da Biblioteca ou do local da horta, e tivessem autonomia para abrir, fechar ou estar nesses lugares, provocou, inicialmente, desconfiança e protesto entre os trabalhadores do Hospital. Com o tempo, isso passou a ser aceito ou, ao menos, tolerado, mas certamente essa demonstração de confiança nos pacientes foi responsável por algumas discussões interessantes entre a equipe (p.ex.: convívio entre homens e mulheres, a questão da sexualidade no Hospital).

Acreditamos que o Clube dos Saberes, ao ampliar os espaços terapêuticos, de circulação e de convívio, possibilitou uma melhora da ambiência hospitalar e, em consequência, isso produziu efeitos em alguns pacientes.

Aparentemente, as maiores dificuldades durante os 4 anos da experiência estavam relacionadas à participação e envolvimento dos trabalhadores do Hospital no Clube dos Saberes, ao posicionamento do Hospital diante das novas políticas públicas, e à ênfase no saneamento financeiro da organização.

A análise da experiência, apresentada a seguir, permitirá compreender melhor essas e outras questões.

⁶⁰ Se no início, rasgar ou extraviar um livro era algo com que os pacientes não se preocupavam ou ficavam indiferentes, conforme eles se vinculavam à Biblioteca (como leitores ou como responsáveis por sua abertura e organização), passavam a demonstrar mais apreço e cuidado pelos livros e materiais da Biblioteca.

4 ANÁLISE

Como vimos na metodologia (item 2.2), a história do Clube dos Saberes no Hospital foi reconstituída a partir de registros escritos e de lembranças evocadas pela pesquisadora. Parte dessa história foi abordada na seção anterior. Outros trechos foram selecionados por possuírem algum elemento analisador. A apresentação deles, nesta seção, já será acompanhada de interpretação.

Gostaria de advertir o leitor que, quase sempre, as aspas no início e no fim de palavras, frases ou sentenças e que remetem a registros escritos indicam a transcrição literal destes.

Embora as implicações da pesquisadora estejam presentes ao longo de todos os trechos da história da experiência a seguir, é no início (item 4.1) que nos dedicamos principalmente a sua análise. Esta consiste em conhecer os pertencimentos e as referências (isto é, revelar a transversalidade) que atravessam a relação entre o analista e seu campo de intervenção. Esses pertencimentos e referências são diversos e de diferentes naturezas, qualidades e intensidades. São vetores relacionados à ordem econômica, política, ideológica, técnica, afetiva etc., que podem ser percebidos de modo mais ou menos consciente e que atuam nos relacionamentos e nas formas de engajamento institucional.

4.1 Implicações da pesquisadora: motivações no empreendimento do Clube e sobreimplicação

A partir da década de 1970, os movimentos em saúde mental europeus (Comunidades Terapêuticas e a antipsiquiatria na Inglaterra; Psiquiatria Democrática e desinstitucionalização na Itália; Psicoterapia Institucional na França) e o movimento

sanitarista no Brasil tiveram importante influência na constituição e história do Movimento da Luta Antimanicomial e nas propostas de transformação da assistência em saúde mental em nosso País, conhecidas como Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica defende a assistência das pessoas que sofrem de transtornos mentais em serviços extra-hospitalares (CAPS, NAPS, HD, ambulatório, centros de convivência). Investe no apoio e nos recursos da comunidade para enfrentar problemas sociais e o adoecimento, produzir saúde, favorecer a emancipação, o regaste e o exercício da cidadania (poder contratual) do sujeito acometido por transtorno mental. Em linhas gerais, a Reforma Psiquiátrica consiste na desconstrução dos hospitais psiquiátricos, na construção de uma rede substitutiva comunitária (extra-hospitalar) e na transformação do imaginário social sobre a loucura (desconstrução do estigma).

Apesar das leis que regulamentavam a implantação da Reforma Psiquiátrica, no início dos anos 2000, a rede extra-hospitalar no Brasil estava em construção e não havia leitos psiquiátricos de internação suficientes em hospitais gerais ou em CAPS-III,⁶¹ para substituir os leitos nos hospitais psiquiátricos existentes. Portanto, mesmo sob a perspectiva de desconstrução, os hospitais psiquiátricos ainda eram responsáveis pelo tratamento de um número significativo de usuários do SUS, onde estavam inseridos um bom número de trabalhadores de saúde mental. Esses hospitais, em 2001 e ainda hoje, permaneciam integrados à assistência em saúde mental.

Nesse contexto mais geral, um dado hospital psiquiátrico (o de nosso estudo) procurou a ajuda de um analista institucional para tratar da situação de crise em que se encontrava. Esse pedido foi analisado e, com o tempo, transformado em um

⁶¹ CAPS III: CAPS de alta complexidade, funciona 24 horas e possui leitos de internação de curta duração.

projeto de intervenção, no qual o Clube dos Saberes fazia parte, que foi aceito pela direção e pela equipe do Hospital.

Os hospitais psiquiátricos como uma realidade que não poderia ser ignorada e a imprevisão da conclusão da Reforma Psiquiátrica, combinados à simpatia pela ideia do Clube dos Saberes e ao entusiasmo de jovem profissional disposta a trabalhar e enfrentar desafios, me levaram a participar dessa intervenção.

Apesar das contradições anunciadas pela própria forma da intervenção, pelo choque entre as bases e referências do Clube dos Saberes e a história dos hospitais psiquiátricos, essa experiência não me parecia completamente incompatível com as políticas públicas nacionais de saúde mental. Isso porque o Clube dos Saberes seria capaz de aproximar os trabalhadores das novas práticas em saúde mental, resgatar, rever e transformar os saberes desses trabalhadores, sustentar um processo de *aprendizagem* no sentido apresentado por Pichon. Acreditávamos poder contribuir para a transformação da estrutura hierárquica piramidal, das características manicomiais do hospital, da concepção de loucura e de tratamento através da criação de uma ambiência mais terapêutica. Nesse sentido, podemos lembrar Vertzman, Cavalcanti e Serpa:

Uma instituição psiquiátrica, desde que adquira uma disposição capaz de acolher e escutar esse indivíduo com uma organização psíquica particular, pode ser um lugar legítimo de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos. Obviamente a instituição que mencionamos de forma alguma pode ser confundida com o asilo (1992, p. 18).

A disposição em acolher e escutar, criar um lugar tratamento e, principalmente, um lugar de ligação em que os sujeitos pudessem se referenciar, eram contemplados pela ideia de ambiência terapêutica no Clube dos Saberes. O Clube, portanto, poderia constituir, à semelhança do Clube Terapêutico, uma “superfície de

vida”, um meio de localização para o sujeito. Para a direção e os trabalhadores do Hospital, poderia atuar como um “contraponto”, uma forma alternativa de tratar, na sua qualidade de diferente, que pudesse constituir um ponto em relação ao qual fossem realizados movimentos de aproximação, distanciamento e interação. A dialética desses movimentos seria capaz de fomentar análises e mudanças mais gerais na organização. O CS funcionaria como dispositivo de análise e de intervenção.

A construção de um modelo alternativo de tratamento e a análise da instituição deveriam caminhar juntas; uma imbricada à outra. No momento, pretendemos ressaltar o empenho na construção desse outro modelo e nossa participação⁶².

Inicialmente, percebíamos que as dificuldades encontradas no desenvolvimento do Clube dos Saberes estavam, em parte, ligadas ao fato de a estrutura da organização dificultar o envolvimento dos trabalhadores nesse novo projeto e porque o Clube não tinha sido totalmente absorvido por essa estrutura, permanecendo, de certo modo, à margem. Acreditávamos que, se o Clube ganhasse solidez suficiente e se tornasse parte da realidade cotidiana do Hospital, os entraves relacionados à participação dos trabalhadores da organização seriam mais facilmente contornados.

Investimos duramente na consolidação do CS: se as pessoas da equipe não conseguiam (por falta de tempo ou excesso de trabalho) ou não se dispunham a estar no CS (por baixo interesse ou por resistência), nós, que havíamos sido contratados para disparar sua implantação no Hospital, empenhávamos todas as nossas forças, todo o nosso desejo, para que o projeto se concretizasse.

O primeiro e mais concreto fruto de nosso investimento foi a Biblioteca: ela passou a abrir nos dias em que estávamos no Hospital. Após algum tempo, os pacientes

⁶² A questão da análise da instituição será discutida mais adiante.

assumiram conosco a sua gestão e, por fim, a responsabilidade por sua abertura, mesmo em períodos em que estávamos ausentes.⁶³ Aquele local, antes fechado, passou a funcionar todos os dias da semana e ser frequentado, sem restrição, por todos do Hospital.

Simultaneamente à constituição da Biblioteca como espaço do CS, aconteciam o que chamamos de *encontros breves* (trocas de saberes estruturadas como aulas, cursos e oficinas de duração pontual). Fixamos em alguns pontos do Hospital, com bastante visibilidade, listas em que as pessoas se identificavam e escreviam o que gostariam de aprender ou ensinar. Inicialmente, foi a partir dessas listas que ocorreram os encontros. Com o tempo, as pessoas passaram a nos procurar na Biblioteca (que funcionou como uma espécie de central do CS até a criação da sede oficial do projeto), para viabilizar as trocas de saberes que gostariam de empreender.

Posteriormente, surgiu o grupo da Reciclagem, cujos integrantes – através do uso de um crachá que os identificava como recicladores –, circulavam por espaços anteriormente proibidos (administração, cozinha, setor de manutenção, pátio das alas particulares etc.),⁶⁴ para realizar o trabalho de coleta. Isso permitiu uma aproximação com os funcionários que trabalhavam nesses locais. A seguir, o Clube ganhou uma sede e, por insistência de um grupo de pacientes, foi formado o grupo da Horta.

Quando a Biblioteca, as trocas de saberes e os primeiros grupos temáticos (Reciclagem e Horta) pareceram insuficientes para tornar o CS institucionalmente forte, fomos à procura de novas forças. Com a inclusão e ajuda de estagiários, conseguimos

⁶³ Isso ocorreu quando a Biblioteca ganhou importância para seus frequentadores, quando os pacientes que participavam de sua organização encontraram um lugar de pertinência e de valor e se sentiram confortáveis no papel compartilhado de cuidado por aquele espaço, e puderam explicitar o desejo de cuidar da Biblioteca mesmo em nossa ausência (quando não estávamos no Hospital). Isso foi possível pois estávamos lá na maioria dos dias e na reunião semanal, entre todos os que participavam da gestão da Biblioteca, e isso permitia a sustentação dessa função, daquele lugar.

⁶⁴ Lugares trancados. Somente os funcionários possuíam a chave da porta de acesso desses locais. Foi feito um acordo com o Hospital para que os funcionários abrissem as portas para aqueles que portassem o crachá do grupo.

expandir as ações do Clube e constituímos novos grupos temáticos (Canto, Jornal e Jardinagem). Os espaços de troca, a ocupação dos espaços do Hospital (pátios e salas), a circulação dos pacientes, os locais de ligação, de referência e de pertencimento, enfim, o potencial terapêutico da ambiência do Hospital e a implicação das pessoas em relação ao tratamento foram ampliados.

Com o tempo, e outras turmas de estágio, esse movimento continuou em expansão. Na Biblioteca, e com os materiais ali disponíveis, alguns pacientes começaram a se dedicar a atividades artesanais. Muitas pessoas se interessaram e isso levou à criação do grupo do Artesanato que passou a ocupar outra sala do hospital.

Algo parecido ocorreu na sala da sede do Clube: ela era usada para reuniões, para articular os encontros breves de trocas de saberes, bate-papos, descanso, aulas de computação, para as pessoas se protegerem do sol ou da chuva, ouvirem música. Embora tivesse sido construída para ser um ponto de referência do Clube voltado à organização de suas atividades, a sede passou a ter um uso múltiplo, contudo, desordenado. Muitas vezes as pessoas queriam fazer tudo ao mesmo tempo naquele local (conversar, ouvir música, aprender computação etc). Ao mesmo tempo, a abertura da sede e a possibilidade de acolher os desejos ali manifestados, permitiram a criação de outros grupos, que funcionariam em outros locais (p.ex.: foi organizado o Clube do Balanço para as pessoas interessadas em música e o computador usado nas aulas ou para criar os cartazes de divulgação das atividades foi alocado em outra sala).

A Biblioteca e a Sede do CS mostraram que, com a abertura de espaços e viabilidade de acolher uma certa desordem, seria possível criar novas atividades, em novos locais. Dessa forma, o Clube se movimentava e movimentava a vida no Hospital, alimentando nossos investimentos.

A Reunião Geral do Clube dos Saberes (RG) tratava de acontecimentos pertinentes ao CS e ao Hospital como um todo. Esse dispositivo (RG) permitiu que os pacientes conhecessem melhor e questionassem o hospital, seu funcionamento, regras e as justificativas para a existência destas. A Reunião Geral propiciou discussões favoráveis ao aumento da responsabilidade dos pacientes com a própria situação de internação. Eles puderam considerar o que cada um poderia fazer para melhorar o convívio, lidar com as diferenças e desentendimentos, cuidar e limpar os espaços compartilhados por todos. Em outros momentos, esse dispositivo propiciou iniciativas que excediam as queixas como, por exemplo, pensar a organização, formalização e encaminhamento de reivindicações à equipe, à direção do Hospital e, até mesmo, ao Poder Público.

Outra consequência interessante da Reunião Geral foi a criação do grupo Posso Ajudá-lo?. Após uma dessas reuniões na qual se discutiu a insatisfação com o atendimento médico, tivemos uma conversa com alguns pacientes. Nesta conversa eles se deram conta de que tinham conhecimentos sobre transtornos mentais, diagnósticos, remédios e seus efeitos, sistema de saúde, tratamento (dentro e fora do hospital), direitos dos doentes, burocracias exigidas para a concessão de benefícios etc. A constatação da posse desses conhecimentos e a percepção da capacidade em ajudar permitiram ir além das queixas e deram origem ao grupo “Posso Ajudá-lo?”. Com o objetivo de ajudar a todos que necessitassem, o grupo oferecia escuta e acolhimento, compartilhava saberes e experiências⁶⁵ e dava suporte para as negociações com a equipe técnica (buscava informações sobre o tratamento junto aos profissionais, apoiava e encaminhava à equipe pedidos de licença de determinados pacientes que recorriam ao grupo etc.)

⁶⁵ Os saberes e experiências do grupo Posso Ajudá-lo? não se restringiam aos temas ligados à saúde ou à doença, mas a outros relacionados à família, aos relacionamentos interpessoais, religião, lazer etc.

Por fim, a Jardinagem merece ser citada, para ilustrar a mudança no ambiente físico do Hospital, a ocupação, uso e cuidado com este. Esse grupo num dos pátios do Hospital o qual possuía uma atmosfera pouco agradável e, por isso, era pouco frequentado. Cercado por paredes brancas encardidas pela sujeira do tempo, o chão de concreto apresentava, no centro, recortes que formavam canteiros e, ao redor destes, alguns bancos de concreto. Com o trabalho do grupo de Jardinagem, a cor cinzenta do pátio, a pobreza dos canteiros, a falta de hospitalidade foram substituídas por um ambiente mais vivo, ocupado por plantas, flores e pessoas. O local passou a ser melhor cuidado e usado, principalmente, pelos integrantes do grupo.⁶⁶ Mais tarde, a Jardinagem estendeu suas atividades e passou a cuidar de outros pequenos canteiros Hospital.

Essas conquistas do CS nos estimulavam a continuar no Hospital apesar das contradições, dificuldades, distanciamento, falta de interesse, impossibilidade ou resistência da equipe. Quando nos demos conta de que o CS havia crescido e ganhado consistência, quando suas ações puderam mostrar, concretamente, *na prática*, que um outro modo de tratar era possível – apesar de poucos trabalhadores terem tomado conhecimento e se envolvido com o Clube (a maioria não quis ou não conseguiu) –, passamos a questionar o sentido do projeto.

De alguma maneira, o fortalecimento do CS não havia causado um impacto significativo para flexibilizar ou alterar concepções sobre loucura e saúde mental, sobre formas de tratamento e sobre a organização do Hospital.

Mais adiante, ao tratarmos dos analisadores que emergiram da história do CS no Hospital, buscaremos identificar os fatores que contribuíram para isso. No momento, vale destacar a grande dependência do nosso (tanto dos profissionais

⁶⁶ Não podemos afirmar que o pátio se tornou um lugar acolhedor e agradável (para isso seria necessário um trabalho mais intensivo e longo) mas, ao menos para as pessoas do grupo, esse espaço ganhou significado. Os integrantes da Jardinagem passaram a se ocupar da limpeza do local mesmo fora dos horários de atividade do grupo: não jogavam mais lixo no chão e advertiam quem o fizesse; além disso, se mobilizaram para pedir à direção do Hospital a instalação de lixeiras no local.

contratados para o CS como dos estagiários) “superinvestimento” para a sustentação do CS.

Talvez possamos situar esse “superinvestimento” na ordem daquilo que Lourau chamou de *sobreimplicação*. Esse autor reconheceu que o uso do termo implicação, pela análise institucional, para referir os pertencimentos ou “atravessamentos” presentes no relacionamento entre o analista e seu objeto pode ser confundido com o emprego “utilitarista” da palavra “que se insinua nos jargões midiáticos, políticos, empresariais” (LOURAU, 1990, p.186):

A origem deste uso voluntarista, produtivista, utilitarista, supostamente pragmático, do termo implicação encontra-se, talvez, numa mescla de influências cristãs, existencialistas, fenomenológicas, psicologistas. “Eu me implico”, “ele não se implica o suficiente” são fórmulas que equivalem a versões novas de outras, velhas: “eu me comprometo”, “ele não se compromete realmente”.

Tais fórmulas constituem juízos de valor sobre nós mesmos e sobre os demais, destinados a medir o grau de ativismo, de identificação com uma tarefa ou instituição, a quantidade de tempo/dinheiro que lhe dedicamos (estando lá, estando presentes), bem como a carga afetiva investida na cooperação (LOURAU, 1990, 2004).

Na prática social, a incorporação cotidiana do termo ou do verbo implicar-se teria se transformado em modismo e em “síndrome da implicação” e estaria associada ao *sobretabalho* ou à exploração da subjetividade “que sucede a exploração da objetividade do homem no trabalho alienado” (LOURAU, 1990/2004, p. 189). Na análise institucional o termo sobreimplicação serve para “designar esta deriva do conceito de implicação, relacionada à subjetividade-mercadoria”. Lourau esclarece: “A implicação é um nó de relações; não é boa (uso voluntarista) nem má (uso jurídico-

policialesco). A sobreimplicação, por sua vez, é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do ‘implicar-se’”. (LOURAU,1990/2004, p. 190)

De qualquer modo, em 2005, por um conjunto de fatores que serão apresentados mais adiante, mas também por causa da desilusão com o resultado desse superinvestimento (ou quem sabe, dessa forma de sobreimplicação/sobretrabalho) na totalidade do Hospital e pelo desgaste decorrente das circunstâncias gerais do trabalho, decidimos encerrar nossos serviços no Hospital.

4.2 A construção e a implementação do projeto: um descompasso

O Clube dos Saberes foi apresentado à equipe técnica do Hospital em abril de 2001. Após a apresentação, e com a anuência dos presentes, deu-se o primeiro passo para sua inserção no Hospital e foi formado o *grupo de trabalho para desenvolvimento do CS*. Sua tarefa seria mapear os recursos (projetos e atividades) do Hospital e, a partir disso, elaborar, planejar e fazer um cronograma de ações para a implementação do projeto. Faziam parte do grupo alguns membros da equipe, um representante da direção do Hospital, o supervisor institucional⁶⁷ que havia proposto a intervenção e seu assistente João.⁶⁸ Este, um psicólogo mais afeito à psicologia organizacional do que ao campo da saúde mental, acompanharia mais diretamente o grupo e seria responsável

⁶⁷ O supervisor institucional, algum tempo após a inserção do CS no hospital, passou a acompanhar somente esse projeto. Por isso, no decorrer do texto, ele será identificado como supervisor do Clube dos Saberes no Hospital.

⁶⁸ Mais tarde outra psicóloga e eu passamos a compor esse grupo ao lado do assistente do supervisor, João. Nossa participação era voluntária, pontual e sem nenhum vínculo formal com o Hospital. Estávamos lá devido ao nosso interesse no projeto do CS, no trabalho de intervenção institucional e por nosso conhecimento pregresso do supervisor do CS no Hospital.

pela capacitação no uso do Gingo, *software* desenvolvido para sustentar as trocas de conhecimento do Clube.⁶⁹

A maior parte do grupo se reunia semanalmente no Hospital. Havia uma outra reunião mensal onde se apresentava o resultado das reuniões semanais para o representante da direção e do supervisor do projeto e se discutia o projeto de maneira geral. Trechos de uma ata dessa reunião mensal ilustram algumas tensões presentes na dinâmica do grupo de trabalho para desenvolvimento do Clube.

Em 19 de junho de 2001, observou-se a necessidade de “*acertar o passo*” e que “*esse ajuste demorou além do previsto*”. A demora era justificada, em parte, pelo tempo de familiarização de João com o Hospital e seu cotidiano e pela necessidade apresentada pela equipe de um “arcabouço teórico”, para que pudessem se “apropriar de algo que transcenda o Gingo”. Em resposta, o supervisor afirmou que não havia uma teorização pronta, para subsidiar a experiência em desenvolvimento, e que ela seria construída a partir de alguns conceitos; alguns destes foram apresentados e discutidos nessa reunião.

Outro problema colocado foi a diferença entre fazer e falar. Questionava-se “como criar essa rede”, como sair das discussões teóricas acerca do Clube e torná-lo uma realidade do cotidiano. O funcionamento da Biblioteca como um “clubinho” é apontado como uma solução, como possibilidade de se passar do discurso à ação, como início para a concretização do Clube.

O grupo, nessa ocasião, é alertado para o perigo da dispersão. Em nossas reuniões era comum se discutir os mais diversos problemas enfrentados pelo Hospital ou como estes constituíam um obstáculo para pôr o Clube em ação. Isso causava dispersão e, para evitar que nos perdêssemos, foi sugerido focar nossa atenção. Sob a

⁶⁹ Ver, em “1.7 O quase-objeto”, descrição sobre o *software* Gingo.

orientação do supervisor, o grupo voltou-se para o que era preciso ser feito, para os passos seguintes, estabelecendo algumas tarefas e um “cronograma” para orientá-las.

Em resumo, o problema apresentado inicialmente nessa reunião foi a demora para a concretização do projeto do Clube dos Saberes no Hospital. Posteriormente foram apresentadas algumas justificativas: (1) falta de familiarização com o ambiente do hospital por parte do responsável pela instalação e uso do *software*; (2) necessidade da equipe de ferramentas conceituais (“arcabouço teórico”) que transcendessem a ferramenta técnica (*software*); (3) dificuldade de fazer a passagem da teoria para a prática (como sair das discussões teóricas?); (4) e invasão de temas relacionados aos problemas do Hospital nas reuniões de planejamento do projeto.

As justificativas (1) e (2) indicaram a necessidade de se conhecer algo que ainda era desconhecido: as ferramentas técnicas e conceituais do Clube dos Saberes ainda não tinham sido apropriadas pela equipe do Hospital, e o funcionamento deste ainda provocava estranhamento em João. Embora fosse esperado que a familiarização com a realidade do Hospital ou com os instrumentos teóricos e práticos do Clube levasse algum tempo, a *demora*, indicava uma dificuldade nesse processo.

Para compreendermos o significado da demora recorreremos a aspectos relativos ao conceito de pré-tarefa proposto por Pichon: (1) a pré-tarefa caracterizada pelo emprego de técnicas defensivas próprias à posição esquizoparanoide definida por Melaine Klein; (2) orientada pela finalidade de postergar a elaboração de medos e ansiedades mobilizadas pela tarefa; 3) e sob a forma de impostura da tarefa.

Segundo Pichon, “Na pré-tarefa situam-se as técnicas defensivas, que estruturam o que se denomina resistência à mudança e que são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda e de ataque” (2000, p. 31). Os mecanismos de defesa empregados são característicos da posição esquizoparanoide. Faz parte de tais

mecanismos “um jogo de dissociações do pensar, atuar e sentir” (PICHON, 2000, p. 32). Nesse sentido, as condutas poderiam ser compreendidas como parciais, dissociadas ou como “semicondutas”. Isso explicaria, no caso estudado, a enunciação da diferença entre falar e fazer registrada em ata e apresentada acima. Haveria, na dinâmica do grupo para o desenvolvimento do CS, uma dissociação entre o pensamento e a ação, própria ao momento da pré-tarefa.⁷⁰

Esse momento consiste em usar meios para postergar a elaboração das ansiedades básicas relativas à situação em questão ou, em outras palavras, da tensão entre o projeto (possibilidade de intervenção sobre o meio) e a resistência à mudança. Pichon (2000) aponta, além das técnicas defensivas mencionadas, uma solução transitória dessa tensão: o “como se” ou a “impostura da tarefa”, em que se age “como se” a tarefa estivesse sendo realizada ou se desempenham “tarefas” que permitem “passar o tempo”. Tudo isso é feito sem que as ansiedades e medos básicos sejam abordados e elaborados. O sujeito posiciona-se como sujeito alienado e limitado em sua possibilidade de apreender e transformar a realidade.⁷¹

Na ata, havíamos percebido que ao invés de partir para a ação, o grupo preocupa-se com conceitos e teorias, e ocupa-se com variadas discussões sobre o Hospital, distanciando-se de seu objetivo: colocar o CS em prática. A demora no processo grupal pode ser compreendida como consequência da impostura da tarefa (“como se”), em que conceitos e discussões tornam-se uma forma de “passar o tempo” e adiar a abordagem e a elaboração das ansiedades mobilizadas.

⁷⁰ Pichon (2000) identifica na dinâmica de grupo um interjogo de três momentos: a pré-tarefa (emprego de técnicas defensivas para evitar as ansiedades básicas), a tarefa (abordagem e elaboração das ansiedades) e o projeto (quando o sujeito modifica a si ao mesmo tempo em que modifica o meio, que corresponderia à adaptação ativa ao meio, à intervenção do sujeito sobre o mundo externo, sobre o meio em que está inserido).

⁷¹ Pichon (2000) entende as ansiedades e medos básicos como “obstáculo epistemológico”: a leitura da realidade é obstaculizada pelos mecanismos defensivos (dissociações, projeções etc), por aquilo que é fantasiado.

Como vimos anteriormente, o Clube propunha uma outra concepção de tratamento, novas formas de relacionamento, novos espaços terapêuticos, novas formas de organização e gestão das atividades cotidianas. Isso exigiria um reposicionamento das pessoas dispostas a participar e sustentar o Clube no Hospital, despertando ansiedades relativas ao modo habitual de conceber a loucura, o tratamento e a própria identidade profissional e institucional (medo de perder o que já estava construído e sedimentado – medo da mudança), e à nova proposta.

Um exemplo, para auxiliar a compreensão da natureza do medo e da ansiedade mobilizada pelo trabalho no CS, advém de uma recordação específica sobre o contexto em que ocorriam as reuniões semanais do grupo de trabalho para desenvolvimento deste. Para chegar até o local da reunião – a sala da Biblioteca –, percorria-se o pátio principal e um dos corredores de passagem da unidade SUS. Nesse percurso nós nos encontrávamos com pacientes internados e, geralmente, éramos abordados por alguns. João parecia mostrar receio, medo e um certo desconforto por não saber como responder às abordagens que lhe eram dirigidas. Se tomarmos seu comportamento como um emergente grupal, se olharmos para João como um porta-voz do grupo, poderíamos afirmar que o trabalho do Clube, no Hospital, a proximidade com os pacientes não mediatizada por uma função institucional tradicional, estaria na origem da resistência: o medo, o não saber como agir e as ansiedades despertadas pelo contato com a loucura levavam o grupo a evitar a concretização do projeto.

Outro mecanismo empregado para postergar a implantação do CS foi revelado pela disparidade das justificativas (2) e (3). A necessidade de “arcabouço teórico” destoava do incômodo com as discussões teóricas e a falta da ação prática. Tanto a *necessidade* (falta) como o *excesso* de ferramentas teóricas-conceituais mantinham a efetivação do Clube em suspensão. O projeto ficava circunscrito a um

pequeno grupo de pessoas (o grupo de trabalho responsável pelo seu planejamento e implantação), e ao plano das *discussões*. Esse plano, por sua vez, era incrementado pelas preocupações acerca dos problemas do Hospital, ocupando o espaço dedicado ao desenvolvimento do Clube: ao tratar de tais preocupações o grupo se dispersava, perdia seu objetivo e, em consequência, adia a tarefa propriamente dita.

Sob outro ângulo, podemos olhar para a resistência (a sobreposição, a intensificação, o excesso de discussões) de outra maneira; não apenas como resistência em entrar em contato com os medos e ansiedades mobilizados pela tarefa para então elaborá-los, mas relacionada a outras ansiedades que não aquelas despertadas pela tarefa em si (planejamento e implantação do Clube dos Saberes).

A supervisão do projeto era um dos poucos espaços grupais voltados à reflexão fosse sobre o Clube, fosse sobre qualquer assunto do Hospital. Vale lembrar que as reuniões de equipe no hospital ocorriam quinzenalmente e eram atravancadas pelo excesso de pautas, em geral propostas pelo coordenador, pela direção ou chefe de enfermagem. Na maioria das vezes, as pautas referiam-se à necessidade de solucionar problemas, quase sempre urgentes, sobre a organização e funcionamento do Hospital ou para colocar em ação as soluções previstas pela direção.

As intermináveis discussões poderiam ser interpretadas como *repetição*, como atuação daquilo que não pode ser recordado, que não pode ser integrado à consciência graças à repressão (FREUD, 1914, 1969). A queixa sobre a *falta de teoria* talvez fosse um deslocamento da angústia ligada à *falta de espaços* (de troca, de discussão, de análise) para tratar dos problemas relativos ao Hospital e à *falta de recursos* (financeiros e humanos) da instituição como um todo. A falta de reuniões voltadas às discussões clínicas, ao aprofundamento das bases do projeto de tratamento do Hospital, ao compartilhamento das dificuldades enfrentadas no Hospital e no contato

com a loucura, impedia o acesso à palavra e, conseqüentemente, à abordagem e à análise das angústias dos agentes institucionais. Havia um represamento das angústias relativas ao trabalho, como se a instituição, inconscientemente, estivesse reprimindo a expressão e elaboração dessas angústia ou negasse a necessidade disso.

Em síntese, pudemos identificar uma ausência de elaboração, seja como forma de adiar a resolução dos medos e ansiedades básicas mobilizados pela proposta do Clube – de proximidade e acolhimento da loucura (ao invés de ignorá-la, tamponá-la ou tentar controlá-la) –, seja por falta de espaços de reflexão conjunta da equipe técnica ou dos trabalhadores em geral do Hospital. Na supervisão ocorria uma sobreposição de angústias: relativas ao CS, ao Hospital, ao contato com a doença mental entre outras.

4.3 O início da ação do Clube no cotidiano do Hospital: o caso da Biblioteca (aceitação da tarefa e resistência)

Em agosto de 2001, o planejamento do projeto ainda não tinha sido concluído, mas havia uma indicação de que o Clube dos Saberes iniciaria sua implementação a partir da Biblioteca do Hospital. Para isso, era necessário que ela permanecesse aberta alguns períodos durante semana, o que não ocorrera até aquele momento. O espaço, apesar de ter acervo catalogado e organizado por uma bibliotecária, era quase inoperante. Poucos profissionais utilizavam-no para desenvolver atividades com os pacientes da ala de sua responsabilidade.

Mara e Elisa (membros da equipe técnica do Hospital) se apresentaram como voluntárias para manter a Biblioteca em funcionamento durante algumas horas, na semana, e coordenar as atividades desta. A biblioteca deveria ser receptiva à entrada e

ao convívio de pacientes – pacientes de uma mesma ala e também de diferentes alas. Mara e Elisa também observariam o convívio e o uso da biblioteca, os interesses e os saberes dos pacientes, os quais poderiam emergir espontaneamente naquele local.

A experiência de criar uma rotina cotidiana para a Biblioteca deveria valer como um ensaio, um subsídio para a construção do Clube dos Saberes no Hospital.

Numa das atas de supervisão de janeiro de 2002, verificou-se que um dos resultados esperados, “abrir a biblioteca meio período todos os dias, de segunda a sexta-feira com voluntários”, havia sido alcançado. Tínhamos, naquele momento, além das duas voluntárias, Mara e Elisa, mais dois ou três membros da equipe técnica. Também foi comentada a ênfase dada pelo grupo de trabalho para o desenvolvimento do Clube sobre a necessidade de buscar e capacitar novos voluntários para abrirem e coordenarem as atividades na Biblioteca. O supervisor indicou que tal ênfase deveria ser abrandada e que se iniciasse o mapeamento dos saberes dos frequentadores da biblioteca.

Recordo que conseguir abrir a Biblioteca diariamente por meio período foi uma tarefa difícil de ser cumprida. Os membros da equipe técnica do Hospital resistiam em se responsabilizar por sua abertura e funcionamento, alegando falta de tempo. Mesmo as pessoas que se ofereceram como voluntárias para cumprir esse fim, queixavam-se de falta de tempo e por terem de abrir mão das horas dedicadas à assistência, às atividades terapêuticas. Mas, apesar das dificuldades, por que insistir na procura e capacitação de outros voluntários para participar da biblioteca, se o objetivo de abri-la diariamente fora alcançado?

Apesar da simpatia pelas ideias do Clube, estar nele, ser responsável por sua realização, era algo custoso, pesado; os voluntários passavam a sensação de que ficar na Biblioteca era cansativo e solitário. Por que precisaríamos de mais voluntários? Para dividir a responsabilidade, a “solidão”, o “peso” ou o “custo”? A que se referiam tais

sentimentos? Por que não dar início ao mapeamento dos saberes e agenciamento das trocas de saberes? Existiria relação entre essas questões e a morosidade observada no planejamento da implantação do projeto?⁷²

Na mesma ata de janeiro, notamos que as dificuldades sentidas pelos voluntários se relacionavam à intolerância quanto a um funcionamento, ocupação e uso não convencionais da Biblioteca: um funcionamento, ocupação e uso agora menos neuróticos e mais psicóticos. Sobre isso, o supervisor comentou: “a biblioteca num hospital psiquiátrico é precária. É importante deixar acontecer uma certa confusão (...) [Se um paciente] batuca [dentro da Biblioteca] e não pode fazê-lo, devemos mapear esse conhecimento e viabilizar que ele faça a batucada em local próprio”.

Talvez fosse cansativo estar na Biblioteca, junto aos pacientes, e tolerar a “confusão” que se instalara ali. Talvez o custo mencionado anteriormente estivesse relacionado a estar fora do padrão, do convencional, a estar fora do lugar. Numa biblioteca convencional espera-se que os frequentadores se comportem de determinada maneira. Era comum escutar dos voluntários as mesmas expectativas: eles queriam que os pacientes ficassem em silêncio durante a leitura, cuidassem muito bem dos livros e soubessem ler. Ao mesmo tempo, eles rapidamente se identificaram com a figura do bibliotecário: escolheram designar seu papel na Biblioteca pelo nome de “orientador”,⁷³ e ficavam extremamente preocupados com a tarefa de guardar os livros nas prateleiras, segundo as normas bibliotecárias. Na conduta desses voluntários também era possível notar uma tendência a reprimir os comportamentos não esperados, a confusão, a loucura de modo geral. Como era estar diante da ruptura de uma norma convencional socialmente que prescreve qual deve ser o comportamento em uma biblioteca? Como

⁷² Ver tópico anterior.

⁷³ Na ata de janeiro consta que o supervisor sugeriu que se mudasse a designação “orientador”, por ser um nome impregnado de poder, e indicou que a função desempenhada seria mais de suporte. Além disso, ele apontou que os pacientes também deveriam exercê-la: “precisamos fazer com que o paciente assuma esse lugar” – isso está registrado em ata.

era, para cada voluntário, estar numa função diferente daquela a qual estava habituado (professor de educação física, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo etc)?

O Clube não se limitava a propor a possibilidade de uma abertura para a loucura mas de organizar os pertencimentos. Ao aceitar, na Biblioteca, uma certa desordem, abrir-se-ia um espaço para a manifestação das singularidades e, simultaneamente, para a criação de novos projetos e atividades onde tais singularidades seriam contempladas.⁷⁴ Acolher a loucura e tolerar uma organização mais flexível poderia tornar a Biblioteca em um lugar de referência, de pertencimento, de enraizamento. Nesse sentido, o Clube previa não apenas a desconstrução de estereótipos e das relações mediadas por eles; não se tratava apenas de empregar estratégias voltadas à descristalização ou desidentificação dos postos e *status* institucionais, mas também de possibilitar construções e novas formas de ordenar as relações e de lidar com a loucura. Essa intenção, todavia, tornava-se imperceptível para quem temia sucumbir à “desordem” que o Clube necessitava acolher.

Mencionamos anteriormente (item 1.2) a questão da separação entre o eu e o outro, entre mundo interno e externo. Trata-se da clivagem do eu entre os estratos sincréticos ou indiscriminados da personalidade e os estratos mais organizados característicos da sociabilidade de interação. Isso produziria uma alienação do próprio eu, mas necessária à sua constituição. Do mesmo modo, há uma clivagem social que busca reforçar a separação entre o organizado e o não organizado: essa clivagem seria responsável pela segregação da loucura na sociedade. Vimos também como essa segregação se reproduz no equipamento de saúde mental através da divisão do trabalho e/ou da separação auto-protetora entre normal e patológico (MOURA, 2003). O apego a uma determinada identidade ou posto institucional, a separação entre trabalhadores e

⁷⁴ Podemos pensar, aqui, a Biblioteca como lugar capaz de adquirir, em determinados momentos, dependendo do tipo de ambiência, a qualidade de um espaço potencial ou transicional (Winnicott, 2000).

doentes, cuidados e cuidadores, teria, portanto, uma função defensiva. Sobre o emprego das defesas, podemos ainda dizer:

... a angústia e a insegurança, a incerteza sobre sua identidade, a incerteza sobre os limites dos próprios corpos, vividas com maior ou menor intensidade pelos doentes, são as nossas. As nossas, vividas no passado em nossa infância, e mesmo às vezes até agora: inconscientemente nós as reconhecemos e as experimentamos ainda (...) Nossas próprias dificuldades interiores, mais ou menos estabilizadas em cada um de nós, são assim recolocadas em questão, mobilizadas por aquilo que experimentam e expressam nossos clientes (ROTHBERG, 1968, p. 48,50, apud MOURA, 2003, p. 79).

Uma organização hospitalar que dá sinais de não haver superado o medo da loucura, de formar-se para continuamente vivê-lo, é uma instituição que repete o medo social da loucura, repete a segregação ou policiamento da loucura e dos loucos: indício de que a instituição formou-se (e permanece) sobre a base de uma lógica e de um procedimento manicomiais.

O Clube dos Saberes, ao propor uma relação de maior proximidade com os doentes, ameaçava essa clivagem social que se repetia na vida cotidiana do equipamento de saúde mental. O clube se dispunha a flexibilizar a separação entre o organizado e o não organizado, analisando a alienação produzida pela rigidez da clivagem, uma rigidez capaz de “obstar o desenvolvimento do indivíduo ou do grupo” (MOURA, 2003, p. 43).

Uma vez que, na Biblioteca, o convívio com os pacientes não previa a típica mediação ou proteção dos agentes institucionais, pudemos inferir que o cansaço e a solidão experimentados pelos voluntários relacionavam-se ao desconcerto ou inoperância das defesas tradicionais empregadas para enfrentar as angústias mobilizadas diante da loucura. A busca de novos voluntários poderia significar alívio para o sentimento de solidão vinculado a uma experiência de desamparo e medo com a

proximidade com os doentes. Da mesma maneira, o cansaço poderia estar relacionado à exigência de trabalho psíquico para lidar com essas vivências.

A necessidade de recorrer a um papel conhecido – por exemplo o de um “orientador” ou “bibliotecário” –, e a um modelo convencional de funcionamento organizacional indicava uma tentativa de reconstruir e manter as defesas empregadas até então sob a égide da separação entre sanidade e insanidade, loucura e normalidade.

4.4 A contratação de pessoas de fora para efetivar a implantação do CS: uma solução dupla (solução válida e defensiva)

No registro de uma supervisão em março de 2002 apontou-se a piora da situação do Hospital. Houve um “rebaixamento do teto financeiro do SUS” e em consequência a “recomposição das equipes, especialização das alas e diminuição de leitos e de profissionais”.

Essas mudanças comprometeriam o Clube dos Saberes porque impediriam que a Biblioteca ficasse tempo suficiente aberta “para respaldar o projeto”, para dar “visibilidade” ao Clube. Outra dificuldade identificada em supervisão foi a insistente compreensão da assistência terapêutica como algo restrito às alas, excluindo desse âmbito as atividades da Biblioteca e os atendimentos no pátio (extra-ala). “Como fazer com que o Clube tenha um *status* de assistência, assim como a educação física o tem?”, era uma das perguntas colocadas naquele momento.

Diversas sugestões para superar os problemas para a implantação definitiva do Clube foram levantadas. Pensou-se em procurar novos voluntários ou estagiários. Estes ficariam sob a responsabilidade de alguém que se dedicasse integralmente à

capacitação e ao acompanhamento dos novatos. Um dos diretores sugeriu os nomes de Mara e Elisa para assumirem essa responsabilidade, mas elas se recusaram a exercer tal função. Mais uma vez apontou-se a necessidade de que os pacientes participassem da gestão do Clube e da Biblioteca (foi proposta a inclusão dos pacientes moradores nessa gestão). Também se poderia mudar a estratégia e pensar o mapeamento e as trocas de saberes a partir das reuniões de ala (miniclubes intra-ala). Posteriormente, transcender-se-ia o plano individual das alas atingindo-se os espaços extra-ala. Por fim, um dos diretores do Hospital sugeriu “diminuir a contenção química e com a economia”⁷⁵ destinar recursos à Biblioteca com a contratação “de uma pessoa que tivesse perfil muito específico, devidamente supervisionada para não cair no tarefismo”. Essa pessoa deveria dedicar-se em tempo integral ao Clube.

As condições do Hospital (hierarquia piramidal, fixação nos postos e funções institucionais, características manicomial em geral) sobre as quais o Clube dos Saberes, previa-se, interviria e alteraria, eram, desde o início, inóspitas ao desenvolvimento do próprio Clube. Mas o “rebaixamento do teto financeiro do SUS” causou impactos ainda mais negativos.

Na ata havia uma indicação de corte de pessoal para lidar com a nova situação financeira do Hospital mas, na prática, para evitar isso, diminuiu-se a carga horária dos trabalhadores. Houve, portanto, um aumento da sobrecarga de trabalho.

Para além das dificuldades e resistências apresentadas, a sobrecarga de trabalho impediu que, por exemplo, Mara e Elisa mantivessem a abertura da Biblioteca ou aceitassem se dedicar com exclusividade ao CS. A equipe técnica, diante da nova situação, de algum modo não se julgava capaz de dar continuidade ao CS.⁷⁶

Para garantir a manutenção do CS, a direção decidiu pela contratação de um novo profissional responsável por essa manutenção. Essa solução de caráter prático pode ter servido, ao mesmo tempo, para apaziguar os conflitos da equipe em relação ao

⁷⁵ De acordo com minha lembrança, havia um juízo de que os pacientes eram medicados em excesso: a contenção química era a alternativa utilizada porque não havia atividades e profissionais suficientes para tratar e enfrentar as crises agudas dos pacientes.

⁷⁶ Podemos deduzir a falta de vontade em investir no CS frente ao sofrimento relativo à anunciada piora das condições de trabalho, às preocupações com a instabilidade do trabalho (e da renda obtida com este), ao *stresse* gerado por essas condições.

projeto. A entrada de um agente externo desobrigaria, pelo menos por algum tempo, os trabalhadores a assumirem e elaborarem as ansiedades relativas ao Clube como, por exemplo, aquelas despertadas pela convivência com os pacientes na Biblioteca.

A contratação de pessoas de fora para cuidar do Clube seria, portanto, uma solução para um problema verdadeiro e objetivo (sobrecarga de trabalho), mas uma solução que também poderia funcionar como defesa.

4.4.1 Contradições na recepção ao CS: quatro formas de relacionamento

As formas de recepção ilustram a receptividade e a interação dos trabalhadores do Hospital em relação ao Clube dos Saberes e tiveram como base vivências pessoais referentes aos quatro anos em que estive ali.

O “conjunto-síntese” dessas vivências permitiu o reconhecimento de algumas atitudes e posições assumidas em relação ao CS. Apesar do rodízio por tais posições,⁷⁷ uma certa permanência e constância do comportamento dos agentes institucionais possibilitou delinear quatro formas de recepção: *apoio consciente*; *apoio distorcido*; *oposição passiva*; *apoio prático e cotidiano*.

O *apoio consciente* caracterizou-se pela confiança nos protagonistas do Clube dos Saberes, na autonomia dos pacientes e nas mudanças de prática hospitalar que poderiam daí advir. Essa atitude foi assumida principalmente por um dos diretores do Hospital (responsável pela mediação entre o Clube dos Saberes e a direção geral da instituição, e um diretor que estava sempre presente durante o desenvolvimento do

⁷⁷ Uma mesma pessoa podia manifestar uma atitude pertinente ao modo de recepção de *apoio consciente* e em outro momento assumir atitudes próprias à *oposição passiva*. Uma das assistentes sociais do Hospital serve para exemplificar o modo como as pessoas assumiram atitudes mais características de outras categorias-posições por nós definidas: ora ela transitava na primeira posição – apoio consciente, ora tomava a postura típica da segunda posição – apoio distorcido – e algumas vezes ela transitava na terceira posição. Esse é um exemplo nítido de como essas posições eram volantes e assumidas, em diferentes momentos, por diferentes pessoas. Podemos lembrar Pichon-Rivière (2000) e a ideia de que, em um grupo, há o desempenho de diferentes papéis e que estes são rotativos entre os membros do grupo. A adjudicação de papéis e a assunção de papéis não são sempre congruentes.

projeto, em nossas reuniões e supervisões), o coordenador da Equipe Técnica, uma professora de educação física, três terapeutas ocupacionais e dois psicólogos: pessoas com alguma formação ou conhecimento sobre as novas práticas em saúde mental.

Essas pessoas estiveram, em um ou outro momento, envolvidas diretamente com alguma atividade do CS. A maioria já estava integrada ao grupo de trabalho, no início do desenvolvimento do CS. Apesar das resistências manifestadas nesse grupo,⁷⁸ seus integrantes podiam ser considerados estar em “posição de apoio” por assumirem a defesa do CS frente à equipe e por apresentarem uma disponibilidade para participar dele, o que contrastava com a indisponibilidade dos demais.

Um segundo regime de recepção caracterizou-se por uma tradução precária e problemática do projeto, sem que fossem estimadas suas pretensões éticas, políticas e técnicas. Podemos dizer que nessa posição tinha-se uma compreensão redutora ou alterada do projeto; aparentemente determinada por práticas e pensamentos que chamaremos conservadores. O Clube era visto como “nova tecnologia”, uma espécie de “vitrine”, chamariz ou diferencial do serviço prestado pelo Hospital. Outras vezes, era percebido como um promotor de atividades meramente ocupacionais ou recreativas. As atitudes características desse modo de recepção foram tomadas, na maioria das vezes, pelo diretor técnico (também médico), por uma psicóloga, por uma assistente social e por dois psiquiatras.⁷⁹ Talvez, poderiam ser incluídos aqui os profissionais das unidades particulares com quem tivemos contatos esporádicos e que se interessaram pelo Clube, além dos outros diretores do Hospital, mais vinculados à administração geral ou às unidades particulares.

Nessa posição pudemos identificar falta de um conhecimento aprofundado das propostas do CS e uma postura pragmática ou empresarial.

⁷⁸ Ver tópico 4.3.

⁷⁹ Os demais psiquiatras não são considerados em nenhuma das posições, pois estavam ligados apenas à equipe técnica de sua ala, o que restringia suas ações a cuidados diretos de pacientes.

A percepção distorcida do Clube (projeto recreativo e ocupacional), o conhecimento superficial de suas propostas (ignorância de seus pressupostos e de seu caráter interventivo) podem ser compreendidos como efeitos de uma falha de comunicação no sentido apresentado por Pichon (2000). Segundo esse autor, as perturbações da comunicação e da aprendizagem são responsáveis pela alienação mental e decorrem da impossibilidade de efetuar um ajuste perceptivo entre realidade interna e realidade externa. A percepção do outro e do mundo, a capacidade de comunicação, a possibilidade de modificar a si mesmo e a apreensão e ação sobre a realidade são prejudicadas pelo predomínio das fantasias, das relações de objeto internas e de mecanismos de projeção. Há uma perturbação da distinção entre o real e o fantasiado.

No Hospital, por meio de conversas ou colocações nas reuniões de equipe, era possível perceber uma distância entre o CS que propúnhamos e tentávamos desenvolver e o CS imaginado por alguns. O problema fundamental não residia na diferença de expectativa em relação ao CS ou no modo de apreendê-lo, mas na incapacidade de reconhecer essa diferença. Através da negação ou do funcionamento mágico do pensamento, fazia-se o CS proposto coincidir com o CS imaginado.⁸⁰

Para Pichon (2000) tratar as perturbações da comunicação e da aprendizagem significa restabelecer a relação dialética entre mundo interno e mundo externo, promover um ajuste perceptivo através de operações de esclarecimento dos mal-entendidos. No Hospital a restrição de espaços coletivos de encontro, discussão, troca e reflexão citados impediam esses esclarecimentos e, em consequência, mantinham os mal-entendidos.

⁸⁰ Podemos também pensar nos fenômenos transicionais em que o objeto criado coincide com o objeto encontrado na realidade. Essa coincidência corresponderia à ilusão. Segundo Winnicott, tanto a ilusão como também, posteriormente, a desilusão são importantes para o desenvolvimento psíquico saudável. Para saber mais, ver artigo Desenvolvimento emocional primitivo, de Winnicott (1958/2000).

A percepção distorcida do Clube pode ter sido alimentada também por uma postura pragmática e empresarial. O pragmatismo pertinente ao campo empresarial está vinculado à produtividade. Para os problemas presentes no processo de produção são desejadas soluções rápidas, eficazes e de baixo custo. Sob essa lógica, de maneira simplificada, poderíamos conjecturar: se o problema do hospital é a ociosidade dos pacientes, propor atividades é a solução para esse problema. O interesse no CS seria, portanto, interesse na sua possibilidade de promover atividades que ocupassem o tempo dos pacientes. O caráter terapêutico, clínico, político etc. da atividade e do projeto como um todo não é estimado, não é objeto de preocupação. Nessa perspectiva basta, apenas, resolver a questão da ociosidade.

O olhar empresarial presente nos modos de apreensão do CS, de recepção e de interação com o projeto, principalmente, por parte dos diretores do Hospital, era determinado não apenas pelo pragmatismo. Outro fator a ser considerado referia-se às influências que deram origem ao CS: a Gestão do Conhecimento.

Vimos que uma das preocupações do CS era evitar ou romper várias formas de exclusão sofrida pelos doentes, dentre elas a exclusão da chamada “sociedade do conhecimento”. O preconceito em relação à falta de capacidade e de responsabilidade dos doentes e o fato de estes possuírem saberes geralmente não reconhecidos oficialmente estão na origem dessa forma de exclusão dentro e fora dos equipamentos de saúde mental. Num âmbito mais geral, e no caso da maioria da população usuária do SUS, essa exclusão pode ser acentuada pela falta de acesso ao conhecimento, à informação e à educação formal. Para superar essa forma de exclusão, a busca do CS era valorizar os saberes dos pacientes internados no Hospital, identificando-os e disponibilizando-os para a troca.

Essa valorização do saber também está presente na sociedade atual e revela-se na atenção com a produção, compartilhamento e transformação do conhecimento; uma atenção que penetrou a realidade das organizações sociais sob o nome de Gestão do Conhecimento e que faz parte da realidade das organizações.

Moura (2003) relaciona o surgimento de estratégias de Gestão do Conhecimento nas empresas ao aumento dos serviços após a 2^a-Guerra Mundial. Esse aumento ocorreu devido ao “desenvolvimento das tecnologias manufatureiras, que havia possibilitado a automação intensa dos processos produtivos e de gestão, bem como levado os custos e padrões de qualidade dos produtos a um patamar bastante comum entre as empresas” (p. 123). O autor complementa: “O resultado disto foi uma alta padronização das ofertas e um baixo nível de competitividade quanto ao que elas poderiam oferecer aos seus clientes” (MOURA, 2003, p.123).

A automação acompanhada da padronização dos custos e das ofertas, o aumento dos serviços, o rápido avanço das tecnologias da informação, a globalização, o fracasso do tecnicismo (tentativa de transformar as empresas em máquinas cada vez mais independentes das pessoas),⁸¹ foram fatores determinantes para colocar os conhecimentos das pessoas em posição de diferencial competitivo das empresas.

Moura (2003) reconhece uma passagem da Era Industrial para a Era do Conhecimento e identifica, nessa passagem, na maioria das vezes, “uma tentativa de apropriação da riqueza das pessoas, por meio do domínio de seu processo de produção de conhecimento (...) um tipo de *engenharia* a mais, elevando as pessoas do *status* de mão-de-obra ao de *mente-de-obra*” (MOURA, 2003, p. 125). O valor do conhecimento das pessoas é destacado por motivos econômicos, pela busca de maior competitividade e lucratividade das empresas e, não exatamente, para o crescimento individual e para o

⁸¹ Para saber mais, cf. Moura, 2003, p. 122–128.

bem comum. O Gingo, ao contrário, é um *software* criado com o objetivo de favorecer o desenvolvimento das pessoas e das comunidades através do mapeamento, registro e troca de conhecimentos. Mas por ser uma tecnologia integrada à Gestão do Conhecimento, pode ser empregado na gestão de empresas para aumento de produtividade e lucratividade.

O fato de o CS – motivado pela preocupação com a exclusão promovida pela Sociedade do Conhecimento e pelo preconceito da precariedade do doente mental – , se aproximar da questão da Gestão do Conhecimento e dispor de uma ferramenta moderna – *software* –, de uso corrente nas empresas, pode ter contribuído para a visão mais empresarial, pragmática e superficial identificada na segunda forma de recepção.

A recepção, num terceiro regime, caracterizou-se por uma forma de oposição passiva: as pessoas não afirmavam convictamente ter uma postura a favor ou contra o CS e, ao mesmo tempo, não colaboravam para o seu desenvolvimento. Algumas situações consideradas de risco,⁸² como deixar os pacientes responsáveis pela Biblioteca ou pela horta, com a posse da chave da porta desses lugares e com acesso a materiais tidos como “perigosos” (p.ex.: lápis, caneta, pá, vassoura), eram usadas como forma de crítica e oposição. Desse grupo faziam parte algumas pessoas da equipe de enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social e a chefe da limpeza.

Muitos agentes, nessa terceira posição, têm em comum o fato de trabalharem há muitos anos no Hospital. Por isso, podemos lembrar Altoé quando afirma: “Da mesma maneira que se diz que o paciente fica institucionalizado, em função de longos períodos de internação neste contexto institucional, podemos dizer que isto também ocorre com os funcionários” (ALTOÉ, 2004, p. 61). A institucionalização dos

⁸² Tais situações eram discutidas em reuniões e supervisões do Clube e, por isso, admitidas por nós.

funcionários determina a tendência em manter o universo instituído e, em consequência, corresponde à resistência à mudança.⁸³

A assistente social, sempre concentrada nessa posição, durante as reuniões de equipe mostrava-se simpática, disposta ao diálogo, compreensiva e solidária às ideias e intenções do Clube, mas sua postura final era sempre de discordância e de apresentação de obstáculos às nossas propostas. A chefe de limpeza, uma burocrata, rigidamente alocada em seu posto hierárquico, era muito submissa aos seus superiores diretos, nunca atendendo a pedidos (mesmos os mais insignificantes) de outros profissionais sem antes consultá-los. Era autoritária com seus funcionários, e estes, por sua vez, ficavam impedidos de qualquer ação espontânea ou autônoma.

As pessoas concentradas nessa posição exemplificam alguns dos efeitos da organização hierárquica piramidal: a burocratização e a cristalização das funções, papéis e identidades institucionais; efeitos que, como vimos nas seções anteriores, são negativos. A estrutura piramidal “instaura diferentes identidades institucionais às quais as pessoas tendem inercialmente a se apegar, reduzindo a sua visão e o sentido de suas ações ao horizonte estreito dos lugares que ocupam na organização” (MOURA, 2003, p. 24). Há um predomínio da estrutura organizacional em relação às necessidades e eventualidades da realidade cotidiana.⁸⁴ As pessoas, acomodadas em determinadas formas de conceber, atuar e se autorrepresentar no trabalho tendem a resistir à mudança, a permanecer protegidas pela comodidade e familiaridade do já conhecido.

Um quarto regime de recepção, que chamamos de *apoio prático e cotidiano*, era assumido pelos profissionais não técnicos, isto é, os que pertenciam ao setor

⁸³ Também podemos pensar, a partir de Pichon (2000), na estereotipia do comportamento dos funcionários institucionalizados. Essa estereotipia imobilizaria o processo de aprendizagem e, com isso, a possibilidade de transformação (adaptação ativa à realidade).

⁸⁴ Moura (2003) observa que em todo equipamento de saúde mental há uma tensão entre a organização e a clínica. A organização é necessária para evitar o caos e oferecer referências para orientar o trabalho e as relações entre as pessoas do equipamento. Mas se ela for demasiadamente rígida pode provocar um estreitamento da perspectiva clínica e terapêutica e uma inibição da capacidade de criação e inovação. Portanto, a rigidez pode ser alienante e empobrecedora.

administrativo. Dentre eles, destacavam-se as pessoas do setor de manutenção que nos davam suporte material sempre que necessitávamos. Eles ajudavam a viabilizar as atividades do Clube e, na maior parte das vezes, eram solícitos e solidários. Embora não tivessem uma compreensão aprofundada de nossa proposta, tinham um conhecimento prático, concreto, de nossas ações e, mais de uma vez, comunicaram a percepção da diferença de tratamento e relacionamento dos membros do Clube dos Saberes (principalmente em relação aos pacientes) e de outros profissionais da equipe. Podemos dizer que esse apoio era mais relacionado à sensibilidade.

Essas pessoas acompanharam algumas trocas de saberes: geralmente ajudavam a providenciar os materiais necessários às atividades do Clube (curso de mecânica, de noções de eletricidade e instalação elétrica, e outros) ou acompanhavam pontualmente alguma dessas atividades. O grupo da horta, por exemplo, contava com a participação esporádica de alguns desses funcionários: eles passavam pela horta como quem não queria nada e, por fim, ajudavam a carpir, preparar os canteiros ou simplesmente trocavam ideias e histórias relacionadas ao plantio.

As poucas ressalvas que os funcionários da manutenção manifestavam em relação ao Clube estavam diretamente relacionadas aos imprevistos que surgiam no aprendizado e exercício da responsabilidade e da autonomia dos pacientes. Quando um paciente perdia a chave da porta de uma sala ou gaveta, solicitávamos ao setor de manutenção a troca da fechadura, o arrombamento da gaveta e, posteriormente, o conserto desta. Ou seja, os imprevistos podiam significar mais trabalho para os funcionários e, com isso, eles questionavam o sentido de autorizarmos os pacientes a portarem chaves.

Algo semelhante ocorreu com algumas pessoas que trabalhavam na limpeza do Hospital. Elas contribuíam com os grupos, fornecendo materiais ou participando de

uma ou outra atividade. Mas ficavam extremamente incomodadas quando abrimos a Biblioteca e permitimos a circulação dos pacientes em um ambiente antes restrito. Esse espaço era usado pelos funcionários da limpeza para o descanso após o almoço. Tratava-se de um pequeno pátio interno localizado entre algumas salas de atividade, a sala dos funcionários da limpeza e uma das entradas da Biblioteca. Incomodados com a presença de pacientes no pátio, no horário de descanso, os funcionários, orientados e acostumados à rigidez da organização hierárquica, recorriam ao seu superior (chefe da limpeza) para apresentar queixas em relação ao CS. O chefe transmitia a queixa ao diretor e este, geralmente através de “memorandos”, pedia providências para solucionar o problema. O caminho da burocracia era privilegiado. Conversar e negociar com os pacientes o uso de um espaço comum era algo desconhecido ou mais trabalhoso e, talvez, ameaçador.⁸⁵

No intuito de resgatar o papel operativo dos pacientes, de estimulá-los e permitir, a eles, a tomada de responsabilidade, de incentivá-los a terem autonomia, em favor de seu crescimento pessoal e da possibilidade de acederem à condição de sujeitos ativos-participativos (em oposição à condição de objeto passivo do tratamento e do saber médico e técnico em que indivíduo é colocado nos equipamentos de saúde mental, em especial em hospital psiquiátrico), a ação do CS tinha consequências nem sempre desejáveis para alguns. A responsabilidade de portar uma chave, a autonomia para a abrir e fechar a Biblioteca, a circulação por espaços antes restritos, incluía a possibilidade de uma chave ser perdida, o compartilhamento de espaços e a convivência

⁸⁵ Quando a queixa dos funcionários do setor de limpeza chegou ao nosso conhecimento, conseguimos negociar, entre eles e os pacientes, alguns horários (após o almoço) em que a passagem da Biblioteca para o pátio, usado pelos primeiros, permaneceria fechada. Ou seja, o problema tinha uma resolução simples: uma boa conversa!

entre diferentes agentes institucionais. Além disso, a confiança conferida para o exercício da responsabilidade e da autonomia poderia ser “mal utilizada”.⁸⁶

Podemos diferenciar, entre as quatro formas de recepção, duas tendências: uma positiva/construtiva e outra negativa/destrutiva. As pessoas incluídas nos modos de recepção nomeados como *apoio consciente* e *apoio prático e cotidiano*, apesar das resistências e de algumas dificuldades observadas, constituíam uma força a favor do desenvolvimento do CS, e eram aquelas em quem poderíamos contar. Por outro lado, as que se encontravam na posição do *apoio distorcido* e *oposição passiva* representavam obstáculos a esse desenvolvimento. Havia, portanto, na dinâmica entre os trabalhadores do Hospital e o Clube, duas forças contraditórias, duas tendências conflitantes que provocavam tensões e desgastes, comprometendo o projeto.

4.5 A obrigação e a iniciativa, a burocracia e o desejo, ação formalizada e ação desejante

Houve vezes em que agentes da instituição quiseram participar das ações do Clube, mas se encontravam institucionalmente impedidos. A seguir, pelo tratamento , em trechos de ata, veremos como se apresentava a vontade e o impedimento institucional para a participação no CS.

⁸⁶ Houve, por exemplo, uma situação em que um dos cuidadores da Biblioteca não viu mal algum em emprestar a chave e o espaço da Biblioteca para que um casal de namorados, amigos seus, pudesse desfrutar alguns momentos de privacidade. Embora possamos classificar isso como um “mau uso” da responsabilidade assumida, da autonomia cedida ou da confiança depositada nessa pessoa pelo grupo da Biblioteca, a situação permitiu uma conversa bastante interessante sobre esses temas (responsabilidade, autonomia, confiança). O grupo teve de se haver e tratar do sentimento de traição despertado pelo episódio; mas também com o significado e a importância dos acordos grupais. O casal em questão foi chamado para uma conversa com o pessoal do Clube e com alguns membros da equipe, responsáveis pelo tratamento de ambos. Na equipe do hospital, esse episódio fomentou algumas discussões sobre o CS. Podemos ver que uma única situação exigiu, da parte do CS, uma atenção e cuidado tanto em relação aos pacientes envolvidos quanto à equipe do hospital..

Os profissionais responsáveis pelo Clube dos Saberes se reuniam semanalmente para discutir ações, dificuldades, acontecimentos e estratégias para fortalecer e ampliar o projeto. Essas reuniões eram abertas e podiam participar colaboradores e outros trabalhadores do Hospital que estivessem interessados. Em novembro de 2002, o assunto discutido foi a criação de uma Assembleia Geral (AG) com o objetivo de reunir as pessoas do Hospital (pacientes e trabalhadores), criar um espaço comum de troca e diálogo sobre assuntos do cotidiano, e auxiliar a sustentação do Clube. Nela, o Clube poderia apresentar temas de seu interesse, propor atividades e levantar as demandas para as trocas de saberes. Com isso, esperávamos que esse espaço se tornasse um meio legítimo e oficial de articulação e de interlocução entre o CS e os demais setores e pessoas do Hospital.

Em relação à constituição dessa reunião, o registro de ata aponta uma tensão no modo de lidar com a necessidade de investimentos diversos (assistência nas alas, CS, Assembleia) e o pouco número de profissionais para isso:

Discutimos se a possibilidade de criar o espaço da Assembleia não seria um outro modo de fazer o mesmo que é a proposta do Clube (coletivizar a voz, as discussões). *Não seria um modo de dividir esforços, investir em duas vias [Clube e Assembleia] com poucas pessoas para a sustentação?* (Ata, 2002, grifo nosso).

A Assembleia é um lugar que tem o objetivo também de fortalecer o Clube dos Saberes. M questiona se *não é gastar tempo, investimento*. C coloca que essa é uma estratégia que acreditamos que vale a pena. L aponta que assim como a biblioteca é um espaço que fortalece o CS, a Assembleia é também um lugar que irá garantir isso (Ata, 2002, grifo nosso).

Havia uma dúvida quanto à validade de se investir numa atividade para auxiliar a sustentação e o fortalecimento do CS. É possível reconhecer nas citações uma

vontade de que o Clube crescesse no Hospital e uma esperança nisso, apesar dos poucos recursos (pessoas). De outro lado, em oposição, observa-se uma certa resistência e descrédito.

Apesar do número de trabalhadores ser pequeno em relação ao número de pacientes, e de poucas pessoas estarem dispostas a se responsabilizar pelo CS, apesar da veracidade dessa realidade, podemos indagar se a resistência à Assembleia e o descrédito no fortalecimento do Clube estavam associados somente às condições objetivas (falta de tempo, falta de pessoas, sobrecarga de trabalho) ou também a um desejo vacilante de investir em um projeto que interferiria na organização do hospital.

Os questionamentos não impediram a constituição da Assembleia Geral. e o fato de alguns técnicos do hospital participarem da sua organização e coordenação, os aproximou do Clube. Pâmela e Bruna, por exemplo, além da participação na AG, começaram a frequentar as reuniões semanais da equipe do Clube e, posteriormente, as supervisões mensais.

Essa aproximação, por sua vez, gerou novos questionamentos. Após quatro meses tratando de assuntos relativos ao cotidiano (alimentação, dúvidas sobre o tratamento, agressões entre os pacientes etc.), a equipe do Clube solicitou, ao grupo responsável pela coordenação da Assembleia, uma apresentação das propostas do CS.⁸⁷

Depois de acatada a solicitação, a coordenação da AG e os responsáveis pelo Clube se incumbiram de preparar essa apresentação. Sugeriu-se que ex-pacientes fossem convidados para relatar suas experiências nos grupos temáticos e nos encontros de trocas de saberes. Em meio a esse processo de preparação “Pâmela pergunta se a Assembleia faz parte do Clube” e obtém a seguinte resposta: “O Clube [atua] como

⁸⁷ Essa apresentação havia sido pensada como estratégia de institucionalização do CS no Hospital: o Clube ganharia mais visibilidade e ampliaria sua interlocução com os agentes institucionais que frequentassem a Assembléia

gerenciador de coisas: da Assembleia, da ocupação das salas do hospital, das atividades. Isso não significa que as pessoas do Clube vão organizar a Assembleia, mas que o Clube será uma referência e suporte para que ela aconteça”.

Tanto a pergunta como a resposta sugerem uma certa confusão relativa aos pertencimentos institucionais. Quando as pessoas passam a exercer outras ações (p.ex.: a coordenação da Assembleia) diferentes das tradicionalmente desempenhadas (consultas, grupos terapêuticos etc.), junto a profissionais e pacientes de diferentes alas, com outro modo de organização (co-gestão), é produzida uma certa deslocalização que é traduzida como dúvida em relação aos grupos de pertencimento. Em sentido inverso, mas com efeito semelhante, a insipiência do CS reflete uma insegurança quanto à sua localização, desconhecimento da exatidão do seu lugar, de sua extensão, de suas fronteiras e de seu campo de ação.

Se Pâmela é responsável pela Assembleia, se esta foi criada por sugestão do CS, para fortalecê-lo, e se sua operacionalização tem o próprio CS como referência, podemos entender a pergunta de Pâmela sob uma nova perspectiva: a questão, talvez, não seja somente se a Assembleia faz parte do Clube, mas se Pâmela faz parte dele.

Com o que se segue no registro de ata podemos perceber como caminha essa confusão: empreende-se uma tentativa de discriminação de lugares e manifesta-se o desejo de formalizar o pertencimento dessas pessoas ao CS.

“P’ fala que [o Clube] tem tudo a ver com a questão da ambiência terapêutica”. Depois relata a dificuldade de participar de atividades de ambiência ou da Biblioteca pela necessidade de atendimento dos pacientes nas alas e da evolução destes no prontuário. Ela acrescenta que nós, as responsáveis pelo CS, “estamos num lugar privilegiado, estamos aqui para desenvolver um trabalho que é extra-ala, em que podemos circular”. Em seguida ressalta a importância do prontuário como meio de

comunicação entre a equipe. Segundo outra profissional, o registro da evolução do paciente em prontuário representa uma “proteção legal” (como comprovação da assistência prestada).

Há uma comparação entre o trabalho “intra-ala”, previsto (grupos terapêuticos, consulta médica, grupo de orientação aos familiares etc.), e o trabalho extra-ala (Clube). O privilégio do segundo aparece associado à ‘ambiência terapêutica’ e à livre circulação pelo Hospital.

Pâmela utiliza o termo “ambiência terapêutica”, tal como empregado por alguns serviços extra-hospitalares em São Paulo,⁸⁸ para se referir a uma modalidade de atendimento valorizada nesse tipo de serviço.⁸⁹ Esses atendimentos ocorrem fora do *setting* terapêutico tradicional, por exemplo, num jardim, sala de estar ou de TV, refeitório, ou em uma rua, nos arredores do local de tratamento. Por isso a ambiência é definida como *espaço informal de tratamento* (SOUZA, 2003), em que não há atividades ou objetivos definidos *a priori*; ela consiste em um *estar com* o usuário a *uma qualidade de presença*, ao acolhimento do paciente e das possibilidades terapêuticas que daí podem advir. A ambiência implica uma proximidade entre terapeuta e paciente e se caracteriza pela abertura ao imprevisível, por aquilo que não está programado e determinado. As qualidades desse atendimento permitem a construção de vínculos significativos importantes ao tratamento, assim como a criação de projetos terapêuticos mais personalizados para os pacientes.⁹⁰

⁸⁸ Para saber mais sobre a ambiência terapêutica em um CAPS da cidade de São Paulo, ver Souza (2003).

⁸⁹ O sentido da ambiência terapêutica, empregado em alguns serviços extra-hospitalares em São Paulo, é diferente do conceito de ambiência da Psicoterapia Institucional, em que a ambiência não é exatamente uma modalidade de atendimento nem um espaço informal e delimitado de tratamento. Como conceito refere-se àquilo que se passa entre as pessoas e o ambiente, a um clima, a uma atmosfera que interfere na constituição e expressão da subjetividade.

⁹⁰ Embora seja vista como um potente procedimento e instrumento de tratamento, a ambiência nem sempre é incorporada pelos profissionais em sua prática por exigir uma abertura, uma disponibilidade para o imprevisível. Ver Souza (2003).

Se considerarmos essa definição, o privilégio atribuído ao Clube corresponderia a uma certa liberdade e autonomia sobre o trabalho, ao relacionamento mais espontâneo, e uma abertura maior para a criatividade de intervir na relação terapêutica. Isso se contrapunha ao dever: atender segundo as modalidades prescritas e instituídas. O prontuário, embora apresentado como algo necessário (“proteção legal”) e importante (assegura a comunicação), aparece em oposição ao privilégio da circulação ou da ambiência: é um elemento que simboliza as exigências burocráticas, faz parte das tarefas prescritas pela organização do trabalho em saúde⁹¹ e, historicamente, está associado à função de controle e vigilância sobre os doentes mentais.⁹²

Pâmela e Mara⁹³ afirmavam que a “ambiência tem que ser algo institucionalizado”, mas para isso assinalavam a “importância da autorização das chefias para participar de atividades de ambiência ou do Clube”. Cláudia⁹⁴ acha que “não adianta *ter autorização*, que as pessoas precisam *se sentir autorizadas* e que ainda não é possível porque não existe uma cultura”. Por um lado observamos o desejo de participar do CS, representado pelo desejo de se dedicar à ambiência terapêutica e, por outro, a dificuldade de fazer isso.

⁹¹ Em outros serviços de saúde mental com os quais tive contato, não era estranho testemunhar, por parte dos profissionais, queixas sobre o tempo dispendido ou o enfado da tarefa de preencher os prontuários dos pacientes.

⁹² Foucault (2006) trata do tema do registro em prontuário como instrumento de controle que faz parte de um sistema de disseminação do poder: enfermeiros, auxiliares e outros profissionais funcionam como os olhos dos médicos quando este está ausente (o poder do médico atravessaria, dessa forma, todas as escalas hierárquicas da instituição). Para Goffman (1961, 2007) o prontuário é mais um instrumento de despersonalização do internado nas instituições totais: “Como material de trabalho, as pessoas podem adquirir *características de objetos inanimados* (...) objeto humano [assim como artigo fabricado numa indústria] ao passar por um sistema de hospital para doentes mentais precisa ser acompanhado por uma série de recibos que digam o que foi feito para o paciente, e feito por este, bem como quem teve a responsabilidade mais recente por este. Mesmo a presença ou ausência de um paciente em determinada refeição ou em determinada noite precisam ser registradas, de forma que seja possível fazer contabilidade e ajustes nas despesas” (p. 70)

⁹³ Mara, além de Pâmela e Bruna, era uma pessoa da equipe do hospital envolvida com o CS desde o início e também estava presente nessa discussão a respeito da Assembléia Geral.

⁹⁴ Cláudia era a outra psicóloga que havia sido contratada junto comigo para se dedicar a implantação e desenvolvimento do CS

Deixar uma atividade sem sentido nas alas, para participar de uma atividade com sentido no Clube, não era uma passagem vivida pelos agentes da instituição como iniciativa autorizada.

Um dos preceitos do Clube "para participar basta ter interesse e vontade" não parecia ser suficiente. A necessidade de institucionalizar essa participação indica uma possibilidade do desejo ser contemplado no trabalho prescrito. Enquanto isso não ocorresse, permaneceria a tensão entre aquilo *que se quer* fazer e o *que tem de* ser feito. "As chefias" aparecem aqui como responsáveis por obstar ou por permitir a satisfação do desejo, portanto, elas funcionariam como agentes da repressão institucional.

A burocratização das atividades institucionais envolve um excesso de racionalização, um excesso de normas e prescrições de modo a culminar paradoxalmente uma condição de irracionalidade: a gente deixa de fazer o que precisaria ser feito porque não está prescrito; e a gente faz o que não precisaria ser feito porque está prescrito.

Na tentativa de institucionalizar a participação do CS, sem prejudicar a execução das tarefas prescritas dos trabalhadores, o supervisor do projeto sugeriu utilizar um sistema de rodízio semelhante ao da estrutura matricial. Nesse sistema, por exemplo, um auxiliar de enfermagem poderia dispor de uma hora ou duas horas, num dia determinado, para participar do grupo da horta. Enquanto estivesse lá, alguém se responsabilizaria pelas funções desempenhadas por ele na ala. Nunca conseguimos viabilizar essa ideia. Informalmente, fizemos algumas experiências com auxiliares de enfermagem da ala feminina: eles acompanhavam as atividades do CS, enquanto alguém do CS permanecia na ala.

Se pudermos tomar o que vimos acima, pelas observações de Pâmela e Mara, como representantes da dinâmica institucional mais geral, então poderemos dizer

que a existência de uma tensão entre o trabalho desejado (com mais sentido) e o trabalho prescrito contribui, *em parte*, para uma cisão da equipe. A percepção ou fantasia de que existem pessoas que escapam a essa tensão, que não estão submetidas à repressão, de que existem os privilegiados e os “desprivilegiados” (amarrados pela burocracia), pode colaborar para um sentimento de inimizade, de rivalidade, de hostilidade.

No que diz respeito ao Clube, essa possível rivalidade parece ganhar realidade, como indica uma anotação feita em uma reunião do CS, em outubro de 2004, em que uma pessoa alerta: “cuidado para não ser uma competição – o Clube está fazendo e a equipe do hospital não”, “a gente está tratando e vocês não e vice-versa”.

Havia, de fato, um conflito entre o espírito dos agentes do Clube e dos demais agentes do Hospital, como já frisamos, mas era necessário fomentar uma atitude de comunicação-troca e não de estímulo ao conflito.

4.6 Espaços do Clube dos Saberes: uso e subversão

O engajamento dos pacientes nas atividades do CS ocorria de diferentes maneiras. Os curiosos passavam por elas rapidamente (entravam, olhavam e saíam), alguns as frequentavam com certa regularidade, outros participavam da organização e coordenação.

Os pacientes mais assíduos, e aqueles que participavam da gestão das atividades do Clube, constituíam o núcleo dos grupos e contribuía para sua estabilidade e continuidade.

As dificuldades mais evidentes no relacionamento com os pacientes, em relação à organização e desenvolvimento dos grupos, eram relativas ao uso dos espaços oferecidos que se desviavam da proposta de co-gestão, de acolhimento e respeito entre as pessoas. Nestes casos ocorria uma apropriação indevida dos espaços de convivência abertos e gerenciados pelo Clube. Pacientes que assumiam determinadas funções – como cuidar da biblioteca, usar o aparelho de som, coordenar atividades de artesanato –, as exerciam de maneira impositiva e autoritária: estabeleciam regras próprias, ditavam ordens à revelia dos interesses dos demais, e utilizavam a força física ou a intimidação para conseguir o que desejavam. Um exemplo disso ocorreu no *Clube do Balanço*. Alguns integrantes desse grupo, pessoas que haviam se oferecido para cuidar da sala e do uso do aparelho de som, exerciam controle absoluto sobre a entrada das pessoas (quem poderia ou não entrar), as músicas que seriam tocadas e em que volume. Embora eles tivessem assumido o compromisso de seguir as regras e os modos de funcionamentos, acordados por todos os participantes, na prática, adotavam outra postura.

No Artesanato também ocorreu um mau uso do espaço, das responsabilidades e da confiança concedida. Os artesãos, sem o nosso conhecimento, passaram a controlar quem poderia ou não participar das atividades oferecidas pelo grupo. O resultado disso foi a aglutinação de pacientes que eram amigos ou companheiros de ala⁹⁵ – em geral eram da ala voltada à internação de alcoolistas ou dependentes químicos – os quais raramente admitiam a entrada de pessoas de outras

⁹⁵ Outro exemplo da tentativa de fechamento do grupo pode ser percebida no seguinte trecho da ata do secretariado em que dois pacientes da ala de alcoolistas “*propõe para cuidar da jardinagem só os dois*” (Ata, maio de 2005).

alas no Artesanato, principalmente, das mais desorganizadas. Justificavam sua atitude afirmando que os últimos atrapalhariam o trabalho desenvolvido ali.⁹⁶

Sem o nosso conhecimento, o produto da atividade artesanal passou a ser “vendido” por cigarro, comida ou objetos pessoais. Ao invés de ensinar, de compartilhar, com os outros, o que sabiam fazer, a preocupação com a quantidade de objetos artesanais que poderiam ser permutados tornou-se a preocupação central. A troca de saberes, a participação, o incremento das relações interpessoais, os acordos coletivos, a co-gestão – ingredientes das intervenções do Clube – foram desprezados. O grupo passou a funcionar à semelhança de uma oficina de produção, e as relações se assemelhavam mais a transações comerciais.

A tentativa de recuperar o enquadre do projeto terminava com o protesto e/ou a saída (desistência) de alguém do grupo, com sinceras ou dissimuladas promessas de mudança e respeito aos fundamentos do Clube. Em situações extremadas, após muita conversa, os coordenadores se viram impelidos a vetar a participação de uma ou outra pessoa no grupo.

A proposta do Clube, e a subversão desta, revela uma incongruência na apreensão e no uso dos espaços oferecidos pelo CS. O Clube do Balanço e o Artesanato mostram posturas autoritárias, a formação de panelinhas, relações firmadas por benefícios materiais (comida, cigarro etc) e não pela troca de saberes. Podemos relacionar esses comportamentos a características da personalidade dos integrantes do grupo, mas também a fatores mais gerais.

⁹⁶ Nos registros escritos há outros exemplos, além do Clube do Balanço e do Artesanato, do tipo de deturpação das funções assumidas no CS. Na ata de uma reunião aberta do CS, em que se discutia as brigas no Hospital, é feita uma referência sobre o comportamento de alguns pacientes membros do CS: “*Alguns tomam conta do Clube como se fosse deles. Não respeitam as regras coletivas*”. Fala-se em “*impunidade [e] violência gratuita*”. Outro registro, referente ao grupo responsável pela gestão da sede do CS, mostra uma relação de posse, de propriedade em relação ao local: “*R. diz que só ele abre [a sala da sede e proclama] ‘Ninguém tira a chave do meu pescoço’ [sic]*”(Ata, julho de 2004)

Por exemplo, a restrição da entrada de determinados pacientes, geralmente os mais desorganizados – a qual contribuiu para o fechamento do grupo e a formação de panelinhas –, seria o meio encontrado para manter separado o organizado e o não organizado, um modo de preservação psíquica e de proteção contra a própria desorganização interna mobilizada pelo contato com um outro desorganizado, em crise aguda. Mais uma vez nos aproximamos da questão da clivagem constitutiva e da clivagem social.

Por outro lado, a postura autoritária fez aparecer a identificação com a organização hierárquica piramidal do Hospital e sua forma de distribuir e conceber o poder, em que a vontade de uma pessoa, dependendo da posição hierárquica ocupada, pode prevalecer sobre a dos demais e ser exercida através da imposição, do submetimento do outro. O modelo organizacional do Hospital invade, portanto, o modelo de co-gestão do CS.

As panelinhas, o autoritarismo e a busca de benefícios materiais também podem ser compreendidos como tentativas de sobreviver à brutalidade e à violência da vida nas instituições totais, e se enquadrariam no que Goffman (1961, 2007) chamou de ajustamentos secundários. Segundo esse autor, os internados sofrem diversos processos de mortificação do eu. Afastamento do mundo exterior, vigilância e controle, despojamento dos bens pessoais, padronização da aparência (desfiguração pessoal), perda da autonomia sobre sua rotina, convívio forçado com desconhecidos, humilhações, que são elementos de uma série de processos que destituem, atacam, desconstroem a concepção de eu, o sentido de identidade dos internados, construídos ao longo de suas histórias, vivências, cultura, grupos sociais de pertencimento. É justamente na tentativa de reorganização desse eu atacado e mortificado que surgem os ajustamentos secundários:

... práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas (...) os ajustamentos secundários dão ao internado uma prova evidente de que é ainda um homem autônomo, com certo controle de seu ambiente; às vezes, um ajustamento secundário se torna quase uma forma de abrigo para o eu, uma *churinga*, em que a alma parece estar alojada (GOFFMAN, 1961/ 2007, p. 54).

Ser autoritário, controlar a entrada das pessoas nas atividades, controlar o volume do som, determinar as músicas que seriam ouvidas, trocar artesanato por outros bens, pode significar uma tentativa de sair da condição de objeto, de passividade e de falta de liberdade, uma tentativa de reorganização do eu desestruturado pelas condições de vida na instituição.

4.7 O manicômio e o medo do manicômio, a hierarquia e o igualitarismo: os termos antagonistas de uma hesitação ocupacional

Cláudia e eu, duas profissionais contratadas exclusivamente para o CS, tivemos, principalmente no início, dificuldade para definir o lugar que ocupávamos no Hospital. Embora compuséssemos formalmente a equipe técnica (éramos contratadas como prestadoras de serviço, como os demais trabalhadores da equipe de técnicos de saúde), não nos sentíamos membros plenos desta, provavelmente, por causa da maneira como ingressamos no Hospital. O ingresso fora determinado pelo conhecimento do Clube dos Saberes⁹⁷ e interesse em sua proposta. Uma proposta que nos pareceu

⁹⁷ Durante a graduação, conhecemos o trabalho de Arthur Hyppólito de Moura e suas ideias acerca do Clube dos Saberes e do desenvolvimento da “Árvore de Conhecimentos” em comunidades. A partir desse

próxima de nossa formação e experiência anterior em saúde mental, do que havíamos aprendido nos estágios em serviços extra-hospitalares, de um olhar mais humano em relação à loucura, capaz de transcender uma visão preconceituosa, patologizante, classificatória, medicalizante e excludente. Nossa motivação para estar naquele Hospital era a identificação com o Clube e o entusiasmo com a possibilidade de fomentar novas formas de relacionamento e de favorecer mudanças ali.

A formação marcada pela reabilitação psicossocial e pela crítica à internação hospitalar⁹⁸ se chocava à ideia de trabalhar dentro de um hospital, mas, no entanto, não me parecia incompatível com o desejo de transformar a realidade hospitalar e com os fundamentos do CS. A entrada naquele Hospital, definida pela ligação com o CS e não com o serviço psiquiátrico de internação, gerara um sentimento ambíguo de pertencer e não-pertencer à equipe técnica e à própria instituição.

O impasse referente ao lugar ocupado por nós no Hospital, revelado pela ambiguidade do sentimento de pertencer ou não à equipe, se mostrava em diferentes dimensões e relacionamentos institucionais, sob aparências distintas: (1) com os pacientes, na maneira de nos apresentar; (2) com a equipe técnica, na necessidade de nos diferenciar dela; (3) e entre os responsáveis pelo CS, estagiários e pacientes que integravam o CS, na confusão entre igualdade democrática e igualitarismo.

A ambiguidade e os três aspectos agora discriminados se comunicam e se complementam; a combinação deles permitirá a compreensão do impasse relativo ao

conhecimento elaboramos e desenvolvemos um grupo terapêutico em estágio num Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo. Esse grupo tinha como principais objetivos o resgate da história de vida, o mapeamento de saberes, a elaboração e o desenvolvimento de projetos pessoais a partir dos saberes identificados.

⁹⁸ A formação em serviços extra-hospitalares pressupõe a crítica à internação hospitalar, uma vez que esses serviços surgem pela contestação desse modelo. Um autor bastante reconhecido que aborda o tema da reabilitação psicossocial, mas que não foi diretamente utilizado nesta pesquisa, embora, de algum modo, faça parte do sistema de referência da pesquisadora é Benedetto Saraceno. Recomendo àqueles que se interessem pelo assunto buscar publicações desse autor. Vale lembrar que no Brasil diversos autores e pesquisadores trabalham com o mesmo tema.

nosso lugar, à forma de estar e de assumir a função designada e o trabalho a nós proposto pelo hospital, como veremos.

No início do relacionamento com os pacientes, vivíamos um certo desconforto, certa insegurança em relação ao nosso trabalho, quando eles demonstravam não entender o que afinal fazíamos no hospital, qual a nossa função e o que era o CS.

As explicações sobre o Clube pareciam ser recebidas com incompreensão ou indiferença. Havia curiosidade em saber se éramos psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras, médicas ou terapeutas ocupacionais. Em geral, isso aparecia com o pedido por atendimentos individuais ou por grupos terapêuticos.

A não assimilação imediata do que era o CS e do trabalho que fazíamos no Hospital, e o pedido por atendimento psicológico tradicional individual ou em grupo decorria do fato de o Clube dos Saberes ser uma novidade naquela instituição e não se encaixar nos típicos atendimentos oferecidos pelos hospitais psiquiátricos em geral. Apesar disso, essas características do relacionamento inicial com os pacientes gerou uma certa insegurança. Nós nos defrontávamos com a dúvida: o que fazer para tornar o Clube uma realidade mais consistente, mais viva e menos embrionária?

De modo um tanto ingênuo e desajeitado, na tentativa de consolidar o Clube e afirmarmos nosso papel e função, esclarecíamos, talvez com ênfase demasiada, que não estávamos ali como psicólogas ou para oferecer os atendimentos aos quais estavam acostumados mas, sim, para trabalhar no CS e efetivar trocas de saberes.

No âmbito dos relacionamentos interpessoais entre os agentes do CS, se interpunha outra dificuldade: de modo pouco consciente nós (Cláudia e eu, estagiários e pacientes), sofriamos para assumir, de fato, as nossas diferenças. Algumas lembranças indicam isso. Um estagiário, por exemplo, questionou se deveria ou não se apresentar

como tal porque receava descaracterizar as relações propostas pelo Clube. Outro afirmou ter gostado da experiência de ser confundido com um paciente por um auxiliar de enfermagem. Nós, responsáveis pelo CS, tínhamos dificuldade em assumir a diferença em relação às responsabilidades, funções e experiência, na relação com os estagiários; uma dificuldade fundada no receio de sermos interpretadas como autoritárias.

Intensamente identificadas com o Clube, fiéis aos seus pressupostos, inspiradas pelo desejo de transformar o Hospital, sucessor do manicômio-asilo, a partir de seu interior, tínhamos repetido as assimetrias da hierarquia piramidal, as classificações, as divisões e os relacionamentos definidos pelos rótulos institucionais.

A falta de consciência desse temor, que chamaremos de *medo de ser manicomial*, teve consequências opostas em planos de relacionamentos distintos. Entre os pacientes e a equipe do Clube, as diferenças, se não foram negadas, geraram preocupação e receio em serem assumidas. Entre as equipes do Clube e técnica, do Hospital, não houve hesitação em ressaltar as diferenças.

Na esfera do Clube, instalou-se uma confusão entre igualdade democrática e igualitarismo (negação das diferenças). Por um período, ocorreu uma certa pasteurização das relações interpessoais. Por um período, ignoramos a advertência de Moura quando diz:

Um dos aspectos mais cruciais do processo democrático não é a eliminação das diferenças, das discrepâncias, ou sua negação, mas o modo como essas diferenças são processadas e vividas, sem exclusões mútuas das partes e levando em consideração a dinâmica dos desejos e singularidades (MOURA, 2003, p. 26).

O medo de ser manicomial em si não seria um problema e, ao contrário, poderia nortear as ações e balizar uma reflexão crítica. A pouca consciência e a falta de elaboração desse medo é que era problemática. A superação do igualitarismo viria, justamente, da tomada de consciência e da elaboração subsequente. Deveria haver o reconhecimento de uma adesão ingênua dos papéis propostos pelo CS motivada pelo medo do manicômio. A hesitação, quanto às nossas identidades, funções e pertencimentos institucionais, deveria ser ultrapassada. Uma posição deveria se tornar mais consciente para, finalmente, ser afirmada: “Sim, nós somos do Hospital, mas temos uma proposta diferente do manicômio”.

Outro fator vinculado ao fenômeno do igualitarismo diz respeito à natureza do CS. Nele não havia um lugar determinado *a priori*: não éramos *bibliotecários*, mas cuidadores da Biblioteca; não éramos *agricultores*, mas agentes responsáveis pela horta; não éramos *jardineiros*, mas integrantes do grupo de jardinagem; não éramos *professores* ou *alunos*, mas “ensinadores” e “aprendedores” de saberes. Não nos orientávamos por um nome ou por um termo capaz de definir a nossa função. A flexibilidade no exercício dessa função e a maneira singular de cada um apreendê-la ou significá-la contribuía tanto para o desenvolvimento da subjetividade (processo de subjetivação) como para uma certa confusão identitária.⁹⁹

Por um lado, a abertura do CS favorecia a construção de um lugar mais próprio, mais personalizado, com mais sentido e, por isso, menos estereotipado ou burocrático; propiciava a construção de um estilo pessoal de ser e estar em um determinado local, com determinadas pessoas, em uma determinada função ou atividade e no desempenho de um determinado papel. Por outro, para se chegar a isso, percorria-

⁹⁹ Também podemos relacionar esse igualitarismo à ideia defendida por alguns autores do grupo como sonho ou como realização do desejo de fusão.

se momentos de indefinição, em que as identidades eram borradas, o que contribuía para o igualitarismo.

Quanto à equipe do Hospital, podemos dar um novo significado para a ambiguidade do sentimento de pertencer àquela organização e para a possível ênfase na discriminação entre o que nós, do Clube, fazíamos e o que os outros técnicos faziam. Essa ambiguidade e necessidade de discriminação podem, agora, serem compreendidas à luz do temor de ser manicomial. Havia um rechaço inconsciente de pertencer à equipe porque temíamos parecer manicomiais, nós nos preocupávamos em nos diferenciar dos demais técnicos influenciadas, em parte, por esse temor.

Num plano mais geral, esse rechaço somado à resistência do hospital ao CS, que observamos anteriormente neste trabalho, impossibilitavam uma boa integração Clube-Hospital. Talvez por tudo isso, o CS não pudesse ser integrado como um dispositivo *do* Hospital, mas como uma prática isolada, enquistada nele. Ou seja, o rechaço e as resistências podem ter contribuído para que a própria equipe do Hospital não conseguisse abraçar o Clube e assumi-lo como parte do próprio trabalho, da assistência.

4.8 A horta: alface, couve, temperos, mangueiras e goiabeiras *versus* esgoto, entulho, ratos e baratas

A ideia de uma horta no Hospital surgiu a partir de uma Assembleia Geral em que discutíamos melhorias na alimentação e a impossibilidade de concretizá-las devido à falta de recursos do equipamento.

Muitos pacientes demonstraram interesse pela ideia; a maioria deles havia nascido em cidades do interior do Brasil e tinha experiência no cultivo da terra. Eles pediram que o Clube os ajudasse a concretizar o projeto de uma horta no Hospital. Nós

aceitamos a proposta e solicitamos à direção um espaço físico para iniciar as atividades. A direção do Hospital não se opôs, dispondo-se a nos ajudar a encontrar um lugar para a horta.

Depois de conseguirmos um local que havia sido indicado pelos trabalhadores da manutenção e pelo diretor administrativo, iniciamos nossa pequena plantação mas, aos poucos, alguns incômodos surgiram.

A horta localizava-se em um corredor no fundo do Hospital, que fazia divisa com casas vizinhas e um terreno baldio. Esse corredor consistia em uma faixa de terra comprida e estreita. Lá havia bastante mato, mas também dois pés de goiaba, um de manga, além de babosa e outros arbustos – parte deles tinha sido plantada pelos funcionários da manutenção há alguns anos. Apesar disso, o local estava descuidado. Para iniciar nosso trabalho escolhemos um pequeno pedaço de terra daquele corredor. Se nossas experiências tivessem sucesso, nós expandiríamos o espaço cultivado.

Para se ter acesso ao local, foi construída uma porta no salão de uma ala próxima a esse corredor. A chave desta ficava sob a responsabilidade do grupo da horta, o que permitia aos pacientes regar a plantação independente do acompanhamento de algum trabalhador do Hospital. Na reunião semanal do grupo decidíamos a quem caberia a posse da chave da porta e o cuidado da rega diária.

Os pacientes estavam bastante animados com a horta. Muitos nordestinos, mineiros e paulistas do interior recuperavam suas raízes e punham em prática os saberes aprendidos na "roça". Outros, como eu, nascidos e acostumados à vida no asfalto, ficávamos entusiasmados e surpresos com o que víamos e aprendíamos.

De repente, aquele projeto tão "fértil" do Clube se viu ameaçado. Descobrimos que embaixo daquela terra passava o encanamento de esgoto do hospital. Embora os trabalhadores da manutenção e da administração garantissem não haver

nenhum risco de contaminação, tínhamos a impressão de que aquele cano de esgoto poderia se romper a qualquer momento. A sensação de ameaça aumentava conforme outros incômodos se revelavam e se intensificavam. Reformas para a construção das novas unidades particulares avançavam e entulhos (portas e janelas velhas, pias quebradas, telhas e tijolos, pedaços e ripas de madeira etc.) começaram a aparecer ali. No decorrer do tempo, surgiram ratos e baratas. Os visitantes indesejáveis logo desapareceram, pois uma foi providenciada desinsetização e desratização do hospital.

Fomos assegurados de que o encanamento de esgoto estava fechado, isolado e não oferecia risco. Ratos e baratas foram totalmente combatidos e banidos. Ainda assim uma ideia permanecia: a de que estávamos impedidos de aumentar o nosso espaço de cultivo, de que seríamos engolidos pelos entulhos e pelo descaso com a atividade que desenvolvíamos naquele espaço.

Nosso interesse pela horta nos fez resistir algum tempo. Nos organizamos para livrar o local dos entulhos. Recorremos à direção do Hospital e obtivemos a resposta de que seriam providenciadas caçambas para a retirada do “lixo” daquele local; conseguimos ajuda dos funcionários da manutenção e, junto com os integrantes do grupo, efetivamos essa retirada.

No final de junho de 2005, em uma ata da reunião do secretariado estava escrito que havia diversos incômodos em relação ao Hospital, dentre eles o fato do pessoal da horta ter organizado um mutirão para retirar os entulhos e novos entulhos terem sido depositados no local. Sobre isso registra-se: “[tal fato] *nos deixou indignados*” e decide-se *“fazer as compras para a horta futuramente, por enquanto continuaremos fazendo o mutirão”*.

As dificuldades persistiram. Em 13 de julho de 2005, uma anotação da ata, mostrava uma dificuldade em relação aos combinados com a direção e setor de

manutenção do hospital: “*mutirão* adiado para próxima semana devido à falta de caçamba”; “fazer memorando à direção solicitando apoio”; “lembrar G. [funcionário da manutenção] para chamar caçamba na semana que vem”. Uma semana depois, registra-se que o *mutirão* já durava um mês, que sua continuidade dependia dos funcionários da manutenção e da disponibilidade das caçambas, que estava “Faltando boa vontade para terminar o *mutirão*”. Outro dado sobre o *mutirão* é que, enquanto retirávamos os entulhos, outros eram depositados no local. Frente a tais condições decidiu-se que o grupo ficaria suspenso por duas semanas para então retornar ao trabalho.

Os “furos” dos combinados com a direção e com os funcionários da manutenção, a colocação de novos entulhos, ao mesmo tempo em que os velhos eram retirados, levaram o grupo ao desânimo e, finalmente, à extinção.

Embora a passagem de canos de esgoto no subterrâneo não fosse, segundo nos informaram,¹⁰⁰ um risco, o medo de que a horta estivesse sob ameaça se concretizou com a invasão de entulhos no local. O CS buscava o reconhecimento e a troca de saberes. Essa troca permitiu não apenas o cultivo e cuidado com a horta, mas também a construção de uma solução conjunta dos problemas relativos ao grupo, por exemplo, a ideia do *mutirão*. O projeto incentivava uma postura mais autônoma. Ao invés de paralisarmos nossas ações quando problemas começaram a surgir, de reclamarmos dos entulhos e da invasão dos ratos e baratas ou desistirmos da horta, o grupo fez propostas e tomou posições: buscou informação sobre o risco de contaminação; propôs o *mutirão*; solicitou a desinsetização e desratização. No entanto, a capacidade de ação do grupo era limitada por outros atores do Hospital.

¹⁰⁰ Na vizinhança havia um parque municipal com o qual o Hospital iniciou uma parceria. Um biólogo, funcionário desse parque, em visita ao Hospital, participou de algumas atividades do CS, dentre elas a horta. Este biólogo concordou com funcionários e a direção do Hospital que a passagem dos canos de esgoto não oferecia risco de contaminação à horta

Não sabemos se existia no Hospital outro local para depositar os entulhos, mas colocá-los ao lado de nossos canteiros, sem nos consultar nem, ao menos, nos comunicar, sinalizava a falta de reconhecimento do grupo da horta.

Embora seja possível reconhecer a cooperação de outros agentes da instituição, na horta – disponibilização de um espaço e construção de uma porta de acesso, participação esporádica nas atividades do grupo,¹⁰¹ dedetização, autorização para o mutirão e contratação de caçambas –, a falta de comunicação sobre a colocação de entulhos no espaço da horta, a falha na parceria com a direção e com os funcionários da manutenção e, em consequência, a dificuldade em concluir o mutirão e finalizar a retirada dos entulhos foram limites concretos impostos pelo Hospital ao CS.

Sobre essa parte da história da experiência do CS no Hospital, podemos destacar contradição entre as ações da primeira no espaço da horta – reconhecimento e valorização das pessoas e seus saberes, gestão conjunta do grupo, incentivo à participação, à comunicação e à troca –, e as ações do segundo – decisão unilateral sobre o uso de um espaço comum e comunicação, troca ou parceria insuficiente.

4.8.1 Em busca de melhorias na alimentação: A distância entre o dizer e o fazer

A organização no refeitório e a alimentação eram, frequentemente, objeto de crítica. Os 380 pacientes eram divididos em turnos para entrar no refeitório. As refeições eram servidas durante duas horas aproximadamente (das 11 às 13 horas; das 17 às 19 horas), e a fila se formava uma hora antes da abertura do refeitório.

¹⁰¹ Alguns funcionários que trabalhavam no setor de manutenção ou no refeitório do Hospital visitavam o grupo da horta, ajudavam no cultivo ou simplesmente iam lá para conversar e lembrar suas experiências sobre plantio.

A fome, a espera para entrar no refeitório, os desentendimentos e as agressões (físicas ou verbais) motivados pela desorganização da fila, pelo desrespeito à ordem dos turnos ou por antipatias e inimizades criadas pela convivência, faziam parte do cotidiano.

A verba reservada para a alimentação era bastante restrita¹⁰² e, por isso, as refeições oferecidas, apesar de suprirem as necessidades calóricas e nutricionais mínimas, raramente satisfaziam o paladar. Os mais afortunados contavam com lanches trazidos pelos familiares no horário de visita ou dispunham de algum dinheiro para gastar na cantina do Hospital. Os demais eram obrigados a uma dieta de pão com ou sem manteiga (a depender do dia) e café com leite de manhã, arroz e feijão e alguma “mistura” barata no almoço, geralmente uma sopa no jantar e um chá com bolacha na ceia. O almoço e o jantar eram acompanhados de um suco industrializado e, raramente, alguma sobremesa.

Em reuniões de ala,¹⁰³ na Assembleia Geral do Hospital ou na Reunião Aberta do Clube dos Saberes a insatisfação com a comida e a organização do refeitório era apresentada e, posteriormente, encaminhada à reunião de equipe, à nutricionista e à direção. As duas últimas costumavam ser convidadas a discutir possíveis soluções para o problema nessas reuniões com os pacientes. Em geral o convite era ignorado ou mandavam um “representante”, o qual pouco ajudava devido à sua falta de autonomia para propor e efetivar mudanças.

O incômodo com a alimentação era reconhecido e compartilhado por todos os trabalhadores do Hospital. A ausência e a frágil representação da direção e da equipe de nutrição, nos espaços voltados para a discussão do assunto, podiam ser interpretadas

¹⁰² Gastava-se por dia e por paciente uma quantia próxima a dois reais para compor o cardápio das três refeições (café-da-manhã, almoço e jantar) e o chá da noite

¹⁰³ Cada ala tinha sua reunião própria, coordenada por membros da equipe da ala, para conversar sobre funcionamento, convivência ou tratamento dos pacientes.

como fuga da dificuldade em melhorar a alimentação diante dos poucos recursos, como meio de evitar a desgastante repetição das queixas e das justificativas apresentadas.

As reclamações ecoavam no Hospital e, como não poderia deixar de ser, na reunião de equipe técnica. Um dia, após diversas tentativas frustradas de conversar com a nutricionista, o coordenador da equipe pressionou a direção, exigindo a participação dessa profissional na reunião de equipe. Fátima, a nutricionista, passou a integrar o grupo e, finalmente, depois de alguns encontros, ela conseguiu revelar o seu sofrimento em relação às queixas reportadas; contou sentir-se acusada por pacientes e profissionais; via-se responsabilizada por todos pela má qualidade das refeições. O mal-estar advindo da cobrança, a solidão no trabalho e a impotência para resolver os problemas enfrentados faziam parte de sua rotina. A sensibilidade das pessoas da equipe diante da revelação de Fátima permitiu que se formasse, entre todos, uma aliança para superar os problemas relativos à alimentação.

Formou-se uma comissão de alimentação composta de representantes de cada uma das alas (técnicos e pacientes), do setor de nutrição,¹⁰⁴ da direção, do Clube dos Saberes e do pessoal da enfermagem, que faltava regularmente aos encontros quinzenais da comissão – na maioria das vezes eram os auxiliares de enfermagem que se abstinha. Por estarem hierarquicamente submetidos aos enfermeiros, a palavra e a iniciativa dos auxiliares não costumavam ser reconhecidas pela “enfermeira-chefe” e, por isso, eles tinham pouca validade na comissão.

No início, as reuniões dessa comissão eram acaloradas e marcadas por acusações e até mesmo agressões verbais – principalmente entre os pacientes e os representantes da nutrição. Isso se repetiu muitas vezes, até que a relação de ataque pode se transformar em diálogo e, finalmente, em cooperação para a busca de melhorias

¹⁰⁴ O setor de nutrição era composto de nutricionista e algumas pessoas que trabalhavam no preparo da comida ou no serviço e atendimento do refeitório.

na alimentação. Todos se debruçaram no problema. As limitações do Hospital foram esclarecidas e, em parte, compreendidas (o que não significou a acomodação ou o silenciamento da insatisfação). A direção conseguiu fazer um pequeno aumento da verba destinada à alimentação. Os pacientes negociavam e sugeriam uma variedade no cardápio, assinalavam os pratos que agradavam ou não, davam devolutivas sobre as novidades oferecidas pela nutricionista. Os representantes das alas tinham a função de mediação entre os pacientes da ala e a comissão. O Clube auxiliava a coordenação dessas reuniões.

Avanços foram feitos na alimentação, mas a desorganização do refeitório (desordem e agressões) permanecia. Pensamos novas formas de organização externa (fila) e interna do refeitório, mas elas não eram postas em prática, pois dependiam principalmente da enfermagem. A equipe de enfermagem desconhecia ou discordava do que havia sido proposto e, por isso, não cumpria os acordos firmados pelos seus representantes na comissão. Algumas vezes membros da comissão tentaram superar a dependência da equipe de enfermagem, desempenhando a tarefa que deveria ser feita por ela. Essa tentativa fracassou porque a postura contraditória entre a equipe de enfermagem e os demais membros da comissão confundiu pacientes e os próprios trabalhadores.

Outras falhas nos combinados com a direção e com o setor de manutenção levaram ao insucesso e dissolução da comissão. Eles se comprometeram a executar pequenas reformas físicas para melhorar o serviço e o atendimento no refeitório. A alteração da bancada onde a comida era servida não foi realizada. A comissão pretendia criar, dentro do refeitório, um pequeno espaço para espera, em que os pacientes pudessem aguardar a vez de comer sentados em bancos, abrigados do sol, do vento e da chuva. Para compensar a perda de lugares, haveria uma nova configuração do local: as

mesas mais largas seriam substituídas por outras mais estreitas; isso permitiria aumentar o número total de mesas no refeitório.

A construção dessas mesas foi aprovada pela direção e ficou sob o encargo dos funcionários da manutenção; no entanto, elas mesas nunca foram entregues. Com isso, a nova organização do refeitório, formulada pela comissão de alimentação, foi inviabilizada.

A falta de colaboração e o fracasso dos acordos feitos com a enfermagem, com a direção e o setor de manutenção do Hospital contribuíram para o esvaziamento e encerramento da comissão.

Novamente, assim como na horta, distinguem-se dois movimentos. Um se caracteriza pelo enfrentamento dos problemas, pela iniciativa para agir sobre eles através do diálogo, da cooperação e do investimento conjunto. Outro pela participação vacilante, pela dissonância entre o que se diz e o que se faz: vou contratar caçambas, mas elas não são contratadas; colaboraremos para a retirada dos entulhos, mas funcionários não compareciam no dia do mutirão e novos entulhos eram depositados no local; a enfermagem participava da comissão de alimentação, mas não informava os membros de sua equipe os acordos feitos pelo grupo; prometiam mesas, mas não eram providenciadas etc.

Devemos assinalar que, como mencionamos no item 4.4.1 , os funcionários da manutenção tiveram uma participação significativa no CS. As falhas relativas ao mutirão na horta ou à construção das mesas estavam, provavelmente, mais relacionadas às limitações impostas pela organização do trabalho (eram as instâncias superiores que definiam a prioridade do trabalho a ser realizado), e pela sobrecarga de trabalho¹⁰⁵ do que à disposição de espírito desses funcionários. De qualquer modo, a direção assumia

¹⁰⁵ Em 2005, havia um ou dois funcionários para realizar todos os serviços de manutenção na unidade conveniada e outros poucos dedicados às demais unidades e às instalações administrativas do Hospital.

determinadas tarefas para esse setor sem considerar suas reais limitações. Talvez possamos dizer que a negação das limitações era responsável pelos fenômenos supradescritos.

4.9 Clínica, clube e democracia *versus* administração, finanças e centralização

O Clube tinha o objetivo de criar relações menos verticais, possibilitar mais autonomia, expressão e circulação aos pacientes e incidir sobre a ociosidade. Sua finalidade era criar outra cultura na instituição, um clima mais participativo e democrático. Com esforço e tempo nos aproximávamos desses objetivos, mas ao mesmo tempo a direção do Hospital caminhava em sentido oposto ao nosso. O diretor clínico frequentava cada vez menos as reuniões de equipe, centralizando cada vez mais as decisões sobre a orientação do tratamento e sobre a resolução dos problemas enfrentados pela instituição, acirrando a hierarquia, o desânimo e a sensação de impotência dos profissionais.

Com o objetivo de contextualizar essa oposição vale retomar e complementar alguns dados abordados anteriormente. Em primeiro lugar, entendíamos a “crise” vivida pelo Hospital como uma situação de mudança provocada pela ruptura ou transição do modelo de assistência em saúde mental no Brasil. Ela é disparada pela exigência de adaptação desse equipamento à nova realidade imposta pelas políticas públicas nacionais de saúde.¹⁰⁶

Ao longo dos 4 anos de experiência do CS no hospital, pudemos perceber que a crise no hospital se intensificava de maneira proporcional à diminuição das verbas

¹⁰⁶ Para saber mais sobre a crise dos hospitais psiquiátricos de São Paulo que resulta da transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo substitutivo extra-hospitalar e comunitário, ver Silva (2007).

advindas do convênio. A partir do recorte de nossa história, podemos identificar três formas de reação à crise: (1) implantação do CS e ampliação das unidades particulares; (2) redução da carga horária dos técnicos, como veremos adiante; (3) e projeto de reorganização da assistência proposto pela enfermagem.

Na primeira reação, a implantação do CS indica uma abertura e aproximação com os novos modelos de tratamento, e a ampliação das unidades particulares aponta uma busca por maior independência das verbas públicas.

O CS não havia sido pensado como algo exclusivo da unidade SUS e sim como uma intervenção que poderia ocorrer no Hospital como um todo. Embora ele tenha se iniciado nessa unidade, havia a possibilidade de ele se expandir para as demais. Logo, a expansão das unidades particulares e a diminuição dos leitos e do espaço físico da unidade SUS não eram, a princípio, obstáculos ao CS no hospital.

A redução de leitos psiquiátricos hospitalares para a construção e ampliação da rede substitutiva era algo previsto pela Reforma Psiquiátrica e conhecido pelo Hospital. A primeira reação deste à crise é congruente com a esperança de que: (1) a desativação de leitos demorasse para ser iniciada; (2) e que fosse possível transformar a assistência e renegociar o convênio a partir dessa transformação.¹⁰⁷ O Hospital, por exemplo, propôs à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o credenciamento do serviço na modalidade CAPS. Nessa perspectiva, o CS poderia ser um meio para operar a transformação desejada.

A desativação de alguns leitos e a recusa da SMS de modificar o contrato do convenio levou ao agravamento da crise no Hospital. As expectativas da direção não foram atendidas e o Hospital viu-se numa situação delicada, em que a adaptação à sua

¹⁰⁷ Sobre os dados que permitiram inferir tais esperanças, ver Considerações finais.

nova receita era premente e assim como a revisão de seus projetos para o futuro da organização.

A resposta mais evidente à diminuição dos repasses de verbas públicas foi a redução da carga horária dos profissionais contratados, mantendo o ritmo crescente da precarização do trabalho e da assistência. Pudemos observar o recrudescimento das características manicomiais do Hospital e, em consequência, o aumento potencial dos processos de mortificação do eu (GOFFMAN, 1961/2007). De modo simplificado, podemos dizer que o atendimento terapêutico multidisciplinar e um olhar mais amplo sobre a loucura e a subjetividade, aos poucos, perderam espaço na assistência, prevalecendo no tratamento o controle da rotina hospitalar e dos pacientes, os cuidados de higiene, a satisfação mínima das necessidades básicas e a remissão de sintomas pela medicalização.

A decisão administrativa para lidar com a diminuição do repasse de verbas e os efeitos dessa decisão nos remetem à afirmação de Goffman (1961/2007) acerca das justificativas da instituição total para a mortificação do eu dos internados:

[...] nas instituições totais dos três tipos, as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente *simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos*. Além disso, as mutilações do eu ocorrem nos três tipos, mesmo quando o internado está cooperando *e a direção tem interesses ideais pelo seu bem-estar* (GOFFMAN, 1961/ 2007, p. 48 grifo nosso).

Podemos relacionar a precarização da assistência e o incremento das características manicomiais ao aumento das tensões no Hospital em 2005. Episódios de agressão ocorriam anteriormente, mas, aparentemente, com menos frequência e intensidade e, em geral, eram vistos como contingentes ao estado agudo do paciente

internado (confusão mental, ansiedades persecutórias, impulsividade etc.). Em 2005, muitas vezes, as agressões eram premeditadas, intencionais e não necessariamente ligadas a um ou outro aspecto da doença. O ataque premeditado de um grupo de aproximadamente dez pacientes a um outro, durante o período da noite, motivado por desavenças pessoais e, supostamente, sem muita importância, é um exemplo disso. O mesmo podemos dizer da situação inédita em que um funcionário da cantina do Hospital agrediu um paciente.

Por outro lado, a degradação das condições de trabalho se refletia naquilo que poderia ser interpretado como sinais de sofrimento psíquico: queixas de cansaço e desânimo, absenteísmo e adoecimento¹⁰⁸ dos trabalhadores. Comumente, nos encontros no refeitório, na sala dos técnicos, no café ou nos corredores comentava-se a insatisfação geral com as condições de trabalho oferecidas e com a qualidade do tratamento dispensado aos pacientes.

Nesse ano, diante do panorama acima descrito, surge uma terceira forma para reagir e tentar contornar o agravamento da “crise”: é apresentada pela enfermagem uma proposta para a reorganização da assistência. Recordo que essa proposta previa a divisão dos pacientes nas alas de acordo com seu grau de autonomia. Haveria a ala dos agudos, completamente dependentes, em que os cuidados, principalmente os de enfermagem, seriam mais intensivos; alas intermediárias, e a ala dos pacientes em melhores condições psíquicas e físicas, com maior grau de autonomia. De acordo com a evolução do paciente, ocorreria a mudança de ala.

Essa proposta recebeu oposição da maior parte da equipe técnica. Questionava-se, por exemplo, o sentido de uma ala para pacientes menos agudos: se o

¹⁰⁸ Pouco antes de sair do Clube dos Saberes no Hospital, lembro de uma conversa com duas pessoas da equipe técnica numa lanchonete na vizinhança: uma contava ter sido diagnosticada com fibromialgia e a outra relatava seu afastamento durante duas semanas por ter sido acometida de uma “estranha doença” sem causa identificada (febre alta, cansaço físico, dores no corpo).

paciente já estava melhor e dispensava um tratamento menos intensivo, ele não deveria estar internado mas, sim, em acompanhamento extra-hospitalar. O paciente que necessitasse, segundo o modelo apresentado, ser transferido de uma ala para outra, dada sua evolução/melhoria, conseguiria de fato essa transferência uma vez que isso dependia da existência de uma vaga na ala dos “menos piores”, ou melhor, dos mais autônomos? Como funcionaria essa engrenagem (de produção de saúde mental e autonomia)? E a equipe, como seria encaixada nesse tipo de tratamento? Ficariam uns responsáveis pelos pacientes mais graves e outros pelos menos graves? Os técnicos não ficariam mais responsáveis por uma determinada ala mas, sim, por determinado número de pacientes, que seriam acompanhados por eles, em diferentes alas, conforme o estágio de evolução do tratamento?

Nós, do Clube, estávamos propondo relações mais horizontais, mais singularizadas e menos estigmatizantes, e esse modelo de tratamento parecia estar indo em direção contrária à nossa. Ao invés de encontro, diálogo e integração, a equipe do Hospital tendia cada vez mais ao isolamento e fragmentação.

Diante da contínua redução de carga horária, houve um momento em que a equipe, para além da divisão das alas, passou a se dividir entre equipes de alas da manhã e da tarde. Essas subdivisões dificultaram a comunicação entre as pessoas, restringindo-a praticamente a anotações de prontuário acerca dos pacientes cuidados conjuntamente. A reunião de equipe quinzenal, que ocorria em horário próximo ao almoço, no período entre a saída da equipe da manhã e a entrada da equipe da tarde, ficou bastante esvaziada. Desconfiávamos que com a proposta da enfermagem essa fragmentação da equipe seria intensificada. Sua apresentação, logo de início, produziu uma divisão: um grupo que rejeitava essa nova forma de organização – composto em

sua maioria de terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e professor de educação física –, e outro, formado pela diretoria e enfermeiros, a favor.

A relação entre os favoráveis (enfermagem e direção clínica) e os desfavoráveis (restante da equipe técnica) criou uma situação de grande tensão. Apesar das discussões e argumentações contrárias ao projeto, nas reuniões técnicas e reuniões convocadas especificamente para o debate deste tema, o diretor técnico declarou que o novo modelo seria posto em prática, independentemente da opinião ou argumentos técnicos dos agentes que executariam a reforma; a ordem era essa!

Alguns dias depois dessa determinação, o Clube solicitou a participação de todos os diretores em sua supervisão mensal, mas o diretor clínico não pode comparecer. Expusemos nossa preocupação com a crise do Hospital, com o aumento da violência física e verbal observada entre os pacientes e entre funcionários e pacientes. Apontamos isso como um indicativo do agravamento da situação e, finalmente, falamos sobre a falta de coerência entre a proposta do Clube e o novo modelo de tratamento apresentado. Afinal qual era o destino do Hospital: buscar um tratamento mais humanizado, fundado em relações menos verticais e mais democráticas, que valorizasse o saber de cada um para a construção de um projeto terapêutico ou focar exclusivamente o tratamento nos cuidados médicos e de enfermagem, priorizando a organização em detrimento da clínica? O Hospital estava disposto a mudar ou continuaria a ser uma instituição total com uma organização estruturada “*para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos*” (GOFFMAN, 1961/ 2007)?

Talvez uma das principais oposições à consolidação e expansão do CS tenha sido o modo de lidar com as mudanças e a situação de crise no Hospital, as quais seguiam a lógica do empreendimento privado, da hierarquia vertical e das instituições

totais. As decisões sobre o futuro da organização e as mudanças no tratamento se concentravam na diretoria e pareciam levar em conta mais questões financeiras do que questões clínicas de modo geral.

Como vimos, na assistência, predominaram a preocupação com a atenção médico-medicamentosa e cuidados de enfermagem, reafirmando a situação de sujeição e de passividade do paciente que o CS buscava transformar. Diante de tudo isso, decidimos encerrar a nossa participação na história do Clube dos Saberes no Hospital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentei os três principais motivos que determinaram minha participação no empreendimento do Clube dos Saberes no Hospital:

(1) O hospital psiquiátrico como um fato, como uma realidade que não podia ser ignorada, que existia e existe apesar da política de desinstitucionalização e de desconstrução dos hospitais psiquiátricos.

(2) A tentativa entusiasmada (ainda que inicialmente ingênua) de inocular uma nova cultura de tratamento baseada em quatro grandes valores: a autonomia; o reconhecimento e acolhimento das singularidades; o saber como riqueza humana; a participação e co-gestão. Valores estimados, aliás, pelas novas práticas de saúde mental, práticas antimanicomiais. [O impasse do Clube no Hospital confirmou o que inicialmente ignorávamos e que só a experiência exigiu admitir: a prática do Clube é informada por ingredientes avessos a instituições totais e, assim sendo, perturba mas não altera o Hospital, e afinal é por isso interdita.]

(3) A visão do Clube como dispositivo analisador, como meio capaz de produzir análise.

Também apresentei dados que indicaram o motivo do Hospital para a admissão do Clube ou que permitiram inferência de mais outro motivo. O Clube foi admitido como resposta a um pedido de supervisão institucional; como meio de intervir nos problemas diagnosticados, dentre os quais destacavam-se a falta de atividades programadas e a ociosidade dos pacientes.

Mas também inferimos que o Clube foi admitido como possibilidade de mudança do tratamento no Hospital e de mudança condizente com o novo modelo de assistência então assumido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esse segundo

motivo apoia-se: (1) na coincidência entre a data em que o CS é apresentado à equipe do hospital e a data de promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001; (2) e em observações presentes nos registros escritos.

A Lei 10.216 representa a oficialização jurídica da política de desinstitucionalização em andamento desde 1990.¹⁰⁹ Isto significava, para o Hospital, perda de leitos, de recursos e, em longo prazo, a perda do convênio com a SMS. Nesse sentido, a admissão do Clube pode ter significado uma tentativa de acompanhar a política governamental a fim de evitar tais perdas e favorecer renegociação do convênio: o *Hospital*, em dado momento, propôs à Secretaria a possibilidade de se tornar um CAPS.

A intenção de mudança do modelo de tratamento no Hospital fora vislumbrada e estimulada no âmbito do próprio Clube dos Saberes, como indica um registro de ata da supervisão do projeto: “... lá na frente trabalhamos com uma *perspectiva de Clube Terapêutico*, que é mais do que o CS (Ata de supervisão CS, junho de 2003, grifo nosso).

A coexistência das formas tradicionais de tratamento psiquiátrico (modelo hospitalar) e da expectativa de transformação pode ser ilustrada pela observação de alguém da equipe técnica envolvida com as atividades do CS. Essa pessoa “fala do incômodo quando percebe a resistência dos profissionais [geralmente médicos] que dizem que o hospital deve medicar e mandar o paciente embora. Mas que *com novas ideias o Hospital está virando um CAPS* [em tom de ironia]” (Ata de Supervisão do CS, junho de 2003, grifo nosso).

¹⁰⁹ A Lei 10.216 foi seguida pela promulgação de uma série de leis complementares e portarias voltadas para a regulamentação do novo modelo de assistência em saúde mental e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico. A Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004 está disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf> >. Acesso em: 28.11.2008.

Registros anteriores, referentes à condução inicial de nossa intervenção, mostram que após a apresentação do CS para a equipe do Hospital foi formado um grupo de trabalho com o objetivo de fazer um levantamento das atividades e projetos da instituição e, a partir desse levantamento, dar início ao planejamento do CS ali. Em consonância com a estratégia do Clube, o primeiro passo da intervenção consistiu em buscar as riquezas do coletivo e empreender seu desenvolvimento; uma estratégia análoga à de resgatar e contar com a parte saudável do doente mental para sua recuperação. No caso do Hospital, tratava-se de investir nos recursos disponíveis para o enfrentamento da crise e não em suas faltas e carências institucionais ou perdas anunciadas.

Em síntese, pode-se presumir que, sobre o Clube, foi depositada a expectativa de saída para a crise e de uma transição do modelo assistencial a partir do *interior* da própria organização e de seus próprios recursos.

O CS, no entanto, não aparece como uma simples resposta à demanda do Hospital ou como mera solução de problemas. Busca identificar os potenciais presentes no equipamento e em seus agentes, estimular a tomada de responsabilidade de todos pela situação do Hospital e, com isso, incentivar a autonomia, tanto do equipamento (em relação ao poder público) quanto dos agentes institucionais (nas ações e decisões relativas ao cotidiano e ao destino do hospital). Em contrapartida, exige o envolvimento e o comprometimento de cada um e de todos com os resultados esperados, o que, como vimos nos episódios analisados de história da experiência, ocorreu de modo insuficiente.

O Clube representava a esperança de mudança e de superação da crise do Hospital, mas também sofria resistências da equipe hospitalar, e enfrentou diversos

obstáculos: (1) participação pouco expressiva dos trabalhadores do Hospital no desenvolvimento do CS; (2) apreensão limitada ou distorcida do projeto; (3) falha nas parcerias firmadas entre o CS e outros profissionais/setores do Hospital; (4) interferência, persistência e recrudescimento das características manicomialis; (5) predomínio da “administração gerencial” sobre a “clínica”, isto é, maior atenção à saúde financeira da instituição do que à saúde de seus agentes (pacientes e trabalhadores).

Diante de tantas adversidades – e do risco de o CS servir como forma de amortecimento ou negação das novas diretrizes públicas em saúde mental e de manutenção de uma instituição historicamente associada às formas de domínio, disciplina, exclusão e exploração econômica –, podemos nos indagar sobre o sentido de nossa intervenção.

Em parte a resposta já foi dada: não negávamos a existência da instituição Hospitalar e apostávamos na sua transformação. Se é evidente que ingressamos muito jovens no Hospital e com menos consciência de suas determinações e vícios político-estruturais, os sucessivos episódios cavaram crescente sensibilidade para uma consciência assim e que, em meu caso, só os estudos subseqüentes e a pesquisa têm alcançado.¹¹⁰ Apostávamos na transformação da instituição não apenas pela inoculação de uma nova cultura de tratamento mas, também, pela análise e questionamento da própria instituição e de sua herança histórica – não podemos nos esquecer de que o CS fazia parte de uma intervenção analítica mais global. Hoje, a resistência do Hospital ao CS pode ser percebida de modo diferente do que era percebida àquela época: cresceu

¹¹⁰ A parte que nossa ingenuidade desempenhou nos impasses no desenvolvimento do CS no Hospital não foi pequena. Todavia, o que hoje me parece mais provável é que o ingresso de agentes mais lúcidos, teórica e politicamente mais lúcidos, não teria evitado o impasse e a interrupção. Teria contribuído para diminuir nossa angústia diante das resistências institucionais, mas não teria bastado para uma solução. A solução política depende de alterações estruturais.

em mim a consciência histórico-política da inércia estrutural das instituições manicomiais. Em todo caso, o que desde o início nos caracterizou foi uma aposta feita no desejo de mudança do Hospital e não na resistência a esse desejo; em relação ao Clube, fez-se a opção de investir no que poderia advir do encontro entre instituições tão diferentes, na produção de acontecimentos ou eventos capazes de provocar uma análise e de contribuir para o tratamento da alienação institucional. No entanto, o tempo mostrou que além de os espaços cotidianos de análise serem limitados, sua ampliação tornou-se uma tarefa inviável ou deficitária. A análise ficava restrita às atividades do Clube dos Saberes e era vinculada àquilo que a Psicoterapia Institucional (PI) denomina função diacrítica.

Essa função, para a PI, está diretamente relacionada à análise institucional, deve estar prevista no funcionamento da instituição e ser assumida por todos os seus agentes. Um dos efeitos da patoplastia em um equipamento de saúde mental é “uma certa *indistinção* que, dependendo da ambiência, se faz presente entre as pessoas e suas relações, como também entre os lugares, grupos e instituições” (MOURA, 2003, p. 73). A função diacrítica seria responsável por produzir discriminação e singularização no âmbito do coletivo: ela consiste na decisão de destacar um ou outro acontecimento do cotidiano, diferenciando-o daquilo que é corriqueiro, para então colocá-lo em análise. Essa decisão é baseada na pertinência e nas repercussões de determinado acontecimento para a vida do equipamento.

No CS, embora essa função estivesse mais ou menos presente em todos os nossos espaços de encontro e de troca, devemos destacar sua preponderância em determinadas reuniões semanais (reunião aberta, secretariado, reunião de acompanhamento e desenvolvimento do projeto, supervisão de estágio) e na supervisão mensal do projeto. Mas, mesmo assim, a análise institucional encontrava-se

comprometida. Essas reuniões e outras atividades do Clube contavam com a presença de uma minoria da equipe técnica,¹¹¹ sempre as mesmas e poucas pessoas, um grupo que, portanto, não abarcava a heterogeneidade de agentes presentes no Hospital. Em consequência, os espaços do CS não contemplavam a manifestação, o confronto, o diálogo e análise dos *múltiplos* elementos, percepções, perspectivas, pontos de vista, interesses, concepções e compromissos presentes na organização. Havia um acanhamento do processo de desalienação ou da ampliação do coeficiente de transversalidade institucional.

Na prática, um dos efeitos da alienação institucional, no âmbito do Clube dos Saberes, foi a concentração das trocas e dos relacionamentos junto aos pacientes. Uma anotação pessoal de reunião do Clube, em abril de 2005, trazia o relato de uma discussão sobre como se aproximar mais do restante da equipe e enfatizava que o foco do projeto estava no contato com os pacientes. Essa distanciamento da equipe e dos demais trabalhadores era visto como algo problemático. Ocorreu um estreitamento da intervenção: o CS, um dispositivo voltado para o tratamento da organização como um todo, quase se tornou um instrumento exclusivo para tratar de pacientes internados e, em parte, perdeu de vista o reconhecimento das riquezas ou saberes do conjunto do Hospital.

O vínculo com os trabalhadores do Hospital era conturbado e suas dificuldades específicas não tinham lugar para serem analisadas e processadas. O vínculo com esses trabalhadores foi parcial (estabelecido apenas com os que apoiavam o CS) e sofria interferências.

¹¹¹Não mencionamos aqui os profissionais sem formação técnica de saúde porque, embora uma minoria deles participasse das atividades concretas do cotidiano (encontros de trocas de saberes ou grupos temáticos), eles nunca estavam presentes em reuniões mais voltadas à reflexão sobre o tratamento dos pacientes internados. Isso não ocorria porque essas pessoas não eram vistas como agentes de saúde, como membros que integravam a assistência.

Outros efeitos da alienação puderam ser observados e estão relacionados às disputas entre categorias profissionais, aos preconceitos presentes nos relacionamentos entre trabalhadores, e à crescente fragmentação da equipe derivada da organização do trabalho no hospital: fatores de que tratamos na seção 3 e nos tópicos 4.7 e 4.9 (seção 4) que contribuíram para a formação de subgrupos e para mecanismos de defesa típicos da posição esquizoparanoide (dissociação, projeção e introjeção, ataque e fuga).

As diferenças de poder e o caráter biforme do Hospital, apesar de gerarem incômodos e entraves nos agentes institucionais, não eram temas diretamente abordados institucionalmente, pelo que é possível recordar. A estrutura econômico-política do Hospital era responsável pela geração e pelo silenciamento desses incômodos e entraves. Nesse ponto, intervém mais uma de minhas impressões pessoais, que, talvez, ilustre uma das possíveis consequências desse silenciamento.

Como membro do Clube, estava em acordo com a defesa da autonomia e da independência como ingredientes do crescimento individual e coletivo. Por outro lado, na prática, nas minhas ações, tais valores eram considerados, quase exclusivamente, junto aos pacientes internados. Novamente, de modo inconsciente, era adotada uma postura restritiva quanto aos preceitos do CS: o que aparecia como válido e necessário no relacionamento com os pacientes, nem sempre era explicitado como válido e necessário no Hospital como um todo. Imagino que se pudessemos abordar, num espaço coletivo alargado e legítimo, os conflitos concernentes às diferenças de poder, à questão do lucro e da exploração do trabalho, essa restrição (afinal, um tipo de repressão) teria sido superada e teria provocado novas discussões e posicionamentos.

Segundo Altoé (2004), um empreendimento para a transformação de uma organização clássica de tipo asilar, um empreendimento orientado pela Psicoterapia Institucional, é algo complexo e o seu sucesso depende da vontade de mudança dos

proprietários, dirigentes e de toda a equipe. A dificuldade aparece justamente na inércia mental, na resistência de todos os agentes hospitalares: eles, assim como os pacientes internados por longos anos, sofrem um processo de institucionalização

[...] que gera fortes estereótipos de comportamento e concepções estigmatizantes em relação ao cliente (...). Mudar esta mentalidade não é tarefa fácil (e nem sempre tarefa possível) quando não se pode mudar o funcionamento como um todo, aproveitar algumas pessoas e dispensar outras, injetar “sangue novo” – pessoas novas com formação teórica adequada ao projeto que se quer implantar (ALTOÉ, 2004, p. 61).

O estudo sobre a experiência do Clube dos Saberes no Hospital, nos leva a concordar com a referida autora. Além da necessidade de contar com a vontade de mudança de todos os membros da organização, devemos acrescentar dois pontos: (1) não adianta a PI prever análise da instituição se esbarramos com dirigentes da organização que não desejam ou não conseguem assegurar, em sua estrutura de funcionamento, espaços voltados para esse fim e dos quais possa participar o maior número de pessoas; (2) e é também necessário superar o contraditório caráter biforme da instituição ou, ao menos, assumir mais conscientemente o conflito entre os objetivos lucrativos e os objetivos voltados à promoção de saúde.

Mas para saber se isso é possível teríamos que empreender um novo estudo e iniciar uma nova discussão, aprofundando o enfoque político e econômico das organizações sociais.

A força da cultura manicomial, a presença predominante da organização hierárquico-piramidal, o poder centralizador da direção do Hospital inviabilizaram a constituição de um espaço comum, em que todos, sem exceção, pudessem contribuir

com seus saberes e experiências. Ao invés de uma transição de modelo assistencial, afinado ao aspecto mais clínico e humano das novas práticas em saúde mental, ocorreu um movimento de retrocesso, de involução ao antigo modelo asilar.

Devemos sempre lembrar: “sem análise institucional, a psicoterapia institucional às vezes empreendida, é sempre automaticamente e sistematicamente destruída, sem que os próprios terapeutas sejam advertidos dos perigos que surgem no círculo de suas próprias ações...” (TOSQUELLES, 1985, apud MOURA, 2003, p. 67–68).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ, S. Histórias de Interseção entre a Psicoterapia Institucional e Análise Institucional. In: CONDE, H. B.; ALTOÉ, S. (Org.). *Saúde & Loucura*. nº 8. São Paulo: Hucitec, 2004.

BARREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, R.B. Institucionalismo e Dispositivo Grupal. In: CONDE, H. B.; ALTOÉ, S. (Org.). *Saúde e Loucura*. nº 8. São Paulo: Hucitec, 2004.

BOSI, Ecléa. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

CAMPOS, G.W.S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

DAMERGIAN, S: *Papel do Inconsciente na Interação Humana*. 1988. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DUBENA, M.U. *Nas entrelinhas da Psicoterapia Institucional – o conceito de ambiência*. 2004. Monografia (trabalho de conclusão de curso) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 16. ed. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREUD, S. *Recordar, Repetir e Elaborar*. In: *Obras Completas*. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1975

FREUD, S. *Psicologia de grupo e análise do ego*. In Obras Completas. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

GOFFMAN, E:(1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GUATARRI, F. *Psicoanálisis y Transversalidad*. Buenos Aires: EDIGRAF, 1976.

GUATTARI, F. A Transversalidade. In: *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Tradução de Suely Belinha Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HAMMOUTI, N-D e ÍNGUES, L. *Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social*. Organização de João Batista Martins. São Carlos: Rima e Fundação Araucária; 2002.

KAËS, R. (Org.) *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

René Lourau na UERJ- 1993 – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa (evento), 1993, Departamento de Psicologia Social/ Instituto de Psicologia da UERJ. Organização e redação final do texto: Ana Paula Jesus de Melo. Rio de Janeiro: Quarta Editora e Comunicação/Gráfica UERJ, 1993.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____(1969). O instituído contra o instituinte. In ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____(1973). Objeto e método da análise institucional. In ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____(1990). Implicação e sobreimplicação. In ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____(1997). Implicação: um novo paradigma? In ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, A. H. *Breves notas sobre os antecedentes históricos da Análise Institucional*; Revista Pulsional, nº 70, 37-48, fev.,1995.

MOURA, A.H. et al. *Projeto de Apresentação do Clube dos Saberes*. Texto não publicado. São Paulo, 2002.

MOURA, A. H: *Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conf. Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental*; Brasília, 2005. Disponível em < <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf> >. Acesso em: set. 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE *Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004, 5ª edição ampliada, Série E. Legislação de Saúde*, Brasília – DF, 2004. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf> >. Acesso em: 28 de nov. 2008.

PICHON-RIVIÈRE; E: *O Processo Grupal*, Martins Fontes, São Paulo, 2000.

REVEL, J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução Gregolin, M.R.; Milanez, N.; Piovesani; C. São Carlos: Clara Luz, 2005.

SCARCELLI, I.R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. 1998. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA E FONSECA. *Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial*, Rev. Latino Americana de Enfermagem, nº 13, p. 441-9, maio-jun, 2005.

SILVA, L.C.L. *O lugar dos hospitais psiquiátricos no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007.

SOUZA, A.M.O. *Loucura em cena: a “ambiência” como espaço informal de tratamento em um centro de atenção psicossocial*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

VERTZMAN, CAVALCANTI& SERPA. *Psicoterapia Institucional: uma revisão*. In BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992

WINNICOTT, D. *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Apêndice

LINHA DO TEMPO

(apresentação de fatos cronológicos extraídos dos registros escritos)

6 de abril de 2001:

- Apresentação da proposta do Clube dos Saberes (CS) para a equipe do hospital
- Formação de grupo de trabalho para levantamento das atividades e projetos existentes no hospital

10 de abril de 2001

- Após análise dos resultados do grupo de trabalho, o CS foi circunscrito à população do SUS e a biblioteca torna-se sua sede provisória.
- Formalizado o grupo de trabalho para elaboração e planejamento do CS no hospital.

16 de julho de 2001

- Anunciada a entrada de Fernanda (pesquisadora deste trabalho) como colaboradora do grupo de trabalho para o desenvolvimento do CS.

7 de agosto de 2001

- Formalização da supervisão do CS.

Agosto de 2001

- Neste período, a Biblioteca funcionava sob responsabilidade das próprias pessoas da equipe técnica do hospital. Além da leitura, essas pessoas coordenavam uma outra atividade programada no local: a *Hora do Conto*.
- projeto do CS continua em fase de elaboração

3 de setembro de 2001

- Grupo de trabalho apresentou detalhamento do projeto

5 de março de 2002

- Rebaixamento do teto financeiro do SUS e como consequência “recomposição das equipes, especialização das alas e diminuição de leitos e de profissionais”.
- Diretor clínico propõe “diminuir a contenção química e com a economia” contratar uma pessoa para trabalhar no CS

6 de maio de 2002

- Início do trabalho de C. e F. no hospital, como prestadoras de serviço do hospital, totalmente dedicadas à implantação do CS.

7 de maio de 2002

- Surgiu a idéia de criar uma Assembléia na Vila, mas ela malogrou.

2 de julho de 2002

- Proposta de criação do secretariado como instância a serviço do CS em substituição a idéia da Assembléia. A proposta gera mal estar no grupo. Supervisor questiona a disposição da equipe para enfrentar mudanças.

6 de agosto de 2002

- Pela primeira vez, nos registros de ata da supervisão do CS, foi citada a necessidade de implicar outros técnicos no projeto.

Agosto 2002

- Primeira avaliação do Clube

21 de novembro de 2002

- Primeira Assembléia Geral

Março de 2003

- Realização da campanha “Respeito e Gentileza”, proposta nascida da Assembléia Geral.

13 de março de 2003

- Primeiro registro escrito disponível de um grupo chamado *Reunião de Atividades* do CS. Nesta reunião se discutiu as atividades empreendidas pelo Clube na época: capoeira; francês, inglês, violão, desenho e geografia.

19 de março de 2003

Como conseqüência da crise no hospital, o diretor que acompanhava o desenvolvimento do CS restringiu às supervisões mensais a sua participação no projeto.

17 de abril de 2003

- Neste período, os pacientes passaram a atuar como responsáveis pela abertura e cuidado da biblioteca

Maio de 2003

- Surge a idéia de o CS ter uma sede própria

16 de junho de 2003

- Primeira supervisão do CS em que é registrada a participação de outras pessoas da equipe técnica do hospital: Pâmela e Bruna.

Junho de 2003

- Aproximação do CS com a ala feminina do hospital: Fernanda trabalhou como substituta da psicóloga da equipe da ala feminina.

Julho de 2003

- Festa de inauguração da sede do CS

Setembro/outubro de 2003

- Recusada, pela Secretaria Municipal de Saúde, a proposta de parceria com hospital com foco no modelo de atendimento CAPS

10 de outubro de 2003

- Festa da Primavera

Novembro de 2003

- Parceria do CS com o laboratório de inteligência da PUC-SP.

- Possibilidade de financiamento francês para uso do software da Árvore de conhecimentos (Gingo).

- Entrada de estagiários no CS

- Surge a idéia de montar um telecentro no hospital aberto à comunidade, em parceria com projetos governamentais de inclusão digital.

Obs: a proposta de financiamento do Gingo e do telecentro malogram

Janeiro de 2004

- Na supervisão, R. comenta a proclamação das portarias 52 e 53 do Ministério da Saúde e suas conseqüências: diminuição nos repasses de verba feitos pela prefeitura e nova redução da carga horária dos técnicos.

Março de 2004

- Horta já estava em funcionamento

22 de abril de 2004

- Data da primeira ata registrada da Reunião Aberta.

26 de abril de 2004

- Primeiro registro disponível da Reunião de divulgação que se tornou mais tarde o Mural.

Mai de 2004

- Intercâmbio entre CS-SUS e alas particulares: formada comissão de pacientes que apresentaram o CS no Hospital-Dia (unidade particular)

Junho de 2004

- Criação do grupo "Posso Ajudá-lo"
- Apresentação do CS para o HD e para o Laboratório de Inteligência Coletiva do Núcleo de Semiótica da PUC-SP

Julho de 2004

-Abaixo assinado organizado pelos pacientes para pedir melhorias na alimentação do hospital.
- Primeira avaliação de estágio
- Atividades em funcionamento: Jardinagem, Jornal, Reciclagem, Horta, Biblioteca, Posso Ajudá-lo, Mural, Secretariado, Reunião Aberta, Grupo da Sede e os Encontros breves de troca de saberes.
- Pacientes coordenaram sozinhos pela primeira vez o grupo Posso Ajudá-lo

Setembro\Outubro de 2004

Início da segunda turma de estágio

Dezembro de 2004

2ª Avaliação do CS

Janeiro de 2005

- Primeiro registro disponível sobre reunião da comissão de alimentação

Fevereiro de 2005

- “Evento Cultural do Clube dos Saberes”, que tinha o intuito de divulgar e impulsionar o projeto.

- A atividade de artesanato foi estruturada e formalizada: deixou de ser realizada na biblioteca e ganhou sala própria.

Março de 2005

- Visita à PUC: grupo de pacientes que fazem parte do CS contam sua experiência no Clube para alunos da graduação.

- O Centro de Estudos do hospital e o CS conversaram sobre proposta de atividades voltadas à “formação e integração dos funcionários”

- discussão sobre inserção do CS nas unidades de internação particular

- estagiários discutem parceria com os funcionários do hospital responsáveis pela limpeza para cuidar do espaço físico.

Abril de 2005

- As atividades desenvolvidas pelo CS são Biblioteca, Posso Ajudá-lo, Jornal, Horta, Artesanato, Reunião Aberta, Clube do Balanço, Jardinagem e Secretariado.

- a direção do hospital disponibiliza mais 10 horas de trabalho para o CS, que contrata outra pessoa para compor a sua equipe.

Junho de 2005

- Início do mutirão de limpeza para a retirada de entulhos da horta

Setembro de 2005

- As psicólogas dedicadas em tempo integral ao desenvolvimento do Clube dos Saberes encerram suas atividades no Hospital.