

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação Em Educação

Enio Rodrigues da Silva

**O GESTO PROFISSIONAL EM PSIQUIATRIA:
o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho**

Belo Horizonte
2016

Enio Rodrigues da Silva

**O GESTO PROFISSIONAL EM PSIQUIATRIA:
o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação

Orientadora: Profa. Dra. Daisy Moreira Cunha

Colaboração: Profa. Dra. Dominique Lhuilier –
CNAM/França/Paris

Prof. Dr. Yves Schwartz - Aix-Marseille Université/
França

Belo Horizonte
2016

Enio Rodrigues da Silva

**O GESTO PROFISSIONAL EM PSIQUIATRIA:
o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho**

Tese apresentada a Faculdade de Educação da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do título de Doutor
em Educação.

Prof. Dra. Daisy Moreira Cunha – UFMG (Orientador)

Prof. Dra. Eloísa Helena Santos

Prof. Dra. Vanessa Andrade Barros

Prof. Dra. Maria Elizabeth Antunes Lima

Prof. Dr. Renato Diniz Silveira

Belo Horizonte, 11 de Julho de 2016

DEDICATÓRIA

Eu dedico esta tese às pessoas que ousam desejar algo e sustentar suas escolhas e consequências do ato desejanete. O resultado pode ser um gesto coletivo-anômalo.

Em memória de meu tio, José Rodrigues de Souza, médico pediatra. Um homem coletivo, extremamente estudioso, competente, que me ensinou que há saberes da intuição que compõem nossos gestos de vida e profissionais. Ele foi morto violentamente em situação de trabalho. Em nome de sua família, condeno todo tipo de gesto de violência.

Aos artistas de teatro, eu lhes ofereço esta tese, em especial ao meu amado companheiro Agamenon Bomfim de Abreu, pela sua dedicação às artes, você reforça minha criatividade. A queda de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) é antiga e, filosoficamente, situa-se na interseção de saberes, assim como você mobiliza encontros de encontros para fazer figurinos, vestir artistas e atuar como ator. E isso é uma restituição de conflitos em conflitos já existentes na encenação teatral. Fazer avançar o *métier* pode ser uma resposta.

Ao gesto profissional da trupe do *Théâtre du Soleil* em Paris, à la Cartoucherie, dedico esta tese através da atriz Juliana Carneiro da Cunha e da diretora Ariane Mnouchkine.

Ao meu amigo Deud Calil Miguel, médico ortopedista, formamos juntos em Medicina. Ele sim é um sujeito ímpar, inteligente, determinado. Você sempre me deu a mão em momentos de grande angústia e dificuldade em sustentar meus projetos.

Ao amigo e psiquiatra de Gerson Tavares, fizemos residência juntos em Psiquiatria e nos tornamos amigos, muito além de qualquer ideologia no campo das ideias.

Ao meu psicanalista de longos quinze anos, Antônio Quinet. Ele me ensinou a ser um homem além de qualquer escolha existencial. Foi lá em seu divã que fui ressignificando minhas histórias de vida e escolhas pessoais e profissionais.

À minha afilhada Camila, a medicina só tem a ganhar com o seu jeito humano de ser.

Aos meus amigos trabalhadores do CAPS III/CERSAM Leste, onde trabalhei por 12 anos (2002, 2013). Em nome de Sônia de Oliveira Diniz, eu agradeço os trabalhadores e usuários do CAPS III/CERSAM Betim, palco de 18 anos de minha experiência de trabalho e pessoas especiais que me ajudaram no mestrado e na construção desta tese de doutorado.

Aos meus familiares que nunca deixaram de me pedir para parar de estudar um pouco.

Ao meu filho Daniel Machado Rodrigues da Silva, ele é silencioso, diferente de mim!? Tenho tentado aprender com ele, ou melhor, trocar. Eu só não sabia que as semelhanças entre nós dois eram tão mais evidentes. Ele me faz lembrar que aprender, ensinar, respeitar e sustentar as diferenças é uma luta constante de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeira ordem à minha orientadora Daisy Moreira Cunha por ter topado comigo esse desafio de dirigir as minhas inquietações práticas e acadêmicas no contexto da loucura. Daisy tem um jeito particular de tratar os objetos de pesquisa de forma ética e respeitosa, instigando-nos a responder de forma nada estável às insuportabilidades do mundo.

À banca examinadora. Vanessa Andrade Barros, minha amiga e orientadora de mestrado, que brilhantemente soube valorizar o de melhor em mim e continua uma parceira engajada. Maria Elizabeth Antunes Lima, pela brilhante capacidade de defender seus argumentos e me instigar a trazer de volta o grande expoente da Psiquiatria Francesa Louis Le Guillant. Eloisa Helena dos Santos, pela sua gentileza e elegância em lidar com o ser humano e com as Clínicas do Trabalho, em especial a Ergologia. Ao Renato Diniz Silveira, um profissional coletivo-anômalo, pelo seu magnífico território mental e pela firme influência no campo da formação humana e em Psiquiatria. Agradeço também ao laboratório LIPES em nome de Eliza Helena de Oliveira Echternacht pela contribuição com respeito ao GRT.

Aos meus colegas professores da Faculdade de Medicina UNIFENAS/NAPEM, em nome da amada amiga Lúcia Helena Garcia Bernardes. Aos estudantes que me orientam em minhas intervenções teórico-práticas. Ao grupo OUTROLHAR de Saúde Mental.

Na França, eu quero agradecer ao carinho, orientação, gentileza e inteligência de Dominique Lhuilier. Ela me mostrou as portas e me orientou a abri-las. A Ives Clot pela gentileza e grandes ensinamentos. A Ives Schwartz pela sua simplexidade, contribuição nesta tese, engajamento e respeito com o trabalhador e estudante. À Louis Durrive, um homem de grandes gentilezas, um raro professor pela sua capacidade pedagógica e de me orientar na construção de um objeto de pesquisa. Ao meu amigo François Montagnon, nós nos conhecemos na praia de mangue seco, e foi ele quem me recebeu em sua casa em Marseille, com sua família, apresentando-me o estilo francês de ser. À minha amiga Joëlle Bordet, obrigado pela sua generosidade, amizade, seu engajamento sociocultural e político. Você me mostrou a França e a Paris que os franceses conhecem e me ensinou a amar essa cidade.

Ao meu amigo Marcelo Dirceu pelo eterno e bonito incentivo e amizade.

À minha tia Gildete, marido e três filhos – seu gesto de determinação conseguiu transformar o rumo da vida de muitos. Estendo a você Camilinha meus agradecimentos.

Em Salvador, eu agradeço a equipe de trabalhadores do CETAD em nome do psiquiatra Antônio Nery Filho, trocamos autonomias e experiências profissionais. Aos trabalhadores da rede de Saúde Mental em nome de Teresa Paula Galvão Vieira da Costa.

Ao psiquiatra Francisco Paes Barreto pelas orientações teóricas, coerência em seus princípios éticos e profissionais que vão desde a Psiquiatria Clássica à Reforma, passando pela Psicanálise. Sua crítica e rigor aguçam a minha militância antimanicomial.



Foto: Agamenon Bomfim de Abreu, 2015

Notas de um gesto profissional

Esta é uma fotografia tirada em janeiro de 2015 em frente ao Hospital Psiquiátrico Pitié-Salpêtrière em Paris/FR. A intenção é situar concreta e simbolicamente o importante gesto de Philippe Pinel (1745-1826) - fundador da Psiquiatria na *Era Clássica*. Um gesto mítico, imaginoso, inventado, prodigioso, romanesco, fantástico, extraordinário, lendário, espetacular... Sujeito a várias e contraditórias interpretações no campo da loucura.

RESUMO

Trata-se de uma tese desenvolvida no campo do SUS (Sistema Único de Saúde) e das Políticas Públicas de Saúde Mental de Betim, no terreno da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, tendo o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III/CERSAM Betim Central - como território de pesquisa. Partimos de alguns aspectos de minha trajetória de vida e de trabalho, localizando nove desconfortos prático-teóricos, desvelando problemáticas no espaço micro desse serviço e macro das políticas nacionais de Reforma Psiquiátrica. A hipótese central é que a Psiquiatria até o momento tenha mobilizado insuficientemente seus saberes para lidar com a insuportabilidade gerada pelos casos impossíveis. Tivemos como objetivo compreender o hiato existente entre um ato e um gesto profissional, a partir deste CAPS, caracterizando a sua clientela, o seu funcionamento, analisando-o como situação de trabalho, a partir das atividades dos trabalhadores, localizando o projeto-ação como operação precedente à realização de atos no trabalho real, visando ao engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Propomos um método, entrando no campo da Psiquiatria do ponto de vista das Clínicas do Trabalho, localizando o gesto profissional como matéria estrangeira no sentido da filosofia da vida de Georges Canguilhem. Partimos da Análise Pluridisciplinar da Situação de Trabalho (APST) /Abordagem Ergológica, mobilizando aspectos da Ergonomia, a partir da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), da Clínica da Atividade e da Psicossociologia. Em seguida, espreitando o seu processo de engendramento de gestos, a partir da atividade dos trabalhadores e da análise crítica de minha própria experiência. Realizamos uma análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas em profundidade com trabalhadores, além de um Groupe de Rencontre de Travail (GRT). Apresentamos um conceito genérico de gesto profissional, construído num debate de normas em múltiplas dimensões e, em seguida, singularizamos a informação no campo da Psiquiatria. Os gestos escolhidos para análise são aqueles que caminham na direção de aberturas no contexto da Reforma Psiquiátrica. Como resultado, de um lado, este processo de engendramento do gesto desvelou conflitos de normas e uma precariedade das condições reais de trabalho. Por outro lado, mostrou-se um caminho possível de enriquecimento da Clínica Psiquiátrica que se pratica no CAPS. Argumentamos acerca da construção de uma Ergopsiquiatria Clínica, a partir dos casos analisados, um instrumento de Anamnese Ergopsiquiátrica e Dispositivos Ergopsiquiátricos. Singularizada a informação no campo da Psiquiatria, este gesto profissional serve a outros *métiers* como instrumento de compreensão e transformação das práticas de trabalho.

Palavras-chave: Projeto-ação. Ato. Gesto profissional. Atividade. Trabalho. Psiquiatria.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une thèse développée dans le cadre du SUS (Système Unique de Santé) et des Politiques Publiques de Santé Mentale de la municipalité de Betim, dans le champ de la Psychiatrie et de la Réforme Psychiatrique et dont le terrain de recherche est le Centre d'Assistance Psychosociale – CAPS III/CERSAM Betim Central. Nous sommes partis de certains aspects de ma trajectoire de vie et de travail pour identifier neuf situations d'inconforts pratico-théoriques qui dévoilent les problématiques de ce service du point de vue micro et sur la sphère macro celles des politiques nationales de Réforme Psychiatrique. L'hypothèse principale se base sur le fait que la Psychiatrie a mobilisé de façon insuffisante ses savoirs jusqu'aujourd'hui pour faire face à l'insupportable issu des cas impossibles. Notre objectif fut de comprendre le hiatus existant entre l'acte et le geste professionnel, à partir de ce CAPS, par la caractérisation de sa clientèle, de son fonctionnement et par l'analyse en tant que situation de travail, à partir des activités des travailleurs. Nous avons situé le projet-action comme opération préalable à la réalisation des actes dans le travail réel pour obtenir une production de gestes professionnels en Psychiatrie. Nous proposons une méthode pour entrer dans le champ de la Psychiatrie du point de vue des Cliniques du Travail en identifiant le geste professionnel comme un matériel étranger selon le sens de la philosophie de vie de Georges Canguilhem. Nous sommes partis de l'Analyse Pluridisciplinaire de la Situation de Travail (APST)/Approche Ergologique en mobilisant les aspects de l'ergonomie à partir de l'Analyse Ergonomique du Travail (AET), de la Clinique de l'Activité et de la Psychosociologie. Nous avons par la suite observé le processus d'engendrement de gestes à partir de l'activité des travailleurs et de l'analyse critique de ma propre expérience. Nous avons effectué une analyse documentaire, une révision bibliographique ainsi que des interviews en profondeur avec les travailleurs ainsi qu'un Groupe de Rencontre de Travail (GRT). Nous avons présenté un concept générique de geste professionnel construit dans un débat de normes sous dimensions multiples pour ensuite singulariser l'information dans le champ de la Psychiatrie. Les gestes choisis pour l'analyse sont ceux orientés vers les ouvertures dans le contexte de la Réforme Psychiatrique. D'un côté, en tant que résultat, ce processus d'engendrement du geste a révélé des conflits de normes et une précarité des conditions réelles de travail. D'un autre côté, ce processus s'est avéré être une possibilité d'enrichissement de la Clinique Psychiatrique pratiquée au sein du CAPS. Nous avons argumenté dans le cadre de la construction d'une Ergopsychiatrie Clinique et proposé un instrument d'Anamnèse Ergopsychiatrique et des Dispositifs Ergopsychiatriques. Une fois singularisé dans le champ de la Psychiatrie, ce geste professionnel peut également s'appliquer à d'autres métiers comme instrument de compréhension et de transformation des pratiques de travail.

Mots-clés: Projet-action. Acte. Geste professionnel. Activité. Travail. Psychiatrie.

A personificação da poesia

*O que define um padrão de normalidade?
Por que ser diferente é uma heresia?
Se tudo o que nós somos,
É a personificação de uma poesia*

*Cada um de nós é uma poesia viva,
A essência e o seu instinto,
Não há que ser explicado,
O que eu leio é o que eu sinto.*

*Lidar com o outro,
É uma arte em se fazer,
É como ler uma poesia,
Apenas se sente, não há o que se entender.*

Instabilizando os conceitos

*A “máquina de moer conceitos”,
Usada com maestria,
Permite-nos comprovar,
O quão estática é a psiquiatria.*

*Os saberes até então estáticos
Temos obrigação de mover,
Desmistificar a loucura
E a normalidade lhe devolver.*

Rodrigo Seixas Dourado,
(Acadêmico do segundo período do curso de Medicina
UNIFENAS/BH/2016)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Orientações para a escolha da situação a analisar.....	76
Figura 2 - Escolha de situação a analisar: descrições centradas em critérios, estruturas e ferramentas	79
Figura 3 - Escolha de situação a analisar: descrição centrada no arranjo físico do dispositivo técnico.....	81
Figura 4 - Escolha de situação a analisar: cuidados e sistemas complexos.....	82
Figura 5 - Passos de construção do GRT/Saúde Mental	89
Figura 6 - Composição do GRT/Saúde Mental	90
Figura 7 - Fluxograma de escolha de situação a analisar no CAPS III/CERSAM Betim Central	91
Figura 8 - Continuidade Histórico - Vital/Histórias de Vida.....	139
Figura 9 – Triângulo da Atividade	193
Figura 10 – Dispositivo Ergopsiquiátrico.....	310
Figura 11 - Diagrama das dimensões do gesto profissional	318
Figura 12 - O município de Betim em regiões	419
Figura 13 - Um lugar (ideal) para a Psiquiatria	507
Figura 14 - Síntese de ingredientes de tradição/inação e clínica do CAPSIII/CERSAM Betim Central.....	510
Figura 15 - Fluxograma de dados empíricos do GRT/Saúde Mental	515

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Psiquiatria – idéias, temporalidades e reformas	314
Quadro 2 - Composição de trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central	424

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AMP	Associação Mineira de Psiquiatria
APST	Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
AET	Análise Ergonômica do de Trabalho
ASSUSAM	Associação dos Usuários dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental de Minas Gerais
CA	Clínica da Atividade
CAC	Centro de Acolhimento da Crise
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CATP	Centro de Acolhimento a Tempo Parcial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Código Internacional de Doenças
CMP	Centro Médico-Psicológico
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DD3P	Dispositivo dinâmico a três Polos
DU	Diplome d'Université
ECRP	Entidade Coletiva Relativamente Pertinente
EEG	Eletroencefalograma
ESP	Escola de Saúde Pública
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
GAM	Gesto, Automatismo e Movimento
GEM	Grupo de Ajuda Mútua / Groupe d'entraide mutuelle
GRT	Grupos de Encontro de Trabalho/ <i>Groupe de Rencontres de Travail</i>
GTPSI	<i>Groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles</i>
HN	Hospitalidade Noturna
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGR	Ingrediente de Competência
LAM	Luta Antimanicomial
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONG	Organização Não Governamental
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PD	Permanência-Dia
PGP	Paralisia Geral Progressiva
PMB	Prefeitura Municipal de Betim
PMC	Prática Médica na Comunidade
PN	Pernoite

POP	Procedimento Operacional Padrão
PTI	Projeto Terapêutico Individual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RMP	Residência Multiprofissional
RMP	Residência Médica de Psiquiatria
RNM	Ressonância Magnética
RP	Reforma Psiquiátrica
RTSMC	Referência Técnica de Saúde Mental
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SM&T	Saúde Mental e Trabalho
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSSM	Serviço Substitutivo de Saúde Mental
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TNS	Técnico de Nível Superior
TR	Técnico de Referência
UAI	Unidade de Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Encontro marcado com a Psiquiatria	23
<i>1.1.1 Relatos de vida, crises, rupturas, movimentos e encontro com o gesto</i>	<i>26</i>
<i>1.1.2 Especificidades, corpo e diálogos coletivos</i>	<i>29</i>
<i>1.1.3 Entre o romance familiar, a crise, o corpo e o movimento</i>	<i>31</i>
<i>1.1.4 O usuário porteiro e a restituição de um conflito na atividade</i>	<i>33</i>
<i>1.1.5 Retomando o campo de pesquisa do ponto de vista sobre o trabalho do psiquiatra</i> ...	<i>35</i>
1.2 Desconfortos reais e intelectuais	37
<i>1.2.1 O primeiro desconforto: os casos insuportáveis</i>	<i>38</i>
<i>1.2.2 O segundo desconforto: o empobrecimento da clínica</i>	<i>39</i>
<i>1.2.3 O terceiro desconforto: a convocação de uma Clínica Ampliada</i>	<i>40</i>
<i>1.2.4 Quarto desconforto – a formação como saída e como problema</i>	<i>41</i>
<i>1.2.5 O quinto desconforto – a rotatividade dos psiquiatras nos CAPS</i>	<i>43</i>
<i>1.2.6 O sexto desconforto: trajetórias de vida-escolhas profissionais</i>	<i>45</i>
<i>1.2.7 O sétimo desconforto: desospitalização sim, desmedicalização não</i>	<i>46</i>
<i>1.2.8 O oitavo desconforto: a clínica da condição e da exceção</i>	<i>47</i>
<i>1.2.9 O nono desconforto: praticando vicariâncias</i>	<i>48</i>
1.3 Dos desconfortos à interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho	49
1.4 Apresentando a organização e pontos centrais da tese	52
PRIMEIRA PARTE: A PROBLEMÁTICA DE PESQUISA E A METODOLOGIA ...	54
2 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS E METODOLOGIA DE PESQUISA	54
2.1 A Questão Central e a Problemática da Pesquisa	54
2.2 Objetivos	59
2.3 Método, Instrumentos de Coleta e Materiais	60
<i>2.3.1 Reabrindo problemas e encontrando matérias estrangeiras</i>	<i>62</i>
<i>2.3.2 Pesquisa qualitativa e participante</i>	<i>64</i>
<i>2.3.3 A relação interdisciplinar de trabalho</i>	<i>64</i>
<i>2.3.4 A dialética do ir e vir no trabalho de pesquisa</i>	<i>65</i>
<i>2.3.5 A experiência servindo à metodologia da tese</i>	<i>65</i>
<i>2.3.5.1 Trajetórias de vida – escolhas teóricas</i>	<i>66</i>
<i>2.3.5.2 Anamneses clínicas</i>	<i>67</i>
<i>2.3.5.3 Pesquisador-formador - a participação de acadêmicos de medicina da UNIFENAS/BH</i>	<i>69</i>
<i>2.3.6 Análise documental e revisão bibliográfica</i>	<i>70</i>
<i>2.3.7 A Ergonomia e as Clínicas do Trabalho</i>	<i>73</i>
<i>2.3.7.1 Instrumentos e materiais demandados</i>	<i>74</i>
<i>2.3.7.2 Aspectos importantes de uma análise ergonômica da atividade</i>	<i>74</i>
<i>2.3.7.3 Observação do processo de trabalho e aproximação das atividades</i>	<i>75</i>
<i>2.3.7.4 Caracterização da clientela do CAPS III/CERSAM Betim Central</i>	<i>75</i>
<i>2.3.7.5 Análise do processo de trabalho do CAPS III</i>	<i>77</i>
<i>2.3.7.6 Compreender o CAPS III/CERSAM Betim Central como situação (micro e macro) de trabalho</i>	<i>78</i>
<i>2.3.7.7 Analisar situações de trabalho e cuidados especiais</i>	<i>81</i>
<i>2.3.7.8 Sobre a reunião de equipe</i>	<i>82</i>
<i>2.3.7.9 O GRT analisador e indexador de realidades</i>	<i>83</i>

2.3.7.9.1 Aspectos de identificação e ancoragem da atividade.....	86
2.3.7.9.2 O encontro de organização do GRT e reflexões afins	88
2.3.7.9.3 Construindo os cinco (5) passos e os seis (6) encontros.....	89
2.3.7.9.4 Material de análise gerado.....	90
2.3.8 <i>A Clínica da Atividade na reconstrução de casos clínicos em gestos</i>	92
2.3.9 <i>Entrevistas informais e formais em profundidade</i>	92

SEGUNDA PARTE: CLÍNICAS DO TRABALHO, PSIQUIATRIA, CONCEITOS E AS DIMENSÕES DO GESTO PROFISSIONAL 94

3 QUANDO O TRABALHO É UMA CLÍNICA.....	97
3.1 A Contribuição das Clínicas do Trabalho.....	98
<i>3.1.1 A Psicodinâmica do Trabalho.....</i>	<i>104</i>
<i>3.1.2 A Psicossociologia do Trabalho.....</i>	<i>112</i>
3.1.2.1 Filiações e recursos importantes para o trabalho.....	121
3.1.2.1.1 O Moi-peau, a interdição do toque e os envelopes corporais.....	127
3.1.2.1.2 A dimensão Sale Boulot da atividade em reflexões	129
3.1.2.1.3 A história que se precisa contar	132
<i>3.1.3 A Clínica da Atividade.....</i>	<i>143</i>
3.1.3.1 Memória do gênero profissional e variantes possíveis	154
3.1.3.2 A interseção crítica entre Clínica da Atividade e Clínica Psiquiátrica	161
<i>3.1.4 A contribuição da Ergologia.....</i>	<i>166</i>
3.1.4.1 A primeira proposição – a distância entre o prescrito e o real.....	171
3.1.4.2 A segunda proposição – o conteúdo da distância é sempre ressingularizado	181
3.1.4.3 A terceira proposição – a distância remete à atividade do corpo-si	183
3.1.4.4 A quarta proposição – a distância remete a um debate de valores.....	187
3.1.4.5 A atividade que faz história e sentido	192
3.1.4.6 A Ergologia como uma Clínica.....	196
<i>3.1.5 A dialética entre compreender e transformar os gestos profissionais em Psiquiatria</i>	<i>200</i>

4 A PSIQUIATRIA EM DEBATE DE NORMAS	204
4.1 A Psiquiatria – Heranças e Escolas.....	205
<i>4.1.1 As bases determinantes da virada do século XX.....</i>	<i>206</i>
<i>4.1.2 As Grandes Escolas em Psiquiatria.....</i>	<i>207</i>
4.2 A Psiquiatria entre cinco perspectivas teórico-metodológicas	219
4.1.1.1 O gesto e a contribuição de Michel Foucault	235
4.1.1.1.1 Normatizações clínico-foucaultianas possíveis em perspectiva.....	244
4.1.1.2 A construção e contribuição do debate entre Canguilhem e Foucault	249
<i>4.1.3 Heranças de Reformas Psiquiátricas - um debate de normas</i>	<i>253</i>
4.1.3.1 A Antipsiquiatria – a experiência como uma matéria estrangeira contemporânea	254
<i>4.1.3 Debatendo e abrindo possibilidades.....</i>	<i>261</i>
4.1.3.1 A perspectiva Basagliana em síntese.....	267
4.1.3.2 A experiência francesa em questão e visibilidade.....	270
4.1.3.2.1 A ergoterapia e a Psiquiatria Clínica entre Le Guillant, Tosquelles, Sivadon e Daumézou – um retorno às Terapêuticas Ativas.....	278
4.1.3.2.2 Heranças e influências Politzerianas.....	286
4.1.3.2.3 A velha NOVA CLÍNICA - com e a partir de Le Guillant.....	288
<i>4.1.4 A Máquina de Moer Conceitos em Psiquiatria: os Dispositivos Ergopsiquiátricos ..</i>	<i>301</i>

4.1.5 A Psiquiatria em síntese – ideias, temporalidades e reformas.....	313
---	-----

5 O CONCEITO GENÉRICO DE GESTO PREPARANDO A ERGOPSIQUIATRIA CLÍNICA.....315

5.1 As Dimensões Genéricas do Gesto Profissional e a Singularização da Informação em Psiquiatria	317
5.1.1 Gesto é saberes.....	319
5.1.2 Gesto é técnica e tecnologia	332
5.1.3 Gesto é corpo.....	349
5.1.4 Gesto é semiótica.....	353
5.1.5 Gesto é projeto-ação/ato	358
5.1.6 Gesto é projeto-herança.....	365
5.1.7 Gesto é mobile – intencionalidade	367
5.1.8 Gesto é intuição.....	370
5.1.9 Gesto é política.....	371
5.1.10 Gesto é inconsciente	376
5.1.11 Gesto é validação	378
5.1.12 Gesto é movimento.....	380
5.1.13 Gesto é clínica.....	386
5.2 Gesto é Síntese de Debate de Normas em Múltiplas Dimensões	401

TERCEIRA PARTE: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DE SERVIÇOS NO TRABALHO REAL.....412

6 A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR ABERTO PARA A CRISE.....	418
6.1 O CAPS III/CERSAM Betim Central: Construindo Gêneros Em Psiquiatria	422
6.2 A Estrutura do CAPS III/CERSAM Betim Central em Debate	425
6.2.1 Em termos estruturais.....	429
6.2.2 A ergoterapia dentro e fora do CAPS III/CERSAM Betim Central.....	430
6.2.3 A clínica e a reunião de equipe no processo de trabalho.....	431
6.2.4 A formação em tempo real de trabalho.....	435
6.2.5 Quanto ao psiquiatra	437
6.2.6 Os saberes constituídos sobre a Saúde Mental.....	439
6.2.7 A orientação clínica real e a relação Psiquiatria-Psicanálise	441
6.3 Quando a Família Demanda.....	444
6.3.1 A resposta da equipe – normas, tarefas e atividades em debates.....	445
6.3.2 Condições materiais e concretas de trabalho envolvidas	450
6.3.3 Tratar o CAPS para cuidar do paciente - a perspectiva da Psicoterapia Institucional por François Tosquelles.....	451
6.3.3.1 O trabalho da Enfermagem e da Psiquiatria	452
6.3.4 A função-TR e as (im)possíveis Psiquiatrias de um trabalho real.....	454
6.3.5 Por uma Clínica real em debates e (re)construção	459
6.3.6 A Clínica da exceção - a contenção física (des)necessária.....	461
6.3.7 O muro clínico	463
6.4 As Histórias no Território.....	466
6.4.1 A mariposa negra e um gesto profissional.....	466
6.4.1.1 Identificando o usuário, suas crises e apresentando o diagnóstico	467
6.4.1.2 A primeira etapa - um acolhimento biopsicossocial.....	468
6.4.1.3 A segunda etapa - a ROTA e o olhar intermediado por uma técnica de enfermagem.....	471

6.4.1.4 A terceira etapa – o que antes era um projeto-ação.....	472
6.4.1.5 A quarta etapa - a visita de retirada do “lixo” e o reencontro com o buraco – um outro ato	474
6.4.1.6 A quinta etapa - o lugar do CAPS, parcerias e respostas possíveis	474
6.4.1.7 Um gesto profissional em Psiquiatria engendrado - como e por que?.....	476
6.4.2 <i>Na carona de um gesto profissional em Psiquiatria</i>	479
6.4.2.1 A escrita de um projeto-ação substitutivo – a primeira etapa	481
6.4.2.2 Identificando a Referência Técnica – a segunda etapa.....	481
6.4.2.3 Fragmentos de vida, um ato e uma situação – a terceira etapa.....	482
6.4.2.4 Ações em debates, um coletivo de trabalho e a abertura do 24 horas – a quarta etapa.....	483
6.4.2.5 Atos e situação constituintes do 24 horas – a quinta etapa.....	486
6.4.2.6 A crise agora não é da urgência do usuário – a sexta etapa	487
6.4.3 <i>O discurso da Psiquiatria sem ele: um gesto no conflito de normas</i>	490
6.4.3.1 A protagonista dos gestos, o coletivo de trabalho e seu estilo de trabalhar	491
6.4.3.2 A fragmentação do coletivo e a crise da equipe	494
6.4.3.3 Engendrando o gesto profissional e explicando o seu ponto de vista.....	495
6.4.3.4 O ponto de vista de Maria e a construção da negativa.....	495
6.4.3.5 Dois atos em torno de um gesto profissional	500
6.5 A Psiquiatria entre o CAPS III Betim Central e a Rede de Saúde Mental.....	506
6.6 O GRT entre a Experiência e a Transformação do Trabalho.....	508
6.6.1 <i>Elementos ergológicos em debate</i>	511
6.6.2 <i>Cumprindo proposições e apresentando propostas</i>	519
6.6.3 <i>A Rota - um espaço-tempo clínico em construção entre a tradição e a inovação</i>	522
6.6.3.1 Um gesto profissional em Psiquiatria entre a delegação e a inclusão de um sale boulot.....	524
6.6.3.1.1 O projeto-ação e a aparição do invisível.....	525
6.6.3.1.2 Silêncios e atos concretos de verbalização.....	527
6.6.3.1.3 Atos de escuta clínica e de incorporação de saberes.....	528
6.6.3.1.4 Atos em deliberação na mira de um gesto	530

QUARTA PARTE: A ERGOPSIQUIATRIA CLÍNICA, A RENORMALIZAÇÃO E O ESTILO DE UM GESTO PROFISSIONAL 532

7 ESTILIZANDO E RENORMALIZANDO O GESTO PROFISSIONAL EM PSQUIATRIA.....	532
7.1 Um Estilo de ser e Fazer Psiquiatria Clínica	533
7.1.1 <i>Renormalizando o gênero profissional em Psiquiatria</i>	534
7.1.1.1 A perspectiva clínica de um Serviço Substitutivo.....	535
7.2 O Milho Mediador de Sofrimento e Cura	536
7.2.1 <i>O CAPS – um coletivo vicariante em debate e uma utopia possível</i>	540
7.2.2 <i>Apresentando o sujeito, seu estado mental e trajetórias de tratamento</i>	542
7.2.2.1 O exame do estado mental	543
7.2.2.2 Aparência e discurso do usuário	543
7.2.2.3 Súmula psicopatológica em síntese	544
7.2.3 <i>Considerando o ponto de vista de Zé</i>	544
7.2.4 <i>Um projeto-ação, nove atos e um gesto profissional</i>	546
7.2.5 <i>Um debate de normas na dimensão de saberes do gesto profissional</i>	555
7.2.5.1 Sobre a Psiquiatria em normas antecedentes.....	556
7.2.5.2 As dramáticas de um corpo-si delirante	561

7.2.5.3 A interseção Psiquiatria-Psicanálise	563
7.2.5.4 A esquizo mental em Freud, Bleuler e Lacan – contra o pessimismo de Kraepelin, o otimismo de Bleuler	567
7.2.5.5 Quando o usuário demanda saber o diagnóstico	571
7.2.6 <i>O milho – instrumento clínico e social da atividade de trabalho</i>	572
7.3 Entre o Tocar e o Pegar – Dois Atos em Debate e Dois Gestos em Engenramento..	581
7.3.1 <i>Entre o ato de arrastar a loucura e o gesto de tratar o sujeito</i>	582
7.3.1.1 Um ato em debates e um gesto profissional em construção.....	584
7.3.1.2 Debates de normas em múltiplas dimensões	584
7.3.1.3 Normas antecedentes e a dimensão saberes do gesto profissional	588
7.3.1.4 Por uma síntese dimensional	598
7.3.1.5 Um gesto de transformar para compreender.....	601
7.3.2 <i>O porteiro usuário – o debate em torno de um gesto profissional em Psiquiatria</i>	602
7.3.2.1 A atividade em debate de normas e reflexões	603
7.3.2.2 Mecanismos de validação e transformação	611
7.4 O instrumento clínico de Anamnese Ergopsiquiátrica	613
8 NOTAS CONCLUSIVAS	614
8.1 Reabrindo estabilidades e metodologia	614
8.2 Clínicas do Trabalho e a tese como instituição	616
8.3 Psiquiatria, ideias, níveis, critérios e instâncias	617
8.4 Do gesto genérico à singularização no campo da Psiquiatria	620
8.5 O CAPS, lugar das (im)possibilidades em Psiquiatria	622
8.6 A Ergopsiquiatria Clínica em evidência de construção	623
8.7 De um lugar para outras possibilidades	625
REFERÊNCIAS.....	626
ANEXOS.....	648

1 INTRODUÇÃO

Há nesta tese quatro partes e oito capítulos, mas compreendo que existem dois momentos. O primeiro, o caminho da construção do conceito genérico de gesto profissional e do objeto - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Um objeto construído em estado de *desconforto intelectual*, acompanhando a filosofia da vida de Georges Canguilhem de abertura de questões, problemas (*matérias estrangeiras*), aparentemente, estáveis em determinado campo do conhecimento.

Se Canguilhem, reabriu no campo da Medicina, o *Normal e o Patológico* como questão, nós abrimos o gesto profissional na interseção da *Psiquiatria com as Clínicas do Trabalho*. Interrogamos a Psiquiatria em termos de *insuficiência-prevalência* de saberes para enfrentar *desconfortos, insuportabilidades e casos impossíveis*. O resultado dessa dialética de hipóteses que apresentamos é que a Psiquiatria até o momento tenha apresentado respostas confortáveis e estáveis para questões complexas, vulneráveis e instáveis. O que fazer? É outro desafio que enfrentamos. Apresentamos esta tese como uma instabilidade possível neste hiato de significações, principalmente, entre o *trabalho prescrito real e o real*, configurando o seu segundo momento constituinte - *a singularização da informação genérica no campo da Psiquiatria (o gesto profissional em Psiquiatria)*, a partir do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos Serviços Substitutivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, em nosso caso o CAPS III/CERSAM Betim Central. Um momento que diz da análise do *trabalho real*, do *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT) e de sete gestos profissionais em Psiquiatria. Entre os saberes mobilizados na equipe desse serviço, focamos o hibridismo da Psiquiatria por ser um saber mobilizado por todos os trabalhadores e, historicamente, constituinte do percurso da loucura.

Entre *crises-rupturas-movimentos*, pode ser a origem dessa tese, promovendo não somente escolhas teóricas e profissionais no contexto da vida, mas *debates de normas e valores* na produção de projetos de ação, da *práxis* situada, ou como bem chamamos de *projeto-ação*, sendo realizado em atos materiais e concretos na atividade de trabalho. Lá onde houver uma crise (tanto no campo pessoal, quanto dos *saberes instituídos, acadêmicos e investidos*), e tivermos a coragem e a ousadia de retornar aos elementos dessa mesma crise, encontraremos o campo se preparando para possíveis rupturas, em nível de movimentos, projetos, ações, atos e gestos profissionais. E essa é uma operação que requer a *inteligência corporal* em nível de transformação de um *corpo-biológico* em outro erógeno e *subjetivado* na situação que se apresenta. Requer também, um mecanismo de elaborar e simbolizar o

encontro com o real, tomando esse encontro na ordem do impossível. Uma prática de inteligência corporal, de transformação da experiência vivida em simbolizações possíveis e transmissíveis.

Ao longo da tese, a interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho é feita e refeita. Dizemos do encontro do *Trabalho com a Clínica, a Psiquiatria e a loucura* em três níveis. O primeiro nível, a Clínica na vertente de 4 casos clínicos em Psiquiatria. O segundo, a clínica praticada pelos trabalhadores, segundo a análise de quatro gestos profissionais em Psiquiatria. O terceiro nível, a clínica do trabalho do psiquiatra – a análise crítica de minha experiência de trabalho, três situações clínicas, onde uma delas é a construção de um caso clínico.

Quando o trabalho é uma clínica é um outro texto longo que se configura antes do período de guerras e se modifica no pós Guerra. Um caminho que ultrapassa o Taylorismo para se preocupar, encontrar e valorizar o gesto espontâneo dos trabalhadores na atividade. Consequentemente, o encontro com as Clínicas do Trabalho – a Psicodinâmica do trabalho, a Psicossociologia do trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergonomia e a Ergologia. Elas são semelhantes e diferentes e isso requer o olhar de pesquisador-clínico e atento para as questões do sujeito e não somente para o cumprimento de uma pesquisa a todo custo. O caminho foi compreender a contribuição de cada uma delas para nos ajudar a desembaraçar os enigmas do gesto e da atividade em Psiquiatria neste CAPS III.

Quer dizer, o Trabalho é plural e a Psiquiatria é híbrida, desde a *Era Antiga, à Psiquiatria Clássica, das Grandes Escolas, da Contemporaneidade, da Classificação Internacional, as Reformas Psiquiátricas* e aquelas possíveis Psiquiatrias debatidas e construídas pela plasticidade do gênero psiquiátrico neste serviço aberto.

Qual configuração de sentido para a Psiquiatria? O importante não é a transposição, a virada de uma Psiquiatria em outra, mas os mecanismos histórico-antecedentes, antropológicos, sociais e culturais, determinantes de crises no interior da epistemologia desses saberes. Assim, instaura-se um lapso, um hiato entre, de um lado, a Psiquiatria e seus saberes mais ou menos organizados e, de outro lado, o caso típico. Novas e antigas formas de trabalhar, o usuário e os familiares e outras relações. Um lapso que reivindica a aceitação de desconfortos, a entrada nos enigmas, opacidades e obscuridades da atividade dos trabalhadores - Técnicos de Nível Superior (TNS) - e o psiquiatra é um a mais. Consideramos também o usuário como um trabalhador em nossa construção de dispositivos de debates.

Entre os processos de evolução do estatuto de qualificação para a lógica da competência, os novos meios técnicos exigem da Psiquiatria outras competências, outras formas de trabalhar, recebendo influência das Clínicas do Trabalho. Uma relação, onde uma

interfere na complexidade e amplitude da outra, demandando a desneutralização de qualquer tipo de meio técnico envolvido neste debate.

Partimos da construção de um método pelos viés ergológico da Análise Pluridisciplinar da Situação de Trabalho (APST). Assim, convidamos a Ergonomia e a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), o processo de observação do *trabalho real*, aproximação, compreensão e análise das atividades, as entrevistas em profundidade e de confrontação, a análise documental, a pesquisa bibliográfica, as Histórias de Vida, e a análise crítica de minha atividade profissional. Neste percurso, valemo-nos da importante operação clínica da Clínica da Atividade que nomeamos de *restituição clínica* em Psiquiatria, a restituição de conflitos em conflitos já existentes, atacando o *métier* e provocando o desenvolvimento da atividade, agindo para transformar o real em possíveis.

A ação e o ato são componentes do gesto e da atividade. Quando o gesto é atividade, ou vice-versa? Outro desafio nesta tese. Quando se decide uma ação, encontraremos o ato. A ação é um projeto, criação de um acontecimento, de um fenômeno, o começo de uma vontade, uma intuição em movimento, preparação iminente do fazer. E o ato uma aventura, o encontro do sujeito com uma realidade fora dele (a natureza, o real, a sociedade, o outro), a concretização na realidade material de um pensamento elaborado no tempo anterior de um *projeto-ação*. O ato nos lembra de que é possível instituir conflitos no aqui-agora das situações concretas de trabalho. A atividade é um posicionamento frente ao *trabalho prescrito*, um *debate de normas* individual, coletivo, social, cultural, político, psicológico, filosófico, etc. Compreendemos que a ação é apenas um nível constituinte da atividade. A atividade é um elo e um elã de vida, um *debate de normas* contextualizado e que transborda os limites da ação, do fazer aqui-agora. A atividade é um conceito mais amplo, diferenciando-se, por exemplo, em atividade humana, de vida, atividade de trabalho, que extrapolam a tarefa e a ação para atingir outros níveis de complexidade.

Situamo-nos, inicialmente, entre o gesto ordinário - aquele realizado pelo ser humano em qualquer estado de espírito (de amar, sorrir, pagar, pegar, dormir, acenar, sexual, indignar-se em gestual, cumprimentar, etc...) para abordarmos o gesto profissional. Aquela realizado nos *métiers* de trabalho e isso não impede que, em seu percurso, aqueles gestos ordinários se façam presentes. Em termos genéricos, apresentamos um *debate de normas* em múltiplas dimensões – *clínica, movimento, corpo, técnica, intuição, intencionalidade, projeto-ação, projeto-herança, política, inconsciente, semiótica, saberes, atividade, validação/deliberação*. Sem ordem de começo, nem de fim, mas interagindo em nível de complexidades.

Lá onde procurarmos o interstício da atividade, encontraremos debates, *projetos-ações*, atos e gestos de formas, tamanhos, conteúdos e significações variadas, determinados por deslocamentos internos e externos do corpo. Há gestos diferentes dentro de uma mesma atividade, mas em determinadas situações, eles desvelam suas diferenças, exuberâncias, amplitudes e potências de revolução e transformação, tudo isso se confundindo com a atividade em questão.

Em outras palavras, o gesto não é diferente da atividade, antes um familiar próximo, na medida em que ele é informado pela atividade, um feixe de luz que a ilumina. Uma forma que a atividade assume em determinada situação de trabalho. Gesto profissional é uma maneira debatida de expressão da atividade. Conforme já dissemos, ele é o resultado da síntese de *debates de normas* do/no *corpo-si*. Neste sentido, o gesto faz síntese no aqui-agora, no presente da atividade, mas, ao mesmo tempo, ele é síntese do passado, projetando a atividade futura.

Apresentamos o gesto profissional em três níveis de complexidade ao longo da tese. O primeiro, as dimensões genéricas do gesto profissional – servindo a qualquer *métier* profissional. O segundo, o nível genérico do gesto profissional que se faz no território da Psiquiatria - considerando seus saberes híbridos, ou seja, desde a *Era Clássica* à Contemporaneidade. Dizemos da singularização da informação genérica no campo da Psiquiatria. O terceiro nível, aquele referente a uma postura de *desconforto intelectual* do trabalhador frente a esses saberes – uma tomada de posição frente aos mesmos, às coisas da Psiquiatria. É o caso do gesto do trabalhador em específico, o personagem real modificado na situação de trabalho, situado em determinado serviço psiquiátrico. Neste último caso, referimos, como exemplo, aos setes gestos profissionais que apresentamos.

Engendrar gestos só pode ser um processo. E o que seria esse processo de engendramento? Algo que irrompe na atividade? Quer dizer, para se tornar um gesto, um *projeto-ação* é colocado em prática, em atos, e isso requer no percurso uma movimentação *heterológica*, um *debate de normas* em múltiplas dimensões.

Abrimos a tese com um ato, aparentemente, estranho, descuidado, jocoso, singular, subversivo, revelando sua faceta *catacrética e metafórica* da atividade – aquele de dar a chave ao usuário em crise para trabalhar na portaria do CAPS III na ausência do porteiro. A tese funcionou como uma informação, não somente para este ato, mas para aqueles dos trabalhadores e outros decorrente de meu estilo de *renormalizar* a atividade e engendrar gestos profissionais em Psiquiatria.

Esse processo de engendramento de gestos sintetiza, praticamente, toda a razão de ser desta tese, mobiliza desconfortos, expondo a dificuldade epistemológica em Psiquiatria. Ou seja, dizemos da *práxis* e o gesto profissional como síntese de possíveis nas situações reais de trabalho em Psiquiatria.

Com relação aos sete gestos, apresento uma síntese. Fazer voar uma *mariposa negra* não é nada difícil, mas sustentar e conduzir esse voo só pode ser uma atividade clínica dirigida em forma de gesto profissional, significado e ancorado no aqui-agora. *Contar a história de um métier* também não é tarefa difícil, mas contá-la com a devida significação e contexto frente à equipe, requer um processo de *validação/deliberação* e outras dimensões no engendramento do gesto. *A ausência do psiquiatra no CAPS não é incomum*, deixando a Psiquiatria, seu hibridismo e o ato médico de representantes. E isso se amplia em conflitos de normas e valores, funcionando como um obstáculo ou uma oportunidade do agir individual e coletivamente. Nestes momentos, *antecipar ou dar uma medicação extra* sem a presença do mesmo, requer um movimento clínico intenso do corpo. Incluir saberes produzidos em *Rota (saberes investidos)* pode ser outro desafio comprado por alguns técnicos de enfermagem e isso demanda enfrentar os conflitos, vácuos, vazios de normas e avançar no silêncio da verbalização para desvelar a atividade interna. *Convidar um usuário para substituir o porteiro* que faltou ao serviço, oferecendo-lhe a chave do portão pode ser ousadia, ou inteligência corporal? *Arrastar a loucura* para tratar o sujeito pode ser uma atividade proteiforme, de várias significações, enfrentando os limites das teorias em Psiquiatria, Clínicas do Trabalho e outros saberes. Compreender o *milho* como instrumento na atividade delirante e sustentar o movimento de ir e vir do usuário, é considerar o *delírio como uma atividade* e não exatamente um sintoma a ser extinto. São todas situações que requerem um posicionamento clínico argumentado e definido, não somente ser pesquisador engajado no campo do Trabalho.

Algumas questões serão informadas, construídas e trabalhadas ao longo da tese, ressignificando crises, rupturas e movimentos em vários níveis, critérios e instâncias de trabalho, por exemplo:

- a) O CAPS alarga as possibilidades e profissionalidades, além de correr o risco de ocupar um lugar como dantes ocupava o hospital psiquiátrico e ser sucumbido pelas más condições de trabalho;
- b) Os gestos profissionais que espreitamos e analisamos são aqueles na direção da Reforma Psiquiátrica, aqueles engendrados no impossível encontro com o real, no

encontro de usuários que desafiam as instituições de tratamento e os saberes sobre a loucura. Mas, a lógica de seu engendramento pode ser praticada em diversos meios de tratamento, não só psiquiátricos, como pode ser engendrado em outros meios – a educação, o teatro, a política...;

- c) A dimensão corporal é evidente na maioria dos gestos... e isso denuncia as técnicas socioculturais de Marcel Mauss - *Les techniques du corps. Le social et le sensible*, segundo François Laplantine - um corpo brasileiro que esquiva, dribla e ginga;
- d) Não existe gesto sem clínica e movimento, deslocamento interno e externo;
- e) Os trabalhadores corremos o risco de encontrarmos *zonas de conforto* frente à insuportabilidade que a loucura nos apresenta aos enigmas e desafios do real e da atividade;
- f) Sair do lugar central requer sustentar o movimento da equipe de centralização do ato médico.

Um outro resultado das reflexões e proposições desta tese é a construção do conceito de *Ergopsiquiatria Clínica*, a partir das seguintes argumentações que desenvolveremos ao longo do texto:

- a) O próprio conceito de *Gesto Profissional* e, em seguida, a singularização da informação - *o Gesto Profissional em Psiquiatria* - e seu processo de engendramento no real como síntese e debate de possíveis;
- b) *Os Dispositivos Tripolares Ergopsiquiátricos* – É o encontro da Psiquiatria com cinco perspectivas teórico-metodológicas: *as ciências da natureza, da vida e do homem, o movimento da Antipsiquiatria e a Ergologia*, segundo Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Michel Foucault, David Cooper e Yves Schwartz que nos reorientam frente ao recorte epistemológico em direção ao *processo de engendramento do gesto*. Tratam-se de Dispositivos em forma de *Máquina de Moer* conceitos em Psiquiatria;
- c) *A Anamnese Ergopsiquiátrica* – como uma estratégia de preparar o terreno para que o usuário nos diga aquilo que ele precisa nos dizer e não aquilo que precisamos saber para compor nossos diagnósticos e dirigir nossos tratamentos. Uma Anamnese argumentada, não somente descritiva, mas analítica e ampliada.

E isso não quer dizer que o encontro com essa *Ergopsiquiatria Clínica en train de se faire* também seja uma resposta estável e confortável. Ao contrário, ela precisa ser um

instrumento de *moer conceitos*, instabilizando-se no vivido cotidiano das situações e relações de trabalho em Psiquiatria. É tempo de nos instabilizarmos frente ao insuportável... de rever a forma com a qual os trabalhadores mobilizam seus saberes específicos e aqueles da Psiquiatria. É tempo de permitir o usuário opinar sobre a direção de seu tratamento...?! Entre outras palavras, é tempo também de rever os princípios e a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, interrogar e compreender os mecanismos de abertura da Psiquiatria e seu movimento de dentro das instituições em direção às cidades, ao encontro com o usuário em seu ambiente de vida.

1.1 Encontro marcado com a Psiquiatria

Abordamos a Psiquiatria por vários motivos específicos e importantes nesta tese que inauguramos e que vão desde o espaço familiar, à formação em Psiquiatria, à entrada na rede de Serviços Substitutivos em Saúde Mental de Betim e Belo Horizonte, à entrada no mestrado e o encontro com a Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida e as Clínicas do Trabalho, à produção de desconfortos de pesquisa e, finalmente, à entrada no doutorado.

Inicialmente, pela Psiquiatria constituir, historicamente, um saber-fazer-poder central e hegemônico na história da loucura (FOUCAULT, 1997). Um saber que nasce com a história do manicômio, do hospício e atravessa a evolução da criação de instituições fechadas e abertas de tratamento ao portador de sofrimento mental (ARBEX, 2013). Mesmo que ela seja considerada, polemicamente, como um dos saberes constituintes da Saúde Mental (BARRETO, 1999; 2010), em termos de *normas antecedentes*, seu hibridismo (nem natural, nem humano) continua sendo uma questão que, segundo nosso ponto de vista, precisa ser reconfigurado em nível teórico, epistemológico e prático. Trata-se de um conceito ergológico recorrente ao longo da tese. Essas normas dizem respeito não somente ao *trabalho prescrito*, mas também a um sistema heterodeterminado, sem dogmatismos de imposição. Elas são construções históricas, um patrimônio conceitual, científico e cultural, que considera o nível técnico atingido e a história sempre particular. São saberes e fazeres historicamente construídos e que também consideram as estratégias de escolhas em cada situação, bem como os valores não somente monetários, mas do bem comum (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; TELLES; ALVAREZ, 2004).

Se a loucura é também o resultado de uma produção, um patrimônio sociocultural, como a Psiquiatria responde a este processo? Até onde (re)conhecemos a história, ela responde mobilizando seus saberes mais naturais que humanos, investigando a existência de

um substrato orgânico para este desconforto e apresentando hipóteses diagnósticas e uma possível medicação no percurso (BARRETO, 1999; 2010; 2016a). Um paradoxo que esta tese pretende problematizar, a partir do conceito de gesto profissional.

Para promovermos esta operação, propomos um debate na interface das Clínicas do Trabalho (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011) com as *normas antecedentes* da Psiquiatria (BARRETO, 1999; 2010; BERCHERIE, 1989; EY; BERNARD; BRISSET, 1971; FERNADEZ, 1979; FOSSATI, 2015; FOUCAULT, 1997; 2006; 2000a; 2000b; 2008; JASPERS, 2006; MELO, 1986; PAIM, 1991). Trata-se de um mecanismo de mobilização de conceitos e fazeres no mundo do Trabalho e da Psiquiatria. Partimos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹ como território de investigação nesta interseção de saberes, especificamente, o CAPS III - Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Betim Central para delimitar nosso espaço-tempo de pesquisa.

Em linhas gerais, partimos do campo da Psiquiatria do ponto de vista das Clínicas do Trabalho em nível teórico-metodológico e reconfigurando saberes, poderes, fazeres e valores tanto do lado do campo do conhecimento sobre a loucura, quanto do trabalho. Em termos de síntese, por Clínicas do Trabalho, entendemos, inicialmente, como um conjunto de saberes e teorias sobre trabalho que focam a relação do homem no trabalho e com a subjetividade (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011). Mesmo apresentando uma diversidade epistemológica e metodológica, elas têm como objeto comum, o trabalho como atividade humana e a análise da *situação* de trabalho que enfatiza a inter-relação entre, de um lado, o sujeito, e de outro, o trabalho e o meio e suas variabilidades. São elas, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergonomia, a Psicossociologia do Trabalho e a Ergologia.

O termo *clínica* é reivindicado não somente no sentido da singularidade e individualidade que se pratica dentro de consultórios formais de abordagem ao usuário. A associação entre clínica e trabalho se refere à articulação entre várias instâncias, entre o psíquico e o social, o individual e o coletivo, o consciente e o inconsciente, o singular e o universal, o micro das situações concretas e materiais de trabalho e o macro político e cultural, e assim por diante. Uma forma ampliada de se pensar e praticar a clínica. Trata-se de uma clínica atenta às realidades contemporâneas de trabalho, abordando não somente os processos de sofrimento objetivo e subjetivo, mas também à criatividade do sujeito, à sua capacidade de agir no aqui-agora, de ultrapassar obstáculos, mobilizando saberes, valores e poderes, criando *dispositivos* de várias ordens, resistindo e confrontado o real que se

¹ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013.

apresenta. Neste sentido, as Clínicas do Trabalho reivindicam um espaço-tempo de luta contra a vulnerabilização social e a invisibilidade da experiência humana de trabalhar.

As origens e filiações dessas clínicas reforçam nossa proposta de inter-relacioná-las com a Psiquiatria, uma vez elas nascem atreladas à Saúde Mental e à Psicopatologia do Trabalho, cujos representantes são, em sua maioria, de origem francesa. Referimo-nos, principalmente, a Sivadon (*apud* LIMA, 2006), Le Guillant (1984) e Veil (2012), incluindo a experiência de Tosquelles (2006; 2009; 2012). Incluímos também, a influência de Canguilhem (1995), Oddone (1981), Wisner (1994; 1995; 1987), Vygotski (1994; 2004; 2014), Leontiev (1987) e Bakthin (*apud* CLOT, 2006).

Se no taylorismo, o sujeito é dissociado de seu próprio gesto profissional, com esta tese e sua proposta de interseção de saberes, pretendemos retomar esse conceito em sua complexidade e potência de abordar as condições e contradições do mundo do trabalho, projetando transformações possíveis. Ou seja, nestas clínicas, o corpo do trabalhador está em evidência e engendrado no confronto com o real. Por isso, dentro desta interface, evidenciamos o gesto profissional e seu processo de engendramento como um ponto chave de possibilidades de articulação de saberes e fazeres. Como resultado, extraímos os aspectos genéricos do gesto profissional para, em seguida, configurarmos aquilo que chamamos de *gesto profissional em Psiquiatria*. Ou seja, localizamos este gesto como uma *matéria estrangeira* na vertente de Canguilhem (1995), para reabrir toda essa problemática que, aparentemente, mostrava-se estabilizada.

Pretendemos aprofundar nesta interface Psiquiatria/Trabalho e partimos dos significantes: *crise, corpo, ruptura, movimento e gesto*. O caminho não poderia ser outro, senão aquele de mobilizar os saberes híbridos e técnicos da Psiquiatria aplicados à singularidade das situações de trabalho e dos casos clínicos que a constituem. Neste sentido, abordaremos alguns conceitos-chaves das Clínicas do Trabalho ao longo da tese – *métier, atividade, gênero e vicariâncias, estilo, renormalização e gesto*, dentre outros complementares e afins dentro dessa interseção *trabalho prescrito e real*, teoria e prática.

Assim, partimos de algumas nuances de implicação nesta trajetória de pesquisa. Dizemos de trajetórias históricas de vida, o romance familiar que determinam o encontro com o objeto de estudos – *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Retomamos ao mesmo campo de pesquisa utilizado na minha dissertação de mestrado (SILVA, 2010) - o CAPS III/CERSAM Betim Central - incluindo minha experiência de trabalho de 18 anos no mesmo local, bem como as *normas antecedentes* e os saberes mobilizados pelos trabalhadores no *trabalho real*. Ampliamos o debate para além do

psiquiatra, reanalizando as atividades dos trabalhadores psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêutico e técnicos de enfermagem, pesquisando em suas atividades o envolvimento com a Psiquiatria em *debates de normas*. Retomamos à originalidade dos CAPS na atenção ao portador de sofrimento grave e em crise como missão de trabalho. Na sequência, localizamos neste espaço-tempo nove desconfortos mestres que serão ressignificados ao longo da tese.

Consideramos a *antecipação* e a *confrontação* de saberes *investidos* (singulares e mobilizados no aqui-agora da experiência) e *constituídos* (formais, acadêmicos, estabilizados), nesta interseção, valorizando a história deste serviço e o saber-fazer dos trabalhadores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). São conceitos, dentre vários outros, que serão abordados de forma mais específica ao relatarmos a contribuição da Ergologia no capítulo 3 da segunda parte da tese. Partimos da hipótese que um gesto não nasce isolado, no vazio de normas e saberes, mas sim articulando aspectos plurais da trajetória de vida singular, familiar, profissional, com aqueles relacionados ao social, à política e à cultural brasileira.

1.1.1 Relatos de vida, crises, rupturas, movimentos e encontro com o gesto

Trata-se de uma narrativa de fragmentos de experiências vividas, ressignificando os princípios de relatos de vida que apresentam uma sucessão temporal de acontecimentos, de situações, de projetos, de ações, atos e gestos. Uma sequência inaugurada por crises, desde os aspectos familiares ao contexto social, ou seja, onde em “[...] cada período dessa história, o relato descreveria não somente a vida interior do sujeito e suas ações, mas também os contextos interpessoais e sociais que ele/ela atravessou.” (BERTAUX, 2014, p. 35).²

Dizemos de crises e rupturas heterodeterminadas por experiências, inclusive por situações familiares, afetivas, de migração e de trabalho. Crises que impõem um *modus operandis* psíquico com o corporal (a pulsão), a intersubjetividade (ou seja, as identificações do *Moi*). De outra forma, “É pela crise que o homem se cria homem, e sua história entre crise e resolução, entre rupturas e suturas. Entre esses limites, um espaço de possível criação, de ultrapassagem e de jogo: o que Winnicott chamou de espaço transicional.” (KAES, 2013, p. 4).³ Um espaço onde coexistem o já acontecido e aquilo possível de acontecer, constituídos

² Do original – “[...] chaque période de cette histoire, le récit décrirait non seulement la vie intérieure du sujet et ses actions, mais aussi les contextes interpersonnels et sociaux qu’il/elle a traversés.” (BERTAUX, 2014, p. 35).

³ Do original – “C’est par la crise que l’homme se crée homme, et son histoire entre crise et résolution, entre ruptures et sutures. Entre ces limites, un espace de possible création, de dépassement et de jeu: ce que Winnicott a appelé l’espace transitionnel.” (KAES, 2013, p. 4).

por mediações, em termos metafóricos, pela mãe e que comportam necessidades corporais e psíquicas aliadas ao contexto social e a experiência cultural. Um espaço de criação, uma vez que, ao submetermos em análises, veremos nele um lugar de elaboração da experiência de crise, onde se estabelece uma transição de acontecimentos intrapsíquicos, intersubjetivos e culturais ao mesmo tempo. Um caminho e uma oportunidade para o sujeito se reencontrar em nível de simbolização e invenções de novos caminhos. Quer dizer, ao vivenciar este espaço como experiência, podemos ressignificar a crise, reconfigurando elementos de ruptura como (des)continuidades de possíveis criativos, onde as *reservas de alternativas* latentes possam encontrar outros espaços de escoamento e retrabalho de si. Tudo isso, visando compreender nossos atos passados, presentes e que determinam a criação de gestos no aqui-agora da atividade e no futuro.

Dizemos de uma articulação sócio histórica, onde fenômenos regionais ou locais, sociais, políticos e culturais de vida podem afetar a trajetória singular de cada um. Um mecanismo de colocar em palavras experiências vividas e que direcionam o planejamento de ações, a realização de atos e que, conseqüentemente, filtram o engendramento de gestos ao longo da vida. Ou seja, o que nos motiva a fazer algo? Como e quando nos tornamos o que somos? E quais as escolhas teóricas e profissionais fazemos neste percurso? (BARROS, 1998). Perguntas que, segundo Bertaux (2014) situam-se entre o vivido e aquilo que relatamos através dos seguintes mediadores: a percepção, a memória, a afetividade, a reflexividade singular e a capacidade narrativa que reconstróem nossa subjetividade.

Sustentamos a hipótese de que a história pessoal, os planejamentos de vida, as ações e os atos de diversas ordens, ao longo do percurso, pavimentam o caminho da produção de gestos instituintes de transformação de si mesmo, da profissão escolhida e do *métier* em contexto. E isso requer processos *simplexos* e *vicariantes* (BERTOZZI, 2009) de compreensão da vida, inclusive das dramáticas do uso que fazemos de nós mesmos e pelos outros na *atividade* (SCHWARTZ, 2000a; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Por outro lado, no campo do trabalho, o reconhecimento, a *renormalização*, a proposição, a avaliação e a sustentação de ações e atos individuais e coletivos, inicialmente nos espaços micro do *métier* em relação ao macro sócio histórico, em nível de endereçamentos diversos.

Neste sentido, na última parte da tese, apresento um ponto de vista de meu estilo de produção de *gestos em ruptura*, interligando práticas de trabalho e relatos de vida, construídos de formas diferenciadas de trabalho que tiveram como base os significantes: *crise*, *corpo*, *ruptura* e *movimento*. Inicialmente, um debate interno que reconhece na crise aspectos provocadores de rupturas, mudanças e movimentos no espaço micro do romaneamento

familiar e social (KAES, 2013). Em seguida, acontecimentos importantes no percurso da formação profissional, influenciados pela etapa anterior e que determinaram crises e rupturas com a Psiquiatria tradicional e biológica e o engajamento ideológico-militante pela Reforma Psiquiátrica brasileira (BARROS, 1998). Em termos psicossociológicos, dizemos de formações transicionais e transindividuais, onde:

O sujeito é inscrito em laços sociais psíquicos pela mediação daquilo que definimos em psicossociologia como formações transindividuais (o contrato narcísico, o pacto denegativo, a comunidade de renúncia, a crença, a ideologia, etc. (LHUILIER; BARROS; ARAUJO, 2013, p. 21).⁴

Dizemos de situações que, conseqüentemente, resultaram no encontro com o meio aberto de trabalho nas redes de Saúde Mental de Betim e Belo Horizonte.

Em outro sentido, o encontro com o *trabalho real* de dois Serviços Substitutivos, as controvérsias, as condições e as contradições práticas. Os dramas e a ambivalência de militar pela causa antimanicomial e habitar o “chão de fábrica” de dois CAPS III. As demandas de um trabalho multidisciplinar e que reivindicavam a descentralização de todos os profissionais para o trabalho em equipe e para a Clínica da Referência, que tensionavam, principalmente, o modelo médico-centrado. Etapa esta que me conduziu ao mestrado em 2008 - uma transformação do olhar mais afiado e afinado ao *trabalho real* - uma crítica à militância, sem perdê-la de vista e considerando a realidade material e concreta dos serviços, a tradução dos dilemas e polêmicas das/nas palavras dos psiquiatras *josés*...

Para sintetizar essa reflexão, o retorno ao *trabalho real*, o reconhecimento dos processos de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central e a construção de *nove desconfortos* que marcaram, desvelaram e ampliaram a problemática da história deste *métier* entre o *trabalho prescrito e o real*, porém, de uma forma mais sócio histórica, reconfigurando o objeto de estudo da tese.

Retomamos não somente ao sentido positivo da expressão francesa – *faire un geste* (fazer um gesto) para dizer que alguém ou um grupo fez algo diferente, construtivo e dirigido ao outro. Há outras significações e conotações, inclusive negativo-psicossociais (LHUILIER, 2002a), incorporando a particularidade da história dos saberes e pessoal dos trabalhadores e do serviço.

⁴ Do original: “Le sujet est inscrit dans des liens sociaux et des liens psychiques par la médiation de ce qu’on définit en psychosociologie comme des formations transindividuelles (le contrat narcissique, le pacte dénégatif, la communauté de renoncement, la croyance, l’ideologie, etc.” (LHUILIER, 2013, p. 21).

1.1.2 Especificidades, corpo e diálogos coletivos

A problemática nos convocou para além da atividade do psiquiatra (SILVA, 2010) e refletimos sobre a atividade em Psiquiatria dos trabalhadores, os processos de trabalho e de (re)normalização (possíveis e parciais) da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central. A forma como os trabalhadores mobilizam esse patrimônio ao trabalharem. Porém, vale ressaltar que à revelia de um trabalho multidisciplinar, que visa quebrar as hierarquias disciplinares, não podemos desconsiderar os aspectos dialéticos entre o espaço micro, singular dos contextos de trabalho e aquele macro, político-social e jurídico, que reivindicam uma centralidade para a medicina e para o médico psiquiatra nas decisões a serem tomadas. São esses processos que visam legitimar o ato médico lá onde houver tal categoria de trabalhador em atividade, cujos CAPS não estão fora desta problemática.

Consideramos esse desconforto acima e avançamos em nossa proposta de pesquisar e estudar o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* produzidos pelos trabalhadores desse serviço e os saberes em Psiquiatria mobilizados e incorporados na realização dos mesmos no *trabalho real*.

Em todo esse processo, o que está em jogo é o corpo reclamando seu protagonismo. Trata-se de um assunto recorrente na tese e que será retomando em vários momentos, desde esta introdução, inclusive por ocasião da apresentação das dimensões constituintes do gesto profissional genérico e do gesto profissional em Psiquiatria. Conforme já anunciamos, dizemos do “corpo como dimensão vital da realidade humana, como dado global pré-sexual e irreduzível.” (ANZIEU *apud* LHUILIER, 2008, p. 150).⁵ Construimos um conceito de gesto que tem a atividade no centro, o movimento e a clínica como base e o corpo intermediando esta interface, mobilizando as várias dimensões constituintes. Referimos ao corpo de trabalhadores, usuários, familiares, gestores e dos saberes envolvidos. Dizemos de um “espírito de corpo” que se define por duas questões – como consequência das características do meio e como apresentação de defesas frente às mesmas, às infidelidades e variabilidades do serviço. Quer dizer, no interior das profissões, há um intenso *debate de normas*, reivindicando posições e lugares no exercício do *métier*, divisão de tarefas, bem como estratégias de defesa individual e coletiva. Uma superfície corporal que impõe limites na delimitação de fronteiras entre o interno e o externo, o dentro e o fora, o psíquico e o social,

⁵ Do original – “[...] corps comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée globale préssexuel et irréductible.” (ANZIEU *apud* LHUILIER, 2008, p. 150).

etc. (LHUILIER, 2008). São questões que nos remetem ao conceito de *Moi-peau* (ANZIEU, 1995) que apresentaremos ao expormos a contribuição da Psicossociologia do Trabalho.

Mesmo que se queira - a exemplo da *Psicoterapia Institucional francesa* (TOSQUELLES, 2012; BERNIER, 2013) -, que todos os trabalhadores da instituição sejam membros ativos da terapia dos usuários, há uma divisão específica e controversa de trabalho no interior das equipes de trabalho. De outra forma, mesmo que os princípios da Reforma Psiquiátrica convidem os trabalhadores a se descentralizarem de suas funções específicas para exercerem, por exemplo, a atividade comum a todos os Técnico de Nível Superior (TNS) de Técnico de Referência (TR)⁶, constatamos que as especificidades são o tempo todo demandadas. Quer dizer, se não se encontra o psiquiatra fazendo algum trabalho na cozinha, da mesma forma, não encontramos um psicólogo fazendo a higiene de usuários, mas encontramos outras situações instituintes de sentido e que apresentaremos ao longo da tese.

Sabemos que o trabalho do psiquiatra apresenta especificidades, assim como aquele do enfermeiro, do psicólogo, do assistente social, do terapeuta ocupacional, do auxiliar/técnico de enfermagem, etc. Realizar o específico e ainda promover a descentralização (como prescrição de trabalho) de saberes e atividades para o compartilhamento de outra atividade, continua sendo um desafio no processo de trabalho.

Vale ressaltar que não é nossa intenção estudar as *normas antecedentes* de cada especificidade do CAPS III/CERSAM Betim Central, nem o foi também no mestrado onde entrevistamos os trabalhadores - antes de pronunciarem seus pontos de vistas acerca do trabalho do psiquiatra -, estes verbalizavam suas especificidades de formas comparativas. Nesta pesquisa, se não as focamos, também não as desconsideramos.

Em termos singulares, apresento algumas nuances de meu encontro com a Psiquiatria, projetando meu estilo singular de trabalhar, decorrentes de minha trajetória de encontro com a loucura em nível familiar e na formação profissional em Psiquiatria. Um corpo em movimento, espreitando *encontro de encontros* constituintes de parte de minha experiência que aqui apresentamos.

⁶ Um conceito, um trabalhador, uma prática. O TR é aquele profissional que tem como objetivo construir o caso clínico frente ao usuário, aos familiares e à equipe de trabalhadores. Inclui os aspectos administrativos, sociais, culturais, políticos, clínicos e de reinserção na vida. Geralmente, o TR é um profissional de nível superior, chamado de TNS (Técnico de nível Superior).

1.1.3 Entre o romance familiar, a crise, o corpo e o movimento

Partimos da herança Metodológica de pesquisa em Histórias de Vida/escolhas teóricas e profissionais desenvolvida pelo laboratório de *Changement Social* da Universidade de Paris VII (BERTAUX, 2014; BOUILLOUD, 2009; GAULEJAC, 2010) para desenvolver alguns aspectos essenciais e críticos de minha trajetória de vida e de encontro com a origem do processo de engendramento de gestos no campo familiar (gestos ordinários) e, conseqüentemente, no *métier* profissional da Psiquiatria. Quer dizer, ao longo deste percurso, quais os gestos produzidos e que determinaram outros gestos em outros espaços-tempos? Um caminho que, em minha passagem pelos estudos de doutorado em Paris/CNAM-Aix-en-Provence (2014/2015), recebeu outra compreensão e tratamento.

Incluimos as reflexões de Vermersch - *L'entretien d'explicitation* - e que “concerne em primeiro lugar aquilo que é implícito na realização de uma ação, seja ela mental ou material.” (VERMERSCH, 2014, p. 21)⁷. Trata-se de um resgate da memória que aqui se faz presente em processo de pesquisa e transformação da ação e atos em movimentos e gestos profissionais em Psiquiatria. Resgatar o passado vivido e ressignificá-lo em palavras e reflexões no contexto atual.

O cenário familiar que se reconstrói traduz uma grande movimentação de corpos, pessoas e barulhos de diversos níveis. Uma construção que, inicialmente, passa pela casa constantemente cheia de gente, desprovida de privacidades, onde o estreito contato com o outro propiciou movimentos de encontro com o sofrimento mental, com o esporte, o teatro, as viagens, a medicina e a Psiquiatria, possibilitando a realização de ações e atos (transgressivos), a priori, e possíveis gestos pessoais e profissionais no percurso. Um ambiente familiar marcado por um *discurso político* de várias candidaturas de um familiar para vereador na cidade. Porém, foi o barulho decorrente do sofrimento mental de um familiar que prevaleceu na consciência depois de meus 13 anos de vida. Uma casa política e de políticos, marcada por crises, movimentos de reivindicação, demandas do outro cidadão e que denunciavam o *estilo* de ser do brasileiro, de lidar com as normas, dentro do universo sociocultural (LAPLANTINE, 2015). Situações onde o corpo-a-corpo era o registro evidente, e manter a porta aberta 24 horas era a regra. Acolher as pessoas sem contrariá-las quando se fazia necessário dizer um não. Inexistiam barreiras entre o individual, o coletivo e o social. Uma mistura humana que fazia muitos viverem em pequenos espaços diuturnamente.

⁷ Do original – “[...] concerne en premier lieu ce qui est implicite dans la réalisation d’une action, qu’elle soit mentale ou matérielle.” (VERMERSCH, 2014, p. 21).

O corpo em movimento presentificava afetos e o desajuste da crise de sofrimento psíquico faziam da noite um dia atrás do outro. A regra era presenciar movimentos ambivalentes, bruscos e delicados de meus pais para tentar apaziguar o referido sofrimento mental. Situação esta que em mim desencadeava angústias e um sentimento ambivalente de desejar, ora querendo entrar no conflito para ajudar, ora saindo correndo para me (re)encontrar em outros mundos. Eram crises que anunciavam um caráter de cronicidade, onde o hospital psiquiátrico era colocado no lugar de dor, morte e possibilidade de tratamento.

O resultado desse estreitamento de relações recaiu sobre a constituição de um outro corpo - subjetivo e erógeno (DEJOURS, 2009) em movimento e *perlaborado* na experiência, provocando outros movimentos. Ou seja, determinando escolhas e acontecimentos futuros, desde o plano individual, sexual e afetivo, ao nível profissional de participação em movimentos sociais organizados em outros campos da vida (BARROS, 1998).

Na sequência, a saída de casa da pequena cidade do interior de Minas Gerais para estudar em outra mais próxima e maior. Um *projeto-ação* (MENDEL, 1998) de alguns anos que determinou um ato extremamente determinado de encontrar um caminho para sair daquele estreitamento angustiante que, no final, era mais ilustrado pelo encontro com os excessos - o álcool em especial. Entre alguns desvios de percurso, lá onde eu encontrei a medicina em Belo Horizonte/MG, a Psiquiatria já era um encontro marcado.

Em termos profissionais, poderia apresentar diversas situações, mas optamos por uma que marca a tentativa de constituição de um gesto profissional. Trata-se de uma situação de trabalho que teve como ponto de partida um *projeto-ação* e um ato bem específico e singular. Em um dia de plantão de R1 (primeiro ano de residência em Psiquiatria), sozinho e sem uma supervisão profissional presente, recebo uma ligação de um filho - dizendo que a mãe estava em franca crise de loucura em casa -, demandando ajuda. Avalio o contexto e, como o plantão hospitalar encontrava-se tranquilo, decido sair ao encontro da situação em companhia de uma injeção de Haloperidol com Prometazina, um telefone celular e um beep destinado ao recebimento de qualquer chamada de urgência dos andares do mesmo hospital. Encontrei o filho em pânico com medo da mãe ter feito alguma agressão grave contra ela mesma em seu quarto. Dizia ele que ela havia se trancado para se defender de uma invasão de helicópteros. Decidimos por arrombar a porta do quarto, correndo todos os riscos possíveis. Lá estava ela sentada na cama, em pânico, mussitando um texto ininteligível. Mesmo tranquila, aparentemente, decidi por aplicá-la a injeção. Chamamos um táxi e chegamos os três à urgência do referido hospital. Ela foi internada em uma ala psiquiátrica e, no dia seguinte, em supervisão, momento de *validação/deliberação* (DEJOURS, 2009) do ato realizado, recebo

uma forte intervenção negativa do grupo de preceptores psiquiatras. Foram intensas críticas contra o referido ato embasadas em normas e periculosidades, denunciando o ato como uma transgressão contra as normas estabelecidas pelo ensinamento psiquiátrico proposto. De outro lado, uma supervisora psicanalista, pronunciou-se de forma favorável, dizendo que não se opunha à atividade, uma vez que a crise se encontrava fora da instituição.

Um ato transgressivo (CLOT, 1997b) à norma vigente que, ao passar por processos de *validação/deliberação* e endereçamentos coletivos (DEJOURS, 2009; SCHWARTZ, 2001), tomou a complexidade de gesto profissional em Psiquiatria?

Em outros termos, apresentamos todo esse percurso no sentido de compreender o lugar do corpo (MAUSS *apud* BERT, 2012) no engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Dizemos da evolução e da memória corporal ao longo da história, onde o gesto desencadeia a possibilidade de trazer novos sentidos à experiência e interpretá-la ao longo do percurso, em termos de elaboração e simbolização do vivido cotidiano. Um mecanismo que a Psicodinâmica do Trabalho nomeia de *perlaboração* da experiência (DEJOURS, 2009). Em termos históricos da Psiquiatria, basicamente, o encontro do corpo do usuário com o corpo do médico, intermediado pelo corpo da enfermagem.

1.1.4 O usuário porteiro e a restituição de um conflito na atividade

Apresentamos uma situação ocorrida no plantão de acolhimento da crise em uma manhã de trabalho no CAPS III/CERSAM Betim. Trata-se de Jorge, um jovem de 27 anos, forte fisicamente, de aparência extremamente desleixada, tatuado pelo corpo, ameaçador e violento, portador de Esquizofrenia Paranoide refratária e usuário de múltiplas drogas (típico usuário impossível e insuportável para as duas instituições psiquiátricas, conforme anunciaremos no primeiro desconforto de abertura da tese). Ele estava há cinco dias internado, involuntariamente, devido a recusa de tratamento, abuso de múltiplas drogas e agitação psicomotora de difícil controle.

Demandando sair do CAPS a todo custo, ele agitou, apresentando e defendendo seus argumentos, mesmo de forma ainda desconexa, delirante. Sentia-se “preso”, privado de sua liberdade de ir e vir e isso lhe fazia muito mal. Em relatos cotidianos da construção do caso clínico, ele evadia frequentemente e ainda ameaçava a equipe em diversos momentos, reivindicando regalias frente às normas do serviço. Neste dia, para complicar a situação, o porteiro do serviço não compareceu ao trabalho e a equipe de plantonistas era composta por mim, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. A situação piorava a cada minuto, a

agitação aumentava e percebíamos que, a qualquer momento, ele partiria para a agressão física como de costume.

Depois de várias tentativas de apaziguar a situação, a palavra se esgotava e o corpo-a-corpo se fragilizava frente à tentativa de “fazer o muro com o próprio corpo”. Era imperativo se tomar uma decisão. Sem utilizar da força física e da medicação contra a sua vontade, decido inverter a lógica da situação - convidando-o para ficar na portaria, confiando-lhe a chave do portão, uma vez que não havia um porteiro naquele momento. Surpreso, Jorge se aproxima de mim, tentando me intimidar, aceita o meu aperto de mão e, em seguida, a proposta, assumindo o posto de trabalho sob a minha orientação e supervisão, enquanto eu continuava outros acolhimentos. Quer dizer, frente a este sujeito tão estigmatizado e categorizado pela Psiquiatria através dos códigos diagnósticos, CID-10 e DSM-V, a proposta foi focar o olhar para o sujeito em sua singularidade. Um ato, antecipando uma tentativa de passagem ao ato no sentido da Psicanálise e que, de início, interroga a objetividade da Psiquiatria e seus saberes híbridos, segundo o psiquiatra entrevistado, Marco Polo:

Então... o que vem do comportamento ainda não está apaziguado e nem tem como estar, que não tem jeito, nem nunca terá - que é o ato. Então, se antes havia, por exemplo, pouca gente que queria fazer psiquiatria porque achava isso impreciso, eu acho que o que aconteceu e que é muito perigoso, **a psiquiatria tentou ficar mais objetiva, mas precisa. Nisso, ela acabou reduzindo seu corpus teórico.** (Marco Polo, destaques nossos).

Partimos dessa reflexão para nos orientar também na proposta deste ato, marcado por grandes controvérsias e posições contrárias, rompendo com a estabilização de saberes no campo da Psiquiatria e ampliando os nove desconfortos que apresentaremos em breve. Primeiramente, houve uma evidente negativa por parte da agente administrativa da unidade que presenciou a situação. Alguns trabalhadores se mostraram reticentes, dizendo que esta não era uma atividade para usuários realizarem, que o “buraco” institucional da falta do porteiro deveria aparecer para que o gestor pudesse apresentar suas respostas. Frente a este vácuo de normas, ao contrário, as *normas antecedentes* da Psiquiatria foram ressignificadas, singularizadas frente à situação que se apresentava.

Somente uma trabalhadora reagiu positivamente, sugerindo que o ato fosse compartilhado com o gerente do CAPS. De volta à situação alguns minutos depois, o usuário se mostrava bastante apaziguado para surpresa de todos e alívio da maioria. Constatamos que ele desenvolvia a atividade com gentileza, estranheza, um tanto jocoso, frente à minha apreciação e orientação. Neste momento, diversas reflexões se fizeram presentes e sua alegria

era evidente, como se a atividade de trabalho lhe tivesse conferido uma outra identidade, um estatuto diferente de “doente mental”.

Na sequência, houve um contato com o gerente por telefone, participando-o da decisão e o mesmo confirma, positivamente, e ainda reforçando ser esta uma atitude desejável frente aos princípios das políticas de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial e condizentes com os objetivos do CAPS de valorizar a experiência de sofrimento dos usuários. Uma forma de *validação/deliberação* parcial da situação. Duas horas depois, uma outra trabalhadora da limpeza (deslocada de sua função específica) assume o trabalho da portaria para decepção do usuário e novamente outro alívio para a maioria. Converso com ele, agradecendo-o pela atitude e o elogiando pela postura de trabalho. Neste dia, ele não evadiu do serviço.

Apresentamos, inicialmente, este ato como restituição de um conflito em conflitos já existentes na estruturação psíquica desse sujeito e na atividade psiquiátrica em forma de inversão de valores e que retomaremos no último capítulo da tese com outras significações, nuances e argumentações.

Apresentamos na sequência um ponto de vista sobre o trabalho do psiquiatra no CAPS e a constituição de nove desconfortos, provenientes de minha experiência de trabalho e da pesquisa de mestrado (SILVA, 2010), constituintes da proposta de construção desta tese e do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

1.1.5 Retomando o campo de pesquisa do ponto de vista sobre o trabalho do psiquiatra

Depois de 13 anos de experiência de trabalho como psiquiatra nas redes de Saúde Mental de Betim e seis anos de Belo Horizonte, defendi a seguinte dissertação de mestrado em 2010 no campo da Psicologia Social da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFICH/UFMG) – “A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS: *pois é José...*” Quer dizer: - José (um nome fictício), você esteve presente e atuante no início do processo de Reforma Psiquiátrica, *pois é...* o que teria acontecido neste percurso? Apresentamos um resumo da mesma e anunciamos que as reflexões nela construídas serão reconsideradas e retrabalhadas ao longo da tese.

Trata-se de uma pesquisa⁸ que foi realizada entre 2008 e 2010 em quatro CAPS III e II da rede substitutiva de Saúde Mental de Betim e Belo Horizonte. Um deles, o mesmo que preside a presente pesquisa. O objetivo geral era compreender o que fazem os psiquiatras

⁸ Um trabalho que teve como orientadora, a professor Dra. Vanessa Andrade de Barros, FAFICH/UFMG– Psicologia Social.

nestes serviços quando trabalham entre o *prescrito e o real*, segundo a *démarche* ergológica. Mais precisamente, a Reforma Psiquiátrica, para efetivar seu projeto, apresentou aos trabalhadores uma série de proposições diferenciadas, em nível de prescrições de trabalho. Por exemplo, que o trabalho seja realizado em equipe, que o acolhimento seja de responsabilidade de todos, que haja uma descentralização das especificidades e que os trabalhadores consigam ultrapassá-las para se reencontrarem no fazer coletivo da Clínica da Referência em Saúde Mental.

Em termos metodológicos, uma pesquisa-participante qualitativa e que aconteceu a partir de minha dupla posição de trabalhador/pesquisador de um dos CAPS III estudados nas duas redes de Saúde Mental. A partir da distância ergonômica universal entre o *trabalho prescrito e o real*, os psiquiatras verbalizaram seus pontos de vistas acerca de suas atividades, assim como os outros trabalhadores e usuários. Partimos do processo de observação, análise ergonômico-ergológica e Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST) (GUÉRIN, 2001), visando proporcionar um cruzamento de análises de pontos de vistas diferentes acerca da atividade do psiquiatra nos serviços.

De início, percebemos um mal-estar generalizado nos processos de trabalho dos CAPS estudados, traduzidos por sérias fragilidades quanto às condições materiais e concretas de trabalho, baixos salários, etc. Ao longo dos anos, houve uma *evolução da demanda em sobrecarga* intensa de trabalho, frente ao crescimento real da clientela e às diversas exigências prescritivas de trabalho pela reforma. Percebemos um empobrecimento dos processos clínicos, influenciando o mecanismo de *repetição do velho no novo modelo*. À revelia de todas as reivindicações da Reforma Psiquiátrica, o *trabalho real* continuava centrado na medicina e na figura do psiquiatra. Um processo não evidentemente reivindicado pelo psiquiatra, mas também demandado pelos trabalhadores que, na maioria das vezes, convocam o psiquiatra no lugar de confirmar e/ou estabelecer diagnósticos e apresentar uma direção medicamentosa, reforçando o ato médico.

Entre os diversos achados empíricos - a “pulverização das especificidades” - um polêmico mecanismo de abandono do específico para o desenvolvimento de atividades coletivas e funcionamento como Técnico de Referência (TR) de usuários. Ao mesmo tempo, uma tentativa de reconquistar as mesmas sem perder de vista o caráter coletivo do trabalho.

Ao falar de suas atividades, os entrevistados, inclusive os psiquiatras, desvelaram o distanciamento *prescrito/real* de forma bastante polêmica, entre conflitos de normas, debates individuais e coletivos, bem como saídas singulares de *renormalização* e regulação da atividade.

Entre as diversas atividades, percebemos as seguintes em nível de evolução de competências: atividade de *condução de caso, de consultor da equipe e de coadjuvante clínico*. Entre elas, a posição de *psiquiatra-médico, psiquiatra-trabalhador, psiquiatra-trabalhador-coletivo e psiquiatra trabalhador coletivo-anômalo* como exemplos de evolução da atividade em complexidades. Isso devido ao perceptível conflito de *normas antecedentes* em debates no *trabalho real* entre as seguintes concepções de Psiquiatria – Biológica, Social, Democrático-italiana, de Setor francesa e Fenomenológica. Entre todas, a prevalência, em termos prescritivos, dos aspectos italianos de Reforma Psiquiátrica.

Por um lado, constatamos uma grande rotatividade de psiquiatras nos CAPS. Um processo complexo, também resultado de uma fragmentação de coletivos de trabalho em coleções de trabalhadores, trabalhando de formas isoladas. Tudo isso, proporcionando o encontro com o sofrimento psíquico de várias ordens e reivindicações por *Reconhecimento* (da atividade de trabalho).

Por outro lado, encontramos alguns psiquiatras que na época completavam 10 anos de trabalho em média, mesmo com todas os dilemas e polêmicas das condições de trabalho. Eram psiquiatras que, antes de assumirem a militância pela Reforma Psiquiátrica brasileira, já apresentavam em seus percursos de vida pessoal e profissional, outros engajamentos socioculturais e políticos em campos diversos do conhecimento. Em meio a toda essa problemática, percebemos um coletivo de trabalho se (re)fazendo, em especial, em atividades e regras construídas e compartilhadas coletivamente, inclusive multidisciplinares de construção de casos clínicos.

1.2 Desconfortos reais e intelectuais

O resultado de toda essa reflexão de mestrado não poderia ter sido outro senão a produção de nove desconfortos ergológico-psiquiátricos que traduzem aquilo que faz crise no âmbito particular do serviço, das relações de trabalho, da singularidade dos usuários, dos saberes psiquiátricos envolvidos, bem como no plano sociocultural deste *métier* (OSTY, 2010). Desconfortos que também mobilizam o nosso percurso de pesquisa de doutorado e de reconfiguração de nosso objeto de pesquisa – *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Em especial, quando elucidamos que a referida rede de Saúde Mental de Betim foi construída em cima de uma significativa *cultura de métier*. Ou seja, este município é marcado pela ausência do Hospital Psiquiátrico que mobilizou no início dos anos 90 a criação de novos serviços, novos *debates de normas* e valores individuais e coletivos,

dando uma resposta integral à crise do usuário que se internava em grandes hospitais psiquiátricos da capital mineira.

1.2.1 O primeiro desconforto: os casos insuportáveis

O primeiro, e para justificar também a realização desta pesquisa, encontramos, segundo alguns trabalhadores, uma clientela desafiadora e insuportável de usuários, tanto para os CAPS, quanto para o Hospital Psiquiátrico e que merece um trato diferenciado.

Eu reconheço isso, só acho que tem um pedaço da clientela que o CERSAM diz... não suporto! Que é o mesmo paciente que o hospital também diz não suporto, entende assim... O hospital também não suporta, dizer que o hospital suporta isso que o CERSAM suporta, é mentira. **A diferença é que no hospital tem uma estrutura com chave e no CERSAM, menos, só isso, mas o insuportável pra instituição é o mesmo.** (Psiquiatra 12 *apud* SILVA, 2010, p. 59, destaques nossos).

Trata-se de uma clientela que mobiliza e desafia os processos de trabalho do CAPS, do hospital psiquiátrico, de toda e qualquer serviço destinado à mesma missão de tratamento, mas, em especial, a própria Psiquiatria como instituição de saber e poder. Poderíamos inferir que se trata de usuários neuróticos e psicóticos graves (não tendo a crise, especificamente, como parâmetro) que não somente se desvelam insuportáveis pela heteroagressividade, pelo barulho que causa, pelo silêncio intransigente que desvelam, mas pela tensão que provocam na estrutura física dos serviços, nos mecanismos de trabalho, nos *saberes instituídos e investidos* que não somente psiquiátricos, na formação dos trabalhadores. São usuários, cuja insuportabilidade também se constrói ao longo dos tempos e decorrente do mal-estar da civilização, da sociedade que cria (a)normalidades e determina graus de intolerância, demandando uma instituição de tratamento, de preferência fechada. Podemos exemplificar a atual situação dos usuários de crack e outras drogas e os dilemas e polêmicas em torno da (im)possível instituição de tratamento, considerando o debate entre a abstinência negociada e imposta. São usuários que ampliam esta insuportabilidade, constituindo uma vulnerabilidade biopsicossocial.

Se o hospital fecha os usuários, ele também restringe, limita e reforça a existência de um único gênero profissional em Psiquiatria, o CAPS convoca os trabalhadores à *renormalização* de saberes e fazeres e os usuários à liberdade do ir e vir como proposta de tratamento em equipe. E isso gera diversos conflitos de diversas ordens no *trabalho real*, aumentando a (im)possibilidade da atividade psiquiátrica.

Um desconforto que faz crise na Psiquiatria, interrogando-a em nível prático e epistemológico entre as *normas antecedentes* e aquelas mobilizadas pelos trabalhadores em situação de *trabalho real*. Em termos híbridos e constitucionais, os dilemas entre a movimentação de conhecimentos sem *debates de normas*, portanto, sem atividade e que neutraliza saberes científicos. No sentido ergológico, a epistemicidade-1, conforme veremos, ou seja, dizemos da psicofarmacologia, a nosologia e os instrumentos técnicos que visam ao estabelecimento de um diagnóstico. Em outro sentido, as configurações de saberes que incluem a atividade (a epistemicidade-2) como *debate de normas e renormalizações* na situação - as ciências humanas, a experiência, a singularidade, ou seja, o caso se apresentando à equipe e à Psiquiatria, confrontando-a. São debates que interrogam a (im)possibilidade de responder ao insuportável que se apresenta. Uma operação que exige dela um constante movimento de democratização de si mesma, situando-a entre a dialética insuficiência-prevalência de saberes para este enfrentamento. Mesmo feito esse diálogo, há algo que escapa ao real e que reconfigura esses casos insuportáveis de forma desafiante.

1.2.2 O segundo desconforto: o empobrecimento da clínica

Outro desconforto crítico: o empobrecimento da clínica praticada dentro dos CAPS. Trata-se de uma questão que foi evidenciada durante os processos de observação do *trabalho real*, aproximação e análise da atividade, bem como na verbalização de alguns trabalhadores:

Sim, eu **não penso uma reforma sem a clínica**, não penso. Acho que **uma reforma sem a clínica é uma reforma empobrecida**, que vai resultar num... em impasses muito sérios e muito precoces. É uma reforma que vai ter dificuldade de ir mais longe. **Era uma clínica muito rica**. Nós não podemos reduzir a Psiquiatria Clássica a zero, mesmo com aquele modelo manicomial, asilar que havia, muita coisa foi feita. **Agora, não podemos jogar o bebê fora com a água suja do banho. Então, vamos jogar a água suja da Psiquiatria Clássica fora, mas vamos salvar o bebê... o bebê é a clínica.** (Psiquiatra 1 *apud* SILVA, 2010, p. 87, destaques nossos).

De início, uma polêmica em torno da existência de uma única ou várias clínicas que se praticam nos CAPS. A resposta é controversa e nos parece caminhar para a existência de diversas clínicas, tentando existirem nos processos de trabalho, mas todas apontando um percurso de empobrecimento.

Para fazer evoluir os saberes no campo psiquiátrico, espera-se que os estudos de *saberes constituídos* se façam presentes, mas sem se esquecer da *intuição* clínica. De toda forma, os processos clínicos, inclusive foucautianos, demandam um complexo processo que

inclui: desvelar a complexidade, distinguir situações, governar momentos difíceis e favoráveis, escolher e determinar quando e como agir, decidir com segurança, escolher, etc. De outra forma, caracterizar os fenômenos, reconhecer, perceber o usuário, valorizar a subjetividade, ouvir e escutar não só os sintomas, mas o percurso vivido cotidiano. Também, da *antecipação e confrontação* de saberes e poderes nas situações de trabalho. Há sempre algo que não se deixa circunscrever pelo *real da clínica* e que nos reenvia aos aspectos singulares e universais da *renormalização* (DURRIVE, 2015).

São todos processos que exigem o encontro e a relação entre trabalhadores, e destes com os usuários. Se verificamos um empobrecimento na clínica, isso significa uma problemática nesses processos relacionais de trabalho, bem como uma falta de articulação do singular com o social, o individual e o coletivo, o dentro e o fora.

Este desconforto também se constrói, acompanhando o mecanismo de “evolução da demanda em sobrecarga” ao longo dos anos. Se no início do projeto da Reforma Psiquiátrica e implantação dos serviços, era possível “esculpir” um caso clínico, ao longo dos anos, a situação se modifica sobremaneira:

O processo é outro. A chance de você ser criativo é maior no ateliê do que na linha de montagem. Então eu acho que a **mutação do processo de trabalho** foi essa. Resumindo: eu fui notando que a gente foi de um ateliê de pintura e escultura que foi sendo transformando em uma linha de montagem da FIAT. **Eu saí do ateliê do Rodin e fui parar na linha de montagem da FIAT.** Tipo assim, dá para ser criativo em qualquer lugar, mas poxa... Então, a mudança no processo de trabalho foi essa. Foi ficando cada vez mais maçante, em série, cada vez mais massivo, milhões de pessoas para você atender, uma demanda terrível e antes era um trabalho que você estava em um ateliê e diziam assim: **“esculpe esse caso clínico aí”.** (Psiquiatra 31 *apud* SILVA, 2010, p. 143, destaques nossos).

1.2.3 O terceiro desconforto: a convocação de uma Clínica Ampliada

Este desconforto se relaciona estreitamente com o anterior. Entre outras prescrições de trabalho para os CAPS, a Reforma Psiquiátrica convida os trabalhadores ao trabalho em equipe, à ultrapassarem da especificidade dos saberes para realizar a *Clínica da Referência*, compondo a *Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Dentro dessa nova formatação clínica, os trabalhadores (TNS) funcionariam como Técnicos de Referência (TR) na construção e condução de casos clínicos, singularizando a atenção na construção de *Projeto Terapêuticos Individualizados* (PTI) e compartilhados no coletivo. Um trabalho onde diversas atividades são envolvidas, tanto administrativas, quanto clínicas da construção e condução do caso. Trata-se de um profissional que funciona como secretário do louco e de sua loucura, pavimentando, junto com o usuário, o seu próprio percurso de tratamento e da vida. Um

trabalho que exige grande competência prática e teórica e que se fragiliza frente ao empobrecimento clínico acima anunciado.

Sabendo do distanciamento ergonômico entre o *trabalho prescrito e o real*, entre várias justificativas, disseram os trabalhadores que a “evolução da demanda em sobrecarga” ao longo dos anos tem impedido a realização dessa atividade clínica. No *trabalho real*, a situação se mostra mais complexa. Percebemos um mecanismo pelos trabalhadores chamado de “pulverização das especificidades”.

[...] **essa questão do técnico de nível superior que é uma pulverização, né?** O que acontece no CERSAM, quando se cria essa categoria de técnico de nível superior, a gente entra no CERSAM, a gente deixa de fazer a função original e todo mundo vai funcionar como um técnico de nível superior. Funciona pela clínica da referência, né? O paciente, se ele é atendido por um técnico, o técnico vai referenciar, vai cuidar de todas as questões dele ali no serviço. Isso é uma coisa que acontece no CERSAM com a qual eu não concordo. Eu acho que as coisas ficam muito complicadas. (Psiquiatra 3 *apud* SILVA, 2010, p. 94, destaques nossos).

Eu acho que isso falta no CERSAM, a assistente social ser, de fato, assistente social, que a gente precisa disso, a terapeuta ocupacional ser terapeuta ocupacional, fazendo um trabalho que tem feito hoje também, mas com as especificidades. O médico ser médico também, quando precisa ser, né? (Psiquiatra 15 *apud* SILVA, 2010, p. 94).

Com relação ao psiquiatra, esta situação se complica ainda mais. Frente à alta rotatividade de psiquiatras nos CAPS, suas atividades específicas de diagnosticar e medicar usuários são demandadas o tempo todo. Assim, disseram eles que não dispõem de tempo suficiente para o trabalho de TR, outros que não se interessam, mas há aqueles que não somente apresentam desejo, como investimento e engajamento para tal. Situação esta reservada para alguns *psiquiatras trabalhadores coletivos/anômalos* (SILVA, 2010, p. 173).

Compreende-se o trabalho do TR como uma possibilidade de desenvolvimento da impossível atividade psiquiátrica. O grande desafio é trabalhar com e na ausência do psiquiatra. Suas atividades se situam na instabilidade dos processos de trabalho, exigem diversos ingredientes de competência frente a multidisciplinaridade, que não se dão espontaneamente, e funcionam como uma possibilidade de reenriquecer a clínica. Um espaço-tempo de alargamento da profissionalidade no interior do *métier* e que ressignificam os ingredientes necessários para se fazer bem o ofício e clinicamente.

1.2.4 Quarto desconforto – a formação como saída e como problema

Trata-se de um desconforto duplamente determinado. Primeiramente, de um lado, localizamos a formação em Saúde Mental dos trabalhadores dos serviços abertos entre a teoria

e a experiência (um exemplo de ergoformação, segundo Schwartz e Durrive, 2007) como uma saída para regular as variabilidades e infidelidades do real. Um mecanismo de formação que não somente pretende suprir a falta desse trabalhador coletivo, como amplia a profissionalidade exigida por esses serviços, reforçando o trabalho em equipe e promovendo a descentralização da medicina e do médico psiquiatra nos processos de trabalho. Por outro lado, considerada como problema no sentido de que os profissionais novatos, sem formação qualquer em Saúde Mental, reforçam muito o lugar central do psiquiatra e da Psiquiatria na equipe. O mesmo processo ocorre quando aqueles trabalhadores formados, inclusive em Psicanálise. Eles desenvolvem uma importante competência de construção de casos clínicos, praticando a Clínica da Referência e o trabalho de TR. Muitos deles também centralizam o médico no lugar de saber e poder, convidando-o somente para as atividades de medicar e dar seu ponto de vista a respeito do diagnóstico, ao invés de convidá-los para o exercício da mesma clínica.

Em segunda ordem, a problemática específica da formação de novos psiquiatras para a lida com o trabalho em equipe interdisciplinar. As reflexões apontaram para um lugar central e ambivalente, duplamente desconfortável. Se a tradição da formação de psiquiatras tem sido as residências médicas dentro do Hospital Psiquiátrico, assistimos a um desarranjo, inadaptação de novos psiquiatras egressos desse sistema para o novo modelo de trabalho dos CAPS, configurando uma baixa adesão à Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial e reforçando o abandono e a alta rotatividade deste profissional. Porém, a fala abaixo nos apresenta uma confluência feliz da formação que, mesmo que tenha ocorrido dentro do hospital⁹, foi favorável para o trabalho futuro na reforma:

Isso ofereceu pra minha geração, uma formação muito boa em Psicopatologia, nós fomos formados, eu, particularmente, tinha um interesse muito grande por isso, **lendo Jaspers, lendo Bleuler, lendo Henri Ey, referidos a Clérambault... né? Poderia citar vários outros, Alonso Fernandez e os nossos...** os nossos textos que a gente lia, era muito diferente do que é um Kaplan, do que é... são os atuais manuais de Psiquiatria, digamos assim...

Então, eu acho, a Psicanálise foi uma presença muito interessante nessa formação. [...] preceptores que foram muito importantes na minha formação, César Campos... Francisco Paes Barreto... Antônio Beneti... que eram pessoas que gostavam dessa área, que trabalhavam nessa área, mas que não tinham problemas de questionar, de pensar... de avançar. Então, eu acho **que foi uma coisa muito feliz na minha vida ter tido essa formação com todos esses aspectos, a Psicopatologia, a Psicanálise e essa dimensão social, filosófica, de um questionamento da instituição psiquiátrica.** (Psiquiatra 16 *apud* SILVA, 2010, p. 169, destaques nossos).

⁹ Incluímos as reflexões de Silveira (2008) para ampliar nosso desconforto.

Recentemente, assistimos a uma situação diferenciada, ou seja, a Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais - em especial em Belo Horizonte e Betim/MG -, acaba de tomar para si mesma a formação multiprofissional e de novos psiquiatras dentro das redes¹⁰ de Saúde Mental. Uma situação antes anunciada e problematizada:

A minha expectativa é que mude a formação do psiquiatra. Eu acho que pra mudar a formação, tem que mudar os professores... quem tá formando, eu tive bons professores biológicos, bons professores dentro da Psiquiatria Social... **Eu acho que num tem que ser como era antes, porque o país é outro, o contexto é outro, né? As políticas mudaram...** a minha expectativa é essa... que as pessoas não fiquem tão vendidas pra indústria farmacêutica, como se os **atípicos** fossem resolver todos os problemas... né? Escutar o paciente, a família, o vizinho... Eu acho que tem que ter pessoas pra tá pensando o trabalho do psiquiatra, teorizar isso, pra que isso sirva de material pra quem vem aí, ou pra quem está aí, pra nós que estamos executando. Não é isso? É isso! (Psiquiatra 13 *apud* SILVA, 2010, p. 175, destaques nossos).

Diz-se de uma forma de ampliar os processos de formação de novos trabalhadores, valorizando a experiência, respeitando e valorizando os princípios do SUS. Um exemplo de ergoformação (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) em serviço, visando à escuta dos novos sintomas e (trans)formação de sofrimentos mentais, considerando os aspectos biopsicossociais (LE GUILLANT, 1984), culturais e políticos, materiais e concretos de constituição dos processos de saúde/doença mental. Assim, mesmo existindo processos profícuos de (ergo)formação em Psiquiatria:

Agora, mesmo feito isso, ainda restaria sempre uma coisa que não se deixa dizer dessa maneira, que você só aprende conversando com doido, viajando com doido, construindo coletivos, militando, tendo experiências com a arte, né? Eu acho sempre que é uma coisa que não se vai deixar toda dizer dessa maneira. E que é bom que não se deixe, isso é uma fonte de vitalidade pra nós. (Psiquiatra 16 *apud* SILVA, 2010, p. 171).

1.2.5 O quinto desconforto – a rotatividade dos psiquiatras nos CAPS

Um desconforto que se constrói em consequência de fatores heterodeterminados - a grande rotatividade de psiquiatras nos CAPS. A partir dessa situação, verificamos que, comumente, a média de permanência de um psiquiatra no CAPS é de dois anos. E foram diversos os achados empíricos que nos fizeram melhor compreender essa situação. Um processo compreendido como consequência e impacto da instabilidade do processo de trabalho. Primeiro, as más condições de trabalho infraestruturais, falta de recursos humanos,

¹⁰ Um assunto que foi trabalhado, recentemente, em seminário realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental – “Radica(lizar) a formação nas Redes de Atenção Psicossocial no SUS - fortalecendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira” – nos dias 19 e 20/09/2013.

forte processo político de ideologia antimanicomial contrário aos hospitais psiquiátricos, estilos autoritários de gerenciamentos, onde o foco de descentralização de saberes e poderes encontra-se todo voltado para a categoria psiquiátrica. Situação de grande exigência no *trabalho real*, inclusive de reinvenções constantes.

Por outro lado, e para piorar esse desconforto, mediante a falta desse profissional nos CAPS, seu trabalho é o tempo todo otimizado pela equipe e pelo gerente, reforçando o ato médico. Ou seja, depois de muitas horas ou dias sem o psiquiatra no serviço, o primeiro que chega tem seu trabalho específico demandado o tempo todo – avaliar, diagnosticando e medicando os usuários presentes e sustentando prescrições feitas pela equipe anteriormente à sua chegada. Esta situação foi evidente no *trabalho real* dos CAPS estudados no mestrado, reivindicado no doutorado e contraditória aos princípios Antimanicomiais e de Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um desconforto que se estende aos trabalhadores em geral, em especial, os auxiliares/técnicos de enfermagem. Um processo que se explica pela “evolução da demanda em sobrecarga” de trabalho, gerando sofrimentos psíquicos variados e licenças médicas repetitivas, ampliando o processo de “*turnover*”¹¹ de trabalhadores.

Seguem alguns questionamentos:

Eu não estou aqui discutindo demanda. eu sei que a demanda psiquiátrica é enorme... de dar remédios... de fazer... o que eu tô dizendo é o seguinte... nós não podemos também diante dessa demanda... falar assim... “precisa de alguém, muita gente pra dar remédio, pra dar receita...” Eu sei... eu tô dizendo é o seguinte... **“por que que os psiquiatras não têm suportado ficar nos CERSAM’s”?** (Psiquiatra 12 *apud* SILVA, 2010, p. 145, destaques nossos).

Eu acho que é porque eles não acham um espaço junto ao gestor pra poder haver um entendimento de que a Psiquiatria não é só medicação, principalmente na reforma. [...]. **Saindo, porque pra ficar num CAPS só medicando é melhor dar um plantão no Raul Soares doze horas**, porque isso fica menos cobrado, ele vai lá, dá seu plantão, atende, dá seu Haldol com Fenergan e acaba o plantão, ele vai embora, ele não tem que se haver com o paciente [...] (Psiquiatra 12 *apud* SILVA, 2010, p. 147, destaques nossos).

¹¹ Trata-se de um assunto bastante analisado e teorizado pelas Clínicas do Trabalho em diversos níveis metodológicos. Dejours (2015), em especial, em sua última obra – *Le Choix: souffrir au travail n'est pas une fatalité* – apresenta-nos uma recente análise desse processo, a partir de um serviço de urgência de reanimação médica num hospital geral na França. Frente às demandas de produtividade, a sobrecarga de trabalho revela uma grande ambiguidade e controvérsias que passam pela fragmentação do engajamento subjetivo e coletivo no trabalho. Frente à falta de cooperação, solidariedade e criação de espaços de deliberações individuais e coletivas, os trabalhadores se encontram confrontados ao fazer solitário, condutas individuais, criando estratégias individuais de defesa que reforçam o sentimento de sobrecarga psíquica, gerando sofrimentos de ordens variadas. Situação que se assemelha às análises realizadas no mestrado (SILVA, 2010) com respeito à *evolução da demanda em sobrecarga* e fragmentação de coletivos de trabalho antes existentes em coleções de trabalhadores, isolados em seus fazeres específicos, gerando sofrimento psíquico, licenças repetitivas, abandono e alta rotatividade.

As discussões também aconteceram no sentido de apresentar saídas para o problema:

Que aqui já foi um ateliê e deixou de ser. Eu quero fazer um trabalho criativo, artístico, artesanal. E não uma linha de montagem. Então, podemos voltar a transformar isso aqui em um ateliê? Podemos. Tentei, tentei e depois de um tempo eu desisti. **Desisti de transformar o CERSAM de novo em um ateliê. Ai eu falei: bom desisti e agora o que me resta? Ir embora.** Por exemplo, eu acho que a retransformação desse lugar em ateliê... não sei como, viu? (Psiquiatra 31 *apud* SILVA, 2010, p. 147, destaques nossos).

É tipo assim, **a gente fez um filho e agora esse filho tá adolescente...** e a gente tem que se haver com ele... **é um filho problemático...** né? Mas, que ele vai **amadurecer**, vai **envelhecer** também. Então, a gente tem que aprender a lidar com ele... e ajudar a dar um rumo na vida, entendeu? Assim... a gente **não pode só pular fora não**, à vezes, eu sinto isso, assim... que muita gente tá caindo fora, né? Mas, a gente não deve fazer isso, **a gente deve insistir e achar um caminho.** (Psiquiatra 2 *apud* SILVA, 2010, p. 147, destaques nossos).

1.2.6 O sexto desconforto: trajetórias de vida-escolhas profissionais

Trata-se de um desconforto construído entre as dramáticas de *uso de si* e as trajetórias históricas de vida de alguns psiquiatras. À revelia da grande rotatividade de psiquiatra nos CAPS, constatamos um número pequeno de psiquiatras que sustentava este trabalho por uma média de 10 anos. São profissionais engajados no *trabalho real*, outros mais político-militantes que engajados e que participavam ativamente da agenda política, social e cultural da Luta Antimanicomial dentro e fora dos serviços, com os usuários, familiares, etc. Encontramos também alguns poucos psiquiatras engajados nos processos internos de trabalho e militantes – uma dupla característica bastante instituinte da novidade de/no trabalho nos CAPS.

Para nossa surpresa, desvelamos percursos de vida muito diferenciados (mesmo não sendo exatamente o foco central da pesquisa), *estilos* e processos de formação humana diversificados, além de experiências com outros tipos de trabalho e movimentos sociais formadores de opinião para o trabalho futuro com a Reforma Psiquiátrica. Como se a trajetória histórica de vida preparasse em nível de *desconforto intelectual* o terreno para outros encontros futuros de trabalho. São escolhas dirigidas por conflitos e *debates de normas*, valores e saberes que promovem não só escolhas pessoais, mas também profissionais e bastante instituintes da atuação em campos diversos da saúde.

Segundo Schwartz (2004a, p. 153), as situações de trabalho portam aspectos históricos e singulares: “E é um ser vivo, portanto histórico, que busca construir o seu “meio” em função do complexo de valores que local e singularmente são seus, que retrabalha, põe à prova estas normas antecedentes, nunca suficientes para solucionar a situação atual.” As palavras abaixo

exemplificam a situação e apresentam esclarecimentos e caminhos de compreensão e novas investigações.

Eu escolhi fazer Psiquiatria porque a minha família é uma família cheia de pessoas que têm transtornos mentais graves. Eu nasci neste contexto. Foi isso que me influenciou na forma de lidar sim... eu acho que é familiar... **eu nasci e convivi com familiares que eram internados em hospitais psiquiátricos... eventos psiquiátricos na minha família é uma coisa comum**, eu me interessei por esse assunto desde criança, desde criança eu escuto essa palavra. Isso refletiu na minha escolha e minha forma. Acho que foi uma coisa familiar. Tem um psicanalista que eu escutei falar, quando eu comecei a estudar Psicanálise na residência, ele falou que Psiquiatria era um sintoma [...] (Psiquiatra 13 *apud* SILVA, 2010, p. 173, destaques nossos).

É, eu acho que é também isso, quer dizer, não tem jeito, é a trajetória mesmo que faz... então, por exemplo, eu nunca... eu, eu fui camponês... depois, fui operário... esse negócio de ter virado médico, pra mim, uma novidade grande demais... Fui carreiro. Carreiro é o cara que dirige carro de boi, né? Fui carreiro de caminhão... numa carvoeira e eu era carreiro... depois, eu consegui fugir da minha terra, vim pra Belo Horizonte, estudar e trabalhar, **fui trabalhar numa empresa industrial... estudando à noite e trabalhando...** me aproximei do movimento político... Eu era trabalhador... inclusive, né? [...] (Psiquiatra 21 *apud* SILVA, 2010, p. 173, destaques nossos).

A situação é complexa e não se esgotam aqui as possibilidades de análise, antes uma reabertura para novas investigações. Dizemos de histórias, trajetórias, percursos, atividades, valores, (re)trabalhos, experiências, vivências de mundo, *saberes investidos e constituídos*, de valores *dimensionados e sem dimensão*, reconfigurando também o encontro com a loucura em suas próprias famílias e que, por coincidência ou não, eram os psiquiatras que, ao longo de suas experiências nos CAPS, apresentavam *renormalizações* possíveis no *trabalho real*, *reservas de alternativas e margens de manobras* variáveis (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; SCHWARTZ, 2008).

1.2.7 O sétimo desconforto: desospitalização sim, desmedicalização não

Trata-se de um desconforto percebido e traduzido pela fala de muitos psiquiatras e residentes de psiquiatria por ocasião de V Congresso Mineiro de Psiquiatria de Minas Gerais em 2013 e que marcou a construção deste projeto de doutorado. Estive presente e desenvolvendo uma enquete durante as pausas entre os seminários. Algumas tarjetas foram distribuídas entre os participantes, contendo duas perguntas escritas. A primeira – *na sua opinião, quais os saberes que compõem a psiquiatria?* A segunda – *qual o seu ponto de vista quanto à baixa adesão do psiquiatra no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira?* Entre várias respostas e análises possíveis, uma delas se fez mais presente em forma de grande

polêmica e que aqui se soma – “*ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, os psiquiatras toparam a desospitalização, mas não a desmedicalização*”. Porém, se os mesmos toparam a desospitalização, um outro desconforto decorrente se faz presente – aquele de que, no real das equipes de trabalho, a presença do psiquiatra neste processo se mostrou bastante tímida.

Segundo achados empíricos, constatamos que o trabalho nos CAPS continuava centrado na medicina, na figura do médico psiquiatra e na medicalização de usuários à revelia das *normas antecedentes* da Reforma Psiquiátrica que dirigem um trabalho descentralizado e antimanicomial. Ou seja: “[...] Todo paciente que chega no CERSAM tem que passar por uma avaliação psiquiátrica, ele tem que evoluir todos os pacientes dele que estão sendo medicados [...]” (SILVA, 2010, p. 130). De outra forma:

Ah, 95% das vezes, eles recorrem ao psiquiatra porque, normalmente, um paciente pra chegar no CERSAM, ele tá, que é um caso mais grave, não é ação básica, ou ele está em uso de alguma medicação, ou ele vai precisar, ou ele se intoxicou com alguma medicação de terceiros. (Psiquiatra 4 *apud* SILVA, 2010, p. 132, destaques nossos).

1.2.8 O oitavo desconforto: a clínica da condição e da exceção

Em decorrência da insuportabilidade, do empobrecimento da clínica, de dilemas em torno da Clínica da Referência e da formação, a contenção mecânica de usuários no leito se mostra uma ação dentro da atividade em Psiquiatria de grande polêmica. Seria ela uma medida, um procedimento de segurança¹² e/ou clínico?

Em primeiro lugar, são os usuários agitados e heteroagressivos que ampliam esse desconforto. Eles demandam grande competência dos trabalhadores em mediar a situação com o corpo, com a medicação, a palavra ou a contenção mecânica. Para funcionar de forma clínica, requer intervenções verbais constantes, ou seja, “ocasiões de palavra” no sentido de restabelecer um espaço-tempo clínico de respeito ao sujeito-cidadão. Uma intervenção afinada com os princípios da reforma.

À revelia da prescrição de trabalho da Reforma Psiquiátrica de humanização do tratamento - de utilização da contenção física de usuários no leito como uma “medida de exceção”¹³ clínica, conforme a *Atenção em Saúde Mental: linha guia* (BRASIL, 2006), percebe-se que esta prática tem sido muito frequente nos CAPS estudados. Há quem diga que o usuário grave/insuportável do CAPS, ou está contido no leito e medicado, ou encontra-se

¹² Sanches *et al.* (2009, p. 50), apresenta argumentações, situando a contenção mecânica como uma medida de segurança e não uma medida terapêutica.

¹³ Vide *Atenção em saúde mental: linha guia*. (BRASIL, 2006, p. 154).

rotineiramente evadindo da instituição. Uma situação que merece maior investigação e que, na qualidade de pesquisador/trabalhador na mesma instituição, permite-me tecer debates (de normas) intensos. Quer dizer, para fazer diferente e menos utilizar da contensão, muitos processos clínicos, precisam ser recolocados em prática. E isso requer um mecanismo constante de *renormalização* da atividade, de formação permanente, de valorização da experiência dos trabalhadores, de grande conhecimento do *métier* de trabalho e os saberes envolvidos. Em suma, requer grande traquejo entre os *saberes constituídos e investidos* (conceitos que serão trabalhados ao relatarmos a experiência da Ergologia no capítulo 3 da segunda parte), além do melhoramento geral das condições materiais e concretas de trabalho, diz-se de uma postura clínica. Não sendo esta a proposição, a contenção mecânica resta não só uma medida de segurança pura, mas de punição.

Partimos desses oito desconfortos iniciais para justificar a reabertura dessas questões em nível de doutoramento. A proposta é reconfigurar a Psiquiatria em gestos profissionais dos trabalhadores (não mais somente de psiquiatras), entre os *saberes acadêmicos, investidos* da/na experiência de trabalho e a ética da conversa filosófica entre esses dois polos, segundo o *Dispositivo dinâmico a três Polos* (DD3P) – da Ergologia (SCHWARTZ, 2008a). Porém, não o faremos aqui somente pelo viés da história de *normas antecedentes* por elas mesmas. Incluímos aquelas contextualizadas ao *trabalho real* e aos saberes psiquiátricos praticados no campo da Saúde Mental de Betim, mais precisamente no CAPS III/CERSAM Betim Central. Em seguida, o nono desconforto como uma resposta a todo esse processo acima descrito.

1.2.9 O nono desconforto: praticando vicariâncias

Finalmente, o nono desconforto - a minha própria inquietação e implicação em lidar com todos eles - e as diversas questões daí decorrentes e de outros debates localizados na tese, que apresentamos em nível de *vicariâncias*, segundo Berthoz (2013).

Inicialmente, o desconforto intelectual em promover uma articulação entre a Psiquiatra e as Clínicas do Trabalho e me situar nesta interseção de forma vicariante, apresentando minhas *renormalizações* possíveis e *estilo* de trabalhar. Reafirmando o princípio ergológico de trabalhar os conceitos e o conceito de trabalho, a *vicariância* é um instrumento fundamental do ser humano que diz da substituição de um processo por outro, visando atingir o mesmo objetivo. Ou seja, “Eu proponho que a vicariância abra possibilidades novas pela substituição de uma solução por uma outra para resolver um problema dado, ou pela

utilização de uma solução de um problema para resolver outro.” (BERTHOZ, 2013, p. 8).¹⁴ Trata-se de um conceito antigo, do latim *vicarius* que significa o substituto, que vem de *vicis - mudança*. Uma noção de movimento do corpo e que traduz uma curvatura em direção às trocas, usos, funções e transformações.

O resultado é a construção do objeto desta tese – *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria* – uma forma diferente de recolocar o problema à Psiquiatria.

1.3 Dos desconfortos à interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho

Trata-se de uma razão fundamental de entrada no doutorado. Abordamos, de um lado, as *normas antecedentes* da Psiquiatria desde a era Clássica aos tempos atuais de reformas de si mesma, investigando as (im)possíveis Psiquiatrias praticadas no CAPS III e as incorporando no processo de análise. De outro, a pluralidade das Clínicas do Trabalho. Partimos de um complexo percurso em direção ao momento em que o trabalho é uma clínica. Porém, como promover uma conversa entre elas sem perder a originalidade de cada domínio teórico? Enaltecendo as semelhanças e esclarecendo as diferenças? Este é um dos maiores desafios desta tese. Assumimos uma postura de desconforto entre elas, de inter-relacioná-las, convocando-as lá onde a manifestação do objeto demandava uma melhor explicação. Visamos aproveitar dos avanços epistemológicos de cada uma delas para compor o nosso conceito de gesto profissional.

Porém, entre as Clínicas do Trabalho, compreendemos que a Ergologia esteve presente de forma longitudinal na tese, uma postura de pesquisa já anunciada na minha pesquisa de mestrado (2008-2010). Durante meu percurso de estudos na França (2014-2015) entre Paris/CNAM e Aix-en Provence, novos posicionamentos foram incorporados, inclusive guiados pela lupa psicossociológica.

Entre várias questões, por que a Ergologia é uma *démarche* bem acolhida e cada vez mais difundida no Brasil? Algumas respostas se fazem mais em nível de perguntas. Qual o gesto brasileiro em relação ao francês? Qual a relação do brasileiro e do francês com a normatização e a *renormalização*? Por que somos vistos como o país do jeitinho, do drible do futebol, do carnaval, da sexualidade e da sensualidade da mulher?

¹⁴ Do original - “Je propose que la vicariance ouvre à des solutions nouvelles par remplacement d’une solution par une autre pour résoudre un problème donné, ou par utilisation d’une solution d’un problème pour résoudre un autre.” (BERTHOZ, 2013, p. 8).

Esta tese não tem como objetivo abordar nenhuma dessas três questões especificamente, mas elas são aqui lembradas para compreender o caráter sociocultural e político brasileiro de engendramento de gestos profissionais, conseqüentemente, psiquiátricos. Questões estas que se mostram mais claras a partir das reflexões de Laplantine (2015) e do livro *Éloge de l'esquive* de Olivier Guez (2014), onde compreendemos o processo sociocultural de constituição do drible do jogador de futebol brasileiro negro como um *beau geste*. Aquele gesto culturalmente engendrado no campo de futebol para se defender do branco no início da história do futebol brasileiro, cujo profissional não só dribla jogando futebol, mas também na vida profissional, pessoal, social, política, cultural e financeira.

As Clínicas do Trabalho, em especial a Ergologia, ajudam-nos compreender o assunto e fazer toda uma costura teórica, inclusive promovendo uma inter-relação de saberes. Qual o lugar da norma na constituição de gestos? Se por um lado, produz-se leis que visam o viver e o bem comum, o coletivo (o terceiro polo do DD3P), garantindo direitos iguais para todos; por outro lado, restringe-se o poder de *renormalização* dos mesmos? No caso brasileiro, questionamos as normas mesmo antes delas serem instituídas? Lá onde não temos um estado forte de produção de normas, as mesmas não têm o mesmo estatuto de funcionamento e respeito para todas as classes. Não só renormalizamos por esse motivo, como também apresentamos saídas industriosas, catacréticas e vicariantes para o encontro com o real e com a normatização e a falta constitucional de todo ser humano. Um caminho de explicação porque incorporamos e ressignificamos de forma fluida e flexível o aporte teórico da Ergologia – uma hipótese em forma de *desconforto intelectual*.

Outras razões serão apresentadas no decorrer do texto, mas anunciamos que ela nos convida e nos permite uma postura frente à vida, a entrar no mundo do trabalho com um olhar diferenciado, ampliado e voltado para a valorização dos pontos de vista daqueles que trabalham. E isso requer uma postura em nível de *desconforto intelectual* e de destituição de saberes e poderes, de um vazio de normas, a fim de que o meio nos dirija, guiando-nos para compartilhar conflitos e saberes, além de promover debates de normas e (re)normalizações (possíveis e parciais) lá onde houver possibilidades.

O caráter pluri, inter, trans e, principalmente, indisciplinar da Ergologia nos fez compreender sua importância e competência em provocar e aceitar debates epistemológicos dentro das próprias clínicas. De se inquietar, tensionando a tentativa de estabilização de conceitos e compreendendo que é no processo, no percurso, que percebemos as nuances e as possibilidades de transformação e não na criação e no estabelecimento, *a priori*, de formas e fórmulas explicativas.

Se no trabalho o homem é convidado a desvelar seus saberes práticos, a se engajar na atividade, trazendo em visibilidade sua experiência, é no agir, no fazer, que ele produz saberes. Quer dizer, uma engenhosidade e industriiosidade que requer a presença do corpo, da linguagem e de sensibilidades na realização de movimentos, ações, atos e gestos e suas repercussões no plano psicossocial. Consideramos que a ação não é irreduzível a uma produção de conhecimentos técnicos, mas na mobilização de saberes acumulados junto aos problemas encontrados na *cultura do métier* e na passagem do aspecto de qualificação para a emergência da atual noção de competências nas novas formas de organização do trabalho (OSTY, 2010, p. 60-63). Ou seja, trata-se de abordar a atividade como um debate amplo de normas e o trabalho como uma instituição (entre os elementos constituídos e constituintes, entre o *realizado e o real da atividade* (CLOT, 2006) entre as normas e a *renormalização*), a partir da distância universal entre o *prescrito e o real*, pois ela:

[...] é também uma formação psíquica no sentido onde ela mobiliza investimentos, representações, valores que asseguram as bases da identificação do sujeito às finalidades que ela define. Ela apoia e legitima as atividades sociais que são cuidar, educar, formar, produzir, governar, vigiar [...] (LHUILIER; BARROS; ARAÚJO, 2013, p. 23).¹⁵

Mas, também, um exemplo de instituição entre os *saberes instituídos e instituintes*, onde o engendramento de novos gestos requer uma postura ergológica de *desconforto intelectual*. Neste sentido, apresentaremos uma inter-relação entre aquilo que faz crise, rupturas e ultrapassagens, segundo Kaes (2013), anunciando que é no vivido da crise que encontraremos elementos constituintes de rupturas e produção de sentidos e movimentos. Por outro lado, uma síntese daquilo que faz crise no percurso histórico e epistemológico da Psiquiatria até o encontro com a Reforma Psiquiátrica, restituindo um outro processo de crise, anunciando novas possíveis rupturas. Situação que teve como consequência, a criação de novos paradigmas de tratamento clínico e de serviços – do qual pretendemos contribuir, apresentando alguns postulados dessa mudança, levantando elementos constituintes e possíveis de uma *Nova Clínica* em Psiquiatria em gestos profissionais que espreitamos – a *Ergopsiquiatria Clínica*.

¹⁵ Do original: “[...] est aussi une formation psychique au sens où elle mobilise des investissements, des représentations, des valeurs qui assurent les bases de l’identification du sujet aux finalités qu’elle définit. Elle soutient et légitime les activités sociales que sont soigner, éduquer, former, produire, gouverner, surveiller [...]” (LHUILIER, 2013, p. 23).

1.4 Apresentando a organização e pontos centrais da tese

Apresentamos a tese com quatro partes e oito capítulos, sendo o primeiro, a introdução e o oitavo, as notas conclusivas.

Na primeira parte, no capítulo 2, apresentamos o problema, embasados em algumas hipóteses de pesquisa, visando à construção de nosso objeto de pesquisa - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Em seguida, um método dentre as possíveis metodologias das Clínicas do Trabalho. Trata-se de um objeto construído na interseção entre esses processos históricos de vida, as *normas antecedentes* da Psiquiatria e o encontro com as Clínicas do Trabalho. Como território de trabalho, escolhemos o CAPS III/CERSAM Betim Central - um dos serviços abertos em substituição ao modelo tradicional de tratamento - para investigar a produção de gestos profissionais.

Na segunda parte, no capítulo 3, expomos as Clínicas do Trabalho, o momento em que o Trabalho é uma clínica, apresentando a contribuição de cada uma delas para o próprio patrimônio do mundo do trabalho, considerando as confluências e as divergências possíveis nesta inter-relação. Em termos clínicos e mais específicos – convidamos essas Clínicas não somente para não recuarem diante da psicose e outros sofrimentos graves, como também para nos oferecer outros subsídios teórico-práticos para lidar com os mesmos, somando-se aos saberes híbridos e práticas em Psiquiatria neste mesmo contexto e direção de tratamento.

Um de nossos desafios, foi compartilhar, distribuir os saberes híbridos da Psiquiatria entre as epistemicidades reunidas e organizadas pela Ergologia, caminhando com elas em direção à epistême 3bis, inter-relacionando-a, praticamente, com as *Clínicas do Trabalho* e outros saberes envolvidos, como a Antropologia, a Filosofia, a Psicanálise, a Psicologia Clínica, a Sociologia Clínica, a Metodologia de pesquisa em Histórias de vida, as artes cênicas e outros saberes afins. Enfim, qual o resultado de realocar a Psiquiatria entre tais epistemicidades e quais os gestos profissionais psiquiátricos possíveis nesta operação?

Na sequência, no capítulo 4, o percurso constituinte das *normas antecedentes* (saberes constituídos) da Psiquiatria desde a era *Era Clássica, a era das Grandes Escolas e a Psiquiatria Contemporânea e da Classificação Internacional*. Foi nesta interseção que localizamos *o primeiro gesto profissional em Psiquiatria* – aquele realizado por Pinel por ocasião de “desacorrentar” a loucura, lançando as bases da Clínica Psiquiátrica (simbolicamente ilustrado na foto de abertura da tese). Localizamos a Psiquiatria em seu hibridismo, trazendo em visibilidade o pensamento de Foucault, articulando-o com a filosofia de Georges Canguilhem e da Ergologia, segundo Yves Schwartz. Apresentamos as mais

significativas experiências mundiais de reformas (AMARANTE, 1995) em nível de *debate de normas*, focando as filiações italiana e francesa, influenciando o percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ampliamos a experiência francesa, a partir do debate entre Tosquelles, Sivadon, Le Guillant e Daumezon. Visibilizamos a experiência de Le Guillant, contextualizando a influência politzeriana por ele utilizada para chegar à velha “Nova Clínica” por considerá-la atual e norteadora de nossas reflexões.

Ainda na segunda parte, no capítulo 5, apresentamos as dimensões constituintes do conceito genérico de gesto profissional, que serve a qualquer *métier*. Incluímos a contribuição das Clínicas do Trabalho e outros saberes afins. Em seguida, as dimensões do gesto profissional em Psiquiatria – um exercício de singularização da afirmação genérica.

Na terceira parte, no capítulo 6, apresentamos a Reforma Psiquiátrica brasileira como um gesto profissional histórico em Psiquiatria. Um debate entre as *normas antecedentes, renormalizações* (possíveis e parciais) e a criação de Serviços substitutivos de Saúde Mental, dos quais os CAPS fazem parte. Apresentamos o percurso histórico do CAPS III/CERSAM Betim Central como um *métier* da Psiquiatria, investigando, estudando, pesquisando e apresentando alguns gestos profissionais em Psiquiatria. Apresentamos as nuances do *trabalho real* neste serviço como forma de apresentar os dados empíricos provenientes da aproximação e compreensão da atividade dos trabalhadores em Psiquiatria e entrevistas em profundidade.

A forma como as famílias demandam da instituição e a reposta da equipe. As possíveis Psiquiatrias praticadas. Finalmente, o coletivo em debate e a análise dos Grupos de Encontro de Trabalho (GRT), indexando questões do *trabalho real*. Ao longo deste capítulo, focamos nossa lupa de investigação e analisamos quatro gestos profissionais em Psiquiatria.

Na quarta parte, no capítulo sete, apresento o resultado da análise crítica de minha própria experiência de trabalho em forma de gestos profissionais em Psiquiatria, a partir e além de todos os achados empíricos do *trabalho real*, da teorização apresentada, do GRT e do mapeamento de uma *Clínica Psiquiátrica real* praticada no referido CAPS III. Na singularização crítica da informação genérica, apresento o relato de três gestos profissionais.

Finalmente, apresentamos algumas notas conclusivas de tese. Um panorama crítico-conclusivo geral. Para algumas questões, apresentamos possíveis reflexões, para outras, o caminho foi deixá-las em aberto, reivindicando outros processos de estudos e pesquisas.

Na sequência, apresentamos esclarecimentos acerca da construção do objeto de pesquisa - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria* - os objetivos de pesquisa e o método escolhido frente às metodologias das Clínicas do Trabalho.

PRIMEIRA PARTE: A PROBLEMÁTICA DE PESQUISA E A METODOLOGIA

2 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS E METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1 A Questão Central e a Problemática da Pesquisa

Construir questões e hipóteses, é encontrar o objeto de pesquisa. Retornamos aos significantes: *crise, ruptura e movimento* como construção do problema central que, inicialmente, marcaram o primeiro gesto de Pinel na liberação da loucura da condição de confinamento asilar (simbolicamente ilustrado na foto de abertura da tese). Consequentemente, esses mesmos significantes influenciaram posturas e gestos profissionais na evolução dos saberes e práticas em Psiquiatria e construção de instituições de tratamento. Se antes a crise era confinada dentro do hospício, podemos afirmar que ela tenha tomado outras configurações (intra e extramuros), socioculturalmente determinadas.

Neste sentido, qual configuração de sentido para a Psiquiatria? O importante não seria exatamente a transposição, a virada de uma Psiquiatria em outra, mas os mecanismos histórico-antecedentes e determinantes de possíveis crises e rupturas nesse campo do conhecimento. Metaforicamente, segundo Kaes (2013), voltar à crise para localizar nela os elementos possíveis de ruptura – um movimento de transformação, qualificação e evolução do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Trata-se de uma problemática que se inscreve, de um lado, pelo plano científico da Psiquiatria e seus saberes mais ou menos organizados (por exemplo, teorias que explicam e definem a esquizofrenia). De outro, aquilo que o caso (singular) está nos contando na situação real. Um espaço-tempo reivindicado pela Ergologia através do terceiro ingrediente de competência da atividade (IGR-3) (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Dizemos de uma sinergia, de uma dialética entre a lida com o protocolo (IGR-1) e a exigência singular (IGR-2) de cada situação de trabalho, mobilizando saberes, valores e competências. Conceitos que serão retomados nas contribuições da Ergologia no capítulo 3 da segunda parte da tese.

Quer dizer, se colocamos em visibilidade novas hipóteses e novas formas de trabalho com o sofrimento mental, estaremos diante de uma crise, tanto do lado do trabalhador, como do usuário, ou seja, um lapso de entendimento que reivindica um estado de desconforto, inclusive uma abordagem das instâncias do inconsciente pelo viés da Psicanálise, mas não somente. Asseguramos que se trata de um espaço-tempo instável e que questiona nossa

habituação de fazer uma certa interpretação causal de tudo, inibindo, exatamente, a oportunidade de conhecer a causa de alguma coisa, de querer tudo explicar e estabilizar - um dos erros denunciados por Nietzsche. Quer dizer:

Fazer remontar algo desconhecido a algo conhecido alivia, tranquiliza, satisfaz e, além disso, proporciona um sentimento de poder. Com o desconhecido há o perigo, o desassossego, a preocupação – nosso primeiro instinto é eliminar esses estados penosos. (NIETZSCHE, 2006, p. 43).

Enfrentar esse estado crítico, pode nos colocar em movimento, uma vez que produzir uma hipótese é, por si só, um deslocamento interno e, conseqüentemente, outro externo do *corpo-si* (SCHWARTZ, 2000a; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Frente a este lapso, propomos esta tese como um instrumento de investigação do gesto profissional que extrapola o inconsciente freudo-laciano. Mas, compreendemos também a existência de dimensões conscientes constituintes do gesto que nos abrem outras portas de investigações. Por exemplo, pela via dos valores sociais e a solidariedade que nos colocam em movimento. E isso nos aponta para a busca e compreensão de uma metodologia clínica no sentido de que os trabalhadores, ao fazer clínica, reivindicam tudo que sabem sobre determinado campo do conhecimento (consciente e inconsciente) para aplicá-lo no caso,

Para subsidiar nossas hipóteses, o final dos anos 1970 no Brasil foi marcado por um período de denúncias de maus tratos contra os usuários psiquiátricos dentro de grandes hospícios. No sistema fechado, percebemos uma ausência de liberdade de movimentação do usuário para fora da instituição. Um silêncio de fixação de corpos (tanto de usuários, quanto de trabalhadores) em lugares definidos. Inconformados, há usuários que permanecem calados, enquanto outros gritam, reivindicando a liberdade no silêncio dos corredores e alas psiquiátricas. E os trabalhadores, em sua grande maioria, permanecem dentro da instituição, aguardando o usuário e sua crise chegarem. Por outro lado, o CAPS III (um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira) é um serviço destinado ao tratamento integral do usuário em crise, priorizando (pelo menos em termos prescritivos) o tratamento longitudinal, o movimento de ir e vir e a presença ativa da família neste processo, pelo menos em tese. A minha pesquisa de mestrado desmistifica e desvela grandes controvérsias nessa proposta de funcionamento.

Assim, partimos de três proposições em formas de hipóteses constitutivas de nosso objeto de pesquisa.

A primeira delas: que a Reforma Psiquiátrica brasileira, ao longo de seu percurso de cerca de trinta anos de existência, não focou as *variabilidades e infidelidades* do meio

(SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) decorrentes da universal distância ergonômica entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* dos Serviços Substitutivos (DURRAFOURG, 1998). Podemos dizer que no início, ela esteve fortemente voltada para as críticas ao aparato asilar, hospitalar e manicomial em parceria com o movimento nacional de Luta Antimanicomial. Conseqüentemente, as ações concretas foram centradas na luta política contra a segregação da loucura e o cerceamento da liberdade; aos maus tratos dentro dos hospícios; ao enfrentamento ao modelo médico-psiquiátrico-centrado; à desospitalização de usuários crônicos e moradores de manicômios; bem como à desmedicalização da loucura, etc. Quer dizer, houve uma evidente prevalência de processos político-ideológicos de enfrentamento ao hospício e à lógica manicomial segregadora da loucura em detrimento da transformação concreta da materialidade e condições de trabalho desses serviços abertos já em funcionamento.

A segunda hipótese interroga se até o momento, os saberes psiquiátricos mobilizados nos novos tratamentos, inclusive nesses serviços abertos, foram insuficientes para responder à complexidade dos desconfortos iniciais apresentados na tese e do *trabalho real*, à proposta de descentralização dos saberes específicos, bem como a lida com os casos impossíveis e insuportáveis, respondendo de forma tradicional e estável aos problemas complexos.

Reforçando nossas hipóteses iniciais, Barreto, aponta uma possível resposta apresentada pela Psiquiatria à loucura produzida pelo social:

A Psiquiatria contemporânea postula uma determinação neurobiológica, em última análise, genética, para os transtornos mentais. Uma contradição, já que ela concebe o normal e o patológico a partir da norma social (ou cultural) ... **define-se o que é transtorno com base na norma social e cultural; em seguida postula-se para este transtorno outra base – neurobiológica – tratando-o como se assim o fosse.** (BARRETO, 2013, p. 72, destaques nossos).

Para ampliar esse debate, se levarmos em conta o seu hibridismo, neste caso, a Psiquiatria parece responder a essa determinação de forma reduzida em seus aspectos naturais, negligenciando o aporte das ciências humanas constituinte de seus saberes, bem como outras contribuições de outros campos, exemplificados na fala abaixo:

Eu acho que a filosofia compõe, eu acho que a sociologia compõe, a antropologia, a cultura compõe... a linguagem compõe e aí a linguagem, eu tô me referindo às tramoias do discurso, eu acho que quando a gente fala de prática discursiva, não tem como a gente negar a força da língua né? No sentido desses filósofos, isso é filosofia também, mas uma filosofia mais calcada na relação com a linguagem, **a psicanálise, especialmente, pra mim, ela impulsiona, com sua noção estrutural, ela impulsiona um outro jeito de pensar.** (Marco Polo, destaques nossos).

Amarante (1996) amplia esse debate, levantando uma crítica acerca do objeto (científico) da Psiquiatria Moderna ou Contemporânea e sua resposta ao desconforto social. Segundo ele, esta Psiquiatria nasce de um projeto ‘tecnocientífico’ da modernidade e segue sem uma filiação científica. Se a Psiquiatria é um conjunto de saberes práticos sobre a “doença mental”, desconhecemos a certeza e a verdade construídas sobre essa condição para se afirmar como ciência. Situação esta que dificulta o encontro da natureza científica neste campo do conhecimento, uma vez também que,

A psiquiatria tende a rechaçar as proposições dos saberes que lhe são externos e não apenas aqueles que colocam em discussão os seus fundamentos. Comumente classifica tais contribuições como totalmente desprovidas de conhecimento psiquiátrico e, portanto, desprovidas de verdade. (AMARANTE, 1996, p. 34-35, destaques nossos).

São questões que nos ajudam a entender a fragilidade, inadequação, insuficiência e/ou reducionismo da Psiquiatria em responder ao desconforto social que se apresenta pelo viés de um caminho tendencialmente científico e estável.

Por outro lado, voltamos ao primeiro desconforto e compreendemos que a insuportabilidade de determinados casos impossíveis não só desafia o CAPS e o hospital psiquiátrico, como qualquer instituição atual de tratamento, mas também outras que surgirão. A mesma insuportabilidade interroga, principalmente, a Psiquiatria enquanto instituição de saber/poder para responder à complexidade que se apresenta. Historicamente, compreendemos que ela tenha respondido de forma também reducionista, em especial, pela tomada de posição unilateral de trabalhadores (do sistema aberto ou fechado) frente ao hibridismo da Psiquiatria, conforme nos esclarece Isaias Paim:

A Psiquiatria se encontra colocada entre duas fronteiras bem delimitadas: de um lado mantém relações com as ciências naturais e de outro lado com as ciências humanas. O fato de não se perceber esta delimitação tem dado margem a muitas confusões. Nos limites espaciais da psiquiatria com as ciências naturais se encontram a clínica médica, a neurologia e medicina legal. Este é campo fático da psiquiatria, ali onde se podem empregar os métodos das ciências de experiência, espaço aberto às pesquisas anatômicas, histológicas, neurofisiológicas, bioquímicas e eletroencefalográficas. (PAIM, 1991, p. 22, destaques nossos).

E ainda acrescenta que:

Adotar uma posição unilateral diante dos problemas da psiquiatria, quer colocando-se do lado das ciências fáticas, ou das ciências eidéticas, resultará sempre num contra-sentido irremediável... **o destino será sempre o mesmo: caminha-se por estradas paralelas em direção ao nada absoluto.** (PAIM, 1991, p. 26, destaques nossos).

Nesta tese, abordamos a Psiquiatria como uma *práxis* e concordamos com os questionamos acerca das consequências da separação desse hibridismo (nem natural, nem humano) na gênese do sofrimento mental, a partir da fala abaixo:

Eu acho que quando se faz essa distinção, o único cuidado é de não separar as consequências dessa distinção, porque as consequências dessa distinção é que são perigosas. Porque se eu separo, eu vou fazer tratamentos diferentes baseados no que eu estou chamando de etiologia-gênese. Eu acho que a complexidade é, justamente, **a gente pensar que há alguma coisa que vai e vem nisso o tempo inteiro como se fosse uma seta em movimento, que envolvesse sim algo do natural, mas que, de repente, não fica natural e volta pra uma natureza e rompe de novo com ela.** Isso é difícil de aguentar porque a pergunta das pessoas é... isso é biológico ou social? Entendeu? Isso é uma alteração de dopamina ou isso é um fascínio? É, isso é alteração de dopamina... **mas é fascínio, volta a ser uma alteração de dopamina... vira um fascínio, às vezes deixa de ser fascínio, às vezes também não é tanto alteração de dopamina...** (Marco Polo, destaques nossos).

Visando provocar a mobilização dos saberes que constituem a Psiquiatria, espreitamos os gestos profissionais dos trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central. Para atingir esse objetivo, analisaremos o processo de trabalho da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central, a partir de *normas antecedentes*, inter-relacionando-as com as normas que determinam a postulação de uma *Nova Psiquiatria Clínica* (de extensão neste campo aberto de tratamento) e as atividades dos trabalhadores.

Trata-se, então, de compreender e avançar na afirmativa de que a psiquiatria seria “a mais (im)possível das especialidades médicas”. Assim, em termos do percurso histórico em *normas antecedentes* e dos *saberes constituídos e investidos* em Psiquiatria que apresentaremos, o problema não nos parece ser ela - generosa em seu hibridismo constitucional - mas o uso que dela se faz e os saberes mobilizados pelos trabalhadores. Há quem diga que a sua sobrevivência encontra-se exatamente na sua própria desfiliação, ou seja: “a Psiquiatria sobreviveu à medida que seu sonho não se realizou: uma identificação plena com a clínica médica representaria a sua absorção pela Neurologia.” (BARRETO, 2013, p. 69).

A terceira, a hipótese de que o gesto profissional em Psiquiatria que espreitamos possa funcionar de forma dialética. Ou seja, de um lado, sustentando práticas psiquiátricas tradicionais, evidenciadas em tomadas de posições unilaterais e reducionistas. Por outro lado, mobilizando saberes híbridos (naturais e humanos) da Psiquiatria, e outras mobilizações de saberes como, por exemplo, as Clínicas do Trabalho, visando compreender e qualificar o percurso de engendramento do gesto profissional, correspondendo aos princípios da reforma.

Melhor seria refletir conforme a metodologia e filosofia da vida de Canguilhem (1995), compreendendo e instaurando *crises, rupturas e movimentos* dentro do próprio campo

da Psiquiatria, mobilizando saberes de diversas ordens, inclusive naturais e humanos. Quer dizer, conseqüentemente, a realização de gestos profissionais também híbridos em Psiquiatria, considerando a materialidade e a concretude dos meios de trabalho.

São questões e hipóteses que compõem uma problemática constituinte de nosso objeto de pesquisa, um processo dialético de tomada de posição e postura na história e nas situações de trabalho, ou seja - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Um mecanismo determinado por três caminhos complementares.

O primeiro deles foi a construção de nove desconfortos decorrentes de minha pesquisa de mestrado (SILVA, 2010), ampliados pelo meu olhar particular de psiquiatra. É a atividade desvelando sua problemática, a partir de *crises, rupturas e movimentos* possíveis de transformação de práticas assistenciais hegemônicas e tradicionais.

O segundo, retornar à Psiquiatria enquanto um campo de conhecimento compartilhado e praticado por todos os trabalhadores do CAPS III, reconhecendo suas *normas antecedentes* e aquelas construídas pelos mesmos em tempo real de trabalho. Uma operação que nos demandou uma análise do *trabalho real* e dos saberes psiquiátricos (e outros possíveis), mobilizados na atividade em Psiquiatria. Neste percurso, pesquisamos os gestos profissionais dos trabalhadores - considerando que os mesmos são decorrentes, inicialmente, de ações e atos individuais e coletivos -, independentemente da categoria profissional e da especificidade do mesmo, porém, respeitando sua manifestação específica, individual, social, coletiva, psíquica, corporal, etc. Antes nos ocupamos da forma como os saberes da experiência e outros saberes se articulam com a Psiquiatria.

Em terceiro lugar, a análise crítica de minha experiência profissional como material de pesquisa, de ações, atos e gestos profissionais. Um percurso construído na qualidade de trabalhador-psiquiatra-TNS-formador do CAPS III/CERSAM Betim Central, praticando uma clínica marcada pela descentralização do médico e da medicina nesses serviços.

Um objeto que, segundo nosso entendimento, demonstra em si mesmo um forte potencial de provocar o desenvolvimento do trabalho neste *métier*, possibilitando a criação de outros dispositivos de saberes e de tratamento em Psiquiatria.

2.2 Objetivos

Em termos gerais, visamos compreender o processo de engendramento de gestos profissionais e saberes na atividade de trabalho em Psiquiatria no CAPS III/CERSAM Betim Central da rede de Saúde Mental de Betim, a partir dos três caminhos acima apontados.

Especificamente, os nossos objetivos seguem o grau de complexidade do objeto de pesquisa e o reconhecimento do funcionamento do CAPS III/CERSAM Betim Central. Inicialmente, visamos caracterizar, historicamente, a clientela e o processo de trabalho desse serviço, a fim de que possamos melhor compreender o território em que ele se insere e a importância do mesmo no cenário municipal e federal da criação de serviços dessa ordem.

Em seguida, analisar este CAPS como *situação de trabalho* enquanto dispositivo estrutural, político, sociocultural, técnico e clínico para o tratamento de portadores de sofrimento mental grave e em crise na rede de Saúde Mental deste município. Resgatando a interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho, observar o *trabalho real*, aproximar e analisar as atividades de trabalho dos trabalhadores em geral, visando localizar nelas, *projetos-ações* e atos na intenção de compreender o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Propomos também, investigar e compreender a movimentação da atividade do *corpo-si* e a epistemologia dos saberes em Psiquiatria mobilizados pela equipe multiprofissional na produção de gestos profissionais. Finalmente, para melhor compor nossas análises, realizar uma análise crítica de minha própria experiência de trabalho, localizando nela processos de *crise, rupturas, movimentos, projetos-ações* e atos, compondo gestos profissionais em Psiquiatria.

Localizado o objeto de pesquisa e estabelecidos os objetivos, resta-nos promover um espaço-tempo teórico-prático para tratar todas essas questões dentro de um percurso metodológico plural e possível. A intenção é analisar as ações e os atos de trabalho, visando investigar a complexidade do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Tudo isso requer um método que apresentamos na sequência.

2.3 Método, Instrumentos de Coleta e Materiais

Antes de promovermos escolhas teórico-metodológicas para tratar a complexidade de nosso objeto de tese e objetivos de pesquisa, alguns esclarecimentos se mostraram essenciais. A reflexão central que fazemos reside em considerar o objeto em relação ao observador e vice-versa, além de todo o instrumento conceitual mostrado ao longo da tese.

Inicialmente, partimos de uma postura ontológica que diz de um *desconforto intelectual* de ir ao campo com olhos críticos com respeito à produção de saberes e propostas metodológicas antecipadas para tratar o nosso objeto, pois: “[...] em vez de impormos nossa lógica a esse objeto, devemos tentar desvendar sua própria lógica. E o que é mais importante: somente após decifrá-lo e conhecê-lo em todos os seus matizes é que estaremos de posse de

um método.” (LIMA, 2002, p. 125). De outra forma, uma posição que nos coloca num lugar, a priori, de estranhamento de saberes, a fim de que o objeto nos informe o caminho a percorrer. Ou seja: “Isto é, a partir do objeto de estudo escolhido, pergunta-se como e por que, em um momento dado, esses objetos têm sido problematizados através de uma determinada prática institucional e mediante quais aparelhos conceituais.” (DÍAZ, 2012, p. 6).

Depois de reconhecer o campo de pesquisa e o corpo teórico disponível dentro dos saberes sobre trabalho, propomos uma Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST). Trata-se de um mecanismo que permite analisar o objeto de pesquisa em situação de forma pluridisciplinar. Ou seja, convoca as Clínicas do Trabalho de forma analítica lá onde o nosso objeto de pesquisa nos convidar, incluindo conceitos e práticas propostos, especificamente, pela Psicossociologia do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia.

Propomos um método específico frente às várias possibilidades metodológicas das Clínicas do Trabalho, a partir dessa postura pluridisciplinar, porém não focamos nenhuma metodologia em específico proveniente das mesmas, mas aproveitamos aspectos de várias. Convidamos a Ergologia para esta operação, uma vez que ela suporta o manejo de várias disciplinas ao mesmo tempo para cumprir seus objetivos. Quer dizer, em seu arcabouço, os *usos de si* podem ser feitos e analisados em vários níveis no serviço e campos disciplinares, reivindicando não somente o sujeito do inconsciente, mas um sujeito material e concreto no contexto real de trabalho. Ao contrário, o foco foi o trabalhador em situação e em relação consigo mesmo e o usuário, mobilizando todos os seus dramas e dramáticas de *uso de si* por si e pelos outros e as *renormalizações* possíveis em várias instâncias, níveis e critérios do *métier* de trabalho (SCHWARTZ, 2004b).

Assim, a nossa postura foi levantar dados em vários níveis, promovendo uma análise da atividade, segundo aspectos da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), a partir da analítica das Clínicas do Trabalho. Realizamos um criterioso processo de observação do *trabalho real*, aproximação e compreensão das atividades de trabalho. Da mesma forma, não focamos uma única atividade, preferindo nos dirigir à reunião de equipe como uma instância coletiva de relação e de avaliação semanal do *trabalho real* pelos próprios trabalhadores. Este foi o caminho que nos dirigiu à possibilidade de criação de um *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT), segundo os moldes pluridisciplinares da Ergologia. Reservamos o capítulo 6 da terceira parte da tese para apresentarmos os resultados e análises dos seis encontros realizados.

Realizamos uma extensa análise documental do serviço e uma revisão bibliográfica ao longo de quatro anos, além de entrevistas em profundidade com os trabalhadores em nível de

confrontação, no sentido de compreender melhor as atividades e os saberes psiquiátricos mobilizados.

Promovemos também uma análise crítica de minha experiência de trabalho, inclusive valorizando minha postura de clínico-pesquisador e trabalhador do CAPS III/CERSAM Betim Central e formador de novos médicos e residentes em Psiquiatria. Neste contexto, resgatamos a Metodologia de Pesquisa em História de Vida em dois sentidos, conforme explicaremos.

No que diz respeito aos saberes em Psiquiatria, partimos da compreensão do percurso evolutivo da constituição de seu hibridismo epistemológico, desde a *Era Clássica*, passando pelas *Grandes Escolas* à Psiquiatria Contemporânea e experiências de reformas mais conhecidas e próximas da realidade brasileira. A intenção é estabelecer uma relação desses saberes em nível de epistemicidades ergológicas na relação interdisciplinar, visando ao *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Neste sentido, mobilizamos esses saberes na abordagem aos casos clínicos analisados em forma de resgatar a Anamnese psiquiátrica através da herança médica e tradicional descritiva, promovendo uma ampliação em termos analíticos, clínicos do trabalho, convocando as Histórias de Vida para nos ajudar nesta operação. Especificamente, utilizamos da Clínica da Atividade em vários aspectos conceituais, inclusive para nos instrumentalizar conceitualmente frente aos sintomas graves de sofrimento mental em termos de restituição de conflitos nos conflitos já existentes, por exemplo, da atividade delirante. O resultado final foi a construção de um instrumento de *Anamnese Ergopsiquiátrica* que ampliou nossa compreensão do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

Enfim, trata-se de um método que exigiu uma postura de distanciamentos e reposicionamentos clínicos e políticos essenciais, construindo um *estilo* de pesquisar, de ser psiquiatra e de fazer Psiquiatria nesta equipe. Um exercício constante de reflexão, de aceitar, compreender e estudar os riscos de possíveis contaminações teórico-críticas na lida com o objeto pesquisado.

Apresentamos na sequência, os detalhamentos de nosso método.

2.3.1 Reabrindo problemas e encontrando matérias estrangeiras

O percurso metodológico que apresentamos tem como base uma herança da filosofia da vida de Canguilhem (1995; 2002; 2015), presente, em especial, nas argumentações de sua obra – *O Normal e o Patológico*, conforme explicaremos com maior detalhamento. Uma método ético-filosófico-epistemológico, sociocultural e clínico de abordagem do objeto e que

estendemos ao longo de toda a tese em nossas argumentações teórico-práticas. Uma forma de abordar o objeto de forma biopsicossocial e uma postura de convocar sempre as análises de situações de *trabalho real*. Aproveitamos de sua herança de reabertura de questões, aparentemente, estáveis e solucionadas no campo das ciências para promover um questionamento à Psiquiatria.

Assim, tomaremos os nove desconfortos iniciais e os sete casos insuportáveis que correspondem a sete gestos profissionais (quatro dos trabalhadores e três decorrentes de minha experiência) como *matérias estrangeiras* de análise desse campo do conhecimento. O critério de escolha desses casos foi a insuportabilidade por eles apresentados em seus processos de tratamento. Para tal, caminharemos com essas matérias ao longo das *normas antecedentes* da Psiquiatria até significá-las dentro do CAPS III/CERSAM Betim Central: *um espaço-tempo de alargamento de possibilidades terapêuticas*. Neste percurso, convocamos teorias e conceitos de diversos campos do saber, em especial das Clínicas do Trabalho, para nos ajudar a analisar as manifestações desse objeto-questão, visando esclarecer diferenças, debater controvérsias e convergências. Em outro sentido, trata-se de considerar e analisar a Psiquiatria em seu hibridismo. De um lado, a *Psiquiatria Clássica*, tradicional, técnica, descritiva, objetiva, biológica. De outro, uma *Psiquiatria aberta*, de extensão, humana, filosófica, sócio histórica, analítica, subjetiva. Nesta interseção, propomos o reconhecimento da centralidade do usuário e sua inclusão na cena de seu próprio enlouquecimento e nas cenas dos tratamentos propostos (CANGUILHEM, 1995).

Abordaremos o processo de engendramento de gestos profissionais em duas vertentes clínico-metodológicas. A primeira, a partir de toda essa postura filosófica acima relatada. A segunda, um jeito de abordar, de querer saber sobre o objeto. Uma forma clínica de se debruçar sobre a situação para compreender o funcionamento do processo de engendramento do gesto profissional. Uma maneira de abordar o gesto, ao mesmo tempo, uma forma clínica do gesto de mobilizar a atividade do *corpo-si*, mobilizando as diversas dimensões genéricas, sem ordem de começo e de fim. Quer dizer, é sempre no plano da clínica que esta engrenagem multidimensional se mobiliza no cotidiano das relações. Neste sentido, propomos um enquadramento do gesto não pela mobilização desta ou daquela dimensão em específico, mas pelo seu endereçamento, até porque, ao analisarmos de perto cada gesto é que estaremos de posse da compreensão das dimensões movimentadas.

Trata-se de um jeito singular de se colocar no mundo, ou seja, a subjetividade do ser-no-mundo de alguém em particular. Quer dizer, é dentro dessas duas vertentes clínicas que o

objeto – *o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* - será tratado ao longo da tese.

2.3.2 Pesquisa qualitativa e participante

Trata-se de pesquisa que valoriza o singular e a subjetividade de pesquisandos e pesquisadores, que visa promover o encontro do pesquisador consigo mesmo, com os dados e com os sujeitos pesquisandos (REY, 2005; TURATO, 2005; VALLADARES, 2007). Uma postura que reivindica o engajamento do pesquisador e as consequências positivas e negativas daí provenientes (FAVRET-SSADA, 1977). Para melhor compreendermos as nuances deste tipo de pesquisa, Devereux (2012), em suas argumentações vem nos dizer que os mecanismos de contratransferência e a angústia causada ao pesquisador, mais do que a transferência, constituem o ponto central das pesquisas em ciências do comportamento humano. Também, considerando pontos positivos e negativos envolvidos, haja vista o engajamento do pesquisador com o campo de trabalho pesquisado.

2.3.3 A relação interdisciplinar de trabalho

Propomos analisar processos de trabalho no campo da formação humana numa perspectiva ergológica, porém através de saberes interdisciplinares, considerando os aspectos ideológicos envolvidos na relação entre os trabalhadores, segundo Palmade (1977). O autor apresenta-nos alguns esclarecimentos acerca da noção de interdisciplinaridade naquilo “que entendemos a propósito do “entre”, e podemos então considerar seja o que separa no interior de uma certa ordem duas entidades que se situam nesta ordem, seja as relações que existem entre essas entidades.” (PALMADE, 1977, p. 7).¹⁶ A intenção é ampliar a compreensão do trabalho interdisciplinar - um assunto polêmico e constituinte dos princípios das políticas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ou seja:

Seria ilusório querer descobrir os obstáculos da interdisciplinaridade simplesmente através dos avatares que podem encontrar equipes interdisciplinares de trabalho... convém então situar a interdisciplinaridade tanto no interior das representações globais que se dão a sociedade do mundo, quanto nesta sociedade ela mesma; de mostrar como as contradições da sociedade produzem discursos tendo por efeito de

¹⁶ Do original – “[...] que l’on entend à propos de ce qui est est “entre”, et l’on peut alors soit considérer ce qui separe à l’interieur d’un certain ordre deux entités que l’on situe dans cet ordre, soit les rapports qui existent entre ces entités.” (PALMADE, 1977, p. 7).

os velar e como esses discursos distanciam a pesquisa de uma real interdisciplinaridade. (PALMADE, 1977, p. 9).¹⁷

2.3.4 A dialética do ir e vir no trabalho de pesquisa

Ao longo da tese, adotamos uma postura dialética de ir ao campo, à prática e às teorias, num processo de complementaridade. Uma estratégia que ora antecipa o conceito, ora a experiência, mas mantendo a ética de deixar o objeto nos guiar em sua complexidade e desvendamento. O primeiro ir e vir, diz respeito a uma consequência de nossas articulações plurais de teorias. A cada momento que avançávamos nas teorias, sentíamos necessidade de retomar aos princípios básicos dessas mesmas teorias, dirigindo-nos ao encontro de outros caminhos teóricos, sem perder de vista o foco de nosso objeto de pesquisa. O segundo ir e vir é consequência do primeiro e traduz a escolha de nosso método. Realizamos duas entradas em campo. A primeira fez parte de uma etapa prevista pelo nosso percurso ético-metodológico de pesquisa. A segunda ocorreu depois de meus estudos na França no período entre 2014/2015, momento em que, mediante o aprofundamento de estudos e pesquisas bibliográficas, em especial sobre o conceito de gesto, sentimos a necessidade de recompreender algumas nuances do *trabalho real* e realizar algumas outras entrevistas em profundidade e confrontação com trabalhadores.

2.3.5 A experiência servindo à metodologia da tese

Um outro tipo de material trabalhado na tese, refere-se à *análise crítica de minha própria experiência profissional* dentro de algumas etapas. A experiência profissional como material de pesquisa. São reflexões que dialogam com os princípios da Metodologia de Pesquisa em Histórias de vida, incluindo os nove desconfortos iniciais da tese e o material empírico da pesquisa realizada, provenientes das observações do *trabalho real*, das entrevistas em profundidade e dos diálogos produzidos no contexto das seis seções de GRT. Por último, através da minha experiência de pesquisador-formador de novos profissionais.

A partir de todos esses aspectos, faremos a análise de casos clínicos constituintes de gestos profissionais em Psiquiatria. No contexto de tais análises, desvelam-se diversas

¹⁷ Do original - “Il serait à son tour illusoire de vouloir découvrir les obstacles à l’interdisciplinarité simplement à travers les avatars que peuvent rencontrer des équipes interdisciplinaire au travail... Il convient donc de situer l’interdisciplinarité tant à l’intérieur des représentations globales que se donne la société du monde, que dans cette société elle-même; de montrer comment les contradictions de la société produisent des discours ayant pour effet de les voiler, et comment ces discours écartent la recherche d’une interdisciplinarité réelle.” (PALMADE, 1977, p. 9).

dimensões genéricas do gesto desenvolvidas no campo de uma *práxis* profissional em Psiquiatria. Neste sentido, abrimos a tese com alguns relatos de minha trajetória de vida pessoal e profissional, em seguida, um relato de fragmento de caso, anunciando a restituição de conflito em conflitos já existentes na estrutura e comportamento psíquico do usuário em questão. E, na quarta parte da tese, retomamos este caso com outras teorizações, além de apresentar dois outros, justificando e explicando as nuances do processo de engendramento de três gestos profissionais em Psiquiatria.

2.3.5.1 Trajetórias de vida – escolhas teóricas

Dizemos de trajetórias históricas de vida/escolhas teóricas e profissionais, localizando *crises, rupturas e movimentos*, ações, atos e gestos profissionais. A nossa abordagem dialoga com aspectos Metodológicos de Pesquisa em Histórias de Vida em dois aspectos.

De um lado, para sustentar as minhas escolhas pessoais, teóricas e profissionais, de trabalhador-pesquisador e promover uma análise crítica de minha experiência de trabalho. Também, para escutar os trabalhadores nas entrevistas em profundidade e ambas posições constituintes do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* (BERTAUX, 2014; FERRAROTTI, 1990; GAULEJAC, 1996; GAULEJAC; LEGRAND, 2010; TAKEUTI; NIEWIADOMSKI, 2009). Neste último sentido, não fechamos os olhos para as trajetórias históricas de nossos pesquisandos, da mesma forma que no mestrado (SILVA, 2010), mas também não aprofundamos nossa lupa de investigação nesta direção. Se assim o fizéssemos, de um lado, desfocaríamos nosso objeto de pesquisa - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria* -, mas, por outro, traria com certeza melhor compreensão dos elementos históricos constituintes deste mesmo processo. De qualquer forma, asseguramos que nos valemos da Metodologia de pesquisa em Histórias de Vida como uma postura de investigação desse objeto. Reservamos outros momentos para o devido aprofundamento.

Com respeito à minha trajetória de vida, dirigindo escolhas profissionais e de pesquisador, que apresentamos na introdução, conseqüentemente, no final da tese. Dizemos de um processo de implicação pessoal e de reflexividade coletiva na produção de *gestos profissionais em Psiquiatria* e que, em outra medida, tem como objetivo:

[...] **de explorar em que as histórias pessoal, familiar e social se combinam e influenciam as escolhas de formação, as trajetórias profissionais, a relação ao trabalho.** Trata-se também de dar aos participantes elementos de compreensão sobre os jogos da metodologia biográfica a fim de preparar a terceira fase centrada

sobre a análise de práticas institucionais em particular quanto ao uso da história dos clientes e do estabelecimento. (GAULEJAC; LEGRAND, 2010, p. 19, destaques nossos).¹⁸

Quer dizer, uma produção que, ao longo de 18 anos de trabalho no CAPS III/CERSAM Betim Central, tem sido confrontada com o coletivo de trabalhadores e, mais recentemente, com os dados empíricos da pesquisa - dos conflitos do *trabalho real* e do *GRT - Groupe de Rencontres de Travail* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Um mecanismo de *estilização* do gesto profissional em Psiquiatria a partir da plasticidade do *gênero* (CLOT, 2006) psiquiátrico construído no mesmo CAPS III/CERSAM Betim Central e que confirmamos em nossas análises.

De outro lado, para compor uma postura mais analítica do que descritiva frente à construção da *Anamnese Psiquiátrica*.

2.3.5.2 Anamneses clínicas

Trata-se de uma prática corrente na profissão no campo da saúde, inclusive médica, a realização de Anamneses. A partir de minha experiência profissional, a pesquisa de mestrado e ao longo da escrita de todos os gestos profissionais na tese, apresentamos a construção de um instrumento de *Anamnese Ergopsiquiátrica* (vide anexo F) em duas vertentes descritiva e analítica, inter-relacionado diversos valores e saberes na atividade: saberes médicos, da Psiquiatria, das Reformas Psiquiátricas e das Clínicas do Trabalho, inclusive das Histórias de Vida.

Primeiramente, uma vertente mais técnico-descritiva, que estuda os signos e os sintomas componentes de quadros diversos de sofrimento psíquico. Uma movimentação de saberes constituídos e técnicos da Psiquiatria, visando objetivar um quadro nosológico, mediante fenômenos psicopatológicos. Dialogamos com Veloso (1990), Cheniaux (2013), Ey (1971), Bernard e Brisset (1971), Fernandez (1979), Dalgalarondo (2008), Bercherie (1989), compondo elementos essenciais e semiológicos em Psiquiatria.

Uma diretriz em Psiquiatria que considera os sintomas psicopatológicos numa dimensão dupla – como indicador de alterações e símbolos na investigação diagnóstica e direção de tratamento. De um lado, dizemos da semiotécnica que se refere às técnicas e

¹⁸ Do original: “[...] d’explorer en quoi les histoires personnelle, familiale et sociale se combinent et influencent les choix de formation, les trajectoires professionnelles, le rapport au travail. Il s’agit aussi de donner aux participants des éléments de compréhension sur les enjeux de la méthode biographique afin de préparer la troisième phase centrée sur l’analyse des pratiques institutionnelles en particulier quant à l’usage de l’histoire des clients de l’établissement.” (GAULEJAC; LEGRAND, 2010, p. 19).

procedimentos específicos de observação do fenômeno, coleta de sinais e sintomas. A descrição desses sinais, visando dirigir o diagnóstico. Por outro lado, a semiogênese, a investigação da gênese, da origem do sofrimento, dos significados e do valor diagnóstico e clínico dos sinais e sintomas apresentados. Tudo isso preparando o campo da nosologia. Quer dizer, esses sinais e sintomas não surgem aleatoriamente, eles seguem uma sequência mais ou menos lógica. Assim, trata-se de uma categorização desses sinais e sintomas em entidades nosológicas, sindrômicas, transtornos.

A segunda abordagem, uma forma funcional, dinâmico-analítica, de considerar a singularidade e subjetividade do caso. A forma como ele se apresenta no aqui-agora da atividade. Uma inversão de valores que considera o sujeito como protagonista de seus sintomas fenomenológicos de loucura. É neste sentido que reivindicamos as Histórias de Vida. Propomos a inclusão desses saberes para promover uma inversão na atividade – ou seja, a escuta daquilo que o usuário precisa dizer e não um interrogatório daquilo que precisamos saber para compor nossos diagnósticos e propor tratamentos e medicamentos. Visamos construir um espaço-tempo de escuta diferenciada do usuário em tratamento e construção do *caso clínico* (VIGANÒ, 1999) nos diversos dispositivos do CAPS III/CERSAM Betim Central. Por este mecanismo de relatos históricos de vida, pretendemos investigar ferramentas e instrumentos de trabalho que possam sustentar essa inversão, convocando as Clínicas do Trabalho para contribuírem neste processo.

Referimo-nos às épocas históricas, acontecimentos vividos de forma singular e ancorados num contexto social (vide figura 8, p. 139). Valores em comum e itinerários biográficos singulares de usuários (SCHWARTZ, 2004a, p. 152), determinantes de possíveis escolhas de rumos a tomar na vida pessoal e profissional.

Neste sentido, pretendemos abordar, metodologicamente, o gesto profissional nesta dupla vertente. De um lado, a descritiva, pragmática, adotadas pelos atuais manuais internacionais de classificação de doenças mentais. Por outro lado, a vertente dinâmica que envolve aspectos existenciais, históricos de vida, psicanalíticos, socioculturais, cognitivos, incluindo os saberes clínicos do trabalho.

São etapas descritivo-analíticas da *Anamnese Ergopsiquiátrica* que possibilitam levantar, não somente hipóteses diagnósticas e prognósticos em Psiquiatria, mas também interrogar a Psiquiatria em seus limites, suas fronteiras, suas interfaces, a partir do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* e promovendo o desenvolvimento do *métier*.

Nos dois aspectos, a intenção primeira é ter acesso ao conhecimento de objetos sócio históricos. Por isto, ampliamos as nossas explicações. Uma perspectiva nomeada por Bertaux (2014, p. 119) de “etnosociológico”, onde “os sujeitos tomam o estatuto de informadores sobre suas práticas e sobre os contextos sociais no seio dos quais eles estão inscritos”.¹⁹ Dizemos de maneiras sócio históricas individuais e coletivas de trabalhar, articulando as três funções dos relatos de vida, segundo Bertaux (2014, p. 48-53) – a função *exploratória, analítica e expressiva*. Referimo-nos às épocas históricas, acontecimentos vividos de forma singular e ancorados num contexto social. Valores em comum e itinerários biográficos singulares de usuários (SCHWARTZ, 2004a, p. 152), determinantes de possíveis escolhas de rumos a tomar na vida pessoal e profissional. Trata-se de um assunto complexo e que será retomado com maior profundidade no capítulo 3 da segunda parte da tese, preparando e qualificando os gestos profissionais em Psiquiatria.

2.3.5.3 Pesquisador-formador - a participação de acadêmicos de medicina da UNIFENAS/BH

Em termos processuais humanos e de ferramentas de trabalho, tivemos a participação ativa de estudantes da Faculdade Medicina UNIFENAS/BH. Em minha experiência docente de seis anos nesta faculdade, criamos um coletivo de estudos, visando preparar a contribuição de alguns estudantes.

A ideia veio de um longo processo de antecipação das questões do *trabalho real* da rede de Saúde Mental de Belo Horizonte para a formação do novo médico generalista. Assim, propomos entre a Faculdade e os gestores desta referida rede, uma parceria que culminou em três etapas de formação em complexidade. Desde o início do curso de medicina, na Prática Médica na Comunidade (PMC) - do segundo período, os alunos passam um semestre nos Centros de Convivência da rede, compreendendo os processos de Reabilitação Psicossocial do portador de sofrimento mental e visitando os dispositivos de atenção da rede. No sétimo período, em prática ambulatoriais, os alunos frequentam os ambulatórios dos Centros de Saúde, praticando o Matriciamento²⁰ em Saúde Mental sob orientação de professores-psiquiatras. No décimo primeiro período, no Bloco de Urgências, os alunos realizam um

¹⁹ Do original: “[...] les sujets prennent le statut d’informateurs sur leurs propres pratiques et sur les contextes sociaux au sein desquels ils se sont inscrites [...]” (BERTAUX, 2014, p. 119).

²⁰ Trata-se de uma diretriz ministerial, de apoio e compartilhamento de saberes em Saúde Mental. O termo vem de matriz e filial e traduz uma formatação de trabalho em que as equipes de Saúde Mental mais completas e experientes oferecem apoio teórico-prático e conceitual a outras equipes. Inúmeras são as questões que surgem neste trabalho, uma vez que se trata de uma conversa entre gênero de ofício e estilo de profissão. (CHIAVERINI, 2011).

estágio de vinte horas durante dois meses nos CAPS III da mesma rede. Um dos resultados desse processo, foi a criação de uma liga acadêmica de Saúde Mental de nome OUTROLHAR, segundo níveis protocolares proposto pela herança das escolas de medicina na criação de ligas acadêmicas, segundo a experiência de Gonçalves *et al.* (2009). Um coletivo de estudantes que se ocupam de estudos sobre a Psiquiatria, a Saúde Mental, Medicina Social, Sociologia, Filosofia, Política, dentre outros assuntos como, por exemplo, Saúde Mental e Trabalho (SM&T). O grupo se propõe a discutir diversos assuntos no campo da saúde e que fazem interseção com a temática da loucura. Dentre vários objetivos, visa promover a Saúde Mental de seus membros, acompanhar a reforma curricular da faculdade no mesmo campo e em parceria com a rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Um processo de antecipação das vivências, das experiências e dos conflitos do real para o *métier* acadêmico.

Dentro deste grupo, promovi uma seleção de alunos para participar desta pesquisa através de um programa de extensão em pesquisa da Faculdade. Assim, promovemos um processo inspirado na ergoformação ergológica (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) e que teve as seguintes etapas: a) estudos das Clínicas do Trabalho, da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica brasileira, italiana e francesa; b) observação livre do trabalho; c) conhecimento do funcionamento teórico e prático do CAPS III/CERSAM Betim Central; d) reconhecimento das atividades de trabalho; e) seleção, coleta e análise de documentos clínicos, institucionais e históricos - analisamos uma série de documentos clínicos e administrativos; f) construção de um diário de campo; g) encontros quinzenais dentro e fora da faculdade.

Trata-se de um intenso processo de ensino-aprendizagem que, além de promover uma ressignificação e aprofundamento de teorias sobre o trabalho desconhecidas pelos estudantes, contribuiu para trazer um “outrolhar” sobre as atividades observadas e o resgate de documentos essenciais do serviço que se encontravam encaixotados e de difícil acesso aos trabalhadores. Não conseguimos finalizar essa etapa de pesquisa, mas os diversos documentos analisados, contribuíram para sustentar as análises que realizaremos ao longo da tese.

2.3.6 Análise documental e revisão bibliográfica

Com relação à análise documental do CAPS III/CERSAM Betim, trata-se de um processo complexo que aconteceu em duas etapas. A primeira ocorreu com a contribuição de estudantes de medicina da UNIFENAS/BH, simultaneamente ao processo de observação do *trabalho real* e aproximação das atividades de trabalho. Resgatamos textos antigos dos trabalhadores desde a implantação do serviço e que nunca foram publicados, CD's com

imagens de momentos festivos e comemorativos do CAPS, cartazes de seminários realizados pela equipe e de participação em eventos no município, inclusive em outras cidades de outros estados, além de algumas diretrizes de funcionamento da instituição. A segunda etapa consistiu num diálogo por mim realizado com o gerente na ausência de estudantes, no sentido de encontrarmos uma maneira de melhor catalogar todo aquele material. Não tivemos tempo hábil para realizar o fechamento desse processo com os trabalhadores, porém aproveitamos a oportunidade para estudar e analisar grande parte desses documentos, ampliando nossa compreensão do processo histórico do referido CAPS, conseqüentemente das ações, atos e gestos dos trabalhadores.

Em outro aspecto, apresentamos uma cartografia disciplinar em síntese da revisão bibliográfica que promovemos ao longo de quatro anos de estudos entre o Brasil e a França, anunciando que ao longo da tese, outros autores também serão apresentados.

Inicialmente, dizemos de um longo percurso de estudos sobre as Clínicas do Trabalho que teve início no mestrado (2008-2010) até o momento, segundo os seguintes autores: Schwartz (1992; 1997; 2000a; 2000b; 2001; 2004a; 2004b; 2006; 2007; 2008a; 2008b; 2009; 2010; 2011a; 2011b; 2011c; 2013; 2015), Schwartz e Durive (2007), Lhuilier (2002a; 2002b; 2005; 2008; 2009), Lhuilier e Roche (2009), Lhuilier e Amado (2012), Lhuilier, Barros e Araújo (2013), Clot (1997a; 1997b; 2002; 2006; 2010a; 2010b; 2015), Clot e Gori (2003), Clot e Fernandez (2005), Clot e Lhuilier (2010a; 2010b), Dejours (2005; 2009; 2015), Bendassolli e Soboll (2011) e outros autores afins.

Entre o mestrado e o doutorado, realizei o - Diplome d'Université (DU): *analyse de du travail et de l'activité* - Ergologie (2012) - em Strasbourg na França. Um curso pluridisciplinar de 180 horas de duração com 49 horas de forma presencial e 89 horas em caráter virtual e 42 horas de trabalho pessoal. Formatado em três módulos. O primeiro, o ensinamento acadêmico de saberes próprios à *démarche* ergológica da atividade. O segundo, a apresentação de trabalhos práticos, segundo uma metodologia de aprendizagem cooperativa, propiciando a produção de saberes a partir da análise de situações reais de trabalho. O terceiro, um trabalho escrito onde o estudante apresenta uma análise de sua própria experiência de trabalho. O resultado deste trabalho foi o aprofundamento em saberes ergológicos (o conhecimento de diversos autores da Ergologia), culminando com estudos sobre a metodologia ergológica de GRT. Trata-se de uma etapa de estudos que muito contribuiu para a escrita do projeto de entrada no doutorado.

Autores da Psicossociologia e Sociologia Clínica, inclusive da Metodologia de Pesquisa em História de vida: Enriquez (2001), Barus-Michel (2013), Lévy (2001), Anzieu

(1995), Ansart (1975), Gaulejac (1996; 2010; 2012), Ferrarotti (1990), Bouilloud (2009), Kaes (2013). A sociopsicanálise de Mendel (1998).

O estágio Sanduíche/CAPES em Paris e Aix-en-Provence (2014-2015) possibilitou o encontro em vida com os autores protagonistas das Clínicas do Trabalho e a ressignificação dessas teorias em aprofundamento.

Neste mesmo período, tivemos melhor compreensão do percurso francês de Reforma Psiquiátrica, segundo: Ey (1951; 1966; 1971), Billiard (2001), Bernier (2013), Coupechoux (2006; 2014), Fanon (1952), Tosquelles (2006; 2009; 2012) Le Guillant (1984; 2010), Gentis (2010), Doray (2011), Chaigneau (2011), Bonnafé (1950; 1981), Nathan (2004; 2006; 2012).

Autores da Antropologia como: Laplantine (2015), Leroi-Gourhan (1965), Mauss (1934), Bert (2012), da Filosofia do gesto: Guérin, (2011a; 2011b), Godard (2001), Krajewski (2011), Morris (1978; 1986). A Filosofia da vida de Canguilhem (1990; 1995; 2001; 2002; 2005; 2009; 2015) e a Filosofia arqueológica e genealógica de Foucault (1997; 2000a; 2000b; 2006; 2007; 2008; 2010), incluindo Machado (2009). A Filosofia e Fisiologia da ação e da percepção: Berthoz (1997; 2006; 2009; 2013).

A filosofia do estilo: Gragner (1974), Borda (2007; 2008), Pierrot (2005) – estudos que não foram aprofundados.

Autores das artes plásticas e cênicas: Ribault (2011), Picon-Valin (2014), Oliveira (2011), Mnouchkine (2005). Da música: Cadoz (1997). Romancista, jornalista, cenarista e ensaísta: Guez, (2014). Autores que muito contribuíram para ampliar o nosso conceito de gesto profissional.

Em todo esse percurso de mestrado e doutorado, realizamos uma revisão dos saberes constituídos em Psiquiatria, segundo autores clássicos: Melo (1986), Jaspers (2006), Bercherie (1989), Doyle (1961), Lopes (1981), Schneider (1965), Sonenreich (2007), Fernandez (1979), Ey (1951; 1966; 1971), Miguel *et al.* (2011), Dalgarrondo (2008), Cheniaux (2013), Veloso (1990), Silveira (2008) e outros. Aspectos da Neuroimagem em Psiquiatria: Fossati (2015).

Sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira: Amarante (1995; 1996; 2003), Barreto (1999; 2010, 2016a), Lobosque (1997; 2001; 2013), Tenório (2001) e outros. Sobre a Saúde Pública brasileira: Campos (2007a; 2007b).

Com respeito à Antipsiquiatria: Bosseur (1976), Cooper (1967) – um assunto que abordamos, mas deixamos em aberto para novos aprofundamentos.

2.3.7 A Ergonomia e as Clínicas do Trabalho

A intenção é ampliar o espectro de análise da síntese dos saberes epistemológicos da Psiquiatria a partir de uma *práxis*, ou seja, a atividade e o gesto dos trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central. Na interseção, espreitar as ações e os atos dos mesmos no *trabalho real*.

Em primeiro lugar a Ergonomia de natureza francesa, mediante uma Análise Ergonômica do de Trabalho (AET) (DANIELLOU, 2004; GUÉRIN *et al.*, 2001; ODDONE, 1981; WISNER, 1994; 1987). Um método destinado a examinar a complexidade do trabalho e da atividade, sem se promover a escolha prévia de outros caminhos a seguir e visando à transformação das situações de trabalho. Para tal, requer a realização e análise de ações situadas. Requer também uma diferenciação conceitual entre *trabalho prescrito* (aquele pensado antes) e *trabalho real* (aquele realizado aqui-agora), estabelecendo, conseqüentemente, a distinção entre *tarefa* e *atividade* de trabalho. Pizo e Menegon (2010), diferenciam dentro da AET, a análise do trabalho e da atividade, dizendo que a primeira é mais ampla (que engloba a segunda), abordando fatores econômicos, técnicos, sociais e os efeitos do funcionamento da instituição sobre os trabalhadores. A análise da atividade requer considerar o comportamento, as condutas, os processos cognitivos e as interações entre trabalhadores no momento da observação. Especificamente, a AET é “utilizada para responder a uma questão precisa e é orientada para a proposição de soluções operatórias” (WISNER, 2004, p. 42). Ela requer uma situação de trabalho que concerne a todos os trabalhadores e:

[...] um meio de identificar as fontes científicas nas quais será necessário buscar teorias, métodos e conhecimentos que podem permitir a resolução do ou dos problemas que caracterizam a situação. Assim, a AET aparece como a ferramenta essencial de orientação da intervenção ergonômica. Em particular, ela permite abordar como o - ou - os operadores constroem os problemas antes de resolvê-los. (WISNER, 2004, p. 43).

Não realizamos uma AET conforme sua complexidade dentro da Ergonomia, mas valemo-nos estreitamente de suas premissas para abordar o CAPS como situação de trabalho e para melhor compreendermos a diferença entre trabalho e atividade, conduzindo-nos à escolha de uma situação a analisar e seu processo de trabalho.

Mesmo que não tenhamos realizado uma AET clássica, apresentamos um percurso de natureza ergonômica que nos dirigiu frente às diversas atividades de trabalho que observamos, inclusive na escolha da reunião de equipe como uma situação de trabalho a analisar e seu

desdobramento em um GRT (MAILLIOT, 2007; SCHWARTZ, 1992; 2000a; 2004a; 2007; 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; TRINQUET, 2010).

2.3.7.1 Instrumentos e materiais demandados

Dizemos do tipo de material e matérias heterodeterminadas que a tese demanda e que visam fazer dialogar aspectos em Ergonomia francesa de análise da atividade, os saberes epistemológicos em Psiquiatria e as Clínicas do Trabalho com as atividades concretas dos trabalhadores em Psiquiatria. Uma etapa em que visamos mobilizar os saberes dos trabalhadores na atividade, detalhando nosso percurso de pesquisa e espreitando os gestos profissionais em Psiquiatria.

2.3.7.2 Aspectos importantes de uma análise ergonômica da atividade

Conforme já anunciamos, não fizemos uma AET clássica segundo os moldes da Ergonomia, mas observamos e compreendemos as nuances de várias atividades, porém não decidimos por uma em específico para aprofundar em análises. Se perdemos em especificidade por um lado, ganhamos em complexidade, por outro lado, pois frente às diversas observações da atividade real, descobrimos a reunião de equipe como situação de trabalho, local onde os debates se mostram acirrados, propiciando-nos melhor compreensão das ações e atos dos trabalhadores, inclusive o processo de *validação/deliberação* do gesto profissional. Uma decisão que modificou o rumo de nosso percurso metodológico.

Quer dizer, em síntese, frente à complexidade do *trabalho real* do CAPS III/CERSAM Betim Central, entre aspectos micro e macro (do território, das políticas de Saúde Mental, *normas antecedentes* e da Reforma Psiquiátrica), escolhemos algumas situações, a partir de critérios ergonômicos e clínicos da atividade. Assim, promovemos uma aproximação das atividades dos trabalhadores, realizamos entrevistas em profundidade com os mesmos, escolhemos a reunião de equipe como uma situação de trabalho a analisar. A partir de critérios ergonômicos, frequentamos e analisamos esta reunião, o que nos possibilitou a compreensão de várias ações e atos antes evidenciados em nossa observação do *trabalho real*. Um processo de análise que nos possibilitou o esclarecimento dos gestos profissionais em Psiquiatria que analisamos ao longo da tese. Também nos possibilitou lançar a ideia e construir um GRT em seis seções, que apresentaremos em breve. Promovemos também,

conforme já apresentamos, uma análise crítica de minha própria experiência como material de análise.

Apresentamos as etapas constituintes desse percurso acima anunciado.

2.3.7.3 Observação do processo de trabalho e aproximação das atividades

Trata-se de um segundo processo mais criterioso de observação do *trabalho real*, aproximação e análise das atividades dos trabalhadores realizado por mim, a partir da primeira etapa realizada pelos estudantes de medicina. Um mecanismo que contribuiu para o desvelamento de importantes nuances do *trabalho real* do CAPS III/CERSAM Betim Central e que se somaram às nossas análises desse mesmo processo na pesquisa de mestrado. Foi através desse primeiro processo de pesquisa que optamos por escolher a reunião de equipe para promover uma análise mais detalhada. Uma escolha que se fez ao longo das várias etapas que apresentamos a seguir.

2.3.7.4 Caracterização da clientela do CAPS III/CERSAM Betim Central

Objetivou compreender, historicamente, a construção do caráter da clientela do CAPS, a caracterização da demanda, o funcionamento do serviço, possibilitando a escolha de uma situação a analisar. **Procedimentos:** observação e participação do processo de acolhimento na porta de entrada e da primeira consulta, compreender o funcionamento do serviço e a circulação do usuário pelos dispositivos de tratamento (a Permanência-dia (PD), o Pernoite (PN), as oficinas, o ambulatório de crise, etc.), sistematizar e analisar os dados encontrados.

A Ergonomia nos adverte de partirmos de uma demanda, mas talvez este não seja o caminho, pois o primeiro seria escutar as demandas direta e indiretamente. Ela propõe o estabelecimento de critérios antes de adentrarmos aos *métiers* de trabalho para, em seguida, promovermos escolhas de situações a analisar (GUÉRIN, 2001; DANIELLOU, 2004). Resumindo, promove uma intervenção do ponto de vista do trabalho, partindo da construção de pontos de vista argumentados sobre a *atividade*. Na sequência, a preparação da *demanda* (a definição de problemas em relação ao *prescrito/real* e às modalidades de gerenciamento). A formulação do *diagnóstico*, a partir do conhecimento das atividades de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central. Finalmente, a definição dos *objetivos de ação* para o devido aprofundamento com respeito aos objetos de pesquisa.

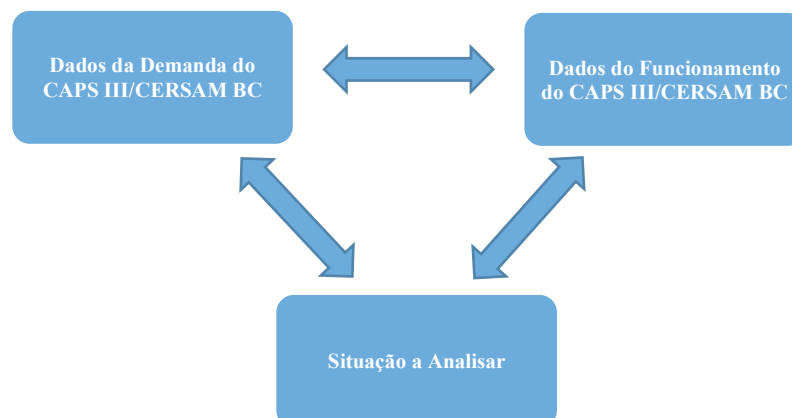
No caso em questão, promovemos uma análise e intervenção de tipo ergonômica, com fundamentação teórico-metodológica baseada nas Clínicas do Trabalho, visando não cairmos em reducionismos nem objetivantes, nem subjetivantes de análise da atividade em Psiquiatria.

Ainda em termos teóricos, e para melhor embasar nossas análises, lançamos mão de algumas outras direções ergonômicas, conforme a compreensão e domínio do campo de pesquisa, visando abordar melhor as *situações de trabalho*. Elas são sistemas complexos e requer que façamos análises parciais baseadas em alguns critérios importantes. Segundo Guérin (2001, p. 128), são eles:

- a) a garantia de domínios suficientes sobre os dados técnicos (do CAPS III/CERSAM Betim Central);
- b) elaborar pré-diagnósticos, a partir da construção de hipóteses de pesquisa;
- c) construir ferramentas úteis para a descrição e interpretação de dados;
- d) promover a comunicação entre os diversos interlocutores.

Seguem alguns fluxogramas construídos na intenção de melhor clarear e dirigir nossa pesquisa entre saberes ergonômicos e clínicos do trabalho (a Ergologia, a Clínica da Atividade, a Psicodinâmica e a Psicossociologia). São diretrizes importantes que não só nos orientaram melhor na escolha da situação a analisar, como também nos instrumentalizaram para melhor tratarmos os dados encontrados no *trabalho real* e no GRT. Referimo-nos aos dados e qualificação da demanda que chega ao CAPS, à complexidade do funcionamento deste serviço, vislumbrando uma situação de trabalho a analisar, conforme a figura abaixo.

Figura 1 - Orientações para a escolha da situação a analisar



Fonte: O autor, 2014

De antemão, evidenciamos uma média de 40 usuários em regime de PD e 10 em PN ao longo dos anos de 2012 e 2013. Para esta etapa de pesquisa, valemo-nos de vários dados empíricos da minha pesquisa de mestrado. Neste sentido, nossas análises reforçaram o processo de evolução da demanda (inclusive em sobrecarga) – um dado da minha pesquisa de mestrado, que aqui ressignificamos. São dados que serão ressignificados ao longo de nossas análises na tese.

Com relação à clientela que demanda o CAPS, a situação é bastante complexa. Em termos normativos, o CAPS III é um serviço de alta complexidade e que oferece tratamento integral, priorizando os usuários psicóticos e neuróticos graves e em crise. Percebemos a existência de uma clientela diversa e um movimento grande pelos dispositivos internos. Em sua maioria, usuários em crises delirantes, inquietos, outros agitados, todos em meio a uma outra clientela menos grave, aparentemente, e frequentava o serviço em regime ambulatorial de crise, segundo os trabalhadores. Localizamos também uma outra clientela de usuários de múltiplas drogas, contribuindo para a diversidade diagnóstica e complexidade dos processos específicos de abordagens terapêuticas. Foi dentro deste cenário que promovemos a escolha de quatro casos impossíveis, insuportáveis dentro desse processo de trabalho para analisar em profundidade. Uma escolha possível, inclusive a partir dos debates em reunião de equipe.

2.3.7.5 Análise do processo de trabalho do CAPS III

Buscamos identificar e detalhar a evolução do processo de trabalho; as nuances do trabalho interdisciplinar em equipe; focando a análise e compreensão da reunião semanal de equipe, tendo em vista ser ela o lugar ocupado pelo trabalhador na estruturação das atividades desenvolvidas e a serem desenvolvidas. **Procedimentos:** observação do *trabalho real* e aproximação sistemática das atividades de todos os trabalhadores (o acolhimento, a indicação de permanência-dia/noite, as atividades coletivas, o uso da medicação, a psicoterapia, a contenção mecânica, a visita domiciliar, etc.). Anotação em um diário de campo, levando em conta: a comunicação verbal e não verbal, documentos de registros de tarefas e atividades, livro de registros de plantão.

Trata-se de uma etapa que exigiu um conhecimento técnico das atividades do CAPS III e que será retomado com maiores detalhamentos no capítulo 6 da terceira parte da tese. Assim, utilizei de minha experiência, visando mobilizar *saberes investidos* em confrontação com aqueles dos trabalhadores e *saberes acadêmicos*.

2.3.7.6 Compreender o CAPS III/CERSAM Betim Central como situação (micro e macro) de trabalho

Depois dessas etapas acima de observação do *trabalho real* e aproximação inicial das atividades, de caracterização da clientela e análise do processo de trabalho, avançamos na investigação do CAPS de forma mais específica e coletiva como uma situação diferenciada de trabalho, em termos territoriais, em meio aos aspectos estruturais, territoriais, políticos, socioculturais, técnicos e clínicos. **Procedimentos:** analisar documentos históricos de composição da rede de saúde de Betim e inter-relacioná-los com as políticas macro e ministeriais do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A partir de conceitos já apresentados sobre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*, a proposta foi dirigir o olhar para o trabalhador do CAPS III/CERSAM Betim Central em seus postos de trabalho e pontos de vista sobre a atividade, buscando respeitar e desvelar seus enigmas, com todas as suas nuances de significação. Em termos ergonômicos, partimos da escolha de situações de trabalho a analisar para se compreender o que, de fato, precisava ser analisado e transformado. Depois, o caminho foi estreitar o olhar sobre as atividades, outra premissa ergonômica - “olhar de perto para ver longe”. Quando o homem trabalha, o que ele de fato faz? Situações que traduzem possíveis transformações técnicas, administrativas, de formação e organizacional, segundo Guérin *et al.* (2001).

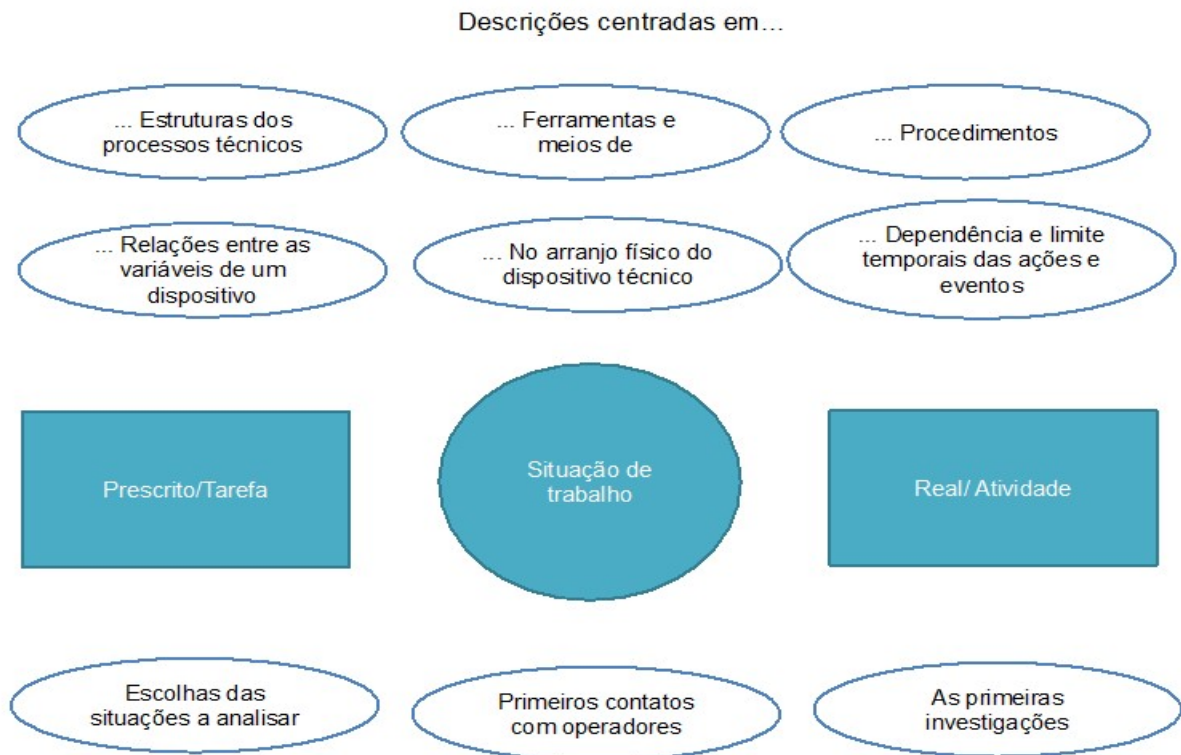
Ao procurarmos as atividades em situações pré-estabelecidas, encontraremos saberes acumulados, técnicas, estruturas, tecnologias, competências, dispositivos individuais e coletivos, normas de vida e de trabalho, etc. A questão central, então, seria promover intervenções a partir do “ponto de vista do trabalho” que, ergonomicamente, significa a inclusão

[...] de tudo o que constitui a vida de uma empresa – sua história, seu funcionamento cotidiano, seus problemas, seus projetos – é captado, a partir de uma representação operatória ordenada, pela atividade concreta que cada ator exerce para desempenhar sua função. Há, portanto, diversos pontos de vista na empresa (a gestão, a organização, a qualidade, a manutenção...). (DURAFFOURG, 1998, p. 134).

São etapas ergonômicas de análise da situação de trabalho e que se complementam, visando melhor preparar o terreno para a escolha de uma situação e analisar à luz de nosso referencial teórico e baseada em alguns critérios importantes, estruturas e ferramentas. Conforme a figura abaixo, contextualizamos esses vários elementos ao contexto do CAPS. Evidenciamos várias situações que se fazem e desfazem rapidamente frente à complexidade da crise, complexificando nossas análises. Ou seja, os usuários circulam entre os vários

dispositivos de tratamento – a consulta de urgência, os cuidados de enfermagem, a contenção mecânica, a hora da medicação prescrita e de urgência, as oficinas, passeios externos, etc. – e isso requer procedimentos técnicos complexos e meios rápidos de circulação da informação entre os dispositivos. São ações que - aparentemente, parecem isoladas, mas há um limite temporal entre uma e outra -, que os trabalhadores apresentam um grande traquejo em gerir as variabilidades em tempo real de trabalho. Neste sentido, nossas relações com os trabalhadores se intensificaram muito no sentido deles nos esclarecem a complexidade dessa movimentação.

Figura 2 - Escolha de situação a analisar: descrições centradas em critérios, estruturas e ferramentas



Fonte: O autor, a partir de Guérin (2001)

E para melhor analisar a estrutura física do CAPS III, caminhamos na direção apresentada pelo quadro abaixo. Dizemos do arranjo estrutural do dispositivo técnico, lugares onde ocorrem as atividades, ou seja, as descrições topográficas e os problemas envolvidos. Outro assunto de grande complexidade.

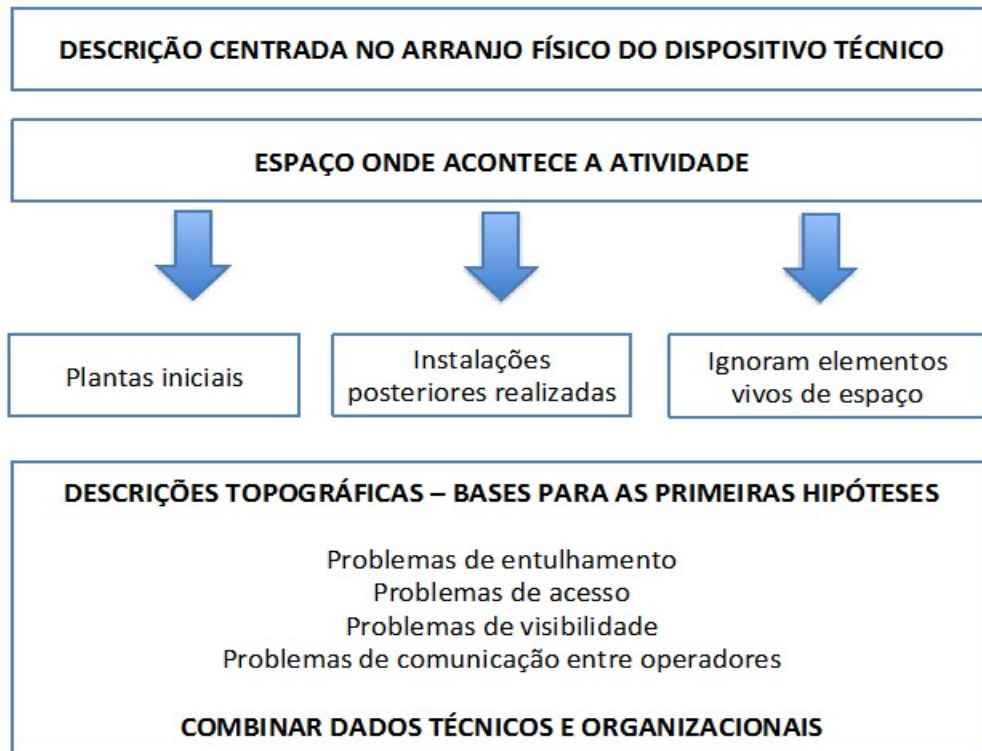
A preocupação dos gestores da Reforma Psiquiátrica, inclusive estabelecidos por leis, é que o CAPS não se assemelhe, estruturalmente a qualquer instituição hospitalar. Neste sentido, o CAPS III/CERSAM Betim Central é diferenciado, inclusive há quem diga que o mesmo se assemelha a uma rodoviária, segundo os trabalhadores. Um lugar de grande

circulação de pessoas indo e vindo para diversos lugares. Porém, segundo nosso processo de observação e circulação pelo serviço e em conversas com os trabalhadores, constatamos outra realidade.

Apresentamos um panorama da situação que constatamos, a fim de subsidiar as análises que faremos a partir do *trabalho real*, do GRT e das entrevistas realizadas. De antemão, percebemos a estrutura física do CAPS III de forma insuficiente e inadequada para responder à complexidade das atividades exigidas e da crise do usuário. A porta de entrada é estreita, dificultando a entrada de um transporte de urgência. Há dois consultórios de urgência pequenos e de difícil acesso ao posto de enfermagem. Os banheiros dos usuários são pequenos e inadequados, a área de circulação externa é pequena e com pouco espaço verde e de lazer, não existe uma sala específica para as oficinas terapêuticas que acontecem na sala de reunião de equipe. Os muros são baixos, diferenciando da instituição psiquiátrica hospitalar, e isso gera intensas polêmicas contra e a favor. Existe um segundo andar interligado por uma escada que dificulta o acesso de usuários e trabalhadores, além de somente três pequenos consultórios para atendimentos cotidianos. Percebemos também uma dificuldade de visibilidade e controle das atividades que ocorrem simultaneamente e problemas de comunicação entre os trabalhadores para gerir essa variabilidade.

Em síntese, dizemos de uma reunião de elementos que traduzem as más condições de trabalho que vão desde a precária hotelaria para os usuários à ausência adequada de espaços físicos e mobiliários.

Figura 3 - Escolha de situação a analisar: descrição centrada no arranjo físico do dispositivo técnico



Fonte: O autor, a partir de Guérin (2001)

2.3.7.7 Analisar situações de trabalho e cuidados especiais

Depois de todas as etapas acima descritas e argumentadas, compreendemos que as situações de trabalho são sistemas complexos e que requer alguns cuidados especiais no momento da escolha. A figura abaixo traduz os cuidados que tomamos na escolha pela reunião de equipe como situação de trabalho a analisar. E as razões para esta escolha apresentamos em seguida.

Figura 4 - Escolha de situação a analisar: cuidados e sistemas complexos



Fonte: O autor, a partir de Guérin (2001)

2.3.7.8 Sobre a reunião de equipe

A Reunião de equipe é considerada, mediante nosso percurso de observação do *trabalho real* e análise da atividade, um lugar onde os trabalhadores se encontram para o debate dos acontecimentos da semana, tanto em aspectos administrativos, políticos, gerenciais, quanto clínicos. Um espaço-tempo de *deliberação* formal da equipe (DEJOURS, 2009), onde as polêmicas do *trabalho real* são abordadas de formas muito singulares e plurais ao mesmo tempo. Ao longo de seis meses de pesquisa de campo, estivemos presentes em 18 reuniões de equipe, ampliando nosso diário e campo e melhorando nossa compreensão dos processos de trabalho do CAPS.

Trata-se de um espaço-tempo do *debate de normas*, onde há uma grande circularidade de saberes e fazeres em diálogo. Quer dizer, um lugar onde as ações e os atos praticados pelos trabalhadores ao longo da semana são retomados, a fim de se tomar uma decisão mais coletiva. Em outros termos, um espaço de finalização da construção de casos clínicos impossíveis.

Dirigimos nosso olhar também para os *saberes constituídos e investidos* na resolução de problemas de diversas ordens e focamos na evolução de ações e atos iniciados e continuados pelos trabalhadores. Neste sentido, verificamos processos de *crises, rupturas e movimentos* e dos mesmos em várias ordens e direções. Um processo que contribuiu sobremaneira para a compreensão de etapas e dimensões mobilizadas no processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria que apresentaremos.

Todo esse debate com a Ergonomia constitui as razões porque escolhemos a reunião de equipe como situação de trabalho a analisar em nosso percurso metodológico.

2.3.7.9 O GRT analisador e indexador de realidades

Trata-se do percurso de criação de um GRT de Saúde Mental com alguns membros da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central. Antes de esclarecermos o conceito de GRT e explicarmos a sua escolha em nosso percurso metodológico, algumas considerações são importantes.

A realização deste GRT recebeu influência do curso Diplome d'Université (DU) –: *analyse de du travail et de l'activité* - Ergologie - que realizei em Strasbourg, na França, entre os anos de 2011 e 2012, conforme abordamos em nosso percurso de revisão bibliográfica. Ao longo deste processo, fui construindo, então, na equipe do CAPS III/CERSAM Betim, um vaivém entre a teoria e a prática, entre o Brasil e a França, em forma de síntese, algumas provocações decorrentes do encontro com o *trabalho real*. Um processo de trabalho que nos proporcionou o discernimento de semelhanças e diferenças entre a reunião de equipe a proposta de um GRT.

Assim, o resultado final não poderia ser outro, senão a proposta e a tentativa de se criar um coletivo de trabalho e trabalhadores (aos moldes de um GRT), mobilizando saberes e fazeres do/no trabalho com o tratamento da crise do portador de sofrimento mental. Uma maneira de dar visibilidade às experiências dos trabalhadores, ressignificar o percurso histórico do CAPS III, visando localizar e instaurar posicionamentos críticos acerca de processos clínicos, políticos, sociais e culturais em Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica, a partir da atividade de trabalho e *renormalizações* singulares e universais (possíveis e parciais).

Quer dizer, ao finalizar o DU, o terreno de criação do GRT já se mostrava evidente. Um caminho diferente da proposta original do GRT de partir de uma demanda real construída em equipe e dirigida aos pesquisadores. Quer dizer, diversas demandas foram sendo construídas ao longo desse percurso, demandando e concretizando o referido GRT.

Através da mobilização de *saberes investidos e acadêmicos*, os processos de trabalho e de escuta das demandas visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central, foram se reesclarecendo. Considerando a atividade como um campo de encontro com as normas e possíveis *renormalizações*, isso significa que os trabalhadores em tempo real de trabalho tentam restituir e criar coletivos. A proposta é descobrir a si mesmos e aos outros, as *dramáticas de uso de si por si e pelos outros*, não somente como executantes de tarefas e/ou procedimentos de submissão às normas, mas, principalmente, como atores de suas próprias cenas de trabalho (MAILLIOT, 2007; DURRIVE, 2012; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Assim, dentro desta perspectiva e ampliando nossa lupa psicossociológica individual e coletiva frente às atividades do CAPS III/CERSAM Betim Central, e mediante muitas questões teóricas e práticas colocadas, um grupo de trabalho já se fazia em construção simultaneamente ao DU. Como se muitas avaliações e debates apresentados frente às variabilidades/infidelidades do serviço, conduzissem ao desafio de fazer nascer daquela reunião de equipe (situação analisada), um grupo de discussão sobre a atividade de trabalho no campo da Saúde Mental e Trabalho.

Fizemos algumas reuniões na UFMG, compartilhamos inquietações e possibilidades da criação desse GRT. A proposta foi discutida e, em seguida, convidamos o laboratório LIPES da Engenharia de produção/UFMG como parceiros para a construção do processo de trabalho do grupo, metas e princípios básicos, segundo a abordagem ergológica do trabalho. Realizamos algumas reuniões preparatórias e a proposta foi bem aceita pela equipe do CAPS III.

Mas, o que é o GRT? Trata-se de uma modalidade de DD3P (Dispositivo Dinâmico a Três Polos) no sentido ergológico (SCHWARTZ, 2007). De um lado, a produção de conhecimento e, de outro, a organização social. Ao reunirmos *saberes acadêmicos e saberes investidos* da/na experiência, e dentro de um contexto social, político e cultural, encontramos numa postura de DD3P. Assim, o GRT é um exercício de DD3P – um exercício de debate e construção de novos saberes. O primeiro polo, aquele das *normas antecedentes*, dos saberes disciplinares e *acadêmicos* – que provocam a atividade. O segundo, o polo dos *saberes investidos* na situação concreta e material de trabalho: o material inédito e singular da atividade de cada um. A maneira de cada um retratar as *normas antecedentes*. O terceiro polo, aquele que produz um novo regime de produção de saberes que não só partem da experiência, como são capazes de dialogar com as normas institucionais. Um polo do trabalho coletivo, do

bem comum e que permite refazer a atividade normativa, mas dentro de dois aspectos: a humildade e o rigor.

O GRT se compõe de trabalhadores, professores, estudantes, gestores, etc., pessoas concernidas em torno de um conjunto de atividades e com objetivos comuns, em sua maioria. Assim, o objetivo é entrar na atividade e escutar seus pontos de vistas

[...] para debater a maneira como cada um nela se comporta, para historiar o que lhe está sendo demandado – ou seja, o que está na ordem da antecipação, do conceito; a maneira como cada um “se ajeita” com as normas antecedentes no momento em que se confronta com o real. (DURRIVE, 2010, p. 312).

Em outras palavras, propõe-se a criação de uma *caixa de ferramentas* que tem o objetivo possibilitar cada membro verbalizar sua experiência, sua atividade. Uma tentativa ergológica de fazer emergir *saberes ocultos* em palavras, a fim de conferir a eles um estatuto coletivo e social. Na sequência, a confrontação desses saberes com aqueles acadêmicos e normativos – visando à transformação da atividade, do trabalho. Um excelente local de análise e compreensão do movimento da equipe, ações, atos nas situações debatidas, delineando o percurso de engendramento de gestos profissionais.

Trata-se de uma oportunidade de triangulação ergológica das atividades, dos saberes e valores que vêm à tona com o debate, onde a intenção é a produção de novos saberes sobre o trabalho, visando às transformações das mesmas situações. Um mecanismo de ir e vir entre o esforço de conhecer epistemologicamente e de desneutralizar um esforço de viver. Trata-se da desvelação de formas diferentes de fazer a mesma coisa (*reservas de alternativas*), fazer movimentar competências práticas, *estilos* de realizar tarefas, investigando e flexibilizando saberes/poderes de agir.

Em termos de percurso, o GRT em nada se mostra linear, antes uma progressão em três etapas: “favorecer a tomada de consciência de sua própria atividade; problematizar a atividade; convocar os saberes formais e estabelecer a confrontação” (DURRIVE, 2010, p. 312). Ao indexar diversas questões provenientes do *trabalho real*, o GRT se mostra também um espaço-tempo de retrabalho do conceito de atividade, uma vez que é uma oportunidade para os trabalhadores verbalizarem suas experiências. Fato que pudemos compreender somente depois do terceiro encontro, uma vez que muitas situações que eram observadas e por nós polemizadas em tempo real do trabalho, reapareciam no GRT – algumas da mesma forma, outras de formas bem diferentes e originais, com outros debates. Como se as metodologias se complementassem ao longo das estratégias de visibilização do real. Ao fazer esta operação, os trabalhadores explicitam as etapas de suas ações, os fracassos, os impedimentos, as

realizações possíveis e impossíveis, bem como os saberes mobilizados. Tudo isso numa perspectiva de *debates de normas*. Em sendo um momento de verbalização da atividade, este é o mesmo espaço-tempo possível de ressignificação do processo de engendramento de gestos profissionais. Quer dizer, foi também neste momento que acompanhamos a realização de um gesto profissional em Psiquiatria por um técnico de enfermagem e também compreendemos melhor o engendramento de outros gestos profissionais.

2.3.7.9.1 Aspectos de identificação e ancoragem da atividade

Em termos estratégicos, apresentamos o duplo objetivo básico do GRT, segundo os mecanismos de *repérage* e de *ancrage* da atividade. Ou seja, o primeiro termo significa um mecanismo de identificação de *normas antecedentes* e informações sistemáticas que servem ao processo de antecipação. O segundo, a ancoragem que é o relato, a narrativa de uma jornada de trabalho, por exemplo, um “pedaço de vida” que não foi escolhido ao acaso, mas que é portador de sentido - de ponto de vista da atividade e da ação coletiva - e que dirige a (re)produção de ações, atos e gestos profissionais.

Praticamente, há 10 regras²¹ bem delimitadas para a criação deste tipo de grupo e que apresentamos na sequência (DURRIVE, 2012; MAILLOT, 2007).

Ter uma questão relativa à vida no trabalho, que preocupa aqueles que realizam um serviço comum

Estabelecer um objetivo comum claro e avaliável para a troca no GRT, a partir de um calendário

Dar-se um lugar ou um tempo permitindo um recuo físico do trabalho

²¹ Apresentamos os passos indicados pelo DU (2011/2012) sobre a criação de um GRT – “Avoir une question relative à la vie au travail, qui préoccupe ceux qui rendent un service en commun; se fixer un objectif clair et évaluable, pour l'échange en GRT, avec un calendrier; se donner un lieu ou en temps permettant de prendre du recul par rapport au travail; former en groupe qui s'engage à suspendre la relation hiérarchique durant les échanges; avoir un animateur; avoir un animateur qui veille à l'écoute et à la production collective; accepter d'abord de ne pas prétendre savoir à l'avance, pour rester à l'écoute de l'activité de l'autre; accepter ensuite de construire un savoir: tirer de ces échanges des enseignements généraux, transférables; mettre son activité en relation avec le prescrit (sinon ce n'est pas un GRT, mais un groupe de parole); mettre le prescrit en relation avec l'activité (sinon ce n'est pas un GRT, mais un cercle de parole); déboucher sur du concret, sur une réalisation commune, pour avancer sur la question de départ. ”

Formar um grupo que encara a suspender qualquer relação hierárquica durante os debates

Ter um animador/organizador/clínico para o grupo que se coloque na escuta e na produção coletiva

Espera-se que o grupo tenha como foco a discussão, o debate de atividades de trabalho escolhidas pelos membros. A situação requer o trabalho de um *animador*, aquele que fará a intermediação das discussões, um portador de saberes que pode ser alguém do próprio *métier* de trabalho ou de fora deste (MAILLIOT, 2007).

Os cinco pontos seguintes são relacionados à preparação do animador principal do GRT:

Aceitar, de início a nada saber anteriormente, para restituir originalmente a escuta da atividade do outro

Aceitar, em seguida, de construir um saber – tirar dessas trocas ensinamentos gerais, transferíveis

Colocar sua atividade em relação à PRESCRIÇÃO, o prescrito (caso contrário não será um GRT, mas sim um grupo de palavra)

Colocar o PRESCRITO em relação à ATIVIDADE (senão não será um GRT, mas sim um círculo de qualidade)

Encontrar o CONCEITO, através de uma realização comum, para avançar na questão inicial

Segundo Durrive (2010), o animador é um sujeito que tem como função, a organização do grupo, de permitir que a palavra circule, possibilitando o debate sobre a atividade através de um método dialético dos registros (R1 e R2 da atividade), de promover “ocasiões de palavra”. Ele tem a função de favorecer a dinâmica gerada pelo terceiro polo do

DD3P. Para o mesmo autor: “não há uma qualificação requisitada, nem uma obrigação de pertencimento ou não ao grupo concernido. Trata-se antes de ter uma competência: de ser capaz de reunir as condições de emergência dos saberes da experiência” (DURRIVE, 2012/2013, p. 4)²². E que conheça os princípios básicos da Ergologia.

O mesmo autor nos avisa de algumas determinações nas quais o animador é protagonista:

- a) **Encontrar um bom momento:** é o momento em que diversas pessoas dividem, em situação de trabalho, as mesmas questões e a mesma preocupação de fazer valer a experiência em um diálogo construtivo com a organização. No caso do CAPS III/CERSAM Betim Central, compreendemos ser a reunião semanal de equipe, um espaço/tempo balizador da criação de um GRT, conforme já anunciamos;
- b) **Encontrar um bom lugar:** não há necessidade de ser um local longe da atividade, nem muito perto da mesma;
- c) **Encontrar um bom nível de interação entre os participantes:** diz-se de um bom nível de interação dos membros do grupo criado, todos provenientes do mesmo posto de trabalho, onde não haja hierarquias, nem tanta heterogeneidade;
- d) **Encontrar um bom nível de animação:** trata-se do animador do grupo que promove a circulação da palavra e permita um ir e vir entre as *normas antecedentes* e as *renormalizações*.

2.3.7.9.2 O encontro de organização do GRT e reflexões afins

Em nossa primeira reunião, discutimos assuntos administrativos e os processos básicos, normativos e teóricos de criação de um GRT, as diretrizes protocolares, segundo a Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; MAILIOT, 2007). Uma tríade de inter-relação – de um lado, os *saberes acadêmicos* e da pesquisa, de outro, as articulações de composição do grupo e, finalmente, um processo de estudos do material recolhido e programação do próximo encontro.

Começamos com um grupo de oito membros (que incluíam alunos do grupo OUTROLHAR da UNIFENAS/BH) e finalizamos com cinco que continuaram até o final

²² Do original - “Il n’y a pas de qualification requise, ni d’obligations d’appartenir ou non au groupe concerné. Il s’agit plutôt d’avoir une compétence: être capable de réunir les conditions d’émergence des savoirs d’expérience.” (DURRIVE, 2012/2013).

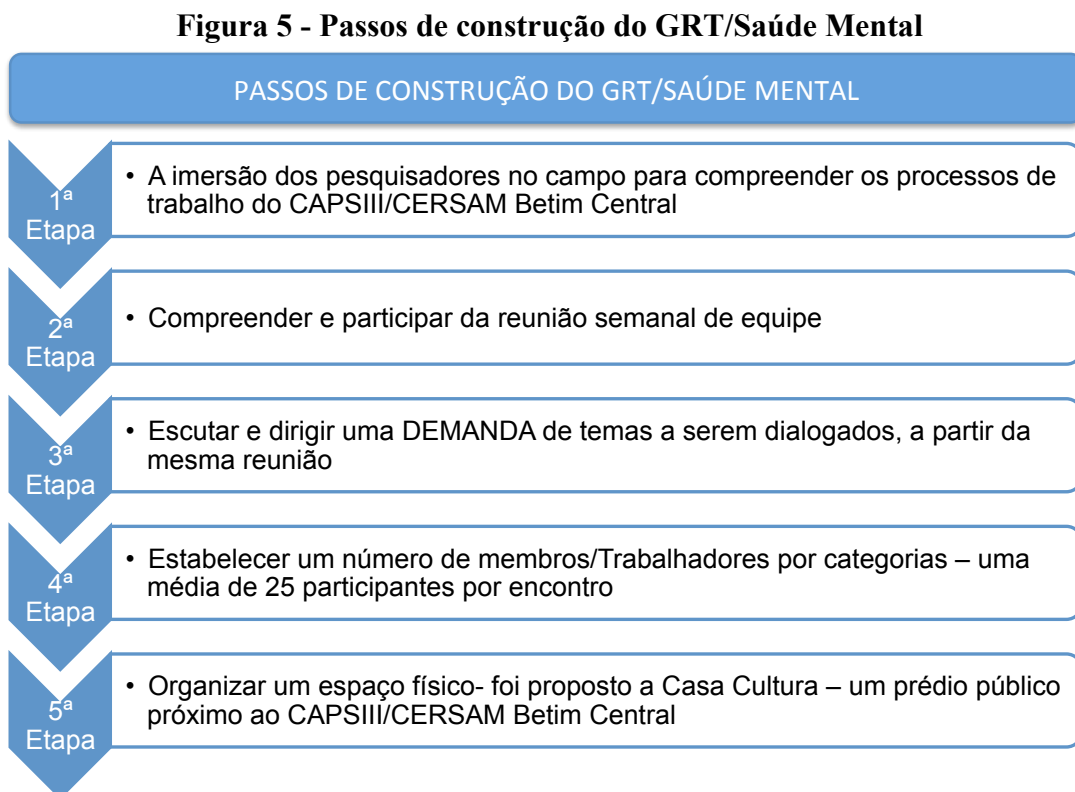
(dois médicos - um psiquiatra, outra ergonômista -, um psicólogo, uma estudante de psicologia, e uma terapeuta ocupacional), sendo um deles, o animador do grupo.

Chamou-se atenção para o objetivo primordial do GRT - a promoção de visibilidades e verbalização da experiência e pontos de vista da atividade real de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central. Discutimos no sentido de que a produção de conhecimento e transformação do/no trabalho fosse outro objetivo, inclusive que a pauta de cada encontro fosse uma construção do grupo todo, pesquisadores e trabalhadores. Quer dizer, as questões sendo dirigidas pelos membros da organização do grupo, mas provenientes dos membros do GRT, a partir das práticas reais de trabalho. Algumas perguntas foram colocadas como ponto de partida: como e quando reconhecer se estamos (re)produzindo novos saberes e/ou se estamos compreendendo e transformando a realidade de trabalho?

Antes de iniciarmos as seções, definimos que o trabalho de animação do grupo seria desenvolvido por todos os membros da organização.

Os seis encontros GRT's de Saúde Mental de Betim/MG foram construídos através de cinco passos dentro da reunião de equipe CAPSIII/CERSAM Betim Central.

2.3.7.9.3 Construindo os cinco (5) passos e os seis (6) encontros



Fonte: O autor, 2014

Propomos uma composição multidisciplinar de trabalhadores, segundo a figura abaixo. Um grupo que tem como foco, a priori, a discussão, o debate de suas atividades de trabalho, e sempre a partir das demandas do mesmo. Concretamente falando, houve uma modificação ao longo do percurso, alguns deixaram, outros entraram, mas alguns mantiveram presentes no grupo do início ao fim, apresentando seus pontos de vista sobre suas atividades, suas argumentações sobre os processos de trabalho e suas atividades.

Figura 6 - Composição do GRT/Saúde Mental

Membros do grupo/Total de 25	
Psiquiatras preceptores	06
Residentes de Psiquiatria	06
Residentes multiprofissionais	04
Psicólogos	02
Enfermeiros	02
Terapeutas Ocupacionais	02
Assistentes sociais	02
Gestor	01
Porteiro	01
ALUNOS DA UNIFENAS	05
Auxiliares de enfermagem	03

Fonte: O autor, 2014

2.3.7.9.4 Material de análise gerado

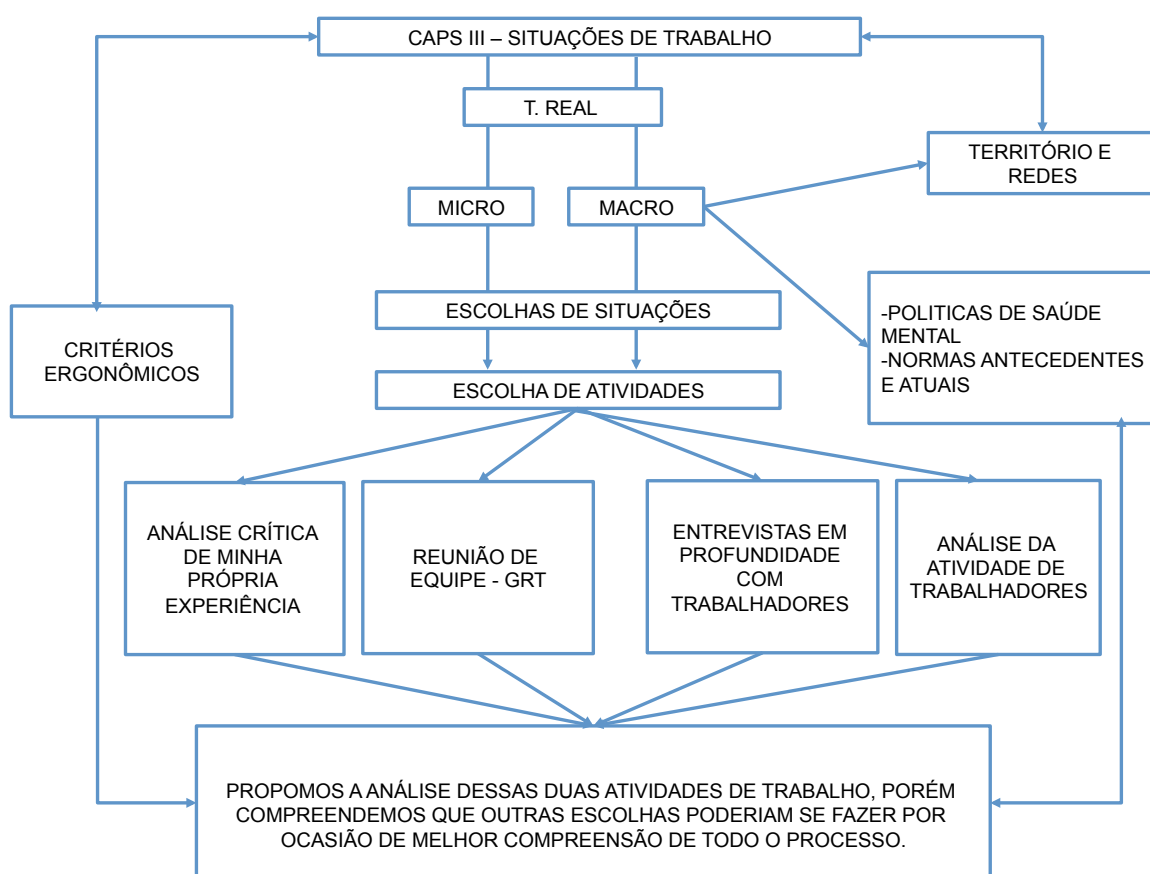
Depois de apresentarmos o GRT em termos metodológicos, segundo a Ergologia, compreendemos melhor que o mesmo sistematiza questões decorrentes *trabalho real*, do processo de observação e compreensão das atividades de trabalho, mas também indexa questões que se mostraram invisíveis no primeiro momento ou escaparam às análises. Um mecanismo que somente nos pareceu claro no final das seis seções realizadas.

O material de análise encontra-se argumentado no capítulo 6 da terceira parte da tese como elementos ergológicos em debate. Conforme veremos, as análises variam desde um ponto de vista argumentado sobre a mobilização de saberes em Psiquiatria, passando por aspectos técnico-administrativos, incluindo o percurso de construção de *normas antecedentes* desse campo do conhecimento e aplicadas no contexto do CAPS, até algumas proposições reflexivas ao processo de trabalho do mesmo e da *Rota* realizada pelos técnicos de enfermagem.

Em termos de finalização, a proposta é a produção de um documento teórico-reflexivo de devolução aos membros componentes do grupo em reunião de equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Apresentamos abaixo um organograma, visando sintetizar o nosso método e esclarecendo as escolhas de situações analisadas. Quer dizer, em síntese, frente à complexidade do *trabalho real* do CAPS III/CERSAM Betim Central, entre aspectos micro e macro (do território, das políticas de Saúde Mental, *normas antecedentes* e da Reforma Psiquiátrica), escolhemos algumas situações, a partir de critérios ergonômicos e clínicos da atividade. Assim, promovemos uma aproximação das atividades dos trabalhadores, realizamos entrevistas em profundidade com os mesmos, escolhemos a reunião de equipe como uma situação de trabalho a analisar e, a partir dela, construímos um GRT (que apresentaremos em breve). Promovemos também uma análise crítica de minha própria experiência como material de análise, conforme abordamos.

Figura 7 - Fluxograma de escolha de situação a analisar no CAPS III/CERSAM Betim Central



Fonte: O autor, 2014

2.3.8 A Clínica da Atividade na reconstrução de casos clínicos em gestos

Não utilizamos dos métodos propostos pela Clínica da Atividade, mas nos valemos de vários conceitos dessa clínica argumentados ao longo da tese e que muito contribuíram para melhor qualificar o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Seu objeto básico de estudos é o desenvolvimento da atividade, aprofundando em análises das nuances deste conceito, a partir da insígnia transformar para compreender. Ou seja, agir sem prever para transformar, no horizonte compreendendo e instigando o desenvolvimento do *métier*. Uma operação nada simples, tanto na teoria, quanto prática.

Especificamente, articulamos esta clínica com a Psiquiatria e reformas no aspecto de restituição do conflito entre o *realizado* e o *real da atividade*, promovendo um espaço-tempo de deslizamentos de um sintoma em outro, um delírio em outro, contribuindo sobremaneira para uma postura diferenciada e crítica frente à loucura. Um outro tipo de saber, ampliando o repertório da Psiquiatria na lida com a insuportabilidade dos casos impossíveis, em especial, o no processo de engendramentos dos três últimos gestos na quarta parte da tese. Neste contexto, abordamos o delírio com uma atividade de trabalho não diferente de outras atividades, conforme explicaremos melhor ao apresentarmos a contribuição desta clínica na tese.

2.3.9 Entrevistas informais e formais em profundidade

Um processo realizado em três etapas complementares. Na primeira, entrevistamos formalmente e em profundidade, três trabalhadores de nível superior (uma psicóloga – que chamaremos de Nisia; um enfermeiro – que chamaremos de Abraão; um psiquiatra – que chamaremos de Messias) e um usuário que chamaremos de Zé, referente ao caso clínico - *O milho mediador de sofrimento e cura*. Vale ressaltar, que tais entrevistas visaram desvendar os pontos de vistas dos mesmos sobre suas atividades, a mobilização de saberes, inclusive psiquiátricos, bem como esclarecer questões provenientes da etapa de observação e compreensão do *trabalho real*. A segunda etapa, não se trata, exatamente, de entrevistas (nem formais ou informais), ou seja, a primeira seção do GRT foi gravada com a permissão dos trabalhadores envolvidos, segundo a direção ética de pesquisa. Assim, utilizamos de algumas falas de trabalhadores (um psiquiatra – que chamaremos de Jeová; um técnico de enfermagem – que chamaremos de Cazuzá; e um psicólogo – que chamaremos de Mateus) para melhor compor as nossas reflexões. A terceira etapa, sentindo necessidade de alguns

aprofundamentos acerca do processo de engendramento de três gestos profissionais, realizamos três outras entrevistas em profundidade (uma técnica de enfermagem – que chamaremos de Maria; uma psicóloga – que chamaremos de Cássia; e uma terapeuta ocupacional - Chamone). Em seguida, uma entrevista da mesma ordem com um outro psiquiatra (que chamaremos de Marco Polo) no sentido de buscarmos esclarecimentos acerca da interseção entre Psiquiatria e Antipsiquiatria, contribuindo para uma melhor compreensão dos sete gestos profissionais analisados. Com relação a estes gestos, dois deles dizem respeito aos usuários que chamaremos de Stella e Jorge. Totalizamos, então, sete entrevistas, buscando esclarecer sete gestos profissionais.

O método apresentado requer uma articulação entre os saberes que compõem a diversidade das Clínicas do Trabalho, o momento em que o trabalho é uma clínica e como isso se encontra e relaciona com a evolução das ideias em Psiquiatria. Um debate intermediado pelo conceito genérico de gesto profissional, visando à singularização da informação no campo da Psiquiatria – o gesto profissional em Psiquiatria. Um percurso que estabelece as bases de argumentação para a *Ergopsiquiatria Clínica* que construímos ao longo da tese.

Na segunda parte da tese, apresentamos a interseção Clínicas do Trabalho-Psiquiatria, intermediada pelo gesto profissional. O momento em que o Trabalho se encontra com a Psiquiatria, reconfigurando a clínica, além de um *debate de normas* e o conceito genérico de gesto profissional, preparando e singularizando a informação no campo da Psiquiatria.

SEGUNDA PARTE: CLÍNICAS DO TRABALHO, PSIQUIATRIA, CONCEITOS E AS DIMENSÕES DO GESTO PROFISSIONAL

Apresentamos as Clínicas do Trabalho e não pretendemos fazer uma análise comparativa entre essas clínicas, nem mesmo cair numa posição relativista e simplista de somente querer e/ou forçar um sincretismo epistemológico de saberes - como se estivéssemos falando a mesma linguagem para promover um diálogo entre elas e os saberes da Saúde Mental e da Psiquiatria.

Sabemos que há divergências no campo epistemológico e teórico-metodológico e até incompatibilidades essenciais – que não são motivos de recuo, mas de riqueza e reabertura de diálogos entre possíveis que serão tratados ao longo do texto. Trata-se de abordar esse desafio em nível de *desconforto intelectual* e responsabilidade ética, aceitando as contribuições teóricas de cada uma delas em momentos certos, a partir do contexto, e encontrando caminhos onde este ou aquele conceito entre as clínicas nos parece mais esclarecedor e melhor aplicado ao contexto da situação analisada. Em outras palavras, compreendemos que a presente tese, pretensiosamente, representa uma oportunidade de instituição de conflitos dentro dessas Clínicas do Trabalho, a partir da complexidade de um objeto multifacetado, articulando saberes no campo da loucura no serviço aberto com aqueles clínicos do trabalho na investigação de gestos profissionais em Psiquiatria.

Se tomamos a atividade como registro do humano, resta-nos, então, singularizar suas rubricas entre essas clínicas. De início, Bendassolli e Soboll (2011), apresenta-nos alguns pontos comuns entre elas.

O primeiro, a descoberta da distância entre o *trabalho prescrito e real*, através dos estudos de S. Pacaud e M. Lahy (OUVRIER-BONNAZ; WEILL-FASSINA, 2013), reforçada pelos saberes da ergonomia. Descoberta esta que coube às Clínicas do Trabalho um avanço teórico, considerando as particularidades de cada uma em específico. Vale ressaltar que elas se situam na confrontação entre a tarefa e a atividade, num movimento dialético entre objetividade e subjetividade, apresentando caminhos diferentes para a mesma coisa – o homem no trabalho e em atividade. Ao trabalhar, o sujeito encontra-se com sua singularidade, sua história e sua experiência dentro e fora das situações de trabalho. Por outro lado, encontra-se com o social pelo viés da política, da economia, da gestão da empresa (no caso, o CAPS III/CERSAM Betim Central e seus gestores/coordenadores), a identidade e o reconhecimento profissional. Ao se deparar com o real, encontramos com as possibilidades transformadoras do trabalho, da criatividade, da centralidade deste na economia psíquica do trabalhador, da

possibilidade do advento da novidade em coletivos de trabalho, bem como desencadeador de psicopatologias (manifestações de desconforto psíquico diversificados), inclusive adoecimentos mentais diversos.

O segundo ponto, a preocupação com a ação humana no trabalho e a forma como cada uma se apropria da atividade, seu conceito e os conflitos daí decorrentes. A maneira como o saber/poder influencia os coletivos de trabalho.

O terceiro, o entendimento do trabalho numa perspectiva mais ampla, para além de uma concepção amorfa de emprego. O encontro do trabalhador com o real, consigo mesmo e com o outro, da forma como o sujeito se trabalha na atividade, as regras coletivas e as normas que os próprios trabalhadores se dão em tempo real de trabalho.

O quarto ponto de confluência reside na tentativa de teorização sobre o *sujeito*, segundo nossos estudos sobre as Clínicas do Trabalho e suas filiações. Por exemplo, podemos inferir que haja uma confluência no sentido de uma compreensão do sujeito em sua expressão consciente e inconsciente.

Na Psicodinâmica, o sujeito do inconsciente (Freudiano) que se apresenta em termos de sua inscrição subjetiva na atividade. Na Clínica da Atividade, um sujeito psicológico que se inscreve na interseção entre o *realizado e o real da atividade*. Na Psicossociologia, um sujeito que se constitui duplamente – de um lado, dotado de elementos intrapsíquicos, individuais (inconsciente) e, de outro lado, inscrito em conflitos conscientes e coletivos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Na Ergologia, um sujeito traduzido pelo *corpo-si da/na atividade*.²³

O quinto ponto reside no próprio compromisso das Clínicas do Trabalho na criação de coletivos e na abordagem do processo de fragmentação dos mesmos, processo gerador de sofrimento psíquico.

O sexto, a presença do corpo como protagonista de todos os debates e compreendido em suas várias facetas.

São convergências e controvérsias de tratamento do objeto (*o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*), a partir do momento em que o trabalho é uma clínica. Em primeira instância, apresentamos o longo percurso de encontro do Trabalho com a Psiquiatria. Um assunto que avaliamos com Billiard (2001), mas a extrapolamos tendo em vista que na história da loucura, o trabalho é uma atividade recorrente para tratar o louco, desde que o mesmo esteja em um ambiente propício, longe daquele que o

²³ Sugerimos a leitura da tese de Gomes Júnior (2013), para compreendermos uma forma teórico-prática de articulação da Ergologia com a Psicanálise.

faz sofrer, por exemplo, o ambiente familiar e social. E isso seria uma prerrogativa para manter o usuário dentro de grandes internações psiquiátricas. A presente tese ressignifica esse assunto dentro do meio aberto de tratamento ao portador de sofrimento mental no contexto do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Para atingir esse intento, analisamos o trabalho clinicamente em três níveis, a partir do encontro do trabalho com a clínica, a Psiquiatria e a loucura. Primeiramente, a clínica na vertente de análise de quatro casos clínicos em Psiquiatria que analisaremos. Em segundo lugar, a clínica do trabalho do psiquiatra, ou seja, a análise crítica de minha experiência, a partir de três situações de trabalho, uma delas, um caso clínico. Por último, a clínica dos trabalhadores não psiquiatras e residentes multiprofissionais, segundo a análise de três gestos profissionais.

Quer dizer, visamos compreender os gestos profissionais em Psiquiatria dentro desses três níveis de abordagens clínicas.

No capítulo seguinte, apresentamos o momento em que o trabalho é uma clínica. Um encontro heterodeterminado por pontos de vistas diversificados.

3 QUANDO O TRABALHO É UMA CLÍNICA

Sustentamos a ideia de que trabalhar é fazer clínica. Desde a era Taylorista ao momento, percebe-se a tentativa de compreender o trabalho como uma clínica, mesmo que nesta primeira fase, tenha havido graves reducionismos do homem ao fazer prescritivo. Nesta primeira situação, qualquer consideração com respeito às variáveis psicológicas, subjetivas e fisiológicas humanas não foram consideradas, prevalecendo a tentativa de restringir o sujeito e o fazer a uma tarefa, uma prescrição.

Situamos as referidas Clínicas do Trabalho – a Psicodinâmica do Trabalho, a Psicossociologia do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergonomia e a Ergologia no campo das Ciências Humanas e Sociais – saberes que, de formas diferentes, se implicam com determinações sócio históricas, psicológicas, políticas, econômicas, culturais, filosóficas e éticas.

Neste capítulo, apresentamos um debate que será retomado no capítulo 5 da segunda parte e ressignificado ao longo da tese. Destacamos o panorama francês de encontro da Psiquiatria com o Trabalho em um nível circular, intermediado pela Clínica, onde os acontecimentos não se fazem lineares, mas sim complementares. Um debate intenso e extenso que não somente lança as bases das Clínicas do Trabalho – nosso principal campo teórico na tese -, como também influência o contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

Um percurso que retorna ao Taylorismo apenas para ultrapassá-lo em suas premissas e avançar de forma ético-filosófica epistemológica. Em síntese, uma trajetória que parte do panorama entre-guerras, onde a Psiquiatria se mostrava fechada em grandes instituições de tratamento e somente havia algumas incipientes iniciativas de aberturas, inclusive pelo viés da *atividade terapêutica*. No período pós-guerra, uma nova fase constituinte de uma *Psiquiatria de extensão*, tendendo à abertura hospitalar, determinando as bases de uma outra era de reflexões marcada por movimentos de encontro com outros campos, a partir do social, ou seja, a *Reforma Psiquiátrica francesa e de Setor*. Época também de diversos debates em torno da origem da doença mental em grandes Colóquios Internacionais de Bonneval, na França. Um caminho determinante das *Terapêuticas Ativas*, chegando ao contexto das Clínicas do Trabalho.

3.1 A Contribuição das Clínicas do Trabalho

Isabelle Billiard localiza o campo da Saúde Mental e Trabalho na passagem da Psicopatologia do Trabalho para as Clínicas do Trabalho, a partir dos seguintes psiquiatras fundadores: Louis Le Guillant, Paul Sivadon, Tosquelles e Claude Veil. Atenção especial será dada Le Guillant pela sua significativa importância na passagem da *Psiquiatria para a Psicopatologia do Trabalho* através da *Ergoterapia*. Passagem esta que se configura por *crises, rupturas e movimentos* frente às tensões doutrinárias, o questionamento ao asilo como instituição de tratamento, o campo das *Terapêuticas Ativas* (socioterapia e ergoterapia) e, conseqüentemente, o descentramento da Psiquiatria em direção a outros objetos como o trabalho. Segundo Billiard,

É esta defasagem, historicamente datada, entre clínica hospitalar e clínica do trabalho que queremos aqui sublinhar, porque parece revelar à revelia da existência de uma dimensão essencial: a relação ao trabalho real como registro específico da vida subjetiva. (BILLIARD, 2002, p. 12, destaques nossos).²⁴

A presente tese representa uma tentativa de continuidade desse movimento, porém dentro do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, visando interrogar esses saberes no engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria neste meio aberto.

Partimos da crítica central ao trabalho taylorista, buscando a visibilidade das experiências dos trabalhadores e seus pontos de vistas sobre suas atividades, a exemplo das *Comunidades Científicas Ampliadas* na Itália que compartilhavam saberes sobre o trabalho, mas com a presença dos trabalhadores e a comunidade científica (ODDONE, 1981).

Com relação ao campo do trabalho, em termos gerais, propomos um aprofundamento, a partir de algumas perguntas básicas que nos perpassam: O que é o trabalho? O que significa trabalhar? Por que trabalhamos? Para que serve o trabalho? Qual a relação do trabalho com a clínica? O que é a atividade de trabalho? Em que medida podemos nos valer da produção de conceitos em *(des)aderência* sobre o trabalho clínico com a loucura? (SCHWARTZ, 2000b; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). São questões norteadoras de sentido ao longo da tese.

Inter-relacionamos conceitos sobre Trabalho, Psiquiatria e Clínica, construindo um espaço-tempo de interrogações nesta interseção. Qual seria a interferência das Clínicas do Trabalho para o campo da Psiquiatria? Partimos do pressuposto de que somos o tempo todo convocados a responder de forma interdisciplinar às questões do *trabalho real*, situando aí

²⁴ Do original: “C’est ce décalage, historiquement daté, entre clinique hospitalière et clinique du travail que l’on voudrait ici souligner, car il semble révéler par défaut l’existence d’une dimension essentielle: le rapport au travail réel comme registre spécifique de la vie subjective.” (BILLIARD, 2002, p. 12).

aspectos éticos, políticos, históricos, culturais, clínicos e epistemológicas para se pensar em produzir transformações neste campo do conhecimento: o trabalho – humana atividade (CUNHA, 2005, 2009).

O conceito de *Clínica* é, no mínimo, um conceito prenhe de grandes nuances e, quando o relacionamos com o Trabalho, os enigmas se ampliam. Desde sua origem na medicina, a noção de clínica vem se modificando, ampliando e se transformando. Mas, diz de *Kliné (leito), klinicos – o médico, klinique – cuidados*. Cuidados no leito. De “se inclinar” sobre o leito de uma pessoa que sofre. O trabalhador pode auscultar o usuário, promover palpitações em flancos, apresentar cuidados, (com)paixão, verbalizar palavras (des)confortáveis, ampliando e/ou atenuando o sofrimento (LÉVY, 2001). Um assunto que não se encerra aqui, sendo reivindicado longitudinalmente na tese.

Depois de apresentados esses argumentos, encontramos em nossas observações do *trabalho real*, uma enorme problemática com respeito ao assunto clínica – conforme nosso segundo desconforto (de empobrecimento da clínica nos CAPS), apresentado no início da tese. A questão primordial seria compreender o *modus operandis* da seguinte tríade instituinte de ressignificação clínica – *a destituição de saberes, a escuta e a subjetividade* – que operam uma *démarche* clínica seja ela qual for, segundo um de nossos entrevistados. Assim, o ponto central é inter-relacionar essas reflexões críticas com a grande diversidade de conceitos nas Clínicas do Trabalho, visando promover o acolhimento e a construção de casos clínicos no CAPS III/CERSAM Betim Central.

Para qualificarmos a inter-relação entre Psiquiatria e Trabalho, primeiro há que se compreender o percurso de construção do trabalho como uma clínica, estreitando nosso diálogo com Billiard (2001). A autora apresenta-nos um caminho reflexivo, dizendo que não existe exatamente uma *Psicologia do Trabalho*, antes histórias onde cada momento é determinado por uma complexidade psicológica específica.

Retornemos ao período entre guerras, onde o Taylorismo e o Fordismo nascem querendo ditar diretrizes do funcionamento das empresas. A questão não era exatamente a divisão técnica do trabalho, mas sim a economia do tempo, visando à repetição (com repetição e prenhe de possibilidades de sofrimento psíquico) de movimentos destinados ao máximo de produção nas linhas de montagem. Dizia de uma racionalização dos modos de produção e cálculos científicos do tempo requisitado. O lema era a especialização das máquinas e dos operários e uma hierarquização do trabalho, conseqüentemente, posicionando os gestores de um lado e os operários de outro. Não existia uma individualidade,

singularidade, mas um coletivo que visava limitar a possibilidade de autonomia do trabalhador enquanto criador de seu próprio trabalho.

Inaugura-se, então, na segunda metade do século XIX, um processo de higienização pública, onde a medicina não só tinha como premissa estudar e curar as doenças, mas sim uma responsabilização por questões advindas do contexto social da saúde. Uma medicina requisitada e confrontada com os desafios da industrialização e da urbanização crescente. Época em que a tuberculose e a sífilis ampliavam a insalubridade dos meios de trabalho dos operários. Os médicos eram requisitados, não somente para explicar a origem dessas doenças, mas também para controlá-las, higienizando a população para o trabalho. Neste contexto, surge a *Medicina do Trabalho* que visava restituir uma mão de obra pronta e saudável para o trabalho em série.

Este foi o cenário de construção do movimento higienista que se preocupava, então, não somente com a sífilis e a tuberculose, mas também com qualquer problema mental que prejudicasse o fluxo da produção. Partia-se de uma profilaxia familiar, preocupando-se com a alimentação, o bem-estar, prevenindo moléstias e promovendo a limpeza pública. Ou seja, “No mesmo tempo, o médico higienista se faz ‘médico sociólogo’, expert na arte de observar, de corrigir e de melhorar a saúde da população, segundo uma visão que, na véspera da Segunda Guerra mundial, se vê cada vez mais racional e planificadora.” (BILLIARD, 2001, p. 24).²⁵

Foi dentro deste contexto que a medicina foi convocada a se posicionar diante desse incompreensível processo para buscar explicações lá onde houvesse qualquer perturbação física e mental. Época em que o médico Édouard Toulouse, na França, tornou-se chefe do asilo de Villejuif, em 1898, iniciando todo um percurso de buscar na Psiquiatria e na Psicologia Experimental os meios de conhecer cientificamente o comportamento humano. Momento também em que a medicina social torna-se um projeto político – o nascedouro de acirradas discussões sobre a origem do sofrimento mental na década de 40 e 50. A obra de Toulouse, chamada de política de *Higiene Mental* toma uma direção de compreender a concepção dos problemas mentais para controlá-los. Baseava-se na “Teoria da Degenerescência de Morel” que postulava uma origem hereditária para a doença mental e influenciada por alguns determinantes: origem tóxica, infecciosa ou nervosa, paixões, dores, emoções, desordem social e guerras. Dentro de um processo positivista e organodinâmico,

²⁵ Do original – “Dans le même temps, le médecin hygieniste se fait “médecin sociologue”, expert dans l’art d’observer, de corriger et d’améliorer la santé de la population, selon une visée qui, à la veille de la Seconde Guerre mondiale, se veut de plus en plus rationnelle et planificatrice.” (BILLIARD, 2001, p. 24).

defendia que a doença mental era concebida como uma doença igual a todas as outras. Assim, o projeto de Toulouse foi a criação da *Liga de Higiene Mental* em 1922, que tinha como objetivos – estudar e propor medidas de favorecimento da profilaxia das doenças mentais, melhorar as condições de tratamento e desenvolver a higiene mental em termos individuais, profissionais e sociais. Por outro lado, desenvolver a pesquisa científica que permitisse o (re)conhecimento do funcionamento de qualquer alteração cerebral.

Em 1921, cria-se o primeiro dispensário de profilaxia mental (um serviço aberto) em resposta aos objetivos propostos. Assim, estavam lançadas as bases de criação da “*Psiquiatria de Setor francesa*” que abordaremos em breve (COUPECHOUX, 2006). Na verdade, o ideal democrata, republicano, positivista e evolucionista de Toulouse somente contribui para o desenvolvimento do projeto de fazer progredir a Psiquiatria como “uma verdadeira ciência objetiva” dentro do campo das ciências médicas. Cria-se a *Medicina Mental* (BILLIARD, 2001) vinculada aos estudos de psicopatologia que só podia fornecer dados descritivos sem real valor explicativo. Privilegiava-se a anatomia patológica e o desenvolvimento de pesquisas, visando esclarecer a origem (orgânica) de todo tipo de doença, inclusive mental. As alterações funcionais do cérebro tornaram o campo de investigação da Psiquiatria.

Neste sentido, a Psiquiatria poderia ser definida: **a medicina mais geral tendo por objetivo o estudo dos desvios de todo tipo de comportamento mental e do comportamento social.** Assim, em todo lugar onde há um problema do comportamento é legítimo que a Psiquiatria intervenha. (BILLIARD, 2001, p. 28-29, destaques nossos).²⁶

O percurso de Edouard Toulouse, além de paradoxal, não só projetou futuras polêmicas para os referidos colóquios internacionais sobre a origem da doença mental do período pós-guerras, como se mostra um campo de controvérsias e convergências atuais no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental no mundo, inclusive da Reforma Psiquiátrica brasileira que abordamos nesta tese. Dizia-se de uma tripla contribuição. A primeira, no campo da internação psiquiátrica e criação do “hospital aberto”. Em segundo plano, propunha-se uma política de prevenção da doença mental. Por último, com relação à origem da doença mental, defendia-se uma dupla concepção – a organodinâmica e a sociogênese dos problemas mentais. Concepções que fizeram parte do campo epistemológico da *Psicopatologia do Trabalho* dos anos 50 e 60 na França, constituindo “a espinha dorsal da

²⁶ Do original – “En se sens, la psychiatrie pourrait être définie: la médecine la plus générale ayant pour but l’étude des déviations de tout le comportement mental et du comportement sociale. Ainsi, partout où il y a trouble du comportement il est légitime que la psychiatrie intervienne.” (BILLIARD, 2001, p. 28-29).

psiquiatria social na França” e o ponto de partida das Clínicas do Trabalho (BILLIARD, 2001, p. 29).²⁷

Em outras palavras, a *Liga de Higiene Mental*, promoveu uma relação da Psiquiatria de extensão, social, incipiente com serviços de profilaxia mental, ergoterapia, alcoolismo e readaptação profissional dos doentes mentais e das doenças profissionais. Em 1957, ela muda de estatuto e torna-se um órgão de sensibilização e educação sanitária. Em seguida, em 1962, Paul Sivadon assume sua direção até 66, convidando os grupos de profissionais para ações mais amplas e conjuntas. Enfim, por volta deste ano, a Psiquiatria se vê aliada à Psicanálise e ao movimento da Antipsiquiatria inglesa, constituindo o início de criação do setor francês, lançando as bases epistemológicas da Psicodinâmica do Trabalho.

O lema dos médicos era a proteção da saúde dos trabalhadores, prevenindo problemas mentais. Desempenhavam funções bastante técnico-administrativas, a fim de assegurar a saúde no momento de assumir um emprego, acompanhar ambulatorialmente, declarações de acidentes, estudar o ritmo de trabalho e eliminar o risco, etc. Um trabalho prescritivo e normativo, visando adaptar o homem em seu meio (contrário à Ergonomia da atividade) e que, com o passar do tempo, requiritava de tais médicos saberes extras que os mesmos não dispunham, aparentemente. Era necessário estabelecer parcerias, em especial com a especificidade do psiquiatra. Foi assim que os efeitos do trabalho começaram, de fato, a tomar uma perspectiva mais psiquiátrica – aquele especialista que conhece e sabe tratar os sintomas mentais e os doentes mentais. Muitos psiquiatras aderiram a esse processo, refazendo parcerias com serviços hospitalares e extra hospitalares, mas a vertente original das políticas era promover uma higiene mental no trabalho. Quer dizer, o psiquiatra era aquele que completava a Anamnese do médico do trabalho de forma mais específica. Que se preocupava com a história de vida do usuário, que se ocupava dos trabalhadores que manifestavam alguma alteração psicopatológica no trabalho, eram eles que esclareciam aos médicos do trabalho acerca da Psiquiatria Social, seus objetivos, e da Psicopatologia do Trabalho.

Esta é a direção do encontro da Psicologia com o Trabalho – a chamada *Psicologia Aplicada ao Trabalho*. Contrária à performance individual do gesto preconizado por Taylor, as reflexões de Edouard Toulouse conduziram a uma racionalidade no trabalho que consistia em resgatar no trabalhador as suas aptidões, criando condições de adaptação deste à sua tarefa – o campo de nascimento da Ergonomia francesa e toda sua teorização, diferenciando o *trabalho prescrito do trabalho real*.

²⁷ “[...] l’epine dorsale de la psychiatrie sociale en France.” (BILLIARD, 2001, p. 29).

A partir daí o cruzamento da Psicologia com a história do trabalho toma um outro rumo em direção ao materialismo sócio histórico, segundo o médico, filósofo e psicólogo Henri Wallon. Ele sublinhava a importância dos fatores sociais e culturais no desenvolvimento humano. Posicionava-se entre a *Psicologia Genética e a Psicologia Dinâmica*, inspirando-se no materialismo dialético. Inaugura-se, a partir daí uma outra forma de encontro da Psicologia com o Trabalho – um outro ponto de vista preocupado com as condições sociais do trabalho, processos de exclusão e marginalização do homem em seu *métier* profissional. Novas pesquisas reivindicavam a pluridisciplinaridade das relações do homem com o trabalho e consigo mesmo. Um novo conceito de trabalho humano se vê em fase de reconstrução, ou seja:

Ele é ao mesmo tempo uma atividade forçada, uma ação organizada e contínua, um esforço produtor, uma atividade criadora de objetos de valor tendo uma utilidade no grupo, uma conduta cujo motivo pode ser pessoal – ganho, ambição, gosto, prazer, dever -, mas cujo efeito concerne aos outros homens. Não houve um trabalho, e uma moral e uma psicologia do trabalho, mas uma história onde cada momento teve sua própria complexidade psicológica. (MEYERSON *apud* BILLIARD, 2001, p. 41).²⁸

E o que define a atividade, segundo o autor, é o seu conteúdo próprio, “são os esforços do homem criando suas riquezas.” (MEYERSON *apud* BILLIARD, 2001, p. 41).²⁹ Diz do engajamento do homem em seu trabalho, reconfigurando toda a sua complexidade de existência nos ambientes profissionais.

Enfim, apresentamos o caminho que permitiu, no pós-guerra, a movimentação da Psiquiatria em crise para a constituição da *Psiquiatria de Extensão* em direção ao encontro da *Psiquiatria do Trabalho*, segundo Billiard (2002) e, a meu ver, ainda em construção nos tempos atuais. Uma Psiquiatria que intercala a atividade e a subjetividade entre o usuário e o mundo (social, cultural, político, econômico, jurídico, biológico, etc.). Um movimento que implica um retorno à Psiquiatria Social francesa e às práticas, visando não somente cuidar dos doentes mentais, mas ainda prevenir a doença mental nos meios profissionais e pessoais, sensibilizando os profissionais e os coletivos envolvidos na organização do trabalho.

Quer dizer, partindo da clínica hospitalar e das *Terapêuticas Ativas* (que abordaremos com mais detalhes ao relatarmos a experiência francesa de reforma), os referidos psiquiatras

²⁸ Do original – “Il est à la fois une activité forcée, une action organisée et continue, un effort producteur, une activité créatrice d’objets et de valeur ayant une utilité dans une groupe, une conduite dont le motif peut être personnel – gain, ambition, goût, plaisir, devoir -, mais dont l’effet concerne les autres hommes. Il n’y a pas eu un travail, et une morale et une psychologie du travail, mais une histoire où chacun moment a eu sa propre complexité psychologique.” (BILLIARD, 2001, p. 41).

²⁹ Do original – “[...] ce sont les efforts de l’homme créant ces richesses.” (MEYERSON *apud* BILLIARD, 2001, p. 41).

começaram a privilegiar o ponto de vista dos trabalhadores de forma singular e dinâmica. Quer dizer, como sujeitos de suas próprias decisões, a partir de manifestações que conferem à subjetividade, ao conflito e ao inconsciente, um lugar central.

Em evidência, essa postura, inspirada pela clínica psiquiátrica, enriquece debates sobre a “psicogênese” e aportes da fenomenologia e da psicanálise, constitui o tratado de filiação o mais indefectível **com a psicodinâmica do trabalho**. (BILLIARD, 2002, p. 23, destaques nossos).³⁰

Quer dizer, a partir de concepções não menos míopes do trabalho a uma ampliação da lupa de investigação, estudos e análises, cria-se um espaço-tempo de encontro entre a Psicopatologia, uma Psiquiatria aberta, chamada *Psiquiatria de extensão francesa* e o trabalho. O que antes era chamado de *Psicopatologia do Trabalho*, nos anos 80 recebe o nome de *Psicodinâmica do Trabalho* – o ponto e partida para o desenvolvimento das Clínicas do Trabalho, a partir de pressupostos básicos da Ergonomia francesa. Uma *démarche* defendida pelo psiquiatra-psicanalista francês Christophe Dejours.

Apresentaremos na sequência uma síntese da contribuição teórica das Clínicas do Trabalho, visando extrair delas o essencial para abordarmos o nosso objeto de pesquisa - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria* - a partir do conceito genérico de gesto profissional, preparando o gesto profissional em Psiquiatria.

3.1.1 A Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica foi a primeira das Clínicas do Trabalho a se constituir como resposta ao mundo taylorista do pós-guerra e frente às preocupações do engajamento desses psiquiatras reformistas. Ela se preocupa com a subjetividade, o trabalho e a ação, porém, conferindo uma primazia ao primeiro na composição de sua psicodinâmica. Há uma crítica no meio acadêmico de que seu objeto central de estudos não seja o trabalho em si - assim como o fez a Ergologia, a Clínica da Atividade e a Psicossociologia do Trabalho -, mas a subjetividade requerida na atividade. Segundo meu ponto de vista, nenhuma dessas clínicas negligenciam a subjetividade, mas também não a focam da maneira psicanalítica como o fez Christophe Dejours (2009; 2015).

Ao fazer essa passagem, a Psicodinâmica desenvolve todo o seu percurso, estabelecendo uma parceria com a Psiquiatria, a Ergonomia e a Psicanálise, sendo o sujeito, a

³⁰ Do original – “À l’évidence, cette posture, inspirée par la clinique psychiatrique, enrichie des débats sur la “psychogénèse” et des apports de la phénoménologie et de la psychanalyse, constitue de trait de filiation le plus indéfectible avec la psychodynamique du travail.” (BILLIARD, 2002, p. 23).

saúde e o trabalho, elementos constituintes e importantes. A intenção é compreender a relação que se estabelece entre a atividade e os conflitos decorrentes da inter-relação entre a organização do trabalho, a subjetividade e os conflitos desejantes e inconscientes do sujeito. Entre outras palavras,

A psicodinâmica do trabalho é de início uma disciplina clínica que se apoia sobre a aplicação e o conhecimento de relações entre trabalho e saúde mental. É uma disciplina teórica que se esforça por inscrever os resultados da investigação clínica da relação do trabalho em uma teoria do sujeito que leva em conta ao mesmo tempo a psicanálise e a teoria social. (DEJOURS, 2009, p. 19, destaques nossos).³¹

Assim, ela apresenta seu conceito de trabalho na confluência entre os aspectos intrapsíquicos, corporais, sociais e clínicos:

[...] o trabalho é o que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a situações, é o poder de sentir, de pensar e de intervir, etc... é um certo modo de engajamento da personalidade para enfrentar a tarefa enquadrada de exigências (materiais e sociais)... é que, mesmo se o trabalho for bem concebido, mesmo se a organização do trabalho for rigorosa, mesmo se as regras e os procedimentos forem claros, é impossível de atingir a qualidade se respeitarmos escrupulosamente as prescrições. (DEJOURS, 2009, p. 20, destaques nossos).³²

A Psicodinâmica parte da distância ergonômica entre o *trabalho prescrito e o real*, a realidade concreta da situação, que ela chama de *trabalho efetivo*, entre a tarefa e a atividade. E o trabalho visa habitar esta distância que não pode nunca ser prevista nas situações de trabalho. Este caminho a percorrer deve ser sempre inventado ou descoberto por cada um que trabalha. Assim, “o trabalho se define como o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são assinados; ou ainda o que se deve acrescentar de si mesmo para encarar o que não funciona [...]” (DEJOURS, 2009, p. 21).³³

³¹ Do original – “La psychodynamique du travail est d’abord une discipline clinique qui s’appuie sur la description et la connaissance des rapports entre travail et santé mentale. C’est ensuite une discipline théorique qui s’efforce d’inscrire les résultats de l’investigation clinique du rapport du travail dans une théorie du sujet, qui tient compte à la fois de la psychanalyse et de la théorie sociale.” (DEJOURS, 2009, p. 19).

³² Do original – “[...] le travail est ce qu’implique, du point de vue humain, le fait de travailler: des gestes, des savoirs-faire, un engagement du corps, la mobilisation de l’intelligence, la capacité de réfléchir, d’interpréter et de réagir à des situations, c’est le pouvoir de sentir, de penser et d’intervenir, etc... c’est un certain mode d’engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée des contraintes (matérielles et sociales)... c’est que, même si le travail est bien conçu, même si l’organisation du travail est regoureuse, même si les consignes et les procédures sont claires, il est impossible d’atteindre la qualité si l’on respecte scrupuleusement les prescriptions.” (DEJOURS, 2009, p. 20).

³³ Do original - “le travail se définit-il comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés; ou encore ce qu’il doit ajouter de soi-même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas [...]” (DEJOURS, 2009, p. 21).

O encontro com o real se faz sempre sob a forma de fracasso que se expressa por sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, à falha do domínio da prescrição. Um encontro que gera no sujeito a cólera, a impotência, a irritação, a decepção e o desencorajamento, etc. Uma surpresa e um sofrimento desagradável, mobilizando afetos que, na verdade, são primeiro, afetos de si consigo mesmo. “Assim é na relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo faz simultaneamente a experiência do mundo e de si mesmo.” (DEJOURS, 2009, p. 21).³⁴ Por outro lado, o trabalho não se reduz somente a uma experiência patológica decorrente do sofrimento do encontro com o real como ponto de partida. Este sofrimento funciona também como uma proteção da subjetividade que busca um meio de agir sobre o mundo para transformar esse mesmo sofrimento em novas possibilidades de trabalhar. Quer dizer, “o sofrimento é ao mesmo tempo impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo.” (DEJOURS, 2009, p. 22).³⁵ O resultado é a transformação da subjetividade por esse mecanismo de encontro constante com o real e que passa pela experiência e inteligência corporal.

Para fazer face ao real, o corpo se apresenta, assim como a personalidade do sujeito. Assim, trabalhar pode ser também passar pela experiência do sofrimento como oportunidade de ultrapassá-la. Uma inteligência que não é dada a priori, mas vivenciada e experienciada no encontro com o real da vida no trabalho. Assim, visando enfrentar essa realidade, define-se dois tipos de corpos. O primeiro, aquele que não se separa da mente e que se traduz como uma inteligência. O ser humano empresta seu corpo para fazer continente ao real, à máquina física e metafórica de trabalho no encontro com a materialidade dos objetos. Ao fazer esta operação, ele se transforma frente à suas próprias habilidades de fazer diferente a mesma coisa. E isso, “Os Gregos, do lado deles, tinham também uma concepção dessa inteligência do corpo no que eles designavam sob o nome de *métis*, inteligência astuciosa.” (DEJOURS, 2009, p. 25).³⁶ Uma espécie de inteligência corporal curva, inventiva, sem uma lógica evidente, caracterizada por proporcionar maneiras diferentes e criativas de fazer a mesma coisa.

Já o segundo corpo, aquele que se apresenta no/ao mundo. Não é o corpo biológico, mas o corpo que, efetivamente, se engaja no encontro com o outro social e cultural. O corpo que se constrói na transição entre o biológico, a materialidade e a subjetividade da vida. Esse

³⁴ Do original - “Ainsi est-ce dans un rapport primordial de souffrance dans le travail que le corps fait simultanément l’expérience du monde et de soi-même.” (DEJOURS, 2009, p. 21).

³⁵ Do original - “la souffrance est-elle à la fois impression subjective du monde et origine du mouvement de conquête du monde.” (DEJOURS, 2009, p. 22).

³⁶ Do original - “Les Grecs, de leur côté, avaient aussi une conception de cette intelligence du corps dans ce qu’ils désignaient sous le nom de *métis*, l’intelligence rusée.” (DEJOURS, 2009, p. 25).

processo recebe o nome de *corpropriação* - uma transformação do primeiro corpo em um segundo (afetivamente engajado) por gestos, mímicas, expressões físicas e emocionais que compõem o repertório da técnica corporal de Marcel Mauss (BERT, 2012). Uma apropriação do mundo pelo corpo, reivindicando a subjetividade na atividade, agir sobre o mundo, a fim de que o real do mundo faça diferença nas ações humanas. É um corpo que também se constitui subjetivamente e que a psicanálise nomeia de *corpo erógeno* - que não nos é dado no nascimento, mas numa conquista produzida na relação do adulto com a criança, nos cuidados com o corpo do outro e que passa pelo amor, erotismo, afetos, renúncia e alteridade.

A clínica da Psicodinâmica do Trabalho aborda esse corpo da experiência no encontro do mais íntimo de si em relação ao outro, onde a subjetividade tem um lugar central no real do trabalho. Um movimento que exige do trabalhador aceitar ser habitado pela sua própria forma de trabalhar em relação ao outro. Trabalhar é desnudar-se na medida da experimentação de traumas familiares, infantis, que mobilizam a construção da personalidade humana.

Um assunto que nos remete a outro de grande importância na Psicodinâmica – o que significa ser inteligente no trabalho? O que é o coletivo de trabalho? Perguntas também essenciais em nosso processo de pesquisa. Sabemos que o essencial do trabalho não se mostra visível espontaneamente, há sempre uma invisibilidade que se encontra no funcionamento das relações de trabalho consigo mesmo e com o outro. Mostrar essa invisibilidade é um exercício de inteligência corporal e que movimenta os dois corpos acima descritos. De outra forma:

Ser inteligente no trabalho, é sempre tomar a distância com relação aos procedimentos e às prescrições. Trabalhar bem implica fazer infrações às recomendações, às regras, aos procedimentos, aos códigos, ao caderno de cobranças, à organização prescrita. Ora, nas numerosas situações de trabalho, o controle e a vigilância dos gestos, movimentos, modos operatórios e procedimentos são rigorosos, senão severos. (DEJOURS, 2009, p. 28, destaques nossos).³⁷

Segundo Dejours (2009), a prática dessa inteligência requer a subjetividade no sentido da teoria psicanalítica do sujeito em Freud. Mas, para a Psicanálise, o que está no centro da subjetividade não é o trabalho, mas sim a sexualidade, e isso marca uma grande diferença da Psicodinâmica com as outras clínicas. O trabalho é um encontro com a subjetividade que se transforma em sendo praticada no dia-a-dia. Produzir é transformar-se e, em último caso, uma ocasião de oferta de subjetividade que passa pela relação entre o sofrimento e o encontro com

³⁷ Do original – “Être intelligent dans le travail, c’est toujours prendre l’écart par rapport aux procédures et aux prescriptions. Bien travailler implique de faire des infractions aux recommandations, aux règlements, aux procédures, aux codes, au cahier des charges, à l’organisation prescrite. Or, dans de nombreuses situations de travail, le contrôle et la surveillance des gestes, mouvements, modes opératoires et procédures sont rigoureux, sinon sévères.” (DEJOURS, 2009, p. 28).

o real. Na teoria psicanalítica, o mesmo desenvolvimento passa antes pelas pulsões e seus destinos.

A Psicodinâmica visa estabelecer uma relação entre, de um lado, o sofrimento e a pulsão, de outro, o real do mundo e o inconsciente. E o caminho por ela realizado passa pela compreensão e transposição da subjetividade entre a experiência singular e coletiva, onde se mobilizam os saberes da inteligência subjetiva e da inteligência no plural, coletiva. Este é o grande desafio e a principal contribuição da mesma, pois o trabalho não é somente uma atividade, mas também uma relação social. Trabalhar é praticar a inteligência corporal, é enfrentar o obstáculo que existe na confluência entre a invisibilidade e a visibilidade. Em outro sentido, é fracassar, descobrir, *bricoler* - “quebrar o galho”:

Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e com regras, atravessado pela luta pela dominação. Trabalhar, é também fazer a experiência da resistência do mundo social e mais precisamente de relações sociais, a despeito da inteligência e da subjetividade. (DEJOURS, 2009, p. 32)³⁸

A visibilidade do trabalho aparece no momento de transposição da invisibilidade, um movimento que exige a inteligência no trabalho para se ultrapassar os obstáculos que se apresentam. Para tal, é necessário que o sujeito saiba como o seu colega trabalha, como o outro transgride as situações normativas cotidianas para se explicar e fazer aparecer sua experiência. Compartilhamos com o outro na medida em que sua maneira de fazer também se mostra visível e não transparente em si. Requer um esforço de tradução de maneiras de fazer e da inteligência do outro. Porém, os movimentos dos trabalhadores no real não são exatamente estes. Há uma prevalência de esconderijos reais e simbólicos. Quer dizer, dividir opiniões no trabalho exige confianças recíprocas que não se constroem facilmente e nem se limitam em seguir uma só maneira de fazer.

E é assim que ela lança mão da *coordenação* e da *cooperação* como elementos constitutivos do trabalho coletivo. Para que o trabalho funcione, é necessário ajustar as prescrições e colocá-las a serviço da organização do *trabalho efetivo*. Assim, a *coordenação* representa as prescrições e a *cooperação*, os trabalhadores e suas opiniões, uma interpretação comum. Um modo operatório e catalisador da inteligência.

Entre os dois, há uma série de iniciativas complexas. Ao trabalhar, o ser humano busca palavras para se explicar, justificar, defender, argumentar seu ponto de vista para encontrar

³⁸ Do original – “Travailler, c’est engager sa subjectivité dans un monde hiérarchisé, ordonné et contraint, traversé par la lutte pour la domination. Travailler, est aussi faire l’expérience de la résistance du monde social et plus précisément des rapports sociaux, au déploiement de l’intelligence et de la subjectivité.” (DEJOURS, 2009, p. 32).

um consenso possível, alguns acordos normativos que, quando debatidos em coletivo, tornam-se *regras de trabalho*. Ao longo do processo de trabalho, estas se articulam e vão se estabilizando frente às maneiras individuais, coletivas e diferentes de fazer e se constituindo enquanto *regras do métier*. Uma movimentação onde cada um, individualmente, se engaja, apresentando o testemunho de sua experiência, tentando colocar em visibilidade as inteligências individuais e coletivas utilizadas frente à invisibilidade do fazer diferente a mesma coisa. Trata-se de dizer a experiência e fazê-la compreensível frente ao grupo. No debate, escolhe-se maneiras de dizer, fazendo *arbitragens* entre uma coisa e outra e que requer renúncias pulsionais importantes na economia psíquica do sujeito trabalhador. Um sujeito que escolhe a si mesmo e, na sequência, apresenta-se ao coletivo, correndo todos os riscos possíveis no percurso do erro, do equívoco, inclusive da exposição de si. As novas regras do *métier* têm uma dupla vetorização - visando à eficácia e à qualidade, de um lado, e de outro, o objetivo social. Este é o ponto inicial da criação de um coletivo que também é um coletivo de normas possíveis e compartilhadas.

A *cooperação* é sempre um exercício de compromisso técnico e social e explica que trabalhar nunca é somente uma produção, mas também um viver e fazer juntos. No trabalho coletivo, a tarefa mais difícil é fazer dialogar ideias opostas, criar momentos e ocasiões de palavra, de trocas entre as partes envolvidas, de produzir juntos regras comuns – um processo que recebe o nome de *atividade deontológica*. Esta torna possível e compreensível o *trabalho real*, criando coletivos e recompondo aqueles fragmentados e promovendo a transformação do *métier*. A exigência desse processo é aceitar os riscos no engajamento coletivo (atividade deontológica) e a autolimitação da subjetividade como constituintes das inteligências envolvidas, além de saber administrá-las no *trabalho efetivo*.

Falamos de uma *mobilização subjetiva*, singular e ação individual e coletiva. São ações que levam em conta o destino da subjetividade no *trabalho efetivo*. Não se dá tudo de si no trabalho. Espera-se que o trabalhador consiga se conter em sua vontade de pronunciar em prol do outro. Para que o outro se pronuncie, no coletivo, alguém precisa se abster da palavra, contendo sua inteligência, ou aguardando uma oportunidade da fala. Uma situação evidente em nossas análises da reunião de equipe. Dizemos de uma renúncia e sacrifício da satisfação pulsional para o encontro social. E isso exige um trabalho de si consigo mesmo, visando um exercício de se conter para o surgimento e seguimento da palavra no outro. Esta renúncia é a pré-condição da *sublimação* de si consigo mesmo e de si com o outro no processo de *cooperação*.

Por isso, a Psicodinâmica compreende o trabalho, a subjetividade e a ação como elementos em constante renovação nas cidades e que o trabalho para ser coletivo, há que se debater as diferenças e controvérsias e aliá-las às inteligências singulares, a fim de que elas se inscrevam na dinâmica coletiva comum. Um processo duplo de gestão de diferenças. Uma gestão no nível individual – de um lado, a distância entre o prescrito e o efetivo, de outro, a tarefa e a atividade. No nível coletivo, a prescrição se concretiza sob a forma de *cooperação* de individualidades que se distanciam da *coordenação*. Assim, o trabalho coletivo requer a *cooperação* com os seguintes elementos constituintes: a visibilidade, a confiança, a arbitragem, a controvérsia e a *deliberação*.

Para a realização de todo esse processo, a Psicodinâmica reserva o princípio da *deliberação coletiva* (uma atividade deontológica) como um espaço essencial nas dinâmicas coletivas de trabalho, de discussão e de acordos, de incertezas, de ambivalências, estruturado a partir de um apelo à palavra além de si, de produção e prática de subjetividades, de confrontação, onde se fazem presentes as arbitragens de diversas ordens, visando à criação de acordos normativos comuns entre os membros do coletivo.

É a experiência do real, mediatizada pelo trabalho, é de início uma experiência do corpo antes de simbolizada e transmissível. Ou, para dizer de outra forma, a inteligência do trabalho é frequentemente antes de sua elaboração, é precisamente de tratar com cuidado as condições propícias a uma palavra incerta, a uma palavra que se procura ou que procura traduzir uma experiência [...] (DEJOURS, 2009, p. 179).³⁹

Momento destinado à circulação da palavra, mas onde nem todos se pronunciam por medo da exposição de si, das pessoas descobrirem sua forma de transgredir a normatividade. Não se trata de um testemunho de subjetividades, mas de ações que visam recriar momentos coletivos de trabalho. Falar de sua maneira de trabalhar de forma que o outro compreenda, sair da queixa da fazeção para entrar na cadeia significante do como e por que fazer. Defender uma maneira de fazer frente aos outros requer palavras inventadas e criação de neologismos se necessário for.

Segundo Dejours (2009, p. 179), “O espaço de deliberação repousa sobre o princípio consistindo a utilizar tão rigorosamente possível o poder que a linguagem tem de catalisar a

³⁹ Do original – “C’est l’expérience du réel, médiatisée par le travail, est d’abord une expérience du corps avant que d’être symbolisée et transmissible. Ou, pour le dire autrement, l’intelligence du travail est suivant en avance sur son élaboration, c’est précisément de ménager des conditions propices à une parole incertaine, à une parole inachevée, à une parole qui se cherche ou qui cherche à traduire une expérience [...]” (DEJOURS, 2009, p. 179).

perlaboração”.⁴⁰ A *perlaboração* como uma prática de inteligência corporal, de transformação da experiência vivida em simbolizações transmissíveis. Ao falar ao outro, eu faço esforço de me fazer entender, um endereçamento, de se explicar e, na sequência, explicar ao outro o seu fazer, como se realizou aquela ação, aquele ato. Perlaborar significa elaborar e simbolizar o encontro com o real, se dizer frente ao outro, que requer afetos e gestos diferenciados (DEJOURS, 2009). Em outras palavras, trata-se de valer da inteligência corporal para sair do simbolismo deste mesmo corpo para praticar a clínica no real. Em outro sentido: “a palavra é aqui convocada não somente para dizer da experiência e da opinião, mas para fazer surgir a inteligibilidade o que não é ainda totalmente consciente naquela mesma que se implica, portanto na deliberação coletiva.” (DEJOURS, 2009, p. 179).⁴¹

Quando diversos acordos normativos se fazem presentes e se articulam entre si, formam-se *regras de trabalho* e, na sequência da estabilização das mesmas, *regras de métier*. De outra forma, um espaço-tempo formal e informal onde a principal atividade é a criação dessas regras, visando à criação de novas, manutenção e transmissão dessa renovação na história do *métier*. Lugar de formulação e defesa de pontos de vistas com bases técnicas, científicas, mas também de testemunhar, de opinar, de justificar, de argumentar, de decidir, segundo valores, confiança, lealdade, respeito e disciplina. Em outro sentido mais amplo, este espaço caracteriza o *espaço público*, político por excelência. Um momento de negociação de possíveis entre o singular, o coletivo, o social e o cultural. No sentido da tese, *o processo de engendramento do gesto profissional* exige, no sentido da Psicodinâmica, a presença de um espaço de *deliberação coletiva* funcionando e atuante, onde as ações e os atos recebem um tratamento individual e coletivo, sendo não somente reconhecido pelo coletivo da equipe, mas transmissível no horizonte do desenvolvimento psicológico do sujeito, da formação profissional e da evolução do *métier*.

⁴⁰ Do original – “L’espace de délibération repose sur le principe consistant à utiliser aussi rigoureusement que possible le pouvoir qu’a le langage de catalyser la perlaboration.” (DEJOURS, 2009, p. 179).

⁴¹ Do original – “La parole est ici convoquée non seulement pour dire l’expérience et l’opinion, mais pour faire advenir à l’intelligibilité ce qui n’est pas encore totalement conscient chez celui-la même qui s’implique pourtant dans la délibération collective.” (DEJOURS, 2009, p. 179).

3.1.2 A Psicossociologia do Trabalho

Inicialmente, faremos uma abordagem aos princípios básicos da Psicossociologia, localizando nela recursos e fundamentos constituintes da Psicossociologia do Trabalho. A intenção é extrair dessa discussão, ferramentas de apoio para o debate que realizaremos acerca do gesto profissional e da singularização da informação no campo da Psiquiatria.

Desde seu nascimento nos anos 1930 na França, a Psicossociologia busca abrir caminhos de investigação da ação de forma contextualizada, promovendo articulação entre o campo social, as condutas humanas e a vida psíquica (LHUILIER, 2014b). Trata-se de um campo disciplinar plural e dinâmico que tem sofrido grandes transformações desde a sua origem em termos de concepções teóricas, elucidação de seu objeto, reivindicando análises diversificadas e multidisciplinares. Neste sentido, podemos inferir de antemão que a Psicossociologia se volta para processos complexos de pesquisa e intervenção. Inicialmente, interessava a ela, as condutas concretas dos sujeitos envolvidos em pequenos grupos, organizações, instituições e comunidades e que foram se afirmando no meio acadêmico (CARRETEIRO; BARROS, 2011). Fato este que foi se ampliando na medida da evolução da complexidade das demandas em curso e da complexidade dos meios de intervenção.

Historicamente, em termos epistemológicos, ao se aproximar dos processos de pesquisa, a Psicossociologia reivindica a clínica de forma ampliada e essencial em suas intervenções e análises das situações. Parte do princípio que a produção de saberes não acontece de forma rígida e tradicional. Assim, não desvincula os saberes “profanos”, da experiência, daqueles acadêmicos. Abre-se espaços para a valorização do saber-fazer individual e coletivo de pesquisadores e sujeitos de pesquisa que, apesar de ocuparem estatutos diferentes, agem em mesmo nível de importância e valorização de produção de saberes, fazeres e valores envolvidos. Voltando-se para a prática de pesquisa clínica, preocupa-se com os conflitos e a humanização das relações individuais e sociais.

Em suas dinâmicas, a Psicossociologia não apresenta um único objeto definido e delimitado.

Trabalha com as demandas que lhe são endereçadas, buscando transformações sociais, priorizando a relação entre indivíduo e sociedade e convoca desse modo a conexão entre diversas disciplinas. **Considera que todo objeto de trabalho (estudo, pesquisa/e ou intervenção) é dinâmico e multifacetado, ou seja, não é estático e uno.** Ele é sempre tributário dos atores envolvidos, do campo pulsional, dos grupos, das instituições, do momento sociohistórico, das condições políticas, entre outras tantas. (CARRETEIRO; BARROS, 2011, p. 209, destaques nossos).

Para corroborar a sua complexidade, ela reivindica a implicação do pesquisador com seu objeto de pesquisa e as consequências da mesma na sua economia psíquica e nas situações analisadas. Ou seja, o que estão em jogo são o desejo de saber e a impossibilidade de tudo saber sobre o objeto e a escolha do rumo a tomar no processo. Interessa à clínica psicossociológica, abordar a imprevisibilidade do encontro do indivíduo com sua singularidade na relação com o outro, visando trocas que não passam pelos estados ou relações de causalidade, mas sim por processos individuais e coletivos de representações conscientes e inconscientes das condutas humanas. Tradicionalmente, trata-se de uma postura de pesquisador-clínico que não somente intervém, como também se deixa intervir pelo outro e pelo encontro com os objetos de estudos situados num determinado contexto e *métier*. Nesta operação, há algo que sempre escapa e que se encontra na identidade histórica dos sujeitos envolvidos. Os pesquisadores e pesquisandos vão se desvelando sujeitos ativos no percurso, assumindo e problematizando as tomadas de decisões teórico-metodológicas e práticas, bem como as consequências do caminho debatido e escolhido.

Assim, prevalece a produção de sentidos e ações que demandam uma ampliação do espectro disciplinar disponível. Neste sentido, procura-se localizar os objetos de estudos, analisá-los com parcimônia e promover intervenções nas interfaces disciplinares, considerando que este objeto, ao apresentar sua inscrição no mundo, atende a uma demanda, um desejo de transformação das situações concretas de existência. E isso requer um vaivém entre o campo de pesquisa e os possíveis *saberes constituídos*. Para se realizar tal operação, as partes envolvidas debatem controvérsias e convergências, a partir de projetos, das crises que surgirem, dos planejamentos, das estratégias de intervenção e posicionamentos clínicos, bem como reestruturações diversas no percurso das intervenções. Preocupa-se com a ação do homem, sua atividade em situação específica, sem cair em reducionismos nem objetivantes, nem subjetivantes de análises. Ao se preocupar com a relação entre o indivíduo e a sociedade, a Psicossociologia ocupa uma posição marginal no campo do conhecimento, mas também de *inventividade e criatividade*, de saídas plurais para questões complexas nas situações.

A Psicossociologia volta-se para pesquisas e intervenções (também no sentido de pesquisa-ação), investigando ações materiais e concretas em um determinado contexto e comunidade. Por não se dispor de um objeto único e definido, ela acolhe as variadas demandas, articulando-as sempre em nível interdisciplinar: individual e coletivo, os afetos e a instituição, o saber e o poder, o psíquico e o social, o particular e o geral. Busca-se estabelecer conexões com diversas áreas do conhecimento, determinantes da complexidade de seu objeto

plurideterminado e multifacetado de pesquisas e intervenções contextualizadas (ARAÚJO; CARRETEIRO, 2001; LHUILIER, 2011).

Ao longo das intervenções, ela constrói um saber/fazer que considera os aspectos singulares e psicológicos dos indivíduos, as variabilidades das situações analisadas e questões mais gerais, sociais e culturais possíveis. Em síntese:

Ela postula que toda situação é singular, pois é única, mas paralelamente ela é perpassada por aspectos transversais, comuns a tantas outras situações. **O desafio do profissional é manter uma dupla atenção ao singular e ao contexto mais amplo, e propiciar que todos os envolvidos possam ampliar suas lentes, levando à produção de novos sentidos, conceituações e ações.** (CARRETEIRO 2011, p. 210, destaques nossos).

Depois de toda essa discussão, percebe-se que a Psicossociologia não acordou ao trabalho um lugar central em sua construção teórica. Porém, antevemos que, ao apresentar seus princípios básicos, constata-se que essa temática se faz presente, mas sem a devida atenção, concretude, realidade e materialidade que as análises das situações de trabalho demandam. Quando o objeto da Psicossociologia é o trabalho, a situação se amplia em debates pluridisciplinares que apresentamos em sínteses.

Este é o cenário do surgimento da Psicossociologia do trabalho, inclusive protagonizada por Dominique Lhuilier no CNAM (Conservatoire National d'Art et Métier/Paris), partindo de um posicionamento crítico às transformações do mundo laboral, englobando paradoxos e contradições acerca do “fim do trabalho”, das crises daí decorrentes, bem como da “centralidade” do mesmo na (des)estruturação do ser humano. Esse debate mobiliza representações de nós mesmos, de nossas capacidades, competências e singularidades, e do mundo de forma mais genérica. Convém, então, interrogar qual seria a concepção de trabalho construída nesta nova abordagem? Podemos inferir que a resposta parte de um caráter heterodeterminado em vários níveis, ou seja:

Nossa concepção do trabalho está fundada em uma questão mais vasta: a da ação do homem sobre seu ambiente, ação que põe em jogo suas razões e até suas possibilidades de existir. O trabalho *stricto sensu* não pode ser separado das demais atividades humanas, individuais, coletivas ou cívicas. Em outras palavras, tudo o que leva a desarticular o trabalho dessas atividades contribui para sua desumanização. (LHUILIER, 2014b, p. 6, destaques nossos).

Compreende-se que a Psicossociologia do trabalho não pode ser uma Psicossociologia aplicada às cenas do trabalho, uma vez que neste caso, este somente seria mais um elemento da vida social. Ela requer uma retomada dos aspectos básicos da Psicossociologia em termos teórico-metodológicos e acrescenta um debate em torno dos conceitos de atividade, ação e

práxis. Neste sentido, podemos dizer que “Para proceder a tal reavaliação, ela não precisa romper com seus antecedentes, mas deve revisitá-los, a fim de poder desenvolvê-los. Isso leva a operar escolhas teóricas e conceituais, sempre colocadas à prova pela clínica” (LHUILIER, 2014b, p. 6). São questões que reforçam um lugar de importância para a clínica psicossociológica nesta estruturação do trabalho. A investigação e a ação associadas ao campo social, às condutas humanas e às vivências psíquicas.

Em termos gerais, apresentamos alguns desses fundamentos, porém sem a pretensão de esgotá-los, argumentando como e por que o trabalho é fundamental na construção do sujeito e das unidades sociais, reivindicando algumas conexões conceituais e deixando em aberto alguns desafios para futuras inter-relações teórico-práticas. Dizemos de um retorno aos aspectos essenciais como aqueles das relações entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social, singular e o geral, porém aplicados à luz do olhar sobre o trabalho. Argumentamos no sentido de que:

Seus objetos privilegiados são os sistemas mediadores entre o indivíduo e a sociedade: essencialmente o grupo, a organização e a instituição. E numerosos trabalhos contemporâneos sobre os coletivos de trabalho, sobre os processos organizacionais, sobre as formas de institucionalização do trabalho, sobre a intervenção em meios de trabalho, ganham em se referir a esses antecedentes. (LHUILIER, 2013, p. 12, destaques nossos).⁴²

Dizemos da emergência de inovações tecnológicas, da globalização, da competitividade e das novas formas de organização na gestão de empresas. Por um lado, exige-se uma eficácia máxima e uma obediência servil ao gestor, flexibilidade e rapidez na realização das tarefas, nas tomadas de decisões, veiculando a seguinte ideia: “Deve-se ser o mais eficaz possível em um tempo cada vez maior” (CARRETEIRO; BARROS, 2011, p. 212). Por outro lado, demanda-se dos profissionais competências e capacidades de ressignificação, *renormalização* das decisões gerenciais, reclamando novas competências, *criatividade* e inovação do/no agir. Compreendemos que isso não está dado, mas sim construído individual e coletivamente. E o contexto do trabalho em saúde não é nada diferente, inclusive no campo dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental no Brasil.

Neste sentido, o trabalho passa a ser um princípio concreto de ordenação da vida, permitindo um sentido de união, uma espécie de “operador simbólico” devido à produção

⁴² Do original – “Ses objets privilégiés sont les systèmes médiateurs entre l’individu et la société: essentiellement le groupe, l’organisation et l’institution. Et nombre de travaux contemporains sur les collectifs de travail, sur les procès organisationnels, sur les formes d’institutionnalisation du travail, sur l’intervention dans les milieux de travail, gagneraient à se référer à ces antécédents.” (LHUILIER, 2013, p. 12).

social de sentido, de organização das pulsões e da subjetividade (CARRETEIRO; BARROS, 2011). Ao encontrar o mundo laboral, podemos dizer que a Psicossociologia do trabalho ressignifica princípios psicossociológicos, reivindicando um lugar especial dentro das Clínicas do Trabalho. Este encontro amplia e implica na articulação de um quadro teórico e metodológico amplos, visando abordar o trabalho e a atividade de forma concreta e contextualizada.

A Psicossociologia do trabalho compreende que trabalhar não significa apenas realizar uma tarefa, respeitar uma prescrição ou se dedicar a uma atividade, antes o estabelecimento de relações afetivas, de cooperação e de trocas em vários níveis. Neste sistema, os trabalhadores ocupam posições diferentes na divisão de tarefas, colocando em jogo as capacidades e o comportamento de cada um num jogo de relações e contradições ora visíveis, ora inaparentes. Assim, trabalhar é a possibilidade de colocar de si, fazer *uso de si* por si e pelos outros (SCHWARTZ, 2000), mas também sair de si, visando à construção de uma obra.

Entendido no sentido genérico, trabalhar é estabelecer uma conexão com a natureza, alterando-a e provocando uma autotransformação humana. A exemplo da Ergologia, considera e valoriza de forma clínica a experiência dos trabalhadores, ou seja, os *saberes investidos* têm um lugar central no *trabalho real* e, para a produção de saberes de tipo novo no campo do conhecimento humano, requer um diálogo com os *saberes constituídos* nas situações de trabalho (CUNHA, 2013). A Psicossociologia do trabalho considera, então, esse duplo registro no conceito de atividade, a singularidade das ações e os sujeitos envolvidos com seus saberes, mas acrescenta a particularidade do contexto organizacional. Sua concepção de atividade humana é fundada no contexto que transforma seu protagonista e seu próprio mundo.

Neste sentido, o trabalho sempre é orientado simultaneamente pela conduta do sujeito e seus próprios motivos, pelo segmento da realidade a ser transformada e pelas atividades e expectativas dos outros, sejam eles prescritores, coautores, ou usuários – clientes do trabalho realizado. **Mas temos de ir além disso e reconhecer que o conceito de trabalho humano tal como definido aqui, não pode ser desarticulado da concepção daquilo que funda as unidades sociais (ou seja, as exigências da ação) e nem daquilo que funda a subjetivação (entendida como desenvolvimento da vida psíquica).** (LHUILIER, 2014b, p. 11, destaques nossos).

As atividades humanas são produções complexas de si mesmo e do mundo através da ação individual e coletiva, contextualizada, visando à transformação de realidades no mundo do trabalho. Além de considerar o trabalho como uma atividade humana e possível de humanização, estabelece um espaço-tempo para o mesmo, cujo objeto se situa na

representação da inter-relação objetiva e subjetiva, individual e coletiva. E essa representação reivindica a interpretação e o debate entre este objeto e a expressividade do sujeito. Situação esta que reclama uma ordem simbólica para os processos de trabalho. De outra forma, a experiência profissional exige limites para o *trabalho prescrito* e engenhosidade no *trabalho real*. Isso amplia a função do trabalho para um nível macro, maior do que o espaço micro de *debates de normas*. Quer dizer, referimos não só à função psicológica, mas também social e operadora de simbologias indispensáveis para a separação do si de si mesmo e promover outros encontros e engajamentos coletivos, onde o si também se mostra presente (LHUILIER, 2002a).

Ao englobar a ação do homem sobre seu próprio ambiente, considera toda a pluralidade de pontos de vistas inter-relacionais já descritos. Trata-se de má contribuição para se estudar as condutas do homem em situação de trabalho, onde a atividade é valorizada em seus aspectos mais amplos possíveis: individual, coletivo, social, cultural, cívico, ético, etc. Enfim, em associação com o trabalho, temos a impressão de que a Psicossociologia refaz seu sentido de existência, mediante a consideração do homem como um sujeito plural. Portanto, essa inter-relação reafirma a existência de uma clínica do sujeito social no e a partir do *trabalho real*.

A Psicossociologia do trabalho considera o trabalho como uma atividade humana, e isso significa buscar a humanização das relações individuais e coletivas. Para tanto, requer um olhar diferenciado e plural para o conceito de atividade, além de somente relocalizá-la na interseção entre o *trabalho prescrito e o real*. Não se reconhece uma atividade deslocada e desviada da prática e promove um diálogo mais estreito com a dimensão social e cultural. Instaura uma relação diferente, pois lá onde procuramos o conceito de atividade, encontramos o trabalho em sua magnitude ontológica e antropológica. Para isso, além de relocalizá-la na interseção entre *trabalho prescrito e real*:

[...] ela não pode ser somente uma atividade imediata, solitária, respondendo exclusivamente a uma visão de satisfação de desejos individuais. O trabalho é realizado com os outros, para os outros, ele é subordinado a um objetivo coletivo, organizado, coordenado, canalizado, gerado... Assim, o trabalho implica sempre uma confrontação ao real psíquico, ao real das relações sociais... A confrontação ao real não é diretamente dada, mas passa pela mediação de uma ação sobre o real, ação que permite a experiência daquilo que no real faz resistência... a atividade coloca em prova representações socialmente construídas propondo uma definição de tarefas a realizar, definição visando orientá-las e renormalizá-las... O trabalho é bem uma cena onde se jogam simultaneamente e

dialeticamente sua relação a si, sua relação ao outro e sua relação ao real. (LHUILIER, 2002a, p. 34, destaques nossos).⁴³

Segundo Lhuilier (2008; 2010a), trabalhar é um verbo plural que exige um diálogo consigo mesmo e parcerias com o outro, trocas de visões de mundo, divisões de postos e posturas nos processos de trabalho. Parte do entendimento do trabalho com relação a si próprio (à subjetividade do trabalhador) e à ação compreendida como *práxis*, inclusive social. Referimo-nos à capacidade de ação, ao *poder de agir* de cada trabalhador no exercício de sua atividade que requer um endereçamento, primeiro consigo mesmo, em seguida, ao outro, contrapondo a solidão do fazer à ação coletiva da/na atividade.

Se trabalho e ação continuam sendo conceitos distintos, eles não são, apesar de tudo, dissociáveis. Trabalhar não é somente se livrar de uma atividade. É também estabelecer relações com os outros, se engajar em formas de cooperação e de troca, se inscrever numa repartição de lugares e de tarefas, confrontar os pontos de vista e as práticas, experimentar e dar visibilidade às capacidades e aos recursos de cada um, transmitir saberes e saber-fazer, validar as contribuições singulares.... É, enfim, ser capaz de cunhar seu ambiente e o curso das coisas. (LHUILIER, 2008, p. 98, destaques nossos)⁴⁴

Frente a todo esse debate, a Psicossociologia do trabalho convida os multissaberes para analisar a situação, visando abordar as “transformações sociais” e os “remanejamentos psíquicos”, avançando na proposição do campo pulsional e dos aspectos libidinais na economia psíquica dos trabalhadores. A intenção é mudar o curso das situações concretas de trabalho e das análises em questão. Interessa à Psicossociologia do trabalho, os vínculos sociais, as diferenças de classes, as instituições, as vulnerabilidades sociais, a marginalidade, a delinquência, o *trabalho sujo (sale boulot)* e marginal, etc. (CARRETEIRO; BARROS, 2011).

⁴³ Do original – “[...] elle ne peut être seulement une activité immédiate, solitaire, répondant exclusivement à une visée de satisfaction de désirs individuels. Le travail est réalisé avec d’autres, pour d’autres, il est subordonné à un but collectif, organisé, cordonné, canalisé, géré... Ainsi, le travail implique toujours une confrontation au réel physique, au réel des rapports sociaux. La confrontation au réel n’est pas directement donnée mais passe par la médiation d’une action sur le réel, action qui permet l’expérience de ce qui dans le réel fait résistance... l’activité est une mise à l’épreuve des représentations socialement construites proposant une définition des tâches à réaliser, définition visant à les orienter et à les normaliser... Le travail est bien la scène où se jouent simultanément et dialitiquement leur apport à soi, leur apport à autrui et leur apport au réel.” (LHUILIER, 2002a, p. 34).

⁴⁴ Tradução nossa do original: “Si travail et action restent des concepts distincts, ils ne sont pas por autant dissociables. Travailler, ce n’est pas seulement se livrer à une activité. C’est aussi établir des relations avec les autres, s’engager dans des formes de coopération et d’échange, s’inscrire dans une répartition des places et des tâches, confronter les points de vue et les pratiques, expérimenter et donner de la visibilité aux capacités et ressources de chacun, transmettre savoir et savoir-faire, valider les contributions singulières... C’est, enfin, être en mesure de marquer de son empreinte son environnement et le cours des choses.” (LHUILIER, 2008, p. 98).

Um outro aspecto clínico importante é a busca por sentido do/no trabalho, quer dizer, por que e para que trabalhamos? São questões que nos remetem também ao trabalho de cultural (LHUILIER, 2014b). Um trabalho co-construído entre investimentos, sentidos e desejos (in)conscientes. Se compreendemos o trabalho como uma instituição, abrimos as portas para seu entendimento como um processo cultural, ou seja, o trabalho não é somente uma atividade, mas uma instituição, reivindicando um retrabalho sobre o próprio conceito de trabalho.

Uma instituição com dupla funcionalidade, social e psíquica. **A instituição do trabalho é uma formação da sociedade e da cultura...** Orienta as práticas, na medida em que é o código de referência em que se elabora o sentido da práxis. Neste caso, consideramos que a práxis é estruturada pela instituição. (LHUILIER, 2014b, p. 14, destaques nossos).

E neste sentido, faz parte dessa instituição-trabalho, os aspectos instituídos e instituintes, a partir do questionamentos acerca do desejo, das regras e *cultura de métier* (OSTY, 2010), muitas vezes contraditórias e sempre submetidas à prova da práxis que têm o novo como seu objeto constituinte. Nesse sentido, ocupa-se de um olhar clínico também plural para circunscrever possibilidades de ações, atos e gestos profissionais em determinado meio. Melhor dizendo, um ambiente de trabalho, com suas regras construídas por aqueles que trabalham, mas também histórica e socialmente determinadas. O autor nos apresenta este conceito, primeiro, a partir de três dinâmicas sociais maiores. A primeira, a noção de competências dos trabalhadores em detrimento dos processos de qualificação estipulados por empresas. E isso requer uma mobilização e construção de saberes práticos para o enfrentamento das incertezas no percurso da produção. Em segundo lugar, a experiência subjetiva do/no trabalho, ou seja, mecanismos afetivos, cognitivos e coletivos na constituição da identidade do trabalhador. Em última instância, a experiência coletiva na produção de regras operatórias de produção e de viver junto, o bem comum, o patrimônio e a herança construídos ao longo da história. Em outras palavras:

A cultura do métier, como toda cultura, coloca em jogo um sistema de normas, de valores e de representações que forja a identidade coletiva e assegura a integração social. Emanação de uma comunidade, a cultura só assegura sua perenidade através do estabelecimento de mecanismos de socialização, quer dizer, de instâncias orientadas em direção à transmissão de princípios culturais. Os métiers... se caracterizam pela importância acordada à formação, como modo de integração de saberes práticos, mas também como vetor do mundo cultural subjacente. (OSTY, 2010, p. 99, destaques nossos).⁴⁵

⁴⁵ Do original: “La culture de métier, comme toute culture, met en jeu un système de normes, de valeurs et de représentations qui forge l’identité collective et assure l’intégration sociale. Emanation d’une communauté,

As normas são construções sociais “que podem estar ao serviço de diversas finalidades: enquadrar, guiar, regular as atividades; mas também racionalização, pacto denegativo.” (LHUILIER, 2013, p. 26).⁴⁶ De outra forma, aquilo que faz valor ao sujeito em sua atividade não se situa na simples satisfação, nem na conformidade,

Mas sim sua ligação a controvérsias axiológicas, algo que vai além de cada um dos segmentos da divisão técnica, social, moral e psicológica do trabalho. **Essas controvérsias axiológicas trans-atividades, trans-profissões, trans-organizações, contribuem para o trabalho de cultura, um trabalho de civilização do real e de humanização.** Ele se inscreve cada um em um conjunto trans-histórico: o da civilização a ser preservada e desenvolvida (LHUILIER, 2014b, p. 17, destaques nossos).

E isso demanda um esforço, uma negociação de papéis e uma conversa com a coletividade. Há sempre um endereçamento a fazer ao seu semelhante na atividade e ao social. Um trabalho em duplo sentido, um ir e vir entre elementos cognitivos e constitutivos se se deseja que determinado *projeto-ação* seja efetivado em atos, visando à *renormalização* e transformação em gestos do *métier*. Um convite ao parceiro da ação em visitar na penumbra da atividade, a obscuridade da finalidade da vida social. Isso requer, segundo meu ponto de vista, um olhar psicossociológico ampliado ao trabalho, visando desvendar essa obscuridade, dos enigmas dos *usos de si* na realização e proposição de atos industriais de sentidos e que, no primeiro momento da/na atividade, parecem inapropriados, bizarros, descontextualizados, pois se constroem na fronteira do impossível, da insuportabilidade e da transgressão. Ou seja:

Uma atividade cujo sujeito se sente responsável, que ele assume em acordo com seus valores. Ela não revela somente por uma escolha pessoal. **Ela resulta de um trabalho individual e coletivo de renormalização.** (LHUILIER, 2013, p. 18, destaques nossos).⁴⁷

Essas duas noções de trabalho como instituição e *cultura de métier* nos remetem à compreensão também da existência nos *métiers* de trabalhadores instituídos e instituintes. E isso faz grande conexão com os argumentos que reivindicamos nesta tese de construção de

la culture n'assure sa pérennité qu'à travers l'établissement de mécanismes de socialisation, c'est-à-dire d'instances orientées vers la transmission des principes culturels. Les métiers... se caractérisant par l'importance accordée à la formation, comme mode d'intégration des savoirs et savoirs pratiques mais aussi comme vecteur du modèle culturel sous-jacent.” (OSTY, 2010, p. 99).

⁴⁶ Do original – “qui peuvent être au service de plusieurs finalités: cadrer, guider, réguler les activités; mais aussi rationalisation, pacte dénégatif.” (LHUILIER, 2013, p. 26).

⁴⁷ Do original – “Une activité dont le sujet se sent responsable, qu'il assume en accord avec ses valeurs. Elle ne relève pas seulement d'un choix personnel. Elle résulte donc d'un travail individuel et collectif de renormalisation.” (LHUILIER, 2013, p. 18).

formas instituintes, novas de sentidos, de abordar as situações insuportáveis e os casos impossíveis no campo da Saúde Mental e da Psiquiatria.

Em termos culturais, dizemos de algo que se traduz no campo dos valores, da vida, dos contextos socioculturais, dos investimentos afetivos, das funções sociais das instituições, das regras e normas que mudam de uma cultura para outra. Aquilo que confere valor ao trabalho não se encontra ancorado somente nos desejos pessoais, nem no respeito aos aspectos genéricos da profissão, mas naquilo que ultrapassa as profissões, conforme já anunciamos.

Como se percebe, a questão da ação é o ponto de partida em termos metodológicos da Psicossociologia do trabalho, ou seja, prima-se pela entrada nas situações de trabalho e proposições de possíveis intervenções pela atividade. Requer, então, um papel de mediação entre a vida psíquica, o social, o coletivo e a instituição. Enfim, um argumento sociocultural e que se inscreve nas análises do *trabalho real* e também nas interfaces dos saberes e conceitos, nas parcerias e nas inter-relações objetivas e subjetivas entre os envolvidos.

3.1.2.1 Filiações e recursos importantes para o trabalho

Em termos específicos, ampliamos a lupa de investigação e intervenção nas situações de trabalho, apresentando alguns outros aspectos das filiações e conexões da Psicossociologia do trabalho (LHUILIER, 2011, 2014b). Em termos de síntese, ela se baseia em argumentos teórico-metodológicos e práticos provenientes da própria Psicossociologia, mas também da Psicossociologia Social Clínica, da Psicologia, da Psicopatologia, da Sociologia do trabalho e da Ergonomia da atividade. Também, inter-relaciona-se com a Psicanálise, a Sociopsicanálise e a Antropologia. Um diálogo complexo que fundamenta as bases da Psicossociologia do trabalho no campo das Clínica do Trabalho e que não se esgota nesta tese. O Objetivo é alargar o espaço-tempo de análise e intervenção nas situações reais, as maneiras como os sujeitos se apresentam no trabalho em seus aspectos concretos e subjetivos.

Podemos dizer que as bases da Psicologia Clínica se apresentam em todo esse projeto de relação disciplinar, buscando integrar singularidade com sociedade. Neste processo, a lógica é não desmembrar o psiquismo, a atenção focada no sujeito, do social, mas também privilegiar a relação com o outro, os afetos da/na relação pesquisador-pesquisando, a mudança de posição e o lugar do sujeito frente à divisão social e moral do trabalho e aos seus próprios sintomas. Trata-se de trabalhar a autonomia do sujeito na ação e construção de um saber-fazer que requer o olhar do outro e um trabalho bastante elaborado entre pares.

A Psicossociologia do trabalho apresenta um posicionamento crítico com respeito ao tecnicismo veiculado pela Psicologia do trabalho em suas diferentes vertentes: a psicologia da indústria, a psicotécnica, a psicologia empresarial, a psicologia cognitiva do trabalho, a psicologia ergonômica e a psicologia do trabalho e das organizações (LHUILIER, 2014b).

No caso da Psicologia Social Clínica, debruça-se sobre o estudo do indivíduo inserido em situações sociais reais, uma herança da própria Psicologia Social. Trata-se de uma investigação de processos individuais e coletivos que se associam às dinâmicas do inconsciente e da libido presentes nas relações sociais. Aborda-se o social não como determinação e imposição de um sobre o outro, mas num diálogo entre aquilo que já se mostra dado e as dinâmicas coletivas de construção desse mesmo social. Interessa-se, então, pela inter-relação entre o social e as estruturas psíquicas. Para isso, conta com a contribuição da pluridisciplinaridade, incluindo os princípios da Psicologia, da Psicanálise e das ciências sociais (BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ, LÉVY, 2013).

Entre as várias heranças teóricas específicas desse processo interdisciplinar, reivindicamos a compreensão marxista do trabalho, da práxis como trabalho humano, a partir de uma concepção dialética, o trabalho não é somente um ato criador, mas também um instrumento de alienação humana, ou seja, de humanização e assujeitamento do indivíduo.

Em termos da obra de Freud (1996a), mesmo que ele não tenha abordado o trabalho como questão central em sua obra, confere ao mesmo um lugar importante na economia psíquica do sujeito, considerando as dinâmicas e os conflitos intra e intersíquicos, (in)conscientes, a sublimação, o recalque, a subjetividade e o social. Freud nos ajuda entender que a maioria dos homens trabalha sob pressão da necessidade e, desta relação tensa com o trabalho, nascem problemas maiores e sociais. Não nos resta dúvidas que muitos conceitos psicanalíticos nos ajudam melhor compreender as relações do homem com e no trabalho. A Psicodinâmica do trabalho, segundo Christophe Dejours é um bom exemplo.

No sentido da Psicossociologia do trabalho, amplia-se também a influência da Psicanálise na relação entre a subjetividade e o trabalhar, ressignificando os conflitos intrapsíquicos e das forças pulsionais envolvidas na situação. Quer dizer, a vida psíquica se amplia pela dimensão de um corpo que se apresenta no social. É dentro desta contexto que ela amplia seu espectro psicanalítico através das obras de Kaes (2013) e Anzieu (1995).

Esta tese reclama o corpo na atividade de trabalho de várias maneiras, inclusive na proposição de um gesto profissional espontâneo contra aquele taylorizado, padronizado, prescrito. Um gesto livre, debatido em múltiplas dimensões é diferente de um gesto esvaziado de sentido, de transformação de si, do outro e de uma situação de trabalho. Um corpo em

movimento mobiliza o psiquismo dentro de um contexto social, ou seja, o sujeito psicológico é também um sujeito social. E Freud não nega essa premissa, mas também não a desenvolve ao nível que propõe a Psicossociologia do trabalho. Quer dizer, a vida psíquica individual recebe influências do outro. É o olhar do outro que nos constitui sujeitos singulares. E este outro como recurso terapêutico, segundo Lhuilier (2014b), remete-nos aos aspectos interpessoais, coletivos, da cooperação e da resistência às imposições do trabalho, aos obstáculos impressos pelo *trabalho real*, bem como aos recursos transindividuais e simbólicos entre os laços sociais e psíquicos, conforme abordamos. Isso demanda uma série de aspectos, dos quais a Psicossociologia do trabalho argumenta sobre o “ideal do eu”. Uma espécie de modelo para a convivência com o outro. Ou seja, o ideal do eu “como um modelo para o eu que serve de referência, notadamente, para que o sujeito aprecie suas realizações. O ideal do eu é a voz da prescrição” (LHUILIER, 2014 b, p. 12). Este “ideal do eu” diz o que fazer para que o trabalhador se conforme com o modelo. Este ideal reúne a família, uma classe social, mas também uma profissão, um coletivo de trabalho, mobilizando valores sociais da ação, influenciando sobremaneira o processo de engendramento de gestos profissionais.

Atenção especial ao trabalho de Marcel Mauss, em sua tradição antropológica do corpo, conforme apresentamos entre as várias dimensões do gesto profissional: a técnica e o próprio corpo. Bert (2012) nos explica o percurso do autor desde as técnicas e tecnologias do corpo, visando compreender formas individuais de incorporação da cultura aos processos de ser e trabalhar em diversos níveis. Lhuilier (2014b) amplia esse debate na interseção *dom-contradom* como outro modelo de construção do laço social. Trabalhar como espaço-tempo de criação de sociabilidades tem uma inscrição entre o dar e o receber. Trata-se de um conflito não somente sobre o dar e não dar de si, mas o que dar e como dar. Diz-se de um caráter fundamental e social de troca no trabalho e que demanda a solidariedade, inclusive o pagamento de uma dívida real, simbólica e metafórica do sujeito consigo mesmo e com o outro.

Em termos da Psicopatologia do Trabalho, a Psicossociologia do trabalho incorpora as reflexões de Sivadon e Le Guillant (BILLIARD, 2001; CLOT, 2002), cujos aportes teóricos apresentaremos com maiores detalhes em breve, porém toma partido da posição psicossociológico-clínica de Veil (2012). Claude Veil (1920-1999), psiquiatra e médico do trabalho francês, militante da luta contra o asilo, contra a psiquiatrização do social e em defesa da saúde dos trabalhadores. Em seu percurso, nunca se mostrou dogmático e reduzido a uma única disciplina ou a um determinado meio de trabalho. Ele se interessa tanto pelos processos de adaptação do homem no trabalho, quanto do tratamento dos “desadaptados” – o

louco, por exemplo. Interessa-se também pela atividade criativa e formas de sublimação humana pelo fazer ativo.

De outra forma, toma em sua reflexão os dois fios representados pelo sujeito e suas margens de tolerância de uma parte, orientação ao mesmo tempo fenomenológica e psicanalítica o inscreve na psicologia clínica mais do que na psiquiatria. Suas investigações portam não sobre a patologia, mas sobre suas fronteiras. (LHUILIER, 2008, p. 43).⁴⁸

Segundo Lhuilier (2008), Claude Veil negava a nosografia psiquiátrica, interessando-se pela experiência do sujeito, em especial aqueles desajustados dos processos de trabalho. Seu trabalho era mais focado na interpretação da norma e sua imperfeição desvelada pelos mecanismos de desadaptação social. Entre os posicionamentos psicogênicos e sociogênicos dos problemas mentais, o autor inclui um terceiro elemento pelo viés da Psicossociologia do trabalho, ou seja, a história do sujeito em relação às normas de trabalho de determinado meio. Uma maneira de levar em conta as dinâmicas individuais e a inscrição social de forma contextualizada e normativa. Uma perspectiva de tratar o problema para além da (des)adaptação do sujeito ao trabalho e que se articula com o conceito de saúde e doença segundo Canguilhem (1995; 2005), além do posicionamento de Tosquelles (2012), visando resgatar a atividade do sujeito em seu processo de tratamento da/na instituição. Para o autor, “não se deve confundir o conceito de atividade com a simples prestação de movimentos.” (TOSQUELLES, 2012, p. 47).⁴⁹

A Psicossociologia do trabalho considera também as contribuições de Mendel (1998) que, através da Sociopsicanálise à Psicossociologia do trabalho, apresenta-nos o conceito de *acte, actepouvoir* e a construção de um dispositivo institucional de análise do trabalho. Inter-relação esta que nos aponta um caminho do desenvolvimento de um *projeto-ação* em atos, contribuindo para o esclarecimento do conceito de gesto profissional que apresentaremos. Uma conexão importante e que faz, inicialmente, parceria com os sentidos da ação que esta tese reivindica.

A ação no sentido geral, significa tomar uma iniciativa, empreender, por em movimento. Jamais é possível conceber a ação na solidão: estar isolado, é estar privado da capacidade de agir. Agir juntos permite ter acesso a um papel social, de se liberar de sua história pessoal para assumir atividades que religam cada um aos

⁴⁸ Do original – “Par contre, tien dans sa réflexion les deux fils représentés par le sujet et ses marges de tolérance d’une part, orientation à la fois phénoménologique et psychanalytique l’inscrit dans la psychologie clinique plus que dans la psychiatrie. Ses investigations portent non pas sur la pathologie mais sur ses frontières.” (LHUILIER, 2008, p. 43).

⁴⁹ Do original – “[...] il ne faut confondre le concept d’activité avec simples prestation de mouvements [...]” (TOSQUELLES, 2012, p. 47).

outros e que dizem respeito ao mundo comum. (LHUILIER, 2008, p. 98, destaques nossos).⁵⁰

A ação supõe uma inscrição em um mundo social de possíveis, e a vida psíquica é duplamente estruturada por uma política de engajamento corporal e social, assegurando ao sujeito social, o lugar de protagonismo do trabalho. Assim, a atividade adquire um caráter não só de movimentação física, espontânea ou dirigida, mas psicossomática, psicológica, cognitiva, econômica e financeira, (re)estabelecendo a identidade e os sentimentos humanos, em especial a emoção e a afetividade.

Em termos práticos, é na atividade que o homem desvela seus traumas no encontro consigo mesmo, com o outro, mediante as exigências das organizações de trabalho. O exercício do pensar e do agir como possibilidade de transformação das realidades de trabalho vai ao encontro da problemática saúde-trabalho. Acontecimentos de impedimento e/ou de contrariedade da atividade remetem ao desencadeamento de passagens ao ato graves, somatizações diferenciadas, bem como estratégias de regulação das mesmas, resgatando e redefinindo a identidade e o potencial de saúde/adoecimento do trabalhador.

A identidade seria então a representação que o eu faz de si mesmo... o sujeito só pode se construir estando no social... **um sujeito dotado de um corpo, dimensão vital da realidade humana**, dado global pré-sexual e irreduzível, um corpo sobre o qual se estabelecem as funções psíquicas. Um corpo bio-psico-social que é a primeira inscrição da identidade. (LHUILIER, 2002a, p. 37, destaques nossos).⁵¹

É assim que chegamos a dois aspectos importantes das relações de trabalho – a humanização e a subjetivação como elementos do trabalho como experiência cultural. A primeira que nos remete aos limites possíveis e impossíveis impostos pelo encontro com obstáculos do real e do viver e fazer juntos. Neste sentido, humanizar o trabalho implica uma tentativa de “civilizar do real” e lidar com os recursos simbólicos de cada um. A subjetivação nos remete à criatividade e à sublimação como elementos constituintes dos processos de trabalho (LHUILIER, 2014b). Trabalhar significa também criar um estado de relação, uma invenção para o enfrentamento de situações-limite.

⁵⁰ Do original - “l’action au sens general, signifie prendre une initiative, entreprendre, mettre en mouvement. Elle n’est jamais possible dans la solitude: être isolé, c’est être privé de la capacite d’agir. Agir ensemble permet d’accéder à un rôle social, de se dégager de son histoire personnelle pour assurer des activités qui rattachent chacun aux autres et qui concernent le monde comun.” (LHUILIER, 2008, p. 98).

⁵¹ Do original – “L’identité serait alors la représentation que le Je se fait de lui... Le sujet ne peut se construire qu’en s’étayant sur le social... un sujet doté d’un corps, dimension vitale de la réalité humaine, donnée globale présexuelle et irréductible, un corps sur lequel s’étayent les fonctions psychiques. Un corps bio-psycho-social qui est la première inscription de l’identité.”(LHUILIER, 2002a, p. 37).

Trata-se de um assunto atual no campo da Psicossociologia do trabalho - a criatividade (LHUILIER, 2014a; LHUILIER; ULMANN, 2015). Lhuilier (2014b) nos remete aos trabalhos de Winnicott (1975) acerca da problemática do dar-criar, além dos processos transicionais. Trabalhar é se servir daquilo que foi construído pelas *normas antecedentes* e, ao mesmo tempo, lidar com os imprevistos, os obstáculos, apresentando maneiras diferentes de fazer a mesma coisa. Em outro sentido, reinventar e transgredir na transição do encontro dessas *normas antecedentes* com o *trabalho real* para superar aquilo que está dado como sem solução.

A criatividade dá ao indivíduo o sentimento que a vida vale ser vivida, então, enquanto que sua ausência o fecha em uma relação de complacência submissa em direção à realidade exterior: o mundo, nosso ambiente, sendo então isso que se faz necessário ajustar e se adaptar. **A criatividade, tal como nós a entendemos, não é redutível à criação conseguida e reconhecida. Trata-se de uma criatividade cotidiana**, aquela que é testemunha de uma boa saúde, enquanto que a submissão ou a vida não criativa pode ser vista como uma doença. (LHUILIER, 2014a, p. 613, destaques nossos).⁵²

O viver criativo não está dado, ele é construído no dia-a-dia e pode encontrar impedimentos importantes, caracterizando o sofrimento psíquico em dupla perspectiva. A primeira delas, as exigências únicas e prescritivas do fazer, desvelando falhas no processo de respeito e segurança ao trabalhador. A segunda, a própria História de Vida do sujeito e a compulsão à repetição do mesmo vivido anteriormente. Não podemos nos esquecer do mecanismo de simbolização como forma de ressignificar e reintroduzir a criatividade de forma mais visível na atividade humana, restabelecendo laços entre Saúde Mental e Trabalho. Um trabalho de saúde que visa instigar a plasticidade criadora de margens de individualização e que se inscreve em atividades coletivas e no coletivo de atividades. Como se a simbolização sustentasse a criatividade, instigando a intelectualidade e o desejo humano. Tratam-se de mecanismos que reivindicam a experiência cultural de cada um, que facilitam a transmissão de saberes em equipe, que revificam projetos futuros, reconfigurando e contribuindo para a ampliação do conceito teórico e prático de gesto profissional que esta tese espreita em direção ao enfrentamento do real, dos casos impossíveis e daquilo que está dado e estabilizado em Psiquiatria.

⁵² Do original – “La créativité donne à l’individu le sentiment que la vie vaut d’être vécue alors que son absence l’enferme dans une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure: le monde, notre environnement, étant alors ce à quoi il faut s’ajuster et s’adapter. La créativité, telle que nous l’entendons, n’est pas réductible à la création réussie et reconnue. Il s’agit plutôt d’une créativité quotidien, celle qui est témoin d’une bonne santé, alors que la soumission ou la vie non créative peut être vue comme une maladie.” (LHUILIER, 2014a, p. 613).

Dentre os vários conceitos mobilizados nesta construção da Psicossociologia do trabalho, apresentamos aqueles de *Moi-peau* (ANZIEU, 1995) de herança da Psicanálise, o *sale boulot* (LHUILIER, 2002a) e as História de Vida de origem da Escola de Chicago, visando ampliar o olhar clínico ao trabalho e contribuindo para uma melhor configuração do processo de engendramento do gesto profissional genérico e em Psiquiatria que construímos e analisamos na tese.

3.1.2.1.1 O *Moi-peau*, a interdição do toque e os envelopes corporais

Dentro dos princípios da Psicanálise, apresentamos o conceito de *Moi-peau* cunhado por Anzieu (1995) e ressignificado por Lhuilier (2008) dentro da Psicossociologia do Trabalho e que será retomado ao longo da tese no processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Um conceito que permite melhor apreender uma realidade clínica complexa.

Inter-relacionamos os significantes acima anunciados a partir do corpo dos trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central estudado, visando estabelecer a relação de acontecimentos históricos de vida, formas de trabalhar na constituição de um *Moi-peau* (pessoal e profissional) no percurso da construção histórica de gestos profissionais.

Refere-se a uma formulação metafórica e característica de um modo de pensar psicanalítico. Uma segunda pele, uma carapaça, uma metáfora que refaz a constituição do Eu psíquico com e a partir da superfície corporal. Ou seja, uma representação primária do *Moi* (Eu) estabelecida a partir de uma sensoriedade tátil. Uma transposição de sentidos que se estabelece em cima de três funções básicas essenciais – a de *contenção*; de *limite* entre o dentro e o fora, que constitui uma barreira contra estímulos externos; e a *organização*, comunicação e trocas com o ambiente. Uma abertura de diálogos entre o corpo, o psíquico e o outro (social ou cultural), restituindo processos clínicos, e que passam pelos interditos do toque e outras possibilidades (LHUILIER, 2008).

A concepção de *Moi-peau* (ANZIEU, 1995) e suas reflexões psicológico-psicanalíticas constituem um convite para o usuário dizer em associação livre, a partir de seu corpo, além de anunciar a teoria da dupla proibição do toque, do contato corporal como condição fundamental da estruturação do funcionamento psíquico e suporte clínico pelo viés da Psicanálise. A primeira proibição diz respeito a duas pulsões de autoconservação fundamentais da infância – aquela de não tocar objetos inanimados para não quebrá-los; e a outra de não tocar de forma excessiva o corpo alheio (uma forma de se proteger da

agressividade do outro). Em termos metafóricos, não coloquemos a mão em situação e lugares onde não chamados e podemos sustentar as consequências, nem medir o risco de nossa integridade física e moral. A segunda, a proibição edípica que somente acontece como condição de existência da primeira, defendendo-nos do incesto e do parricídio. Caso contrário, não só acontece uma desordem sexual, mas também social. Assim, podemos dizer que “A proibição do toque só favorece a reestruturação do Eu se o *Moi-peau* for suficientemente adquirido; e este último subsiste após a reestruturação, em pano de fundo, do funcionamento do pensamento.” (ANZIEU, 1995, p. 175).⁵³

O conceito de *Moi-peau* opera numa tripla derivação constitucional. A primeira, mais criativa e original, a função metafórica, de tomar o eu como metáfora da pele. A segunda, a função metonímica, onde o Eu e a pele se constituem mutuamente como todo e partes. A terceira, a função de eclipse, um traço de união entre o Eu e a pele, entre o Eu e a mãe, na intenção de compreender que, original e inicialmente dizendo, tendem a constituir uma única pele que, no horizonte do desenvolvimento do indivíduo, requer a separação constitucional de cada um.

O *Moi-peau* como metáfora tende a ganhar grande força de expressão na medida em que se apoia sobre uma série de constituições do Eu. Assim, podemos dizer que esta tríade remonta um processo criativo do ser Eu, dentro de um rigor de pensar. Criação, originalidade e invenção em processo de análise. Metáfora no sentido de promover uma relação com o (des)conhecido, liberdade de pensar e associar pensamentos, bem como da constituição da superfície corporal, a pele, o Eu e o pensamento em movimento.

Explicando melhor, o *Moi-peau* requer uma cobertura, uma proteção, um continente – um envelope criado como resposta ao real e à angústia do corpo-a-corpo e as técnicas de defesa individual e coletiva pela integridade do Eu. Envolve um modo de pensar psicanalítico onde as distorções do Eu se fazem pela falta de limites que faz emergir as pulsões. Assim, o envelope psíquico deixa de ser somente um para se tornar vários, de acordo com as funções do *Moi-peau* – de proteção, de defesa individual e coletiva, de juntar partes, consolidar, de consistência, de continência, de constância, de significação, de concordância, de individuação, de (des)sexualização e de emergência de um espaço-tempo entre o corpo e o psíquico. Um conceito que remonta a ideia de continente guardando conteúdos importantes psíquicos e corporais. Pelo envelope se descrevem topologias e dimensões gestuais muito mais do que um tipo específico de agir no mundo.

⁵³ Do original – “L’interdit du toucher ne favorise la restructuration du Moi que si le *Moi-peau* a été suffisamment acquis; et ce dernier subsiste, après la restructuration, en toile de fond, du fonctionnement de la pensée.” (ANZIEU, 1995, p. 175).

Podemos dizer que os envelopes interrogam a natureza das pulsões. Questões problemáticas do Eu e que passam pelas interfaces do dentro com o fora e do modo de pensar a vida, o contexto e as relações de trabalho. Quer dizer, diversos são os envelopes construídos como ofertas de continentes para recobrir um determinado conteúdo psíquico. Permite estudar certas perturbações (neuróticas, psicóticas e perversas), conferindo sentido novo às dificuldades psíquicas encontradas no processo de transferência e contratransferência das relações e que requer um grande trabalho do lado do analista e do usuário. O envelope como barreira do contato, fronteiras do Eu e continente para conteúdos diferenciados de si. Uma forma de embrulhar, envolver o (des)conhecido da relação, onde os significantes conscientes, pré-consciente e inconscientes se movimentam.

Apresentamos esse conceito por considerar que o mesmo nos abre uma luz para melhor compreendermos a dimensão clínica e corporal do gesto profissional. Um corpo em movimento que, a partir dos vários envelopes constituintes, dirige suas pulsões em várias direções psíquicas, sociais, culturais, políticas, etc., encontrando barreiras, transpondo obstáculos e promovendo um espaço-tempo possível de transformações pessoais e profissionais.

Trata-se de um assunto que retomaremos ao abordarmos as dimensões genéricas do gesto profissional e a singularização da informação no campo da Psiquiatria.

3.1.2.1.2 A dimensão Sale Boulot da atividade em reflexões

Dizemos de um conceito oriundo da Escola de Chicago – relacionado ao interacionismo simbólico, que toma a interação como desenvolvimento da ação humana coletiva, a partir da contribuição de cada personagem envolvido. Neste campo, de um lado, a Psicossociologia do trabalho foca o “drama social do trabalho”, especialmente, os processos de divisão moral e psicológica do trabalho. De outro, a produção de normas que regulam o trabalho, as formas de resistência, a construção de profissões, as trajetórias profissionais, as instituições convencionais e aquelas “bastardas” que caracterizam um baixo nível moral e que têm como objeto, o “negativo psicossocial”, aquilo que é rejeitado, nojento, desinvestido de valor, desvalorizado que contamina e acaba ficando nos bastidores (LHUILIER, 2002a, 2009). Aquilo que diz respeito ao dejetivo e à transgressão de determinada ordem social. “É o caso, por exemplo, das profissões que lidam com a morte, a loucura, a violência, a velhice, a marginalidade, a deficiência, etc.” (LHUILIER, 2014b, p. 16). São processos que constroem o

campo do *trabalho sujo*, o *sale boulot*, segundo os estudos de Everette Hughes, ressignificados por Lhuilier (2002a, 2009).

Referimos à imagem social do *métier* e suas incidências sobre a imagem de si, questões que extrapolam a divisão do trabalho para cair no processo de delegação de tarefas, o deslocamento de responsabilidades e de imputações causais, de carga imaginária da atividade, construindo um campo de condições e contradições entre regras profissionais e princípios morais (LHUILIER, 2002a).

Para a Psicossociologia do trabalho, a distância entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* se diferencia de uma forma ampla, inclusive entre o oficial e o clandestino, nas relações sociais de dependência e de controle. As regras veiculam a marca de posições sociais e de trocas simbólicas em termos de relações de poder, por isso, diferencia a organização formal da informal (regras e objetivos formais e informais), etc. Quer dizer, no processo de delegação, essa transgressão do prescrito se faz presente, desvelando a face escondida do trabalho, de imputação da responsabilidade na atribuição e delegação ao outro, ampliando a situação em conflitos e contradições (LHUILIER, 2002a, 2014a, 2014b).

Trata-se daquele trabalho que a sociedade recusa encontrar, com forte tendência a segregá-lo, evitá-lo, marginalizá-lo, o inverso daquilo que é valorizado, que diz de uma ameaça de contaminação pelo que comporta de negativo, de contágio, de sujeira e que nos coloca de frente ao real. Um *trabalho sujo* que se faz na interface entre o nobre e o sujo. Segundo a autora:

[...] se certos *métiers* comportam mais de trabalho que outros (*métiers* de falso prestígio, e mesmo considerados como indignos) **todo trabalho comporta um tanto de trabalho sujo, todos comportam uma parte de “trabalho sujo”, quer dizer de tarefas desvalorizadas ou desagradáveis**”. São aqueles que serão objeto de tentativas de delegação. Delegar um trabalho sujo é uma prática comum. (LHUILIER, 2005, p. 78, destaques nossos).⁵⁴

Quer dizer, não se delega ao outro a parte nobre do ofício, mas sim a parte “suja”, de menos valia, inferior, contaminada ou contaminável, ampliando os conflitos e a hierarquização dos processos de trabalho.

Inserido no mesmo campo do “negativo psicossocial”, encontra-se o trabalho marginal, ou seja, aquele que acontece às margens da sociedade, na periferia, no fora da lei, como por exemplo, o caso da prostituição, do presídio, do mercado negro das drogas, etc.

⁵⁴ Ou seja, “Si certains métiers comportent plus de “sale bulot” que d’autres (métiers de faible prestige, voire considérés comme indignes), tous les métiers comportent une part de “sale bulot”, c’est-à-dire des tâches dévalorisées ou désagréables. Ce sont celles-ci qui seront l’objet de tentatives de délégation. “Déléguer un sale bulot est une pratique commune.” (LHUILIER, 2005, p. 78).

(CARRETEIRO; BARROS, 2011). São questões que também nos fazem compreender a existência de muitos trabalhos sujos neste campo marginal. Quer dizer, o trabalho marginal tende a incorporar o negativo psicossocial ao trabalho realizado por profissionais que se ocupam daquilo que é rejeitado pelo corpo social e pela organização, ocupando as margens da sociedade. Ao se temer o contágio, criam-se “pactos denegativos”, ou seja, convenções sociais como algo tácito, já dado, estabelecido socialmente e que visam depurar, limpar e livrar a sociedade da contaminação (LHUILIER, 2002a, 2009). Uma espécie de pacto social que tende a eufemizar situações concretas de trabalho que vivenciam a exclusão social e cultural.

O caso da loucura, por exemplo, configura-se também como um trabalho no campo do “negativo psicossocial” que opera, a priori, no jogo da distinção do louco do não louco pelo viés moral, social, cultural, médico, espiritual, filosófico, biológico, genético e psicológico. E isso produzindo normas, regras de ofício baseadas na representação social do mesmo como um sujeito violento, sujo, abandonado, morador de rua, usuário de múltiplas drogas. Aquele contaminado e definido mais comumente pela sua periculosidade do que pela sua fragilidade de nexos associativos, por exemplo, passível de “cura” e inserção social. Trata-se de uma incorporação perigosa e estigmatizante da imagem da loucura no imaginário social negativo da sociedade que demanda limpeza dessa condição de loucura.

Quer dizer, se a sociedade produz a loucura, é ela também que define os padrões de inclusão/exclusão social, convocando os diversos saberes, em especial a Psiquiatria para responder por essa “sujeira” social contaminante, fabricando o campo do *sale boulot* em Psiquiatria. Referimos, então, como exemplo, ao trabalho psiquiátrico no campo da relação Psiquiatria-Reforma Psiquiátrica. Um trabalho não somente realizado por psiquiatras, mas, especialmente, no campo da reforma, praticado por equipes multiprofissionais, onde o técnico/auxiliar de enfermagem ocupa um dos lugares mais baixos na escala moral e de valores neste trabalho. Quer dizer, o que, como e por que se delega nesta interseção de saberes sobre o louco? Um assunto que carece de maiores estudos e esclarecimentos.

Se antes, o louco era estigmatizado dentro de grandes hospícios, hoje, com a criação de mecanismos e dispositivos de Reforma Psiquiátrica, o mesmo louco corre o risco de ser estigmatizado dentro de serviços abertos, por exemplo, os CAPS. Dizemos da existência de uma espécie de preconceito velado⁵⁵ no interior desses serviços, não somente no Brasil. Uma

⁵⁵ Uma reflexão bem esclarecida por Coupechoux : “Il y a aujourd’hui urgence, urgence à regarder de nouveau le fou comme un autre soi-même, urgence à considerer qu’il ne nous interroge pas seulement sur sa proper

situação bem elucidada por Coupechoux (2014) ao dizer que a abordagem ao doente mental hoje se resume da seguinte forma: minoração do asilo, tratamento médico e rápido para a crise, tratamento social e acompanhamento da cronicidade – que resulta em abandono, a experiência de rua e a prisão. São questões que produzem uma espécie de não-lugar para esse sujeito louco, ampliando diversos conflitos no processo de trabalho em equipe e aumentando a vulnerabilidade da loucura. Um processo de criação de insuportabilidades de vários níveis e casos impossíveis que desafiam as duas instituições, aberta e fechada, ou seja, o primeiro desconforto de abertura da tese. Trata-se de um assunto complexo e que merece diversos estudos para desvelar melhor tais paradoxos.

Tal conceito nos ajuda construir e esclarecer o terreno do engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria realizado por um técnico de enfermagem, o cazuza, que analisaremos no capítulo 6 da terceira parte da tese. Um gesto engendrado a partir do encontro deste trabalhador com a *Rota*, uma das atividades de trabalho de busca de usuários para a permanência-dia (PD) e evidenciado no GRT – *Groupe de Rencontre de Travail*.

3.1.2.1.3 A história que se precisa contar

Referimos às Histórias de Vida como uma metodologia de pesquisa de origem da Escola de Chicago, ressignificada por Ferrarotti (1990) na Itália. Na França, elas são incorporadas pelo sociólogo Bertaux (2014) e ressignificadas pela Sociologia Clínica (GAULEJAC, 2001; GAULEJAC; LEGRAND, 2010), inclusive segundo os estudos de Vicent de Gaulejac e outros no *Laboratoire de Changement Social à l'Université de Paris VII*.

Sabe-se que a Psicossociologia do trabalho não se apropria dessa metodologia de forma evidente, mas, segundo meu ponto de vista e de alguns pesquisadores e estudiosos do assunto, trata-se de uma conexão profícua, principalmente, quando buscamos compreender os sentidos do trabalho como um projeto clínico dentro dos saberes psicossociológicos. Dizemos de questões como por exemplo – por que e para que trabalhamos e que repercutem na vida cotidiana dos trabalhadores.

Neste sentido a utilização do recolhimento de histórias de vida é bem indicada, sobretudo por constituírem uma modalidade importante de acesso não só a um conhecimento objetivo do trabalho real – as condições materiais e organizacionais -, mas, principalmente, de acesso ao entendimento do que os sujeitos põem deles

condition, mais sur la nôtre. À le maltraiter comme nous le faisons aujourd'hui, c'est nous-même que nous maltraitons, sans le savoir et sans en mesurer la portée." (COUPECHOUX, 2014, p. 19).

mesmos na atividade de trabalho, ao sentido que lhe atribuem e às transformações advindas de suas experiências singulares e sociais. (CARRETEIRO; BARROS, 2011, p. 215).

Esta tese é um bom exemplo desta conexão de forma aplicada ao contexto da loucura, garantindo um espaço de destaque para as Histórias de Vida no contexto das Clínicas do Trabalho e da Psiquiatria, a partir do gesto profissional. Uma articulação que nos permite melhor compreender e delimitar o olhar do outro social e cultural para o sujeito louco, na medida em que convoca e incorpora a *démarche* clínica para uma compreensão mais detalhada do comportamento fenomenológico desse sujeito. Sua historicidade, seus conflitos, suas conexões e desconexões cognitivas, suas resistências, suas posições no mundo, suas entradas em coletivos humanos e as consequências individuais dessa operação. Trata-se de possibilitar e sustentar o autoconhecimento e a modificação do sujeito consigo mesmo, conseqüentemente, com a sociedade. Também, de estabelecer questionamentos acerca do lugar do louco entre as ciências naturais e humanas.

Uma articulação nada simples, mas bastante afim no sentido de recusa de uma Sociologia Clássica, buscando as vertentes de uma “sociologia da experiência, que se associa a uma sociologia do sujeito, cujo objeto é “a capacidade dos atores de constituírem sua experiência, conferindo-lhe uma coerência.” (GAULEJAC, 2001, p. 40). Trata-se de uma posição não muito bem demarcada pela Sociologia Clínica com a Psicossociologia e que reside em “evidenciar os determinismos sociais da história individual, bem como nas *superdeterminações* institucionais das suas práticas.” (GAULEJAC, 2001, p. 46). Conforme apresentamos, se a Psicanálise não negligencia o social, ela também não o incorporou em sua essência como o faz os sociólogos e os psicossociólogos. Quer dizer:

Não se pode responder a essas questões sem se apoiar nas contribuições da psicanálise e sem integrar na análise a dimensão do inconsciente. Não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica. Se o indivíduo é o produto de uma história, esta condensa, de um lado, o conjunto dos fatores sócio-históricos que intervêm no processo de socialização e, de outro, o conjunto de fatores intrapsíquicos que determinam a sua personalidade. (GAULEJAC, 2001, p. 41, destaques nossos).

Para justificar essa inter-relação de saberes que propomos, de um lado, referimos aos aspectos de engajamento e implicação histórica de vida com respeito ao meu percurso familiar na introdução da tese e como trabalhador do CAPS III/CERSAM Betim Central por 17 anos

seguidos e pesquisador-clínico ao mesmo tempo⁵⁶. Por outro lado, os aspectos históricos de vida dos casos impossíveis e insuportáveis estudados nos gestos profissionais em Psiquiatria na pesquisa, inclusive no que diz respeito à ampliação e qualificação da Anamnese em Psiquiatria, vide instrumento ergopsiquiátrico que construímos no anexo F. Uma situação que depende de nossa capacidade de escuta, de valorização da experiência de sofrimento mental, compreendendo, construindo e devolvendo ao usuário seu próprio percurso de vida dentro de seu próprio romance familiar:

Trata-se de analisar as relações entre a história familiar, a trajetória social e os investimentos teóricos dos pesquisadores. **Procuramos, assim, explicar as crenças e os ideais que colocamos em ação**, por intermédio de nossos objetos de estudos e das nossas práticas, e apreender os projetos explícitos e implícitos que aí se inscrevem. (GAULEJAC, 2001, p. 45, destaques nossos).

Para melhor esclarecer esse projeto clínico na tese, apresento mais detalhadamente algumas nuances dessa conexão que considero essencial, a partir dos aspectos saúde/doença e cura evidenciados por Canguilhem.

Considerada como um acontecimento na relação entre o doente e o médico, a cura é, à primeira vista, o que o doente espera do médico, mas nem sempre o que o doente obtém dele. Há, então, uma decalagem entre a esperança fundamentada, no primeiro, sobre a presunção de poder, fruto do saber, que ele empresta ao outro, e a consciência dos limites que o segundo deve reconhecer em sua eficácia. (CANGUILHEM, 2005, p. 49, destaques nossos).

Canguilhem em “*Pedagogia da cura*”, orienta-nos que “o par médico-doente raras vezes foi um par harmonioso, em que cada um dos parceiros pudesse se dizer plenamente satisfeito com o comportamento do outro.” (CANGUILHEM, 2005, p. 11). Tal situação fica mais compreensível ainda ao estudarmos a forma como este médico e filósofo - em 1944, ao se refugiar no Hospital psiquiátrico de Saint-Alban em período de guerra a convite de Tosquelles -, analisou, filosoficamente, o caso de uma paciente (CANGUILHEM, 2015).

A construção teórico-prática e clínica que aqui apresentamos visa ao debate de conflitos de normas, valores e dramas da existência humana e da loucura. Mas, no sentido de que o terapeuta possa apresentar-se e apresentar possibilidades de construir estratégias para que o sujeito-louco se pronuncie acerca de si mesmo. Um ponto de partida para

⁵⁶ Conforme já anunciamos, vale ressaltar que na tese não abordamos diretamente os aspectos históricos de vida dos trabalhadores como elemento constituinte do engendramento do gesto profissional em Psiquiatria, apesar de, ao longo de nossas análises - e segundo meu estilo de renormalizar e construir um espaço-tempo de estilização do gesto singular -, compreendermos a importância dessa abordagem no percurso da produção de gestos profissionais no *trabalho real* e no GRT.

aprofundarmos em nosso objetivo de permitir que o usuário nos diga, ou diga aquilo que precisa dizer e não instigá-lo a dizer aquilo que precisamos saber para categorizar sintomas e compor nossos diagnósticos e estabelecer uma direção de tratamento. A meu ver, uma inversão transgressiva da/na atividade em forma de *catacrese* clínica.

Incluimos a contribuição de Foucault (2008), conforme apresentaremos, não somente com respeito às *normas antecedentes* da loucura, mas também nas diretrizes apontadas e refletidas acerca do *Nascimento da Clínica* e que ampliam a compreensão e composição de gestos profissionais em Psiquiatria. Dizemos da criatividade do agir humano (JOAS, 2008), através da proposição de um *projeto-ação*, mobilizando na penumbra o governo da atividade psiquiátrica em desvendar, distinguir, prever acontecimentos, governar os momentos favoráveis, avaliar as forças da vida e as atividades dos órgãos, decidir-se com segurança, escolher, aproveitar a experiência, perceber, fazer, escrever, dar, combinar, tornar-se, aliviar suas pernas, acalmar, adivinhar, suportar seus caprichos, agir no aqui-agora, considerando o passado e projetando o futuro. São verbetes, a exemplo da *Philosophie du geste* de Guérin (2011), que preparam a atividade psiquiátrica e o terreno para o engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria que apresentaremos.

Em síntese e de forma prática, recuperamos e promovemos uma articulação prática do hibridismo da Psiquiatria, da Psicopatologia de Jaspers e da Reforma Psiquiátrica brasileira, da história da loucura e dos saberes clínicos foucaultianos, incorporando o aporte teórico das Clínicas do Trabalho e da Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida, segundo Barros e Silva (2002b). Uma articulação que dialoga e amplia o conceito de *estilo* apresentado pela Clínica da Atividade, que consideramos importante, porém ainda insuficiente para este projeto clínico.

Para cumprir nosso objetivo de valorizar a voz ao sujeito-louco, próximo de nossa realidade histórica, fazemos alusão ao gesto híbrido profissional em Psiquiatria de Lopes Rodrigues (SILVEIRA, 2013) para dizer que o mesmo apresentou uma movimentação intensa nos mecanismos de síntese do pensamento e na interação como o meio, propondo uma consideração dos fatores psicológicos e históricos pregressos de vida dos usuários. Em outras palavras, “as pesquisas dos fatores psicológicos aos quais se referia Rodrigues implicava-se dar mais atenção à história de vida doente, bem como se interessava pelos efeitos de sua fala.” (SILVEIRA, 2013, p. 38). Porém, compreendemos que os referidos gestos profissionais em Psiquiatria que apresentamos na tese constroem uma outra perspectiva neste quesito clínico e histórico de vida. Ampliamos esse espaço-tempo terapêutico, incorporando as diretrizes teórico-práticas da Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida (BARROS; SILVA,

2002b) neste processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria no meio aberto. Não o “meio aberto” dentro do hospital psiquiátrico como o fez o psiquiatra Lopes Rodrigues, mas dentro de um contexto de ir e vir do usuário ao CAPS III/CERSAM Betim Central e outros serviços, circulando pela rede de Saúde Mental.

Apresentamos a figura 8⁵⁷ para ampliarmos e detalharmos melhor a compreensão deste novo espaço-tempo, tendo em vista que o “romance familiar e a trajetória social” se situam no cruzamento da pesquisa, da formação e do trabalho de si (GAULEJACK *apud* TAKEUTI; NIEWIANDOMSKI, 2009). Uma abordagem que parte das Histórias de Vida e suas contradições e complementaridades na articulação do individual com o coletivo-social. Que se orienta em torno de alguns temas – “histórias sobre dinheiro; romance familiar e trajetória ideológica; identidade e trajetória espacial; romance amoroso e trajetória social em face de vergonha; emoção e da história de vida; sujeito no trabalho; trabalho do sujeito [...]” (GAULEJACK *apud* TAKEUTI; NIEWIANDOMSKI, 2009, p. 61).

Relacionar História de Vida e abordagem clínica possibilita mostrar o trabalho que o sujeito pode fazer consigo mesmo, não somente o sujeito consciente e voluntário, “mas o sujeito que procura ser ator lá onde ele encontra uma coerência entre um projeto e um agir.” (GAULEJAC, 2010, p. 28). E isso, no contexto da loucura e do trabalho clínico em Psiquiatria, precisa ser bem trabalhado no sentido de esclarecer e produzir um espaço-tempo que permita o profissional abordar a experiência de sofrimento mental para além do registro psicopatológico. A intensão é ajudar o usuário a se posicionar frente à sua própria história, (re)construindo-a. Uma situação nada fácil quando se trata de um portador de sofrimento mental psicótico, por exemplo, mas o desafio é ajudá-lo a falar de si, mesmo de forma delirante e promover nele uma certa distância de si mesmo para retomar a sua existência, onde o sofrimento seja uma parte e não o todo de si. Contribuir para que o usuário possa se compreender na medida em que ele não é só produto de sua história, mas produtor da mesma.

Partimos também dos processos psicopatológicos conceituais de *Continuidade Histórica de Vida*, segundo Schneider (1965), Jaspers (2006) e Oliveira (2013). Quer dizer, a intenção é localizar no curso da história, momentos possíveis de surto psiquiátrico (de quebra, ruptura, dessa continuidade) entre os acontecimentos/fluxos da vida, a partir da compreensão psiquiátrica e psicopatológica de *Processo Psíquico e Orgânico*. Dizemos da função

⁵⁷ Trata-se de um quadro que me foi apresentado por ocasião de uma disciplina no mestrado em 2009 ministrado pela Profa. Dra. Vanessa Andrade Barros – de nome: *Histórias de vida/escolhas teóricas e profissionais* e que muito marcou minha trajetória profissional e de vida. Um dispositivo de aprendizagem proveniente do Grupo de Implicação e Pesquisa do laboratório de Changement Social à l’Université de Paris VII e que pude confirmar em meu percurso de estudos na França/Paris - Aix en Provence (2014/2015).

psicopatológica como método, meio investigativo para tornar possível uma Psiquiatria Clínica. Jaspers (2006) chama atenção para se libertar de preconceitos na compreensão do fenômeno psicopatológico. Importa não o diagnóstico, mas a forma como este fenômeno se articula com os outros sistemas do indivíduo. Ou seja, “A vida individual se desenvolve a partir de predisposições e meio (num ambiente), de potencialidades inatas que, de acordo com a natureza do meio, despertam e se formam ou se retraem e atrofiam.” (JASPERS, 2006, p. 23). Diz da “necessidade de “voltar às configurações particulares”. Uma verdadeira preocupação com a individualidade do usuário frente ao meio. Em outras palavras:

O psiquiatra lança mão da psicopatologia para conhecer, reconhecer, caracterizar e analisar não só o sintoma, mas sim o homem e o âmbito em que se inscreve. Pretende o que se pode exprimir, ser comunicado e passível de percepção, compreendendo os limites em jamais poder reduzir inteiramente o indivíduo humano a conceitos psicopatológicos. (OLIVEIRA, 2013, p. 24, destaques nossos).

Dizemos de uma forma singular de encontro com o real da vida, onde o sujeito é confrontado com suas experiências de vida. Quer dizer, para se analisar o fenômeno, sua “verdade” filosófica, é necessário fazer movimentar os motivos em termos de percurso de vida, recapitular sua história pessoal, inter-relações familiares e sociais em articulação com a experiência própria. Diz-se da transmissão de valores (*dimensionados e sem dimensão*), carregados afetivamente, vividos individual e coletivamente. Ou seja, dizemos de uma herança da Fenomenologia para a Psiquiatria - interpretar para compreender. Se interpretamos para apreendermos o sentido de uma situação, de um comportamento, de um gesto, visamos compreender, sintetizar os sentidos parciais de uma situação. Quer dizer, interpretamos o gesto de um usuário, seus enigmas, seus motivos, seus endereçamentos, visando compreender um sujeito, promovendo o engendramento do gesto profissional numa direção clínica de tratamento.

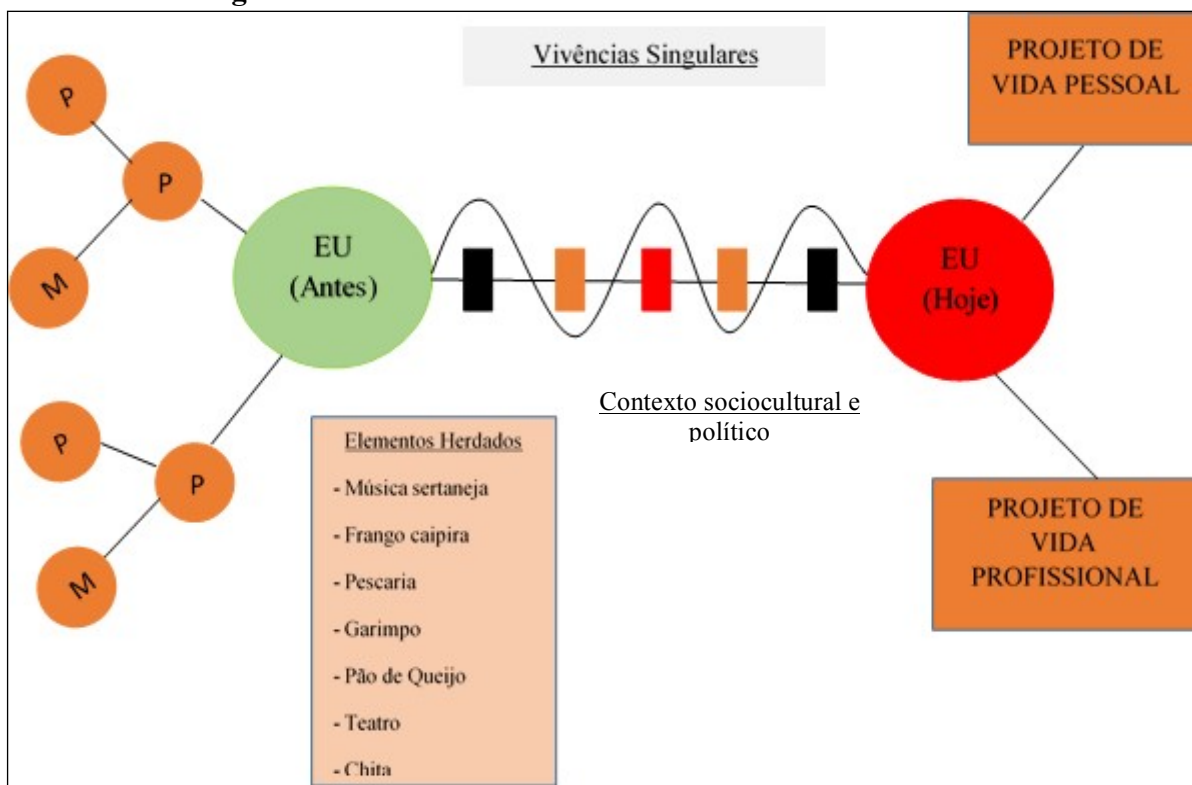
No sentido psicanalítico (que também compõe a minha postura clínica), proponho uma escuta prática e contextualizada, onde o corpo do analista possa se locomover psíquica e fisicamente junto ao usuário. Sabemos que nem sempre o que este demanda, é exatamente aquilo que ele deseja. Neste processo, deparamo-nos com um vazio de significações, a falta constitucional do ser humano, onde os registros real, simbólico e imaginários são recolocados a trabalho frente à fragmentação dos laços cognitivos associativos. Um mecanismo que compreende a falta da ordem paterna como constituinte da fragilização desses registros, desarticulando o simbólico e propiciando o surgimento de sintomas psicopatológicos numa relação imaginário-real, sem intermediações simbolizantes (QUINET, 1993; 1997).

Neste sentido, de outra forma, a figura 8 nos orienta quanto à confrontação de aspectos individuais e singulares do real da vida com o contexto social, cultural e político vigentes. Situação esta que em “momentos de desespero ou de crise, mas também de renascimento e de reconhecimento é que o trabalho clínico se impõe e pode adquirir todo seu sentido.” (LÉVY, 2001, p. 35). Uma situação que diz respeito à clínica como um “movimento dinâmico que dá sentido a essa realidade: de experiência subjetiva (um sofrimento, um mal-estar), de uma história imaginada, que carrega o traço de traumatismos antigos, reais ou supostos, individuais ou coletivos [...]” (LÉVY, 2001, p. 35). E isso vai depender das estruturações familiares, de heranças genéticas e ressignificações das mesmas ao longo da vida em ciclos de saúde e sofrimento.

Considerando esses movimentos e, em ocorrendo uma ruptura desta *Continuidade Histórico Vital*, estaremos diante de algo incompreensível, a priori. Ao ampliarmos nossa lupa de investigação deste real, tanto do ponto de vista orgânico, quanto histórico de vida, estaremos diante de dois caminhos. Se conseguimos explicar, de alguma maneira, estamos diante de um *Processo Orgânico* (que compreende alterações do corpo físico, desencadeando alterações psíquicas, onde se localizam diversos quadros demenciais) e/ou um *Desenvolvimento Psíquico Neurótico* e até mesmo *Psicótico*, a exemplo da *Paranoia*. Por outro lado, mediante a mesma quebra, podemos não conseguir explicá-la à revelia de qualquer método possível de investigação. Assim, mediante o binômio incompreensível/inexplicável, caracterizamos os *Processos Psíquicos* – onde se localizam as Psicoses Esquizofrênicas e Afetivo-bipolares, as Paranoias, os Transtornos Psiquiátricos graves na vertente da Psiquiatria Contemporânea (JASPERS, 2006; OLIVEIRA, 2013).

São situações que nos explicam que o enlouquecimento não está ligado ao acaso, ao desejo consciente, mas em elementos constitucionais essenciais e determinantes (QUINET, 1993; 1997). Assim, explicando melhor a figura 8, o Eu (antes) recebe dos pais e avós, ingredientes/competências em forma de elementos adjetivados singularmente. Do outro lado, o Eu (hoje) direciona o fluxo da história em termos de escolhas pessoais e profissionais. Entre eles, situamos o fluxo cotidiano e contínuo da vida em forma de acontecimentos marcantes. Na parte superior da figura 8, estes acontecimentos são vivenciados de formas singulares. Na parte de baixo, esses mesmos acontecimentos nos remetem a um determinado contexto local, social, histórico, político e cultural.

Figura 8 - Continuidade Histórico - Vital/Histórias de Vida



Fonte: O autor, a partir de Gaulejac (1987, p. 284)

Traduzindo melhor a mesma figura 8 para o campo da Psiquiatria, esses mesmos acontecimentos seriam aqueles que também portariam um forte teor de chamado à eclosão de sofrimento/surto psiquiátrico. Quer dizer, recebemos cargas genéticas e influências comportamentais. Quando adentramos ao percurso da Continuidade Histórico-vital, deparamo-nos com diversas variabilidades que, ao serem confrontadas com o contexto, podendo ser ressignificadas em forma de crises, rupturas, movimentos e vivências de sofrimento para o sujeito.

Especificamente, a contribuição das Histórias de Vida se faz presente a partir de diretrizes básicas, pois:

A história de vida, qualquer que seja a maneira como ela se exprime (autobiografia, relato, discussão de grupo), **permanece um método indispensável para o indivíduo se interrogar, evoluir e, também, para possuir desejo de ter um novo papel na sociedade de presença.** Aliás, a história de vida não concerne somente ao indivíduo. (ENRIQUEZ *apud* TAKEUTI; NIEWIANDOMSKI, 2009, p. 10, destaques nossos).

Quer dizer, narrar a vida só pode ser uma postura clínica na medida em que permite a expressão da experiência. Neste sentido, as Histórias de Vida nos permitem compreender certas articulações entre a história passada, o tempo e a atividade presente, projetando o futuro

(BARROS; SILVA, 2002b). Narrar a vida é também falar de um corpo-história, espírito, alma, consciente e inconsciente, repleto de dramáticas. Ou seja, no sentido ergológico, trata-se de uma articulação dos *ingredientes de competência da atividade* (IGR's), em especial o IGR-2 e 3 da/na atividade, mobilizando os saberes do *corpo-si* ao longo da história que delimitam o campo da ação.

São saberes de um *corpo-si*, construídos na história singular (ao longo da trajetória de vida), no seio das experiências vividas anteriormente, mas que interagem com as situações vividas no momento presente podendo ser reforçado, re-processado, re-trabalhado. E é esse patrimônio pessoal que se coloca em marcha nas atividades desenvolvidas pelo *corpo-si* que podem me fornecer os raios de ação dentro da situação, explorando, por exemplo, 'reservas de alternativas'. (CUNHA, 2007, p. 7, destaques nossos).

Quer dizer, se o recolhimento de histórias permite o indivíduo se interrogar, resta-nos compreender quais seriam as diretrizes para se atingir esse objetivo. Qual mecanismo utilizar clinicamente para permitir que os usuários nos contem suas histórias? Se as histórias de vida não se limitam ao indivíduo que a conta, compreendemos que há, na maioria das vezes, um endereçamento ao se contar uma história de vida. Trata-se de um mecanismo de projeção ao outro ou situação. De outra forma, o sujeito encarna aquilo que você quer que o outro queira que você seja, operando endereçamentos possíveis (TAKEUTI; NIEWIANDOMSKI, 2009).

No campo da saúde, temos a tendência, ao fazermos uma Anamnese, de fazer perguntas ao usuário. No caso da medicina, as diretrizes de Anamneses/entrevistas são tendenciosas a nos ensinar a perguntar e pouco silenciar diante do usuário e, principalmente, frente à pergunta que acabamos de fazer. Por exemplo, na ausência de resposta à primeira questão, lançamos outra pergunta, nem mesmo sabendo se o usuário elaborou ou não a interrogação anterior. *Como fazer para estabelecer esse silêncio? Por que fazê-lo?*

Para esta última questão, se fazemos silêncio, estamos oferecendo ao usuário a oportunidade de dizer de si. Inevitavelmente, se assim fizermos, um desconforto, um constrangimento gerado pelo silêncio se instaura, constituindo a marca e a possibilidade do surgimento da palavra do lado do outro. Também, não podemos assegurar que somente instaurando silêncios é que o usuário conseguirá melhor se colocar no tratamento e na vida. A experiência em saúde nos ajuda a fazer tais ponderações, enfrentando a narração, os relatos de vida como desafio prático-teórico, pois

A narração traz à tona uma quantidade de elementos que ultrapassam as tentativas de síntese conceitual. Revela, em parte, a força teórica de um evento, mesmo que esta teoria não seja claramente explicitada. A narração, de certa forma, rompe os sistemas teóricos vigentes porque é irreduzível a eles. **Ela ressalta as dimensões da**

intriga, do acaso, do espontâneo, da emoção e do irracional existentes na vida humana que, em geral, não têm espaço nas sínteses teóricas. (VASCONCELOS, 2006, p. 16, destaques nossos).

Para a primeira, apresentamos aqui algumas reflexões teóricas e princípios mais específicos da coleta de Histórias de Vida que nos ajudam. Ao colhermos uma história, precisamos estar dispostos a ouvir e escutar a experiência de sofrimento. Interessa-nos o sentido dado ao relator ao contar as suas histórias de vida, o cenário e o contexto sociocultural envolvidos. O sujeito precisa saber que a história dele importa ao clínico. Agora, se estamos no campo científico, confrontar a veracidade do que se conta, de uma teoria, mostra-se importante, porém há que se ter o máximo de delicadeza e cautela nesta investigação (BARROS; SILVA, 2002b).

Em termos práticos, outro desafio seria desfocar o gravador da conversa em Metodologia de pesquisa em Histórias de Vida, a fim de que o sujeito se pronuncie, não o assustando e desviando o curso da história. Como fazê-lo? Primeiramente, não apresentando respostas prontas, antes enfrentando a problemática a partir do real, resgatando silêncios e pronunciando na medida do possível e do sentido de escuta, compreensão e devolução ao protagonista. Podemos, assim, transferir para o campo da intervenção terapêutica em Psiquiatria, a mesma competência de desfocamento do gravador, mas agora, a doença seria a primeira a ser desfocada para se atingir o sujeito – outra inventividade.

Defende-se que ao se recolher Histórias de Vida, a via terapêutica seja bilateral entre o indivíduo e o clínico. Quer dizer, se abrimos espaços para entrar no universo do usuário em mesmo nível de pé de igualdade, precisamos saber também como aconteceu essa abertura e como a mesma opera em mim, clinicamente (BARROS; SILVA, 2002b). Envolver-se, engajar-se para compreender e, ao mesmo tempo desengajar-se e distanciar-se para melhor compreender e explicar. Podemos nos encantar com os relatos, com Histórias de Vida extraordinárias e/ou fragmentos da mesma ordem. Por outro lado, podemos nos desencantar diante do indivíduo que continua contando sua história. Por essas e outras razões, defendemos a necessidade de tratamento psicológico para o terapeuta, a fim de se criar um outro espaço-tempo de compreensão das dramáticas de *uso de si* por si e pelo outro e de regulação de transferências e contratransferências.

Não interessa nas Histórias de Vida o diagnóstico do sujeito, a priori, mas, no campo da Psiquiatria, em algum momento este se mostra necessário e essencial, inclusive para sabermos nos comportar diante do usuário e seus sintomas na construção do caso clínico (VIGANÒ, 1999). Também, não podemos interpretar ao recolher uma história, a interpretação

pertence ao sujeito, e isso não impede que o pesquisador-clínico contribua nesta operação. Recolhemos histórias para daqui a pouco compreendermos o contexto social nascedouro daquelas histórias e devolvê-las ao usuário, a fim de que o mesmo faça a mesma operação com a nossa ajuda terapêutica e clínica.

São princípios importantes e que relativizamos no campo da Psiquiatria. Como colher uma História de Vida de um portador de sofrimento mental sem nos atermos aos delírios como empecilhos? Desfocar o delírio para daqui a pouco podermos orientá-lo e secretariá-lo. Defendemos a ideia de que não precisamos colher Histórias de Vida (segundo o modelo da Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida) ao atendermos nossos usuários, mas sim termos em mente todos esses princípios como norteamento de uma entrevista menos técnica e pretenciosa. Dizemos da realização de uma Anamnese psiquiátrica numa postura histórica de vida, conforme abordaremos no final do último capítulo da tese. Trata-se de um caminho possível para os usuários dizerem suas histórias e, no horizonte, (re)construirmos junto com eles suas próprias Histórias de Vida. Defendemos um mecanismo de credibilidade real às histórias que escutamos, às possibilidades e competências dos usuários. De fato, como acreditar no discurso do “doido”? Requer a destituição não só de saberes apriorísticos, mas também da hipocrisia da falsa aceitação, criando um espaço-tempo de desconfiças em reciprocidades (CHIAGNEAU, 2011). Uma operação de se colocar ao lado e do lado do sujeito que delira, que ouve vozes, para compreendermos seus mundos. Em outros termos, considerar a instauração de conflitos lá onde estes já existem, compreendendo o delírio e os outros sintomas como instrumento de desenvolvimento da atividade e que requer um domínio de saberes específicos do *métier*, além de um posicionamento clínico definido.

Da mesma forma que nas Histórias de Vida há momentos de rupturas entre o individual e o social, no contexto da loucura, os usuários vivenciam essa fragmentação psíquica e corporal como constituinte de enlouquecimento. Frente às crises, podemos ler rupturas da *Continuidade Histórico de Vida* e compreender a movimentação psíquica e corporal diferenciada dos usuários, demandando do profissional uma postura terapêutica.

As Histórias de Vida visam promover a intriga para podermos ouvir os relatos sem julgamentos. A narrativa histórica de vida é uma postura em acreditar numa démarche clínica que possibilita “acompanhar a exploração de como a história é atuante em si. Ela permite melhor apreender a dimensão subjetiva do vivido da história, a intrincação permanente dos registros existenciais e sociais.” (GAULEJAC *apud* TAKEUTI; NIEWIAGOMSKI, 2009, p. 73). Em suma, as Histórias de Vida aplicadas ao campo da Psiquiatria permitem ao usuário expor livremente seu sofrimento, “a maneira como cada indivíduo pode vir a ter domínio de

seu destino para modificar o seu corpo, sobretudo se ele é particularmente marcado de sofrimentos.” (TAKEUTI; NIEWIADOMSKI, 2009, p. 63).

Em síntese, nesta tese, a Psicossociologia do trabalho nos ajuda a ampliar o olhar ao objeto (*o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*) – saberes e fazeres, buscando inter-relacionar uma Psiquiatria inscrita no mundo com aquela possível e praticada em contextos específicos, como no caso de Betim. De um lado, uma Psiquiatria que busca analisar as conexões que a atravessam, influências recebidas, sem negligenciar as dimensões sociais e psíquicas, nem naturais, biológicas. Por outro lado, ela nos ajuda a compreender e analisar o CAPS III como uma instituição semelhante a todas as outras, colocando em evidência os aspectos de poder frente ao usuário, aos trabalhadores e à sociedade.

E isso nos remete novamente aos sentidos do trabalho, aos valores e ao trabalho de cultura refletido por Lhuilier (2014b) ao dizer que ele é uma instituição. Associamos tais reflexões à nossa proposição da Psiquiatria também como uma instituição, de saber e poder sobre a loucura, além de estabelecer uma dialética que opõe ordens estabelecidas, por exemplo, de cuidado em saúde, em educação, etc., com tarefas a cumprir, com forças produtoras de saberes de tipo novo e inovações possíveis no *trabalho real*. E o trabalho clínico em Psiquiatria praticado pelos trabalhadores em Saúde Mental não é diferente, eles enfrentam controvérsias e convergências constantes ao lidarem com os casos impossíveis. Quer dizer, se por trabalho de cultura, entendemos uma co-construção de uma referência comum à humanidade, há que se prestar atenção, na divisão do trabalho e das profissões, aos corporativismos defensivos que tendem a diminuir as forças instituintes da novidade do/no fazer com a loucura. E não estamos somente nos referindo à classe de médicos psiquiatras, mas todos os saberes multiprofissionais que compõem o processo de trabalho desses serviços.

Valemo-nos de todo o debate acima com a Psicossociologia do trabalho, suas filiações, conexões e recursos disponíveis para ampliar nosso olhar ao objeto trabalho clínico em Psiquiatria, para compor nossas reflexões acerca do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria* ao longo desta tese.

3.1.3 A Clínica da Atividade

Apresentamos um diálogo com a Clínica da Atividade no sentido de compreender seu posicionamento frente à produção de saberes sobre o trabalho e o desenvolvimento do *métier*, bem como os conceitos importantes para esta tese: *gênero de ofício e estilo de profissão*, o

binômio atividade-real da atividade, sujeito psicológico, metáfora e catacrese (clínica) da atividade, restituição clínica do sintoma (por exemplo, o delírio como instrumento psicológico entre o realizado e o real), bem como sua contribuição para o conceito de *gesto*. Conceitos em mobilidade, seguindo o modelo da instituição do conflito para *transformar e compreender* as nuances da atividade e o *poder de agir* dos trabalhadores em situação de trabalho.

Ela não é considerada uma disciplina (CLOT, 2010a; 2010b; 2006; 1997a), mas uma Psicologia Geral e, mais especificamente, uma especialidade dentro dos saberes da Psicologia do Trabalho no campo das ciências humanas. Sua premissa básica reside em intervir nas situações de trabalho, visando transformá-las a partir da atividade.

Assim, apresentamos as bases teóricas em três gerações críticas, segundo a orientação de Suzanne Pacaud em 1954 (OUVRIER-BOANNAZ, 2012). A primeira delas, reivindicando a Psicologia do Trabalho, nasce de uma dupla crítica, a partir da segunda metade do século XX. Uma crítica ao Taylorismo e, conseqüentemente, ao trabalho do psicólogo nos ambientes das indústrias – chamada Psicologia da Indústria – um trabalho centrado em aspectos psicotécnicos e organizacionais do trabalho. Ou seja, a Psicotécnica e o Taylorismo - que implicam numa cronometragem de uma produção máxima. Ao seguir a tarefa, o operador se mobiliza para atingir o objetivo, segundo uma racionalização de *gestos*. No fundo, trabalhar seria se economizar, equipar os operadores, a fim de que os mesmos reconheçam a eficiência de seus esforços. Daí a utilização da Psicotécnica como instrumento de melhorar a produção e economizar o corpo. Subordinar os *gestos*, automatizando-os e fabricando a disponibilidade e produzindo a economia dos movimentos. A Psicologia do Trabalho se resumia à Psicotécnica no sentido de recrutamento e seleção de trabalhadores para a indústria. Da cronometragem psicotécnica à cronometragem taylorista para standardizar o *gesto*. Ou seja, segundo o Taylorismo, tratava-se de adaptar o homem ao trabalho, através do poder de execução sobre a concepção do *gesto* humano.

A Psicotécnica inaugura sua saída dos consultórios ao encontro dos trabalhadores – uma tentativa de validação de seus princípios. Quer dizer, pela prática, as empresas eram colocadas em cheque em seus princípios tayloristas. Se há um conflito entre patrão e operário é porque há um desconhecimento da expertise desse último. Era o fim da submissão do homem à cientificidade do trabalho, onde se a ciência descobre e a indústria aplica, é o homem que se submete à ação sem poder aplicar as suas *reservas de alternativas*⁵⁸ e seu

⁵⁸ Trata-se de um conceito ergológico que apresentaremos em breve por ocasião da contribuição da Ergologia.

poder de agir. Porém, ela não apresentou um avanço com respeito à implicação do trabalhador em sua atividade e na sua própria produção de *gestos*, pois apresentava aos trabalhadores um saber, a priori sobre a atividade.

É por este caminho que a Clínica da Atividade se apresenta dentro da Psicologia do Trabalho como uma prática *in locus* e que visa o ir e vir ao campo e ao laboratório, criando uma nova maneira de intervir, a partir da realidade, de deixar a atividade e o trabalhador dizerem de si mesmos. Um método de abordar, de estar com o outro, de viver o trabalho no ambiente que o homem trabalha. Uma forma de realizar o trabalho do outro para compreender o trabalho coletivo (CLOT, 2010a; LIMA *apud* BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

A Clínica da Atividade critica o taylorismo em seu caráter positivista de organização e não necessariamente científico. Assim, parte de uma posição contrária ao positivismo de August Comte no fim do século XIX - “Science d’où prèvoyance, prèvoyance d’où action”, esclarecendo melhor - “savoir pour prèvoir afin d’agir” - saber para prever, a fim de agir. É assim que ela apresenta seu posicionamento clínico – *uma ruptura e uma inversão epistemológica*. Para transformar a passividade dos trabalhadores, a Clínica da Atividade propõe o agir sem poder tudo prever, a fim de saber. Agir – no sentido de instituir *conflitos de critérios* entre o significado de um trabalho bem feito e a rentabilidade. Assim, trata-se de compreender como a ação se desenvolve, considerando seus impedimentos e compreendendo o trabalhar como uma forma de promover o aparecimento de conflitos de ordens variadas, pois, segundo Vygotski (2004; 2014), o conflito é a base do desenvolvimento humano.

Assim, sustentava-se a impossibilidade de nem tudo poder antecipar, a fim de saber para desenvolver a atividade, transformando-a. Saber como a atividade se desenvolve e, para explicar este desenvolvimento, deve-se provocá-lo. É na ação que se desenvolve as intenções humanas, transformando seus atores. Quer dizer, encontra-se aí o objetivo primordial - transformar as situações de trabalho, promovendo a passagem da passividade à atividade do trabalhador (TOSQUELLES, 2012).

A segunda geração crítica se fez em três vias. A primeira delas, parte de uma constatação negativa da entrada do conhecimento antes da ação no campo do trabalho. Uma situação criticada por Leplat que continua desconhecendo a Psicotécnica e reafirmando que as aptidões/competências necessárias estão, na verdade, alojadas nas situações de trabalho. Reforça o retorno ao campo como maneira de compreender a relação das aptidões com as situações. Aptidões estas que estão nos problemas postos pelas situações de trabalho – locais de reinvenção delas próprias e de criação de novas formas de realização do trabalho – novas competências. Surge, então, a primeira distinção entre tarefa e atividade – o que mais adiante

foi reapropriada e retraduzida pela Ergonomia (WISNER, 1994; 1995; 1987) – como *trabalho prescrito e trabalho real*. Yves Clot avança em sua teorização, criticando o cunho cognitivista que essas descobertas poderiam cair, alegando que elas pouco tratavam da atividade e do assunto da saúde no trabalho.

É assim que a Clínica da Atividade rompe com a sequência *compreender para transformar*, apresentando-se ao inverso – *transformar para compreender*, a fim de fazer evoluir a atividade e o *métier*. O primeiro “compreender” apresenta a atividade como objeto do conhecimento, produzir conhecimento a partir da atividade. Neste sentido, segundo Yves Clot, ir à atividade para analisá-la seria, então, uma posição positivista, onde as análises ocorreriam depois da compreensão da situação. Discordamos dessa assertiva, considerando que este movimento de abordagem vai depender da forma de abordá-lo. A Clínica da Atividade propõe, então, o agir, transformando e analisando. Trabalha-se no sentido de provocar uma demanda e trabalhar a partir dela. Agir, instituindo o conflito no *trabalho real*, a fim de promover seu reconhecimento. Em seguida, agir na produção social de conhecimentos científicos a respeito dos dados do real – uma etapa laboratorial. Na sequência, devolver ao real posicionamentos científicos provocadores em nível de *oxigenação* da intervenção em diálogos bilaterais. Resta-nos interrogar – quem de fato transforma o quê, onde e como?

Neste sentido, o conceito de *poder de agir* se faz presente na atividade, encontrando em sua “caixa preta” os sentidos de sua manifestação. A capacidade que o sujeito tem na atividade de se mostrar, bem como o seu potencial de eficiência, mesmo com todos os impedimentos e as condições impostas pelo *métier*. O agir como ação que compreende o fazer e suas transformações, onde o seu perímetro é o diálogo consigo mesmo, com os outros e a sociedade (CLOT, 2010a). Trata-se de um conceito que nos orienta quanto ao processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria.

Explicando melhor, segundo Clot (2010a), o *poder de agir* se relaciona com o gênero profissional na medida em que ele

[...] é um instrumento coletivo da atividade, permitindo colocar os recursos da história acumulada a serviço da ação presente de uns e de outros. Esse acoplamento da atividade em curso e de seus instrumentos genéricos explica o desenvolvimento do poder de agir. (CLOT, 2010a, p. 35).

Em outro sentido:

Por definição, o poder de agir da atividade sobre o contexto de trabalho é, portanto, intrinsecamente social quanto a seus recursos de inovação. Ele assume, quando pode

desenvolver-se, uma responsabilidade coletiva para os sujeitos de ação que garantem uma capacidade real de escolha para os sujeitos e para os coletivos. (CLOT, 2010a, p. 35).

O que está em jogo, então, é a capacidade plena do sujeito de assumir o ponto de vista da atividade. Trata-se do poder do sujeito de se interrogar e agir nas situações de trabalho. Quer dizer, não diz respeito a um poder inato, mas sim descoberto na atividade e na relação com o outro. Por isso, esse conceito ser heterogêneo e associar-se com o desenvolvimento da ação do sujeito nos meios profissionais. Neste sentido, ele pode ser aumentado ou diminuído “em função da alternância funcional entre o sentido e a eficiência da ação onde se joga o dinamismo da atividade [...]” (CLOT; SIMONET, 2015, p. 40).⁵⁹

Na segunda via da segunda geração - a Ergonomia da Atividade. O foco se desloca para os processos de saúde, uma herança filosófica de Canguilhem (1995). Por este caminho, entende-se que a verdadeira Psicologia seria aquela (material e concreta) praticada nos ambientes de trabalho. Uma maneira de investigar como as pessoas praticam saúde e desenvolvem doenças em determinadas situações de trabalho, patogênicas para alguns e não para outros. Surge, então, a busca por um sujeito em duplo sentido – pelo viés do trabalho e do trabalhador, bem como pela epistemologia dos saberes. Um sujeito que trabalha com e a partir de sua condição social (CLOT, 2002; 2010a; LE GUILLANT, 2009). Então, para modificar suas aptidões/competências, deve-se modificar as situações de trabalho, reservando ao sujeito o protagonismo dessa transformação. Parte do distanciamento entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*, caracterizando um homem-sujeito social, que se apresenta, de fato, no trabalho, quando consegue ir além da prescrição exigida.

Ela se debruça sobre o movimento do trabalhador acerca de sua capacidade de realizar determinada atividade, mesmo que à revelia de determinada condição nada e/ou pouco favorável. Sentir-se ativo no sentido de revelar sua saúde, sua capacidade de agir, é ressignificar a distância *prescrito/real* naquilo que instiga o trabalhador a ser criativo. Inclusive, considerando a afetividade – os afetos, os sentimentos e a emoção (CLOT, 2015). Numa visão mais positiva da humanidade, o homem - um sujeito social vivo e ativo -, prenhe de engenhosidade, mesmo que o sofrimento seja um acontecimento. É por este caminho que compreendemos o esforço desta Clínica do Trabalho em estabelecer diálogos com autores importantes, sem que ao menos eles se reconheçam entre eles mesmos.

⁵⁹ Do original – “[...] en fonction de l’alternance fonctionnelle entre le sens et l’efficience de l’action où se joue le dynamisme de l’activité [...]” (CLOT; SIMONET, 2015, p. 40).

Encontra-se, então, aberto o caminho da definição de atividade. Atividade que afeta as emoções e a cognição humana e aponta para uma centralidade importante na economia psíquica do ser humano. Trata-se de um livre jogo de escolhas individuais e que refletem no coletivo, tanto no sentido de curar o sofrimento, quanto de apresentar uma degeneração do gênero de ofício, promovendo o sofrimento mental. “Segundo o que eu penso, o trabalho é uma base que mantém o sujeito no homem, visto que é a atividade mais transpessoal possível.” (CLOT, 2006, p.8). O autor define a atividade, dizendo que ela

[...] ela é triplamente dirigida e não de modo metafórico. Na situação vivida, ela é dirigida não só pelo comportamento do sujeito ou dirigida por meio do objeto da tarefa, mas também dirigida aos outros... No terceiro sentido do termo, o trabalho é, portanto, ainda uma atividade dos outros, eco de outras atividades. (CLOT, 2006, p. 97, destaques nossos).

O autor denuncia a insuficiência da Ergonomia em definir atividade e propor intervenções no *métier*. Ele critica a linguagem ergonômica quando esta pretende agir, intervir nas ações e situações de trabalho sem definições e bases teóricas evidentes para tal. Em termos evolutivos, a Ergonomia francófona veio suprir essa lacuna, promovendo (as mesmas) intervenções, respeitando conceitos e concepções psicológicas materialistas, dialéticas e filosóficas. Mas, portanto, segundo Yves Clot, a Clínica da Atividade se diferencia da Ergonomia, tecendo a ela uma crítica, dizendo que esta teria omitido em sua configuração triangular da atividade, o polo do outro como endereçamento da atividade, colocando neste lugar o instrumento da atividade. Ao fazer isto, ela resgata a sua originalidade clínica, colocando o instrumento dentro de sua representação triangular da atividade: sujeito/objeto/outro – ou seja, o instrumento no interior desta triangulação. Quer dizer, considera o conflito de critérios no interior da atividade e não externo a ela. Frente a esses conflitos, cada um se ocupa do objeto à sua maneira, promovendo endereçamentos variados de acordo com o contexto em questão. Assumir esse conflito é não só provocar, como promover o desenvolvimento da atividade. Teorias que não assumem esse conflito, agarram-se a uma posição defensiva, anulando a possibilidade de atacar o *métier* como forma de defendê-lo e provocar seu desenvolvimento. Assumir esse conflito é fazer clínica no seio da atividade. Isso requer um posicionamento crítico entre o *realizado*, de um lado, e de outro, o *real da atividade*.

A terceira via da segunda geração crítica vai ao encontro da grandeza do legado teórico de Le Guillant (1984) – *Da Ergoterapia à Psicopatologia do Trabalho*. Autor este que nos trouxe elementos importantes para se pensar a análise do trabalho de forma mais

ampliada, contextualizada, concreta, material e social, além de pensar a Psiquiatria como um saber biopsicossocial. Avalia o trabalho como um lugar dramático para o sujeito e aponta caminhos de investigação do caráter adoecedor do trabalho, a partir do drama vivenciado na psicopatologia relacionada. A maneira como os trabalhadores regulam a *insuportabilidade* que lhes são apresentadas no trabalho, estratégias de defesa individuais e coletivas vivenciadas por trabalhadores.

Yves Clot argumenta que faltou em Le Guillant uma teorização sobre a atividade e que as Clínicas do Trabalho se prontificaram em suprir. A partir da Psicopatologia do Trabalho, a Clínica da Atividade amplia a lacuna de compreensão acerca da forma como cada um apresenta seu sofrimento quando submetido às mesmas situações e condições de trabalho.

Para a Psicopatologia do Trabalho, é importante se fazer o diagnóstico do sofrimento mental decorrente de determinada (des)organização do/no trabalho. Segundo Le Guillant (*apud* LIMA, 2006; 1984; 2010), a forma como o trabalho se organiza influencia o sofrimento do trabalhador. Assim, é o cuidado com o trabalho, a principal preocupação do autor, mesmo não tendo proposto o método da análise da atividade de trabalho, assim como propõe a Ergonomia da atividade e saberes envolvidos por ela.

É dentro deste raciocínio que podemos compreender o esforço despendido por Yves Clot ao promover diálogos entre: Alan Wisner, Ivar Oddone, Le Guillant, Vygotski, Bakhtin e Canguilhem, mais especificamente.

A terceira geração crítica, o (re)encontro com Dejours e a Psicodinâmica do Trabalho, Schwartz e a Ergologia, Daniellou e a Ergonomia – e o nascedouro de uma nova geração de críticos e critérios, promovendo uma evolução dos saberes clínicos sobre o trabalho. A Clínica da Atividade surge neste contexto, reafirmando seus pilares constituintes, acertando contas com a Ergonomia (numa linha de continuidade Wisneriana), a Psicopatologia, segundo Le Guillant – promovendo observação, sem propostas de intervenção, mas sim de diagnosticar o sofrimento e escutar as palavras e as histórias singulares como tentativa de compreensão. Reflexões essas que se somam ao percurso acima apresentado - transformar para compreender.

A Clínica da Atividade propõe um cuidado ao trabalho, agindo e o transformando para se continuar fazendo um possível trabalho “bem feito”⁶⁰ - fonte de saúde. Para o sujeito se

⁶⁰ Clot aborda o termo trabalho feito ao dizer de “Clinique du travail bien fait”, teorizando que o trabalho bem feito requer o conflito e a controvérsia. “La seule bonne pratique en clinique de l’activité est peut-être la pratique de la controverse professionnelle entre “connaisseurs”. Car la meilleure façon de défendre le métier, c’est encore de s’y attaquer en cultivant les affects et les techniques qui le gardent vivant. C’est en tout cas la voie la moins mauvaise que nous avons trouvée pour réhabiliter le collectif.” (CLOT, 2010b, p. 24).

reconhecer naquilo que se faz, deve-se levar em conta pelas organizações o que os trabalhadores são capazes de se responsabilizarem. A Psicologia do Trabalho tende a fabricar métodos, visando transformar o trabalho – formas de ação, criando técnicas para transformar o trabalho e os trabalhadores, tornando-os protagonistas de suas atividades.

Não se trata de produzir conhecimento em si, mas de levar os trabalhadores a entenderem *in locus* que eles são capazes de transformar o trabalho por eles mesmos e (re)produzir conhecimentos. É assim que constitui a herança de Tosquelles (2006; 2009; 2012) e Oddone (1981) para responder à primeira questão da criação de métodos de ação em Psicologia do Trabalho - desenvolver e devolver ao trabalhador o protagonismo de seu trabalho.

Diferente do mecanismo de análise da atividade segundo a Ergonomia, propõe-se uma inversão – agir na situação para conhecer, enriquecendo os processos de compreensão da atividade por elementos provenientes da Psicologia – parafraseando também Henri Wallon e Vygotski em suas teorizações sobre a observação com crianças. Segundos eles, a criança observada passa a se observar na sequência de seu desenvolvimento psicológico. Necessidade de se adaptar à presença de outrem – de se inquietar em suas próprias atividades – criando-se um diálogo interno em função daquilo que se pensa (o outro) sobre a atividade que desenvolve. Produzir conhecimento e produzir diálogo é exatamente o que interessa e importa. O problema não é utilizar o conhecimento produzido ali na atividade para retorná-lo ao mesmo trabalhador, mas uma preocupação no destino a ser dado a esse diálogo interior. Melhor dizendo, a atividade de ser observador em sua atividade e observador de outra atividade ou da mesma atividade realizada por outro e as dramáticas daí decorrentes. Podemos dizer que este é o endereço da contribuição - transformar esse diálogo interno em futuros métodos de investigação sobre o trabalho e suas variabilidades. Ou seja, dar um destino dialógico para conversas internas.

Ainda na terceira geração de contribuições – o conceito de subjetividade e atividade em inter-relação no trabalho e a contribuição de Vygotski. Um conceito caro às Clínicas do Trabalho. Para a Clínica da Atividade, a subjetividade é uma relação entre atividades diversas - uma atividade sobre a atividade – uma atividade em relação à do outro. Uma subjetividade que se constrói quando o sujeito age sobre si mesmo – um mecanismo já bem trabalhado por Vygotski. Ou seja – o que fazer com aquilo que fizeram comigo? A subjetividade como ação sobre si, em função da ação de outros e como resultado da produção subjetiva do trabalho de si consigo mesmo (na atividade).

É neste sentido que a Clínica da Atividade retoma as reflexões de Tosquelles (2012), ampliando e recriando o conceito de atividade, ou seja, a atividade é atividade própria, sentir-se ativo, incluindo a ação de um sujeito propositivo e que se desenvolve no contexto social. Quer dizer, Clot (2010) reúne o mecanismo de observação proposto por Wallon com a contribuição de Tosquelles, em especial sobre o conceito de atividade, reconceituando a observação num plano mais psicológico (como fonte interior da palavra). Um caminho de surgimento da clínica e do clínico do/no trabalho, incorporando o legado de Le Guillant sobre a importância da palavra do sujeito ao contar a sua própria história e seu trabalho – provocando a emergência da verbalização interna para o fora/externo. Dizemos da palavra como escuta do vivido, instrumento de ação e de fazer movimentar métodos dialógicos internos do sujeito ao trabalhar. A palavra como uma ação/ato, um ato que proporciona a transformação da situação de trabalho. Um ato que transforma não somente o trabalho, mas também o sujeito trabalhador. Não estaríamos também diante de uma premissa essencial da Psicanálise – o ato analítico como forma de promover que algo recalcado possa emergir no campo da consciência, ou um ato que proporciona um deslize na cadeia de significantes e possíveis retificações subjetivas?

Uma proposição conceitual de que o sujeito que se desloca, que se movimenta não é, exatamente, o sujeito ativo. Um sujeito imóvel, aparentemente sem ação, por exemplo, pode ser perfeitamente ativo e, inclusive, engendrar *gestos* diferenciados de valor e sentido. A atividade, então, não é só aquilo que se vê, nem aquilo que se observa e descrevemos, não é só atividade realizada. Segundo Vygotski, o “homem é um ser pleno de atividades não realizadas”. Assim, aquilo que observamos, enxergamos, é apenas aquilo que “venceu” (um desafio, rompendo barreiras inconscientes) diversas atividades e que a Clínica da Atividade vai chamar de *real da atividade* – um conceito rico não somente para nossas análises sobre o trabalho, mas também para a construção de uma orientação clínica no campo da interseção entre Saúde Mental-Psiquiatria-Clínica da Atividade, intermediado pelo gesto profissional. Parte-se da premissa de que nem toda atividade é observada diretamente e que o homem ultrapassa sempre a tarefa que lhe é confiada. Uma situação que reivindica a dimensão consciente e inconsciente da atividade, inclusive do gesto profissional em Psiquiatria.

O real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir - os fracassos -, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem que refazer. (CLOT, 2006, p. 116, destaques nossos).

A Ergonomia, de forma impessoal, diferencia a tarefa, o protocolo, a prescrição do lado daquilo que está para se fazer e a atividade – aquilo que, realmente, se faz. A Clínica da Atividade vai se ater a esse “realmente”, promovendo uma distensão essencial em seus princípios, diferenciando o *realizado do real da atividade*. Um espaço-tempo terapêutico entre o usuário e o terapeuta, ou seja, importante para a análise do gesto profissional em Psiquiatria, em especial, o gesto do milho e da inversão da chave no capítulo 7 da tese.

O realizado como o cumprimento do objetivo da tarefa, porém, sabendo que ele não tem o monopólio do real. Em outras palavras, essa distensão *realizado-real* como conflito motor para o desenvolvimento da atividade, pois uma atividade sem conflitos perde sua originalidade funcional. Ela não está, exatamente, preocupada com o realizado a partir da tarefa, mas com aquilo que não foi realizado, que pode vir a ser realizado, que não foi realizado, mas se gostaria de realizar, etc. Quer dizer, a iniciativa do sujeito, anunciando aquilo que pode vir a ser uma posição de arte e criatividade. E é nesta interseção que se desvela o *sujeito psicológico*, ou seja, a concepção de *sujeito na clínica*. O sujeito ativo no aqui-gora, consciente/inconsciente, social/individual, singular/coletivo.

Em síntese, o conceito de atividade e subjetividade se complementando, onde o primeiro não só se amplia, aprofunda-se em sentidos, mas também ganha um corpo epistemológico em sua passagem pela Clínica da Atividade. De novo, a atividade de fazer conversar dialogicamente autores, neste último caso – Vygotski e Tosquelles – confluência feliz no sentido de enriquecer o conceito teórico-prático de atividade e clínica. Trata-se também de uma orientação para o conceito genérico de gesto profissional, preparando e singularizando o *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*, frente às polêmicas em torno da *insuficiência-prevalência* dos saberes em Psiquiatria para lidar com a insuportabilidade anunciada pelos nove desconfortos de abertura da tese e os quatro (casos clínicos) gestos (im)possíveis também analisados.

Uma outra consideração, o binômio prático-epistemológico: subjetividade/atividade. Segundo Lima (2006; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011) e Clot (2006; 2010a), não se trata de ficarmos teorizando a subjetividade sem levar em conta a atividade que acontece aqui-agora. Isso seria apenas uma negatividade e impedimento de avanços no próprio curso das disciplinas do trabalho. Da mesma forma, também não se trata de teorizar a atividade sem a subjetividade, pois como bem chegamos à conclusão – a atividade não representa o “monopólio do real”, algo sempre escapa, reenviando-nos ao estabelecimento de outras parcerias teóricas e reconsideração da experiência de trabalho. Vale ressaltar também que, ao compreender o rigor de Clot em não promover usurpações, nem mesmo disjunções

epistemológicas, podemos dizer que a Clínica da Atividade preocupa-se com outro rigor conceitual - aquele da Psicologia propriamente dita, *tout court*. Uma forma de nos responder acerca da orientação da Psicologia Sócio-Histórica herdada por alguns psicólogos russos.

Em termos de aplicação, há que se refletir sobre a *Psicoterapia Institucional* em seus aspectos metodológicos e na definição de atividade, ampliando este conceito. Uma perspectiva de que os usuários psiquiátricos sejam capazes de ir além de suas limitações, trabalhando, conseqüentemente, transformando a instituição (TOSQUELLES, 1967; CLOT, 2010a). Clot, parafraseando Tosquelles, constrói o raciocínio, segundo o qual:

[...] se trata também, na clínica do trabalho, de dar trabalho aos nossos interlocutores para “cuidar” do trabalho a fim de que a organização venha a apreender, da forma mais natural possível, que eles são seres humanos continuamente responsáveis pelo que fazem, o que só pode ser colocado em evidência com a condição de fazer com eles algo diferente do que fazem habitualmente, com a condição de tornar *transformável* o que fazem habitualmente. (CLOT, 2010a, p. 77).

Podemos dizer que a metodologia em Clínica da Atividade sofre influências da Psicologia da criança, segundo Vygotski (2004; 2014), transpondo-a para o adulto, pois o desenvolvimento não é apanágio da criança. Provocar o desenvolvimento humano como premissa da Psicologia vygotskiana, promovendo reorganização dos sujeitos e do poder de ser afetado pelo outro, ou seja, quanto mais afetado eu sou, mais podemos promover o desenvolvimento da atividade. Reforça o processo de experimentação como forma de provocar o desenvolvimento humano para estudá-lo. Quer dizer, é somente em movimento que o indivíduo se mostra? E os métodos indiretos confirmam esse percurso de observação/investigação. Ele critica os experimentalistas – reformulando totalmente os métodos de experimentação e resgatando as experiências vividas, pois ele visa o objeto em sua complexidade, atento para não se cair em reducionismos nem objetivantes nem subjetivantes. Se o real não coincide com o realizado, Vygotski vai abordar o pensar sobre o seu pensamento, modificando o seu próprio pensamento, coisas desconhecidas em mim e que me dirigem, modificando a minha ação. Um mecanismo que não poderia desconhecer o inconsciente e a forma como este opera em mim.

A Clínica da Atividade avança neste processo de lacunas do inatingível da observação, apresentando-nos métodos diferenciados de análise do *trabalho real* e conflitos decorrentes, ou seja, *a instrução ao sócio e a autoconfrontação simples e cruzada*. São métodos que nos levantam alguns pontos críticos. O primeiro deles, a presença do observador como um ponto de partida da análise da situação, reservando à ação, o agir, uma primazia no contexto para provocar um desenvolvimento e produção de conhecimento. Trata-se de provocar o

desenvolvimento para compreender como ele de fato ocorre. A produção de um diálogo interno no trabalhador, produzindo ação e pesquisa, pesquisa e ação - produção de conhecimento, nesta sequência. Partindo do campo e retornando ao mesmo campo, desenhando novas formas de intervenção. O segundo ponto, os trabalhadores como protagonistas de seu trabalho, de suas ações no campo. O terceiro ponto, o trabalhador tornando-se *expert* de sua própria atividade. O quarto, a adoção de *métodos indiretos* para se ter acesso às experiências diferenciadas, como por exemplo, o *real da atividade*. Diz de uma perspectiva de restaurar e recuperar o *poder de agir* do sujeito no trabalho, instigando e investigando as emoções e afetos na atividade – situação esta desejada pelos métodos indiretos de investigação da atividade.

A Clínica da Atividade apoia-se em alguns eixos de desenvolvimento. Em primeira linha, promovendo o desenvolvimento do pensamento nos diálogos dos trabalhadores. A linguagem como um ato e os diálogos provocando e instigando a atividade. Em seguida, o *gesto* de ofício em suas dimensões pessoal, interpessoal, transpessoal (o gênero), e impessoal (o prescrito), tentado atingir o inatingível a priori - os esconderijos da atividade. Também, a ideia de que a atividade é inseparável dos afetos e das emoções, corroborando a influência da subjetividade em sua constituição.

Ao intervir nas situações de trabalho, a Clínica da Atividade nos avisa que, para validar seus princípios, restituir o conflito de critérios e ressignificar os efeitos da intervenção, melhor seria se o local analisado contasse com o chamado *Comitê de Pilotagem*. Diz-se de uma instância coletiva composta por trabalhadores, gestores micro e macro, usuários de determinado *métier*, visando à sustentação desse conflito, a fim de promover a real transformação de situações de trabalho. Uma situação ideal, porém, segundo Yves Clot, esta seria uma pré-condição reducionista de todo o processo acima descrito, ou seja, o *Comitê de Pilotagem* pode ser criado, inclusive, em decorrência da intervenção realizada.

3.1.3.1 Memória do gênero profissional e variantes possíveis

A Clínica da Atividade parte dos conceitos de *trabalho coletivo e coletivo de trabalho* como norteadores que se situam na interseção entre a *atividade pessoal* e a *impessoalidade* das leis e protocolos. Neste espaço-tempo, encontramos a *interpessoalidade* – a relação entre pessoas que visam ao estabelecimento de regras comuns que governam o *trabalho coletivo*. Trabalho este que não só se compartilha objetivos comuns, mas também conflitos do/no enfrentamento do real e suas *infidelidades*. Uma afirmação nada simples, mas visível na

ressignificação da atividade individual, onde o *gênero* se faz presente na conversa de “vozes do passado que falam no presente” para evidenciar as condições de sua existência no coletivo. A ligação do passado com o presente, incorporando os instrumentos possíveis de ação e do *gesto*, que passam pelo corpo e pelo espírito humano. No *trabalho coletivo*, o “Gênero conserva seu passado quando um círculo profissional consegue – quase sempre, apesar de tudo – transformar esse passado em meio de viver o presente, ou seja, paradoxalmente, em lembranças do futuro.” (CLOT, 2010, p. 170).

Por outro lado, os aspectos que ultrapassam o pessoal - o *transpessoal* -, relacionam-se ao *coletivo de trabalho*. Assim, lá onde procuramos o gênero, (re)encontraremos o *coletivo de trabalho* e vice-versa. Por isso, quando esses intercalados se degeneram, o coletivo se desfaz em coleções, agrupações, reivindicando o sofrimento psíquico.

Mas, o que significa o *gênero* profissional? Uma explicação importante com e a partir da descoberta ergonômica da diferença e da distância entre o *trabalho prescrito e real* – ou seja o espaço-tempo de constituição de todos esses conceitos.

Portanto, entre o prescrito e o real, há um terceiro termo decisivo que designamos como o gênero social de ofício, o gênero profissional, isto é, **as “obrigações” compartilhadas pelos que trabalham para conseguir trabalhar**, frequentemente, apesar de todos os obstáculos e, às vezes, apesar da organização prescrita de trabalho. (CLOT, 2010, p.119, destaques nossos).

O gênero – como um intercalado social – está sempre ligado a uma situação social específica, a um contexto determinado. Especificamente,

O gênero é, de algum modo, **a parte subentendida da atividade**, o que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam, esperam e reconhecem, apreciam ou temem; o que lhes é comum, reunindo-os sob condições reais de vida; o que sabem que devem fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário re-especificar a tarefa a cada vez que ela se apresenta. **É como que uma “senha” conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional...** Por isso não exigem, forçosamente, formulações verbais particulares. O gênero como intermediário social, é um conjunto de avaliações compartilhadas, que, de maneira tácita, organizam a atividade pessoal. (CLOT, 2010, p. 121-122, destaques nossos).

Sendo assim, considerando seu caráter de resignificação de um determinado *métier* de trabalho, o gênero corresponde aos instrumentos destinados às práticas e ações de um *coletivo de trabalho*. Ele corresponde aos antecedentes normativos (para não se distanciar das *normas antecedentes* em Ergologia, *cultura do métier* em Psicossociologia e *regras de métier* em Psicodinâmica do Trabalho), ou seja, às diretrizes sociais de uma atividade e que traduzem uma “memória transpessoal”. Memória esta que não só esclarece, como engendra e dirige as

ações, os atos e os gestos profissionais dos trabalhadores. É através do exercício do *gênero* que o trabalhador desvela seu *estilo* como uma expressão de liberdade do *gênero*. Ele traduz maneiras coletivas e variadas de fazer a mesma coisa em determinada situação de trabalho. Um “pré-fabricado”, disponível em *gestos* e palavras para a expressão do fazer. Pelo *gênero*, as maneiras diversas de trabalhar são reconhecidas social e coletivamente.

Parafraseando Tosquelles (2009), cuidar da instituição para cuidar do paciente, é do ofício que se deve cuidar, quer dizer, tratar bem o *gênero*, mesmo que o atacando, a fim de realimentá-lo, reforçando a existência de suas variantes em novos coletivos instituintes da novidade (CLOT, 2010). Quer dizer, a Clínica da Atividade reconhece a variabilidade e a evolução de *gêneros* em um meio de trabalho. Por esse caminho, a Psiquiatria que se pratica nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental, inclusive aqueles desenvolvidos em Minas Gerais, assim como a Psiquiatria dos Hospitais Psiquiátricos, constituem variantes de um mesmo gênero - a Psiquiatria (e sua história em sínteses) e em *normas antecedentes* que apresentaremos no capítulo 4 da tese.

Ampliamos o debate entre *gênero e estilo* por se tratar de dois conceitos centrais dentro da Clínica da Atividade e também de grande valia para o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria.

A transformação proposta por esta clínica não se localiza num objeto externo e que, inclusive ela só poderia acontecer mediante uma ação coletiva, nos coletivos de trabalho. Neste sentido, a intenção é deixar para um breve e segundo plano a inclusão no coletivo daquilo que o ato provoca como instituição de conflito na atividade, desvelando o *poder de agir* de cada um (CLOT, 2010). Mas, o desafio que se apresenta é ao mesmo tempo instituir o conflito, provocando a postura do pesquisador em considerar as duas situações, instigar e analisar o *poder de agir*, sem perder de vista a análise coletiva deste *métier*. Este é o impasse que esta clínica constrói para si mesma - como dele apresentar saídas?

Para realizar esta operação, a Clínica da Atividade se apoia em três noções importantes - o *gênero*, o *estilo* e o desenvolvimento do *métier*. Um debate essencial, no sentido de que não pesquisamos somente o gesto profissional, mas também visamos provocar e promover o desenvolvimento da cultura desse *métier* psiquiátrico – o CAPS III/CERSAM Betim Central.

Segundo Clot (2010), a Ergonomia da atividade distingue claramente o *trabalho prescrito* do *trabalho real*, mas torna-se necessário não somente considerar esta descoberta, como também apresentar caminhos e estratégias de ultrapassá-lo. Neste sentido, não existiria a prescrição social de um lado e a atividade real do outro, a organização que estabelece normas e a atividade do sujeito do outro lado.

Segundo Clot (2010, p. 119), “Existe, entre a organização do trabalho e o próprio sujeito, um trabalho de reorganização da tarefa pelos coletivos profissionais, uma recriação da organização do trabalho pelo trabalho de organização do coletivo”. Há entre o *prescrito e o real*, um terceiro elemento, o *gênero* social de ofício, o *gênero* profissional. Um terceiro elemento que Bakhtine nos apresenta pelo viés da linguagem. O autor intercala o gênero de discurso entre a língua e a palavra singular, entre as *normas antecedentes* e a *renormalização*. Um *gênero* que traduz maneiras de fazer coletivizadas em um determinado *métier*. Trata-se da introdução da linguagem coletiva no individual como fonte de *renormalização*. O *gênero* como a dimensão social da atividade. “Se nos fosse necessário criar pela primeira vez na troca de cada um de nossos enunciados, essa troca seria impossível (BAKHTINE, 1984 *apud* CLOT, 2010).⁶¹ Segundo Bakhtine (1984 *apud* CLOT, 2010), o *gênero* discursivo estabelece na atividade o regime social de funcionamento da linguagem. Clot (2010), seguindo este raciocínio, apresenta-nos três palavras essenciais para finalizar seu ponto de vista – “a própria palavra, a palavra do outro e a palavra do dicionário.” (CLOT, 2010, p. 122). Neste espaço-tempo, ele nos esclarece que a palavra em si não é evidentemente privada, mas sim pessoal. Para o autor, a relação entre o sujeito, a língua e o mundo social não são diretas. Elas carecem de um *gênero* de situação – um intercalado social. A Clínica da Atividade avança, definindo entre o pessoal e o impessoal, o transpessoal que se traduz como *gênero* em sua linguagem clínica. Dizemos do falar social que os grupos se apropriam, fazendo determinado uso da língua para se comunicar em um determinado *métier*.

Com relação ao trabalho, como já discutimos, o *gênero* traduz as obrigações, as regras, os signos que compartilham as pessoas que trabalham. E é neste sentido que “Sem o recurso dessas formas comuns da vida profissional, assiste-se a um desregramento da ação individual, a uma “queda” do poder de ação, assim como da tensão vital do coletivo, a uma perda de eficácia do trabalho e da própria organização.” (CLOT, 2010, p. 119). Conforme já abordamos acima, ele é a parte subentendida da atividade. Entre outras palavras, ele é a “alma social da atividade”. Foi também dentro desta mesma direção que encontramos no mestrado (Silva, 2010), a fragmentação de coletivos em coleções, desvelando o sofrimento psíquico de vários trabalhadores, bem como o abandono de outros. Os dados da atual pesquisa no CAPS III/CERSAM Betim Central confirmam essa mesma realidade.

A Clínica da Atividade constrói este conceito de *gênero* como um conjunto de antecedentes ou de pressupostos sociais da atividade em curso. Ele é “uma memória

⁶¹ Do original – “S’il nous fallait créer pour la première fois dans l’échange chacun de nos énoncés, cet échange serait impossible.” (BAKHTINE, 1984 *apud* CLOT, 2010).

transpessoal e coletiva que confere seu conteúdo à atividade pessoal em situação; maneiras de comporta-se, de dirigir a palavra, de encetar uma atividade e de levá-la a termo.” (CLOT, 2010, p. 123). Ele respeita a história dos atos convencionados ou deslocados pela história, uma vez que “Tal história fixa os previsíveis do gênero que permitem suportar – em todos os sentidos do termo – os imprevistos do real.” (CLOT, 2010, p. 123). E essas convenções vinculadas à ação são apresentadas como obrigações e como fontes, recursos para novas ações – o caminho para o engendramento de novos gestos profissionais.

Sobre o *estilo*, nosso diálogo, a priori, estreita-se como o mesmo autor, além de algumas contribuições de Rabardel, apontando para a direção de considerar o *gênero* como um instrumento que, como tal, vive à prova do real. Nas situações reais, os trabalhadores mobilizam essa herança genérica, ajustando-a de forma singular à medida de sua necessidade de agir. Como se percebe, há uma estreita relação entre *gênero e estilo*, na medida em que “Os gêneros continuam vivos graças às recriações estilísticas. Mas, inversamente, o não domínio do gênero e de suas variantes, impede a elaboração do estilo. Servir-se com certa liberdade dos gêneros implica sua refinada apropriação.” (CLOT, 2010, p. 126).

Se o *gênero* é constitutivo do *estilo*, Clot (2010) insiste em nos afirmar que o mesmo é a “memória social transpessoal da atividade. O *gênero* social é constitutivo do *estilo*, o que exclui a possibilidade de transformar esse último em um simples atributo psicológico privado.” (CLOT, 2010, p. 127). Aqui, se o termo privado se opõe ao pessoal, podemos dizer que o *estilo* é antes pessoal do que privado. Ele não se mostra desligado do *gênero* sobre o qual ele age, por isso que a história coletiva é constitucional do mesmo e que se manifesta no saber-fazer estilizado de cada um. Assim, o *estilo* não se reduz à libertação do *gênero* social, promovendo o desenvolvimento deste último. Quer dizer, essa libertação do sujeito para agir não é somente dirigida pelo coletivo, mas também pelo próprio sujeito da ação.

O estilo é, igualmente, a distância que um profissional interpõe entre sua ação, e sua própria história, quando ele a adapta e retoca, colocando-se à margem dela por um movimento, uma oscilação, aí, às vezes, também rítmica – consistindo a se afastar dela, em solidarizar-se e confundir-se com ela, assim como em desembaraçar-se dela, de acordo com as contínuas modificações de perspectivas que podem ser consideradas, igualmente, como criações estilísticas. (CLOT, 2010, p. 128, destaques nossos).

O sujeito é premeditado por seus próprios scripts sedimentados ao longo de sua vida. Portanto, é na interseção entre o *gênero* interior e o social que o *estilo* se apresenta em sua constituição. Finalmente, para melhor apresentar uma diferenciação entre *renormalização* e *estilização*, podemos dizer que:

Existiria, então, uma entidade dinâmica do estilo na interseção de duas linhas de sentido oposto: **na primeira, ele desembaraça ou liberta o profissional do gênero profissional, não negando esse último, mas pela via de seu desenvolvimento, forçando-o a se renovar. Na segunda, ele emancipa a pessoa de seus invariantes subjetivos e operatórios incorporados**, não – nesse caso também – por essa rejeição, mas igualmente pela via do seu devir possível, inscrevendo-se em uma história que os reconverte. Nessa interseção, o desenvolvimento é conflito. Os impasses fazem parte dos possíveis que aí se enfrentam. (CLOT, 2010, p. 129, destaques nossos).

Em seu próprio *estilo*, o sujeito se vê capturado por si mesmo, seus esquemas conscientes e inconscientes, cognitivos, emocionais e afetivos que se desenvolvem ao longo de sua própria história de vida. Uma espécie de “prontos para agir” em diálogo com a atividade em situação. Falamos da experiência e dos *saberes investidos*, mobilizados e possíveis na mesma. Neste percurso, o trabalhador tende a colocar a experiência à sua disposição para a construção de possíveis de estilização. Porém, “Em contato com o real, os esquemas de tal experiência interferem entre si, convocando o novo ou repetindo o antigo.” (CLOT, 2010, p. 128). Dizemos de novas oportunidades para possibilidades também não realizadas. Uma situação dialética evidenciada no mestrado (SILVA, 2010), pois os trabalhadores mostraram uma tendência evidente a repetir o velho no modelo de Reforma Psiquiátrica dentro dos CAPS.

Segundo a Clínica da Atividade, há que se considerar que o *gênero*, ou o *métier*, não somente é uma organização ou um instrumento de ação, mas, quando submetido à prova do real, ele desvela um espaço-tempo de conversa com as variabilidades humanas na manifestação de estilos de fazer gestos profissionais. A conversa estabelecida prepara o terreno para novas recriações estilísticas ao longo da tese. Entre outras palavras, o estilo interpela o gênero, atacando-o também, mediante sua singularidade de expressão. “O estilo participa do gênero ao qual ele fornece o seu modo de ser. Os estilos são o retrabalho dos gêneros em situação, enquanto os gêneros, de fato, são o contrário de estados fixos.” (CLOT, 2010, p. 126). Ele é analisado, como uma forma de revitalização do *gênero*, reconfigurando sua vitalidade e plasticidade na medida em que “ele é, antes de mais nada, a transformação dos gêneros na história real das atividades no momento de agir em função das circunstâncias.” (CLOT, 2010, p. 126). Quer dizer, as variações de estilo na atividade visam, mesmo que existam desvios no percurso, manipular com destreza as *vicariâncias* do gênero. Em outras palavras, “Os gêneros continuam vivos, graças às recriações estilísticas”.

Chegamos, então, a uma importante questão - a “refinada apropriação” do gênero. Isso nos remete às variabilidades de estilos existentes no CAPS III/CERSAM Betim Central que

estudamos. Primeiramente, o conflito da existência de algumas *vicariâncias* genéricas da Psiquiatria que se pratica no CAPS III/CERSAM Betim Central. O que está em jogo neste serviço é um debate que se mostra mais acirrado entre os gêneros da Psiquiatria Clássica, Contemporânea e da Reforma, etc., se assim podemos dizer. E isso amplia o nosso entendimento das *normas antecedentes* que compõem cada um desses campos de conhecimento aplicados ao CAPS. Com respeito à Reforma Psiquiátrica brasileira, esta amplia o debate, pois em seu bojo, ela nos parece fazer uma crítica às outras e não se mostra de forma consensual a interpretação teórico-prática de suas normas no *trabalho real*. Quer dizer, há um evidente conflito de normas e critérios psiquiátricos, mas percebe-se uma abertura para diálogos mais voltados para os aspectos mais fenomenológico-biológicos da mesma do que militante antimanicomial, conforme veremos em nossas análises do *trabalho real* e do GRT. Assim, a refinada apropriação requer uma passagem por este conflito do *métier e debate de normas*, visível pela variabilidade de *estilos* de ação e que requer também um posicionamento clínico definido – o que também se mostrou um conflito no *trabalho real* do referido CAPS III.

Falamos de diferentes *gêneros* psiquiátricos em debate no mesmo *métier*. É neste sentido que o *estilo* é uma entidade que se situa entre a ação e o gesto e tem a função criadora de individualidades na ação. Assim, ao tentar fazer reviver o *gênero*, ele abre todo um debate acerca da validação coletiva de suas variabilidades de agir, convocando o percurso histórico de vida dos trabalhadores. Ele desvela sua expressividade por caminhos *simplexos e vicariantes* (BERTHOZ, 2009, 2013). Isso requer um trabalho de equipe, do coletivo de trabalho em debater essa variabilidade, visando inclui-la na agenda coletiva do gênero psiquiátrico em desenvolvimento.

Compartilhamos com essa abordagem sobre o *estilo*, mas compreendemos também que a mesma se mostra insuficiente para explicar a complexidade do real e das experiências humanas. Um assunto que não finalizaremos nesta tese. Algo escapa a esta inter-relação e pretendemos problematizar, visando encontrar outros caminhos possíveis⁶², inclusive, com e a

⁶² O assunto é extenso e merece maiores esclarecimentos. Se por um lado, apontamos essa insuficiência, por outro, anunciamos um debate que não aprofundaremos nesta tese. Trata-se de um diálogo com as artes, a literatura e a linguística, segundo Pierrot (2005), Bordas (2007; 2008), Granger (1974), Goralczyk-Cenni (2013). Segundo os dois primeiros, são ideias que, de uma forma ou de outra, nos últimos quinze anos, contrapõem a estilística como uma disciplina científica em seu monopólio de definição de estilo. Diz-se do estilo fora da *estilística*, pois ele não pode ser objeto de uma ciência, mas sim do lado de uma interpretação crítica interdisciplinar. Longe de ser uma categoria homogênea, antes um processo de transformação e singularização da obra no sentido dialógico, processual, prático, filosófico e discursivo da palavra. O estilo é um “processo da obra em movimento” que privilegia o pensamento poético, a arte, a cultura, o social, o político, hábitos (de se vestir, por exemplo), dentro de uma criação viva e realizado por etapas de “modalização” e “modelização” do enunciado, da produção, da recepção e crítica de formas de viver. O estilo

partir das inter-relações teórico-práticas em meu estilo de renormalizar, minha maneira de fazer e praticar a Psiquiatria em gestos profissionais. Ou seja, incorporamos também outros saberes nesta definição como aqueles decorrentes da Psicossociologia (em especial das Histórias de Vida) – uma proposta trabalhada na introdução e na última parte da tese.

3.1.3.2 A interseção crítica entre Clínica da Atividade e Clínica Psiquiátrica

Em termos práticos, apresentamos uma maneira crítica de aplicação da Clínica da Atividade no campo da Saúde Mental e da Psiquiatria, tanto no sistema aberto, quanto no fechado. Vygotski (2004) nos apresenta um conceito de alienação mental⁶³, dizendo que “Não é o delírio que distingue um alienado de nós, mais o fato que, à diferença de nós, ele crê em seu delírio e o obedece.” (CLOT, 2010, p. 250)⁶⁴. Partimos dessa provocação e avançamos na busca de caminhos, *projetos-ações*, atos, posturas e gestos profissionais em Psiquiatria para compreender, provocar e sustentar fenômenos de loucura.

Assim sendo, a questão primordial é acompanhar (e recuperar) no CAPS III, a construção do caso clínico (VIGANÒ, 1999) pela introdução de conceitos e reflexões provenientes dessa clínica e importantes para se promover o acolhimento da loucura. Se a Psiquiatria biológica visa à extinção do delírio (através de um possível medicamento “deliriolítico”) como tarefa prevalente -, o gênero psiquiátrico no meio aberto nos convida para outros conflitos. O primeiro deles, aquele de (re)produção de gestos profissionais, a partir do posicionamento do profissional/trabalhador na interseção *realizado-real da atividade* (posição de definição do sujeito psicológico) - uma postura clínico-psiquiátrica de grande *desconforto intelectual* que compõe a razão de ser desta tese. A reinstauração do conflito (delirante) nesta interseção, provocando o enigma da ressimbolização, não só permitindo o

seria, antes de tudo, uma medida de invenção, criação, uma passagem, uma forma de realização do sentido, uma escolha que ultrapassa a razão, um ato. O estilo como um valor simbólico ampliado, uma construção argumentativa social, cultural, política, econômica, financeira, etc. Um bem, uma graça que se possui ou não – uma discriminação, uma marca original e decisiva da identificação de sujeitos e classes coletivas. Formas de discursos críticos espontâneos ou profissionais e que se fazem em termos históricos, a história dessa palavra (estilo) como discurso e que define a historicidade do sujeito. As reflexões de Bordas (2007, p. 139) nos fazem compreender o estilo como “um gesto em direção ao sentido”. Uma evidência de ser-no-mundo, segundo a Filosofia Existencial de Heidegger. “Dans tous les cas, hommes de médias ou hommes politiques, le style reste un actant prestigieux, indéfinissable, mais garant d’une vérité, d’une authenticité du corps e de l’âme, qui reconcilie intelligence et émotion. Le style est un programme, une promesse ontologique, une reconnaissance indentitaire décisive.” (BORDAS, 2008, p. 82). A *Filosofia do Estilo* de Granger (1974) é outra perspectiva que não foi considerada neste debate. Tudo isso constitui novas possibilidades de definição de estilo – que ampliam nosso diálogo ao longo da tese, em especial na última parte.

⁶³ Uma questão também apontada por Clot (2010, p. 32).

⁶⁴ Do original – “Ce n’est pas le délire qui distingue un aliéné de nous, mais il faut que, à la différence de nous, il croit à son délire et lui obéit.” (VYGOTSKI, 2004, p. 250). Uma situação instituinte de prática da clínica em psiquiatria, inclusive, de engendramento de gestos profissionais da mesma ordem.

delírio do usuário e sua evolução, mas sustentando-o e modificando o seu conteúdo e curso de tratamento. Um processo que chamaremos de *restituição clínica em psiquiatria* no curso do conflito intrapsíquico e que muito se aproxima de um posicionamento clínico-psicanalítico. Quer dizer, tal posicionamento profissional visa à alimentação do conflito do/no real, interrogando e convocando o *gênero* profissional em Psiquiatria em outras variações, *vicariâncias* (BERTHOZ, 2013), possíveis no sistema aberto. E isso exige do terapeuta um posicionamento clínico definido e sempre renovado em nível de formação continuada.

Em termos práticos e clínicos da atividade, partimos da (re)instauração do conflito no espaço-tempo *realizado-real da atividade* de trabalho no sistema de tratamento do CAPS III/CERSAM Betim Central. Um processo de trabalho em que o usuário é livre de movimentação no interior da instituição, inclusive de ir e vir em regime de PD, consultas ambulatoriais de crise, salvo aqueles que se encontram em pernoite, bem como livre na interseção *realizado-real da atividade*. Dizemos de clínica (dialogada e/ou em diálogo no curso de sua produção) na medida da escuta e intervenção/construção do *caso clínico*. Explicando melhor, trata-se de resgatar o conflito no interior da atividade como ponto de partida. Fazer do conflito um meio de desenvolver e valorizar a controvérsia na atividade, desenvolvendo, conseqüentemente, o *gênero* profissional em Psiquiatria.

Neste sentido, os sintomas dos usuários entrariam na economia do espaço-tempo *realizado/real da atividade*, restituindo novos conflitos na atividade e resgatando-os como possibilidade de enriquecimento e desenvolvimento da atividade. Um percurso de evolução de um sintoma em outros sintomas: S1, S2... Um processo de saúde, a partir do sintoma e não um apagamento deste, antecipando a medicação como primeira instância de tratamento.

Resta-nos um importante e essencial detalhe – como instituir esse conflito? A produção não realizada pode funcionar de duas maneiras. Primeiro, como obstáculo, fonte de adoecimento; e de transgressões da prescrição, por outro lado, fonte de desenvolvimento. Quer dizer, na atividade, procuramos contornar obstáculos - o que fazer e como fazer com este *real da atividade* (delirante) que se apresenta? Trata-se de ajudar o sujeito agir para dar conta da situação, mas, para isso, requer um caminho por meios desviados do tradicional. Inventar sem antes prever por meios contornados para ultrapassar esse obstáculo. Fazer clínica requer uma postura clínica – de se trabalhar, de se produzir e provocar novos instrumentos de desenvolvimento da atividade, instaurando conflitos no campo do outro, outros endereçamentos. Provocar novos conflitos que o sujeito antes não pensava ou percebia. Uma *oxigenação dialógica* para enfrentar atividades envenenadas, asfixiadas, por exemplo. Reinstalar e reinstaurar o conflito, observar o *trabalho real* e aproximar da atividade,

descobrir, procurar o caminho, arbitrar entre possibilidades, *renormalizar*. Entre o *realizado-real da atividade*, não há escolha de um em detrimento do outro registro, a intenção é recolocar o conflito nesta interseção e sustentá-lo com o usuário. Para tal, dispomos de dois caminhos - pela *metáfora* e pela *catacrese* da atividade. Ambas, figuras de linguagem que a Clínica da Atividade importa para se fazer clara neste contexto clínico (CLOT; GORI, 2003; CLOT, 1997b).

A primeira, um instrumento simbólico linguajeiro de ação sobre o outro no coletivo e no interior da atividade individual. Uma recriação da linguagem frente à dificuldade de dizer, de encontrar palavras para dizer, outro caminho para dizer a mesma coisa, forma de atravessar o *real da atividade* - instrumento clínico que visa abrir as portas da *atividade impossível* - insuportável. Ou seja, espaço-tempo da (im)possível atividade em Psiquiatria.

A segunda, diz de determinados achados no processo de aproximação da atividade do outro. Uma forma de *transformar artefatos em instrumentos da atividade*, possibilitando o tratamento do delírio do usuário em Psiquiatria, por exemplo. Assim, a *catacrese* é também uma figura de linguagem que se refere ao deslocamento no sentido original de um termo. No mundo do trabalho, dar funcionalidade diferente ao objeto, resgatando uma polifonia funcional dos objetos e que permite o desenvolvimento psicológico real. Trata-se de uma palavra na linguística e um conceito em Psicologia do Trabalho. Maneira de fazer referência à coisa quando faltam palavras para expressá-la: o braço da poltrona, o pé da cadeira, a aza do bule, etc. Uma situação que nos remete, por exemplo, ao *trabalho real* no CAPS III/CERSAM Betim - o lençol⁶⁵ para a contenção do usuário no leito. Diz respeito a uma forma diferente e criativa de agir na atividade, reapropriando do objeto de forma diferente e permitindo ao trabalhador lidar com as dificuldades, ultrapassando-as.

De início, a *catacrese* pode funcionar em duplo sentido. De um lado, como transgressão da norma somente, de luta contra a prescrição, gerando riscos para o curso da atividade. De outro lado, ela funciona como uma oportunidade de fazer diferente a mesma coisa, ou seja, uma alternativa, uma criação favorável para a saúde, conversões simbólicas no aqui-agora das situações insuportáveis para a equipe, conforme analisaremos no capítulo 7 da tese. E isso depende da forma com a qual o coletivo vai receber e interpretá-la no *trabalho real*. Em sendo uma transgressão da/na atividade, considerando seu caráter desviante do real, há que se tomar o devido cuidado, relativizando os riscos para o trabalho e para a economia

⁶⁵ O lençol para a contenção do usuário, paciente psiquiátrico no leito - formas diferentes e criativas da atividade, reapropriação do objeto de forma diferente e que permite lidar com as dificuldades, ultrapassando-as. Não são transgressões, antes criações, conversões simbólicas.

psíquica dos trabalhadores. E isso requer um intenso trabalho do coletivo, de diálogo com o *gênero* em questão. Ela também pode funcionar como criação no sentido de apresentar saídas para o embaraço da atividade, tornando possível o impossível pela sua capacidade de recriação instrumental.

Em outras palavras, uma forma de agir por meios contornados, de forma desviada, para gerir as *infidelidades do meio* (CANGUILHEM, 1995) e os obstáculos para transformar os objetos da ação. Agir diferente, transformando a funcionalidade do artefato em instrumentos possíveis de ação. Porta de entrada de identificação e controle da “atividade impossível” entre o *realizado e o real da atividade*. Uma estética da criação instrumental e favorável para a saúde, pois apresenta saídas para a recriação do meio profissional. Meio desviado de tornar possível o impossível, meio de ressignificar um delírio em outro delírio (D1, D2...) na passagem do *realizado* para o *real da atividade* e vice-versa. Uma metamorfose da impossibilidade.

Uma ponte para chegarmos ao assunto da saúde e da doença – outra herança de Canguilhem (1995). Diz do sujeito vivo da normatividade, que se mostra para além do normal, instigador de novas normas. Uma herança importante para a maioria das Clínicas do Trabalho. A saúde se comprovando e reafirmando sua importância pelos meios deslocados na patologia, saúde como a capacidade de adoecer e se recuperar. Sujeito vivo de normatividades, sendo que a anormalidade seria se portar indiferente frente ao meio. A doença incluindo a saúde, onde as defesas em excesso funcionam como agressoras, um excesso de saúde se assim podemos dizer na composição das doenças psicossomáticas. Estar doente por aceitar somente uma norma de viver. Então, ser normal não é ser adaptado, mas ser capaz de ultrapassar a norma, de cair-se doente recuperar-se com e a partir das mesmas normas, visando à *renormalização* (CANGUILHEM, 1995). Ser saudável é ter seu *poder de agir* ampliado - uma construção coletiva, atividades dialógicas, de possibilidades e impossibilidades - e que favorece a ampliação desse poder, conseqüentemente, da saúde.

Trata-se do instituinte caminho do *engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* que esta tese percorre, ou seja, a transformação de uma *catacrese* (transgressiva, a priori) em gestos profissionais e que requer uma operação importante - aquela da passagem pela “peneiração”, triagem pelo coletivo, pelo gênero do *métier*. Referimo-nos, especificamente, aos dois gestos profissionais descritos no capítulo 7 da tese. O primeiro – o gesto de inversão da chave, convocando um usuário no lugar de porteiro do CAPS III/CERSAM Betim Central. O segundo, o gesto de arrastar a loucura para tratar o sujeito que chega em crise no mesmo serviço.

Dizemos de transgressão no sentido de infração da norma, pois, segundo Canguilhem (1995, p. 214), “Não é apenas a exceção que confirma a regra como regra, é a infração que lhe dá a oportunidade de ser regra fazendo regra”. Neste sentido, a infração é também analisada como regulação do fazer, das regras na atividade, da novidade do agir e não somente como uma transgressão do protocolo por si só e isto estaria estabilizado, inquestionável. Há que se convocar outro mecanismo para balizar essa situação. Um assunto que será retomado ao longo da tese e que Dejours (2009) nomeia de *deliberação/validação* individual e coletiva; e Schwartz (2001) traduz como *endereço social*. Trata-se de um ponto chave da tese – em que momento e como uma transgressão - catacrese da/na atividade - torna um gesto profissional? Apresentaremos nossas argumentações ao analisarmos tais gestos com detalhes, mas anunciamos que eles não deixam de ser gestos profissionais por receberem uma negativa da maior parte do coletivo.

É assim que a Clínica da Atividade nos ajuda a desconstruir paradigmas tradicionais e construir novas possibilidades do agir, reconstruindo possibilidades clínicas no campo da Psiquiatria concreta e material que se pratica nos serviços abertos e da Reforma Psiquiátrica. Uma maneira instituinte de analisar o delírio na interseção *realizado-real da atividade* como um obstáculo e, ao mesmo tempo, oportunidade de desenvolver a loucura e o *métier* em questão.

Não estaríamos diante de uma contribuição desta clínica também para a interseção Psiquiatria-Psicanálise? Dizemos de clínica (dialogada e/ou em diálogo no curso de sua produção) na medida em que clínica é escutar e intervir na construção do *caso clínico*, sustentando a amarração de diversas dimensões do gesto, inclusive dos três registros psicanalíticos – o real, o simbólico e o imaginário. Se para Lacan, em diálogo com Freud, o real é tomado em sua impossibilidade, a Clínica da Atividade realiza outra operação. Ela visa ressignificar essa situação, restaurar o conflito, desvelando os enigmas da atividade, incluindo diversos conceitos, em especial, o *real da atividade* na economia psíquica dos trabalhadores e nos processos de trabalho, mobilizando *saberes constituídos e investidos* no campo da Psiquiatria.

Trata-se de um assunto necessário para avançarmos no sentido de esclarecer o percurso do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* - que apresentaremos em breve.

3.1.4 A contribuição da Ergologia

Em termos iniciais, a abordagem ergológica nasce nos anos 80 mediante a necessidade de apresentar um diálogo frente ao declínio da era dominada pelo Taylorismo. A revolução técnica e tecnológica surgia no cenário social e do trabalho, exigindo uma nova política de gestão de mudanças.

Para compreender, avaliar e transformar as situações de trabalho, fazia-se necessário aproximar dos protagonistas do trabalho. Ir até eles como forma de respeito à subjetividade, à experiência humana e à infidelidade do *métier* de trabalho. Era necessário promover um diálogo entre os produtores de saberes - a academia - e o mundo real de trabalho. O termo Ergologia (*ergo* – atividade, *logia* – filosofia) passou, então, a ser utilizado no final dos anos 90⁶⁶, a partir de um *desconforto intelectual* acerca do enigma do conceito de atividade. Ou seja, critica-se a tentação dos trabalhadores e pesquisadores em escolher o conforto de um possível discurso por eles assumidos ou criados para sustentar seus pontos de vistas no trabalho.

O desconforto intelectual é uma postura que decorre directamente da concepção ergológica da atividade, (ver: renormalização; dupla antecipação). **A actividade não pode nunca deixar-nos confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação de atividade;** daí o erro ergológico por excelência, que consiste em não estar em permanência numa postura de desconforto parcial. Trata-se, pelo contrário, de se deixar incomodar metodicamente ao mesmo tempo nos nossos saberes constituídos e nas nossas experiências de trabalho, a fim de progredir incessantemente nos dois planos. (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008a, p. 24-25, destaques nossos).

Para melhor nomear essa intuição, a Ergologia inicia seu processo indisciplinar de se deslocar aos ambientes de trabalho para ver de perto e tentar enxergar longe outros conceitos e formas de fazer a mesma coisa, reivindicando o conceito de *reservas alternativas*. Segundo Schwartz e Durrive (2008a), trata-se da forma como um *debate de normas* conduz a outras maneiras de encarar as coisas como elas são, a fim de promover o viver junto e o fazer em coletivo. Um debate que vai desde o espaço micro das situações cotidianas, imperceptíveis, ao

⁶⁶ Um conceito também trabalhado por Tosquelles (2012, p. 85-86) – dentro dos princípios da Psicoterapia Institucional nos anos 70 e que, segundo minha compreensão, assemelha-se aos princípios básicos da abordagem ergológica proposta por Yves Schwartz. Ou seja, não se tratava somente de enfermeiros e médicos conhecerem somente os elementos técnicos e tecnológicos do trabalho, mas era necessário se estabelecer os diversos tipos de acontecimentos previstos e imprevistos dentro da cadeia operacional - “événements structurant le comportement neuromusculaire, les biletés requises et les conditions de l’apprentissage d’une part, et d’autre part événements susceptibles d’apparaître au niveau des interrelations “professionnelles” nécessaires à conjuguer avec d’autres partenaires au cours de la “production”: l’ensemble de ces connaissances peut s’appeler l’ergologie.” (TOSQUELLES, 2012, p. 86).

macro – político, cultural e social. Dizemos daquilo que se tem de reserva para se utilizar no momento certo. Uma produção que vem da *renormalização*, ou seja:

Se as normas exprimem o estabilizado, o antecipado, elas têm vocação para ser colocadas em história graças a homens capazes de renormalização. A partir de lá, vai satisfazer de uma aparente reprodução do quadro normativo, ou pelo contrário deixará um espaço e condições para que se expressem as *alternativas em reserva*, as que resultam das renormalizações... A questão reenvia no final ao viver em comum e aos desafios da democracia. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 27).

Quer dizer, trabalhar as situações de trabalho com os próprios trabalhadores – seus pontos de vistas em relação àqueles científicos. Como se percebe, em Ergologia, um conceito reivindica o outro, visando trazer o devido esclarecimento de seus princípios.

Podemos dizer que a Ergologia investiu em estudar, ampliando e sintetizando o conceito de atividade, a partir da influência de três médicos nada convencionais. O primeiro deles – Alain Wisner – ergonomista francês que acompanhou a descoberta ergonômica provocada por Suzanne Pacaud (OUVRIER-BONNAZ *et al.*, 2012) da distância entre *trabalho prescrito e trabalho e trabalho real*, a partir do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) em Paris. Um longo aporte teórico que, para o conceito de atividade, recebe influência dos psicólogos soviéticos - Vygotski e Leontiev – com reflexões nascidas em Marx e trabalhadas a partir dos filósofos Hegel e Kant.

O segundo – Ivar Oddone (1981) – psicólogo do trabalho italiano que, utilizando do aporte dessa ergonomia francesa, cria em Turim, as *Comunidades Científicas Ampliadas* e, em seguida, a metodologia de *instrução ao sócia*.⁶⁷ O terceiro, a parceria instituinte de sentido com Georges Canguilhem – filósofo da vida e médico – que insistia, defendendo a *renormalização* como um processo de restituição da saúde. Uma reflexão melhor desenvolvida no quarto capítulo da segunda parte da tese. Este debate é bastante fecundo para a Ergologia, não somente na defesa de um conceito diferenciado de saúde/doença⁶⁸, mas na postura filosófica do autor em militar no campo das ciências da vida de forma mais ampla (CANGUILHEM, 1995; 1997; 2002; 2005; 2009). Chamado de filósofo da vida, tornou-se um sujeito fundante de inúmeros pressupostos ergológicos, inclusive por trabalhar diversos conceitos como o de *normal e patológico, infidelidade do meio, matéria estrangeira*, etc. Um

⁶⁷ Conforme abordamos, uma metodologia reivindicada pela Clínica da Atividade.

⁶⁸ Para Canguilhem: “A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história.” (CANGUILHEM, 1995, p. 159). Por outro lado: “A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes.” (CANGUILHEM, 1995, p. 146).

convite para que o doente reconheça seus processos de adoecimento – um sujeito que adocece em um determinado meio.

Mas, como, de fato, avançou a Ergologia? A resposta será construída ao longo da tese, mas preparamos o terreno para tal propósito. Apresentamos duas perguntas que abrem todo o debate. O que é o trabalho? O que significa trabalhar na contemporaneidade? São perguntas complexas que, com certeza, todos os teóricos da Ergologia se colocam em nível de desconforto intelectual para tentar respondê-las. Partimos do postulado inicial de que trabalhar não significa obediência às normas (DURRIVE, 2015). E que o conceito de trabalho ultrapassa o campo da ontologia, que se refere ao estudo do homem enquanto um indivíduo e suas propriedades de existência, e da antropologia – que diz respeito ao estudo da espécie humana e sua evolução sociocultural.

Em seguida, podemos dizer de duas formas de produção de saberes no campo do conhecimento humano. A primeira delas se refere à epistemologia, ou o domínio das ciências, onde a produção de um objeto se faz premente, assim como a elaboração de uma teoria através de todo um sistema de conceitos. Na segunda, localizamos, então, a Ergologia onde a atividade humana é colocada no centro em nível de *debate de normas*, onde as condições metodológicas e conceituais acompanham a realidade de trabalho, a experiência, e os protagonistas da ação. Diferente da epistemologia, a Ergologia não tem um objeto real único e definido. E a produção de saberes se faz em nível de debate entre aqueles produzidos pela atividade real, social, e aqueles profissionais do conceito.

Por um lado, o campo epistêmico é definido por aquilo que não está sujeito ao *debate de normas* e que, portanto, neutraliza a dimensão história. Por outro, o campo ergológico é aquele sujeito ao *debate de normas* e que integra o meio e a história em processo de *renormalização*. E isso rima com a pluridisciplinaridade da Ergologia:

Seu campo é o conjunto da vida social, no qual não há objeto real no sentido onde as ciências têm um objeto real, **porque ela é feita de imbricações de gestos**, de atos, de representações, de discursos, de palavras, e de traços. (DI RUZZA, 2003, p. 53, destaques nossos).⁶⁹

Em suma, são essas as razões pelas quais a Ergologia se apresenta como um mecanismo de conceitualização em tendência, onde os conceitos são criados e validados no real. Um processo de *desconforto intelectual* de produção indisciplinar de novos saberes. Essa

⁶⁹ Do original: “Son domaine est l’ensemble de la vie sociale, dans laquelle il n’y a pas d’objet réel au sens où les sciences ont un objet réel, car elle est faite d’imbrications de gestes, d’actes, de représentations, de discours, de paroles, et de ‘traces’.” (DI RUZZA, 2003, p. 53).

postura rima não com uma pluridisciplinaridade cooperativa, onde disciplinas já reconhecidas cientificamente não se relacionam a partir de seus núcleos específicos, mas sim de uma movimentação de disciplinas integrativas, onde as fronteiras das disciplinas se misturam e se transgridem no sentido da produção de outros saberes em conjunto.

É porque a prática ergológica é uma “indisciplina”: indisciplina porque ela é uma “ruptura” com as disciplinas antecedentes, indisciplina porque ela é constantemente em defasagem com relação às normas anteriores ou pré-definidas, e indisciplina, enfim, porque no fundo, ela não pode se definir ela mesma como uma disciplina nova. (DI RUZZA, 2003, p. 83)⁷⁰

Outra posição desconfortável, pois requer um exercício de humildade, rigor e ataque à disciplinarização de saberes através da produção de novos saberes em nível de *renormalização*. Caminho este que dirige a interrogação ao hibridismo da Psiquiatria (nosso caso de pesquisa) em seus saberes, compreendendo-a não como uma ciência e/ou uma disciplina, mas sim um campo do conhecimento em constante movimento - *en train de se faire*. Segundo Trinquet (2010), para compor a sua originalidade, a Ergologia inter-relaciona em nível integrativo com diversos outros saberes: a Ergonomia, a Psicologia, a Psicanálise, a Filosofia, a Psiquiatria, a Sociologia, as Artes, etc.

Entendemos a Ergologia como uma postura de vida, um convite ao *desconforto intelectual* e à indisciplinaridade no sentido de não se deixar caber de forma estável dentro de um determinado campo do saber e fazer dele uma saída para a solução de problemas (im)possíveis. Trata-se de um posicionamento teórico-prático de intervenção ampliada no trabalho. Ela se propõe a entrar no campo de outras disciplinas para extrair delas possibilidades de tratar diferente a *matéria estrangeira* que ela mesma se propõe como problema de investigação. Uma herança da filosofia da vida de Canguilhem (1995) e que esta tese também utiliza, ou seja, o gesto profissional em Psiquiatria, construído a partir dos nove desconfortos iniciais e os quatro casos (im)possíveis analisados, como *matéria estrangeira* na reabertura da Psiquiatria em possíveis epistemológicos.

E isso se percebe em seus objetivos de não somente colocar a atividade em debate, mas também de servir de instrumento para aqueles que trabalham cotidianamente, ou melhor: “para (re)criar o mundo no qual vivemos, e lhes incitar a pôr em palavras um dado ponto de

⁷⁰ Do original: “C’est pourquoi la pratique ergologique est une “indiscipline”: indiscipline car elle est un “rupture” avec les disciplines antecedentes, indiscipline car elle est constamment en décalage par rapport aux normes préalables ou prédéfinies, et indiscipline, enfin, car au fond, elle en peut se définir elle-même comme une discipline nouvelle.” (DI RUZZA, 2003, p. 83).

vista sobre suas atividades, a fim de o tornar comunicável e de submetê-lo à confrontação entre os diferentes saberes.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2011b, p. 162).

De outra parte, consiste no rigor onde cada um deve exercer seu espírito crítico com relação à sua própria interpretação singular, coletiva e original das situações de trabalho e apresentar seus saberes e pontos de vistas sobre a atividade. Ao propor a valorização dos *saberes científicos*, codificados, protocolares e os *saberes investidos* dos trabalhadores, a experiência, a Ergologia analisa a atividade em seu caráter de (re)fazimento da história ao ser ressingularizada pela situação de trabalho. Ela permite a releitura dos saberes e fazeres ao considerar as *normas antecedentes* e as *renormalizações* (possíveis e parciais) em tempo real de trabalho: ou seja, é neste sentido que os *saberes psiquiátricos híbridos* serão recolocados em visibilidade pela atividade de trabalho no CAPS III/CERSAM Betim Central de forma que “o contexto e a vida singular: nem confundi-los, nem separá-los.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 56), além de inúmeros outros conceitos ergológicos, por exemplo: *DD3P – Dispositivo Dinâmico a Três Polos, IGR’s – ingredientes de competência da atividade, uso de si por si e pelos outros, corpo-si, dramáticas do uso de si, normas antecedentes, renormalização, encontro de encontros, reservas de alternativas, margens de manobras, corpo-si, desconforto intelectual, ECRP - Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes, dupla antecipação, e o próprio conceito de atividade (industrial), etc.*, e que serão traduzidos ao longo da tese.

Reconhecemos a contribuição da Ergologia entre vários aspectos e que serão desvelados ao longo do processo de trabalho de pesquisar, formar, conceituar, refletir, escrever e promover compreensões e transformações das realidades de trabalho. A Ergologia, segundo Schwartz (2008) e colaboradores, apresenta-nos o trabalho num sentido amplo e filosófico, dialogando com a subjetividade, a consciência e o inconsciente no trabalho. Partindo de uma preocupação epistemológica, preocupa-se com a tradução do conceito de trabalho, bem como o trabalho de conceituar na tessitura de sua teorização. Uma escolha e uma postura de vida, de *desconforto intelectual*, considerados como uma aprendizagem individual e coletiva dos *debates de normas*, saberes e valores que “renovam indefinidamente a atividade.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 30).

Continuaremos nossa resposta com e a partir de seus quatro fundamentos básicos a seguir, didaticamente, e lembrando que incorporamos a postura da Ergologia em trabalhar, intervindo nos meios, (des)construindo conceitos para se fazer entender e compreender o meio, a fim de transformá-lo ao longo de toda a tese (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Nas palavras do autor:

[...] existe sempre uma distância (entre o trabalho prescrito e o realizado); esta distância é sempre ressingularizada; a entidade que conduz e que arbitra esta distância é uma entidade simultaneamente alma e corpo, como dizia a filosofia; e a arbitragem mobiliza um complexo de valores: o trabalho é sempre encontro de valores. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 46).

3.1.4.1 A primeira proposição – a distância entre o prescrito e o real

Trata-se de uma distância universal estudada e compreendida pela Ergonomia francesa, a partir do trabalho de Suzanne Pacaud (OUVRIER-BONNAZ *et al.*, 2012). De um lado, o *trabalho prescrito* – aquele pensado antecipadamente à sua execução, que constitui os saberes constituídos. Falamos da tarefa, das condições determinadas e resultados antecipados e esperados.

A tarefa não é trabalho, mas o que é prescrito pela empresa ao operador. Essa prescrição é imposta ao operador: ela lhe é, portanto, exterior, determina e constrange sua atividade. Mas, ao mesmo tempo, ela é um quadro indispensável para que ele possa operar: ao determinar sua atividade, ela o autoriza. (GUÉRIN *et al.*, 2001, p. 15).

De outro lado, o *trabalho real*, aquilo que, de fato é realizado numa jornada de trabalho, no aqui-agora e que reconfigura o espaço-tempo da atividade. Entre o *prescrito e o real*, existe uma distância universal onde a Ergologia constrói grande parte do seu legado, ampliando conceitos como, por exemplo, aquele de *norma antecedente* que traduz a anterioridade e os bastidores do fazer. Uma somatória do *trabalho prescrito*, um contínuo entre normas escritas e não escritas. Um conjunto de saberes e normas culturais, sociais, jurídicas, políticas envolvidas que visam à compreensão de saberes constituídos na história de um *métier* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2011c; 2008). Relaciona-se com o caráter técnico, científico e cultural da construção de saberes e fazeres constituídos coletivamente, as estratégias, as escolhas de situações materiais e concretas de trabalho.

A atividade se situa, então, no campo do *trabalho real*, extrapolando-o. Um conceito enigmático que não se deixa calar em nenhuma das Clínicas do Trabalho. A Ergologia se coloca contra o *blanchiment* (branqueamento, no sentido de lavagem, de não querer saber) da atividade. Ao contrário – trata-se de um conceito central na tese e que abordaremos em breve com maior profundidade. Segundo Schwartz (2011b), a Ergologia se mostra como um “exercício necessário para questões insolúveis”, onde o conceito de atividade se manifesta e se (re)faz entre nós em forma de engajamento.

O que se encontra em jogo é o encontro do sujeito com a norma e as repercussões decorrentes desse encontro no campo do próprio sujeito e do trabalho em equipe. Um processo de duplo sentido: como um obstáculo e uma oportunidade de singularização do indivíduo. É dentro desse contexto que localizamos a origem de vários questionamentos ergológicos – do trabalho do conceito ao conceito de trabalho em historicidade um em relação ao outro (BRITO *apud* GOMES *et al.*, 2011; SCHWARTZ, 1992; 2000; 2007; 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Neste espaço-tempo, a Ergologia interroga-se acerca do conceito de trabalho que não é somente execução de uma tarefa – o que seria *impossível/invivível*⁷¹ seguir a norma em todas as suas nuances protocolares. É impossível o seguimento da prescrição em sua plena normatividade e invivível para a criatividade e subjetividade humana. Invivível também no sentido de que a atividade é vida e esta não pode ser circunscrita num registro normativo, de assujeitamento do humano às normas. Ou seja, o registro que nos remete às histórias “que cria encontros com algo inédito, jamais inteiramente inédito, ao menos em parte, alguma coisa que se refere a combinações de grupos humanos com os meios técnicos e materiais.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 99). Reside aí o processo de *renormalização*, mesmo em momentos em que as normas se mostram implícitas. *Renormalização*, primeiro, como uma maneira singular de receber as normas à sua maneira, de fazer escolhas em nome daquilo que nos parece essencial, que faz movimentar nossos valores em debate com o que se mostra também importante para os outros. Também, em nível cultural e social da vida, onde o ser humano se encontra confrontado com a “experiência de normas” – uma maneira ativa de se colocar em constante debate com as *normas antecedentes* no plano individual e universal (DURRIVE, 2015).

Faremos uma explicação mais detalhada desses dois conceitos (*norma antecedente e renormalização*) por serem eles centrais para a Ergologia e de grande importância para o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Inicialmente, para a Ergologia, renormalizar é um processo de reinterpretação das normas, possibilidades de fazer frente ao desconhecido da atividade aqui e agora e ao social que se apresenta. Se o sujeito reinterpreta as normas, isso nos aponta a existência de uma interpretação coletiva, vide as

⁷¹ Nas palavras de Schwartz: “Je pense que dans “debat de normes”, on entend traditionnellement l’idée d’un débat entre ce que j’ai appelé des normes antécédents et une tendance à renormaliser, un essai de renormaliser, ce qui renvoie à ce que j’ai nommé “impossible et invivable”. On nos interroge souvent là-dessous: peut-on définir clairement ce concept de “normes antécédentes”? (SCHWARTZ, 2009, p. 43). Ce sont bien des normes antécédents mais qui sont liées à l’historique des renormalisations du corps-soi et qui sont par là même infiniment plus soignées, plus retravaillées que les normes antécédents et en tout cas qui ne sont pas anonymes.” (SCHWARTZ, 2009, p. 47).

Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP’s. Uma questão que diz do mesmo processo acima descrito do coletivo em si, de coletivização do individual, de tomadas de decisões no espaço micro – de constituição do gesto profissional, a partir de ações e atos individuais e não individualizantes.

Em termos ergológicos:

Quando você entra em um lugar de trabalho, há uma pluralidade de **normas antecedentes** que podem ser da ordem do emprego, da organização do trabalho, do organograma, das regras comuns de gestão e de produção, de maneiras de fazer. (SCHWARTZ, 2008b, p.13, destaques nossos).⁷²

Cabe ao indivíduo, apresentar seu projeto de *renormalização* no espaço micro e macro, num mecanismo de endereçamento social que não se mostra sempre numa mesma direção. Há sempre um endereço diferente, e isso vai depender da situação em si, dos coletivos e saberes envolvidos e solicitados. Ou seja, “as normas antecedentes podem ser também renormalizações coletivas estabilizadas, mais ou menos largamente aceitas.” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).⁷³ Neste sentido, a Ergologia também nos chama atenção não somente para a existência de vários níveis de gênero profissional, mas, inclusive, de *normas antecedentes* variadas. “As normas antecedentes do grupo são distintas das normas como por exemplo as regras ou aquelas da agência de métodos. Porque elas não são escritas e elas são criadas a partir da atividade de trabalho.” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).⁷⁴ Podemos entender que, por um lado, Yves Schwartz imprime um caráter singularizante do processo de *renormalização*:

[...] é tudo o que eu faço no momento onde, eu, pessoa singular, com meus próprios antecedentes (é ainda uma outra forma de normas antecedentes), minhas próprias relações a este universo das normas antecedentes, eu entro no meio de trabalho e eu trabalho, é o que eu chamo de uso de si por si. O debate de normas é como, eu, hoje, eu arbitro entre uso de si por e pelos outros – as normas antecedentes [...] (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).⁷⁵

⁷² Do original – “l’activité humaine est toujours un débat de normes. Quand vous entrez dans un lieu de travail, il y a une pluralité de normes antécédentes qui peuvent être de l’ordre de l’emploi, de l’organisation du travail, de l’organigramme, des règles communes, des objectifs de gestion et de production, des manières de faire.” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).

⁷³ Do original – “les normes antécédentes peuvent être aussi des renormalisations collectives stabilisées, plus au moins largement acceptées.” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).

⁷⁴ Do original – “Les normes antécédentes du groupe sont distinctes des normes comme par exemple les règlements ou celles du bureau des méthodes. Parce qu’elles ne sont pas écrites et elles sont créées à partir de l’activité de travail.” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).

⁷⁵ Do original – “[...] c’est tout ce que je fais au moment où, moi, personne singulière, avec mes propres antécédences (c’est encore une autre forme de normes antécédentes), mes propres rapports à cet univers des normes antécédentes, j’entre dans le milieu de travail et je travaille, c’est ce que j’appelle l’usage de soi par soi. Le débat de normes, c’est comment, moi, aujourd’hui, j’arbitre entre usage de soi par les autres – les normes antécédentes [...]” (SCHWARTZ, 2008b, p. 13).

Por outro lado, a Ergologia, segundo o mesmo autor e outros, entende que renormalizar não seja apenas uma maneira na qual o sujeito faz valer sua singularidade, assim como questiona as outras clínicas. Há que se compreender esse mecanismo num processo de vaivém entre o espaço micro e macro contextual, sempre esclarecendo a necessidade e a direção do endereçamento que a situação solicita. E isso fica mais claro, mediante nossas explicações acima sobre o caráter singular e universal da *renormalização*, segundo Durrive (2014; 2015).

Segundo Durrive (2014), renormalizar é decidir, escolher entre algumas possibilidades e lacunas de normas. Partiremos deste verbete, revisitando pontos essenciais de recompreensão da démarche ergológica.

A proposta dos pesquisadores do departamento de Ergologia de Aix-en-Provence não se mostra diferente - aquela de transformar as situações de trabalho, considerando os *saberes acadêmicos* em debate com os *saberes investidos* dos protagonistas da atividade. Quer dizer, qual a finalidade da produção de conhecimento sobre o trabalho? A partir dessa e outras perguntas instituintes de abertura, a Ergologia nos apresenta dois pontos essenciais em sua constituição teórica. O primeiro, a *modéstia* profissional, de mobilização de si mesmo, visando (re)encontrar *saberes investidos* na experiência em relação àqueles acadêmicos. O *segundo* elemento, o *desconforto intelectual*, reconhecendo a incompletude de seus saberes para explicar a situação, buscando na inter e indisciplinaridade a sua originalidade de intervenção e análise. O caminho é nos colocarmos numa postura de aprendizagem com e a partir da situação de trabalho que nos apresenta. Assim, para atingir seus objetivos, ela mobiliza saberes em (des)aderência, visando construir em equipe novos saberes e novas formas de trabalhar.

Dessa forma, o conceito ergológico de *renormalização* precisa ser melhor esclarecido e compreendido, inclusive se diferenciando daquele de *estilização do gênero*, mas contribuindo para o conceito de gesto profissional em Psiquiatria. Para melhor esclarecer esse dilema,

O ser humano, como todo o ser vivo, está exposto a exigências ou normas, emitidas continuamente e em quantidade pelo meio no qual se encontra. **Para existir como ser singular, vivo**, e em função das lacunas das normas deste meio face às inúmeras variabilidades da situação local, **ele vai e deve tentar permanentemente re-interpretar estas normas que lhe são propostas**. Fazendo isto, ele tenta configurar o meio como o seu próprio meio. É o processo de **renormalização** que está no cerne da actividade. Em parte, cada um chega a **transgredir certas normas, a distorcê-las de forma a elas se apropriar**. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2008a, p. 27, destaques nossos).

Em suas reflexões, Durrive (2014) nos apresenta o conceito de *renormalização* de forma mais ampla. Para o autor, “renormalizar não quer dizer necessariamente trocar o dado, modificar qualquer coisa na norma. Isso significa que conseguimos de alguma forma pilotar esta norma, como se pilota um veículo, graças a um ponto de vista que se consegue ter sobre ela.” (DURRIVE, 2014, p. 7).⁷⁶ Ele nos apresenta alguns exemplos. O primeiro, o código de tráfego, dizendo: “Eu utilizo um veículo sobre a rodovia de maneira correta porque eu me apropriei do código da rodovia. Eu renormalizo o código – o que não significa que eu fabrique meu próprio código, mas que eu o faço “meu.” (DURRIVE, 2014, p. 7).⁷⁷ Com esses exemplos, ele nos faz entender a *renormalização* num plano ativo, “de ser ativo com a norma mais do que se submeter a ela.” (DURRIVE, 2014, p. 8).⁷⁸ Diz que a atividade é uma conquista do ser ativo sobre a passividade, por isso, “Eu procuro renormalizar, a me colocar “diante da norma”, mais do que atrás dela, submetendo-me a ela.” (DURRIVE, 2014, p. 8).⁷⁹

Em diversas argumentações, o autor nos faz compreender que a norma, seja ela social ou técnica, há uma imposição ao sujeito da ação e de forma contextualizada. Um mecanismo de apropriação da mesma, de entrar no *métier* e fazer dela um repertório em nossas atitudes singulares. É claro que não se trata de um processo simples. Neste sentido, o sujeito é ao mesmo tempo social e individual em sua constituição de identidade no trabalho, ou seja:

Ele é social porque ele não escapa das normas, ele está imerso na sociedade dada, feita de normas, portadas pelas relações sociais. **De uma certa forma, ele aparece como o produto dessa sociedade.** Mas, simultaneamente, **o ser humano tem uma história**, ele é singular porque ele se bate com o que o contraria – e nessa luta ele constrói sua identidade. (DURRIVE, 2014, p. 8, destaques nossos).⁸⁰

Em sua última obra – *L’expérience des normes* – Durrive (2015) nos esclarece melhor este conceito, levantando uma problemática essencial que a Ergologia contesta, rerepresentando sua démarche. Aquela de localizar a prescrição, a tarefa (de um lado) e a

⁷⁶ Do original – “renormaliser ne veut pas dire forcément changer la donne, modifier quelque chose de la norme. Cela signifie qu’on a réussi en quelque sorte à piloter cette norme, comme on pilote un véhicule, grâce à un point de vue qu’on est parvenu à avoir sur elle.” (DURRIVE, 2014, p. 7).

⁷⁷ Do original – “j’utilise un véhicule sur la route de manière correcte parce que je me suis approprié le code de la route. Je renormalise le code – ce qui ne signifie non pas que je fabrique mon propre code, mais que je le fais ‘mien’.” (DURRIVE, 2014, p. 7).

⁷⁸ Do original – “d’être actif avec la norme plutôt que de la subir.” (DURRIVE, 2014, p. 8).

⁷⁹ do original – “je cherche à renormaliser, à me poser “devant la norme”, plutôt que derrière elle, en la subissant.” (DURRIVE, 2014, p. 8).

⁸⁰ Do original – “Il est social parce qu’il n’échappe pas aux normes, il est immergé dans une société donnée, faite de normes, portées par des rapports sociaux. D’une certaine façon, il apparaît là comme le produit de cette société. Mais simultanément, l’être humain a une histoire, il est singulier parce qu’il se bat avec ce qui le contraint – et dans cette lutte il construit son identité.” (DURRIVE, 2014, p. 8).

renormalização (de outro lado) como uma solução singular encontrada, maneira singular de fazer, mas não a única. Essa seria uma postura taylorista disfarçada de possíveis singulares. Situação e posição acima criticada pela Clínica da Atividade à Ergologia que, em nosso entender, diz do desconhecimento da primeira sobre a complexidade conceitual da segunda.

Quer dizer, segundo a Ergologia, não seria isto a *renormalização* ergológica, pois não existe uma única maneira, singular, de operá-la. Ela responde a essa postura, apresentando um caminho invisível e mais complexo, negligenciado pelas empresas e instituições - aquele de transformação da tarefa como minha tarefa a ser trabalhada, mudando o destino da reflexão, explicando que, pela experiência de normas, somos confrontados às normas não somente de um *métier*, mas também às normas sociais. Ou seja, o ser humano, recebe as obrigações a cumprir, contestando-as, a fim de que essas façam problema para ele, singularmente dizendo. Diz de um *debate de normas*, uma reivindicação de ser ator e autor de suas tarefas a cumprir e de fazer *uso de si* por si e pelos outros. Assim, feito esse processo, estaríamos diante de caminhos de possíveis decisões, *renormalizações*. Em outras palavras, um mecanismo de ampliar e aceitar o conflito, considerando e visibilizando a subjetividade dos trabalhadores. O autor nos esclarece melhor esse processo, dizendo do duplo jogo de compreensão da *renormalização* e que se trata de um diálogo entre o universal e o singular. Primeiramente, a questão da legitimidade daquilo que se diz singularmente, mediante a história particular e subjetiva de cada um e que é submetida ao olhar e avaliação, validação dos outros.

Todavia, a renormalização não significa “só fazer o que está na cabeça”. Minha singularidade tem sua própria fonte e seu alvo nos outros: ela não é uma característica de qualquer coisa, ela é um esforço de mediação com o universal. O universal, é de um lado o que me precede como uma trama e de outro lado, um horizonte tornando possível a comunicação e o viver junto. **Concretamente: minha renormalização é efetivamente meu negócio, ela não fica menos submetida ao julgamento dos outros** (que exigem ao mesmo tempo que não se traia o espírito da norma antecedente e que não a abandone ao horizonte comum). (DURRIVE, 2015, p. 110, destaques nossos).⁸¹

O segundo processo, aquele da universalidade:

Ele é simétrico e precedente, porque nós estamos em uma dupla antecipação. A norma antecedente universal precede o ato singular, que retrabalha esta norma; mas, ao mesmo tempo, a renormalização que previmos no ato singular pode em retorno

⁸¹ Do original – “Toutefois, la renormalisation ne signifie pas « n'en faire qu'à sa tête ». *Ma singularité* a sa source et sa cible chez les autres: elle n'est pas une caractéristique de quelque chose, elle est un effort de médiation avec l'universel. L'universel, c'est d'un côté ce qui me précède comme une trame et d'un autre côté, un horizon rendant possible la communication et le vivre ensemble. Concrètement: ma renormalisation est effectivement mon affaire, elle n'en reste pas moins soumise au jugement des autres (qui exigent à la fois que l'on ne trahisse pas l'esprit de la norme antécédente et que l'on n'abandonne pas l'horizon commun).” (DURRIVE, 2015, p. 110).

instruir esta norma antecedente. A maneira de fazer – tal como ela é retrabalhada, aqui e agora – contém por consequência um fermento de universalidade. (DURRIVE, 2015, p. 110).⁸²

Assim, a *renormalização* significa um processo de tensão entre o universal e o singular de uma situação de trabalho e que anuncia o caminho do engendramento de gestos do *métier*:

A universalidade e a singularidade são então a condição um do outro. Agir de forma singular (gerir o cruzamento entre norma antecedente universal e situação singular), é seguir um fio vermelho, que é nossa interpretação singular da “forma cuja necessidade – universalmente – se toma nessas condições”. Resultado: o que se espera dos outros é que eles avaliem nosso ato à luz de sua interpretação do universal nesta situação, a fim de reconhecer em nossa ação ao mesmo tempo sua originalidade e sua pertinência em seguida. (DURRIVE, 2015, p. 110).⁸³

Dizemos de uma relação dialética entre singularidade, legitimidade e universalidade na *renormalização* – individual e coletiva:

Legitimidade e universalidade – dois argumentos para defender a validade do tratamento por cada um das normas antecedentes – são disputados no uso de si. Eles são cruciais na medida onde eu devo poder viver com os outros, sem jamais perder minha centralidade. **Quando eu renormalizo em efeito, eu não procuro me marginalizar, sair do círculo daqueles que praticam tal maneira de fazer. Bem ao contrário: eu faço assim viver a norma e eu pretendo – me virando em direção aos outros – que seja como aquilo que convém fazer.** (DURRIVE, 2015, p. 110), destaques nossos).⁸⁴

Em outro sentido, a *renormalização* se apoia em torno de dois elementos essenciais. De um lado, obrigações vindas do exterior e que se impõe aos trabalhadores – situação traduzida por Schwartz (1992), como uso de si pelos outros, “de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar. [...] tal é a justificação da palavra “uso” e tal é

⁸² Do original – “Il est symétrique au précédent, puisque nous sommes dans une double anticipation. La norme antécédente universelle précède l’acte singulier, qui retravaille celle-ci; mais, en même temps, la renormalisation dont a fait preuve l’acte singulier peut en retour instruire cette norme antécédente. La façon de faire – telle qu’elle est retravaillée, ici et maintenant – contient par conséquent un ferment d’universalité.” (DURRIVE, 2015, p. 110).

⁸³ Do original – “L’universalité et la singularité sont donc la condition l’une de l’autre. Agir de façon singulière (gérer le croisement entre norme antécédente universelle et situation singulière), c’est suivre un fil rouge, qui est notre interprétation singulière de « la façon dont il faut – universellement – s’y prendre dans ces conditions-là ». Du coup: ce que l’on attend des autres, c’est qu’ils évaluent notre acte à l’aune de leur interprétation de l’universel dans cette situation, afin de reconnaître dans notre action à la fois son originalité et sa pertinence pour la suite.” (DURRIVE, 2015, p. 110).

⁸⁴ Do original – “Légitimité et universalité – deux arguments pour défendre la validité du retraitement par chacun des normes antécédentes – sont disputés dans l’usage de soi. Ils sont cruciaux dans la mesure où je dois *pouvoir vivre avec les autres, sans jamais perdre ma centralité*. Quand je renormalise en effet, je ne cherche pas à me marginaliser, à sortir du cercle de ceux qui pratiquent telle manière de faire. Bien au contraire : je fais ainsi vivre la norme et je prétends – en me tournant vers les autres – que c’est comme cela qu’il convient de faire.” (DURRIVE, 2015, p. 110).

aqui a forma indiscutível de manifestação de um sujeito.” (SCHWARTZ, 1992, p. 53).⁸⁵ De outro lado, a construção identitária do trabalhador, aquilo que faz norma para si mesmo e como o mesmo a ressignifica em sua economia psíquica – o *uso de si* por si. Quer dizer, é neste espaço-tempo que Durrive (2014; 2015) nos apresenta à dialética *impossível/invivível* de encontro do sujeito com as normas e o real que se apresenta em forma de experiência de normas. Quer dizer:

Em um mundo onde é impossível para o ser humano esperar ver desaparecer a regra do real que lhe resiste, que surge e se rebela diante dele como um obstáculo, este mesmo ser humano não pode não procurar a repreender um mínimo de iniciativa, porque isso seria para ele insuportável, invivível de renunciar a existir face à obrigação. (DURRIVE, 2014, p. 9).⁸⁶

A tomada de consciência ativa na atividade passa pela *renormalização de normas antecedentes*, de decisão, de *debate de normas* e valores sempre parciais na situação de trabalho. Neste sentido, “cada ser humano renormaliza, quer dizer produz a norma por ele mesmo, se dá maneiras de fazer, de pensar, de agir, que ele vai privilegiar com relação às outras maneiras de fazer.” (DURRIVE, 2014, p. 10).⁸⁷ Nesta direção, renormalizar é um processo, onde o sujeito nunca está sozinho, mesmo estando fisicamente só na situação que se apresenta, o sujeito se define na relação com o outro social. “O ser humano não está isolado, ele é um ser social. Mesmo quando ele se encontra só (sempre provisoriamente só), ele é atravessado pelas normas, seus semelhantes humanos. Em sua história, em sua vida, todos aqueles que ele cruza são eles também seres de *renormalização* (DURRIVE, 2014, p. 10).⁸⁸ Assim, na vida cotidiana, cada um de nós somos obrigados a nos posicionar frente aos conflitos de normas que nos são apresentados, de se posicionar frente às dramáticas de *uso de si* por si e pelos outros.

Na ação, ao realizar atos e gestos, o trabalhador mobiliza *saberes investidos e acadêmicos* (mobilizando o IGR-3), tomando uma decisão aqui-agora. Se o trabalhador deve

⁸⁵ Do original – “d’une tension problematique, d’un espace de possibles toujours à negocier. [...] Telle est la justification du mot ‘usage’ et telle est ici la forme indiscutable de manifestation d’un ‘sujet’.” (SCHWARTZ, 1992, p. 53).

⁸⁶ Do original – “Dans un monde où il est impossible pour l’être humain d’espérer voir disparaître la contrainte du réel qui lui résiste, qui surgit et se dresse devant lui comme un obstacle, ce même être humain ne peut pas ne pas chercher à reprendre un minimum d’initiative, car ce serait pour lui insupportable, invivable de renoncer à exister face à la contrainte.” (DURRIVE, 2014, p. 9).

⁸⁷ Do original – “chaque être humain renormalise, c’est-à-dire produit de la norme pour lui-même, se donne des manières de faire, de penser, d’agir, qu’il va privilégier par rapport à d’autres manières de faire.” (DURRIVE, 2014, p. 10).

⁸⁸ Do original – “L’être humain n’est pas isolé, il est un être social. Même lorsqu’il se trouve seul (toujours provisoirement seul), il est traversé par les autres, ses semblables humains. Dans son histoire, dans sa vie, tous ceux qu’il croise sont eux aussi des être de renormalisation.” (DURRIVE, 2014, p. 10).

decidir, é la que se encontra a renormalização em sua essência. “Decidimos sempre em nome de alguma coisa, em nome daquilo que nos parece importante, o que faz valor para nós, em debate com aquilo que parece importante aos outros, o que faz valor aos olhos que estão implicados, de perto ou de longe em meu ato [...]” (DURRRIVE, 2014, p. 10).⁸⁹ É assim que autor nos conduz à *renormalização* de nossos atos lá onde uma postura é solicitada, convocada, a fim de se tomar uma decisão e tornar possível o gesto profissional. O ato e o gesto como uma luta para vencer na atividade e que nos obriga a decidir e que desvela nossas condições e contradições, ideias e ideologias confrontadas em nosso percurso de vida e em tempo real de trabalho. Por isso que a *renormalização*:

[...] é precedente de um debate de normas (mais ou menos consciente, mais ou menos discreto – o debate de normas não sendo puramente intelectual uma vez que ele transgredir fronteiras de nossas categorias, ele revela o corpo-si. É um debate sobre as maneiras de se colocar, sobre “A” maneira de privilegiar neste caso. E a saída não é inteiramente previsível, porque temos cuidados como um ser de atividade, que avalia o momento presente, levando em conta isso que acabou de acontecer e que se anuncia, do futuro iminente. (DURRRIVE, 2014, p. 11).⁹⁰

Assim, trabalhar é *renormalizar*, decidir, transgredir, além de gerir a distância, as defasagens existentes entre o *prescrito e o real*, gerir as *infidelidades* (variabilidades) do meio (CANGUILHEM, 1995), considerando que todo meio de trabalho apresenta uma carga mais ou menos infiel em seu cotidiano. Trabalhar também é fazer escolhas entre os registros R1 (o protocolo) e R2 (da experiência, do singular, do histórico) do fazer humano. Tudo que diz respeito à desneutralização de *normas antecedentes* que anunciam o fazer *uso de si por si e por e pelo outro*. Mesmo que estas escolham sejam seguir as *normas antecedentes*. Trabalhar é articular a *trama* – aquilo “que o humano converte em memória (objetos, técnicas, tradições, o codificado) – o registro R1 de governança da atividade. Por outro lado, a *urdidura* – “aquilo que faz viver as técnicas, o codificado, num dado momento” – o registro R2, ou seja, a vida com toda sua riqueza e imprevisibilidade (SCHWARTZ; DURRRIVE, 2007, p. 105-106). Por isso dizer que a atividade é um cruzamento infundável desses registros, uma vez que a Ergologia considera o trabalho como atividade humana.

⁸⁹ Do original – “On tranche toujours au nom de quelque chose, au nom de ce qui nous paraît important, ce qui fait valeur pour nous, en débat avec ce qui paraît important aux autres, ce qui fait valeur aux yeux de ceux qui sont impliqués, de près ou de loin de mon acte [...]” (DURRRIVE, 2014, p.10).

⁹⁰ Do original – “[...] est précédée d’un débat de normes (plus ou moins consciente, plus au moins discret – le débat de normes n’étant pas purement intellectuel puisqu’il transgresse les frontières de nos catégories, il relève du corps-soi. C’est un débat sur les manières de s’y prendre, sur ‘LA’ manière à privilégier dans ce cas-là. Et l’issue n’est jamais entièrement prévisible, parce qu’on a affaire à un être d’activité, qui évalue le moment présent, en tenant compte de ce qui vient de se passer et de ce qui s’annonce, du futur iminente.” (DURRRIVE, 2014, p. 11).

Em seguida, a noção do *agir em competência* no sentido de compreender aquilo que é requerido no trabalho, que se situa na lacuna entre o *prescrito e o real*, no agir aqui-agora e que faz debate com os aspectos clínicos em Psiquiatria. É assim que nomeamos os seis IGR (ingredientes de competência da atividade) de “ingredientes clínicos de competência da atividade” – uma vez que os consideramos como instrumentos clínicos de convergência entre Ergologia e Clínica Psiquiátrica. Segundo Schwartz (2007), a noção de “competências” nos sugere abrir amplamente a investigação acerca do que é requisitado no trabalho, para compreender o que faz uma pessoa.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 207).

Neste sentido, o IGR-1 – *o relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho*. Diz dos saberes científicos, técnicos, acadêmicos, de várias ordens. “É, em todo caso, sem dúvida, o mais fácil de ser compreendido, mas isso não quer dizer que ele seja o mais fácil de ser adquirido.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 209). O IGR-2 – *a relativa incorporação do histórico de uma situação*. Trata-se daquilo que não temos domínio e que faz história na história de um e de cada situação. A dimensão singular do agir e que “passa muito, nas relações humanas, por todas as sensações, por tudo o que é registrado pelo corpo, pela memória, sem que se pense realmente.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 211). Uma situação que gera um delicado problema que é aquele de pôr em palavras essa forma de agir em competência. O IGR-3 – *a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho*. trata-se da capacidade de fazer conversar o “caso típico e a pessoa”, ou seja, o caso em sua singularidade articulado aos saberes estabilizados sobre o diagnóstico do mesmo caso.

Um trabalho de sinergia que requer grande conhecimento de saberes, da história singular, a fim de se tomar uma decisão certa em tempo e hora certa. Ele “é a relação entre, digamos, o conhecimento da doença, a nosologia e a forma como ela age ou pode agir sobre tal paciente singular.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 214). O IGR-4 – *o debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade*. Trata-se de mobilizar tudo aquilo que faz valer e valor para a pessoa e que, de certa forma, contribui para que o meio de trabalho seja considerado como o seu próprio meio. Um meio em que as normas próprias de vida possam valer na situação. Ou seja: “O agir em competência” vai certamente *depende muito* do que o meio oferece a vocês, como espaço de desenvolvimento de possíveis.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 215). O IGR-5 – *a ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente*. Trata-se de um corpo pronto para ressignificar os outros ingredientes e se mobilizar na atividade. Ao mobilizar um determinado valor singular, o trabalhador se sente na espreita da realização de

qualquer ação que demande cooperação. “*Em outras palavras, a partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos.*” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 220). O IGR-6 – *tirar partido das sinergias de competências, em situação de trabalho*. Trata-se de um ingrediente que engloba todos os outros na atividade, onde “O uso de si no trabalho não para de tentar pôr em sinergia estes ingredientes heterogêneos.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 223). É, exatamente, o trabalho em equipe:

Consequentemente, a capacidade de trabalhar em equipe consiste em assumir suas responsabilidades quando se deve assumi-las, e ao mesmo tempo consiste em ser modesto quando convém ser. Capacidade que está muito ligada seja à diversidade das histórias humanas, seja ao reconhecimento e respeito desta diversidade e à compreensão de que o trabalho coletivo hoje – na medida em que ele atravessa sempre todos esses ingredientes – supõe uma espécie de pôr em sinergia esses diferentes ingredientes, não em si mesmo, mas coletivamente. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 221).

Dessa forma, compreendemos que esses conceitos de *normas antecedentes, renormalização e ingredientes de competência da atividade* são elementos clínicos essenciais que são ressignificados, retrabalhados ao longo de toda a tese, em especial na reconfiguração dos nove desconfortos iniciais da tese e na análise dos setes gestos profissionais em Psiquiatria que analisaremos.

3.1.4.2 A segunda proposição – o conteúdo da distância é sempre ressingularizado

Este segundo princípio caminha no sentido inverso da normatização. Se não podemos antecipar esta distância é porque existe uma outra dimensão: aquela da história e da singularidade do meio e das pessoas envolvidas. Para melhor compreendermos essa dimensão da história individual, faremos uma alusão nada simples, mas extremamente desejável na articulação da Ergologia (e outras clínicas do trabalho) com a Metodologia de pesquisa em Histórias de vida (GAULEJAC, 2008; BERTAUX, 2014). Trata-se de reconfigurar a dialética do registro R1 e do registro R2, os seis ingredientes de competência da atividade, IGR's, a *trama* e a *urdidura* da atividade no campo do *trabalho real*, focando a *urdidura* e o segundo registro, visando permitir o sujeito dominar sua história para depois verbalizá-la ao seu estilo, espaço-tempo determinado e necessidade.

Falamos de um distanciamento que convoca outro deslocamento ao campo real de trabalho para melhor compreendê-lo, tendo em vista seu caráter parcialmente singularizado. É dentro desta defasagem que se coloca o humano da/na atividade. Se a atividade grita pela

existência de um sujeito singular, compreendemos o caráter descrito acima da impossibilidade de tudo querer antecipar, propondo tarefas que visam ao controle da particularidade. Um processo inglório, sem qualquer sucesso, pois, na atividade, o sujeito desvela toda sua complexidade, mesmo que não queira fazê-lo, uma forma de desnudamento do humano.

Ocupar este espaço-tempo é convocar a construção social e coletiva da individualidade. E para isso a Ergologia nos apresenta o conceito de *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (ECRP) - uma maneira de criar com e a partir da atividade o que não pode ser antecipado, pois requer uma conversa entre os aspectos singulares e coletivos da atividade, aquilo que faz história no aqui-agora, a partir do passado. Entidades no sentido que “existem fronteiras invisíveis que englobam as pessoas pertencentes a serviços diferentes, pessoas que se conhecem.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007a, p. 154). Coletivas porque circulam informações em sentidos diversos, por exemplo, regras compartilhadas, explícitas e implícitas e que visam qualificar uma tarefa a realizar. Relativamente pertinentes no sentido de que as fronteiras são variáveis e podem mudar, segundo as particularidades das pessoas envolvidas e que reconfiguram a história do *métier* em questão. As ECRP’s convocam um diálogo entre normas impostas em *renormalizações* (possíveis e parciais), promovendo escolhas construídas individualmente. Enfim, trabalhar, visando à construção dessas entidades para tornar o trabalho criativo, suportável, individual e coletivo, social e político. Trata-se de uma maneira de reinventar no coletivo uma forma individual e compartilhada de fazer, adquirindo um patrimônio que, ao longo do tempo, vai sendo desvelado em forma de *projeto-herança*, possibilitando vida longa para este *métier*. Ou seja:

Há um pouco dessas dinâmicas de projeto/herança, em toda situação de trabalho, me parece. É uma espécie de dialética, ela pode se movimentar. Isto quer dizer que, depois de um acontecimento, depois de um movimento social, depois de transformações organizacionais ou técnicas, é bem possível que mudemos um pouco o que reconhecemos como herança porque mudamos um pouco aquilo que reconhecemos como projeto. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 100).

Uma situação que nos ajuda a compreender a forma como os trabalhadores dos CAPS se apropriam deste meio de trabalho para enfrentar o real e apresentar novas possibilidades de gerir as *infidelidades* deste serviço, fazendo deste meio, o seu próprio ambiente de trabalho. Um debate que nos remete ao *patrimônio-herança* de um meio de trabalho (SCHWARTZ, 2009; FIGUEIREDO, 2004, p. 74-75). Uma importante definição também para a compreensão do nosso método de pesquisa e de caracterização dos nove desconfortos iniciais da tese (em especial o primeiro - a insuportabilidade institucional entre o CAPS e o Hospital Psiquiátrico) e outros possíveis, bem como os quatro casos impossíveis que analisaremos.

Dizemos de usuários que, ao trazerem o insuportável à luz do trabalho, remetendo-nos ao caráter *impossível e invivível* da atividade em seguir o *trabalho prescrito*, aos conflitos e *debates de normas*, às *renormalizações*, às *dramáticas do uso de si por si e pelo outro*, às *reservas de alternativas e margens de manobras* mobilizadas no tratamento.

Em outras palavras, os trabalhadores transformam em patrimônio este projeto/herança na medida em que se apropriam, pelo menos em parte, do serviço no qual eles trabalham. Isso vai depender de um certo grau de prazer, de valores e descobertas mobilizadas no sentido positivo. Um assunto complexo em nossa pesquisa e que abordaremos no *trabalho real*, ressignificando os dados encontrados no mestrado (SILVA, 2010).

Uma situação que nos remete ao *encontro de encontros* – um mecanismo de antecipação e confrontação, de novo o diálogo entre registros R1 e R2, a *trama e a urdidura* de encontro com o real. Se por um lado, o protocolo (R1) neutraliza encontros com as singularidades, no *trabalho real*, esses protocolos são desneutralizados (R2), colocados em cheque, em debates. Ou seja:

O “registro Dois”, o registro dos encontros, o registro em que todos esses princípios são introduzidos na história. Introdução na história que cria encontros com algo inédito, ao menos em parte. Alguma coisa que se refere a combinações de grupos humanos com os meios técnicos e materiais, o que podemos chamar de *encontros de encontros* – e que são completamente ancorados no fio da história. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007a, p. 99).

Um *corpo-si* de uma pessoa encontra um outro *corpo-si* e que encontra outro dispositivo técnico, onde cada elemento e pessoa envolvida tem uma história singular que se encontra com outras histórias. Na atividade, “temos sempre, eu creio, esse duplo movimento. E, com certeza, estar convencido disso é se aproximar do seu semelhante com um olhar que evita mutilar aquilo que ele faz.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 95).

3.1.4.3 A terceira proposição – a distância remete à atividade do corpo-si

A Ergologia define o trabalho como uma atividade de uso do *corpo-si*.⁹¹ Trata-se de um conceito central e que designa de forma ampliada o conceito de sujeito da/na atividade que “não é nem o sujeito perfeitamente consciente, nem o sujeito perfeitamente inconsciente, enfim esta entidade atravessa tudo isso.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 44). É a subjetividade da/na atividade, que atravessa o intelecto, o cultural, o fisiológico, o muscular e

⁹¹ Ao longo desta tese, incluímos as reflexões de Bezerra Júnior (2013) – “O uso de si e o saber fazer com o sintoma com o trabalho.”.

o neurológico. Estamos nos referindo ao trabalho como *uso de si*. E isso por si só já nos informa de um problema, de uma possibilidade sempre renovada de negociação, pois:

[...] há não execução, mas uso, e este supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, isso são, mesmo na inaparencia, fontes e capacidades, infinitamente mais vastas que aquelas que são explicitadas... há uma demanda específica e incontornável feita a uma entidade que supõe em qualquer parte uma livre disposição de um capital universal. Tal é a justificação da palavra ‘uso’ e tal é aqui a forma indiscutível de manifestação de um sujeito. (SCHWARTZ, 1992, p. 153).⁹²

Partimos da noção de corpo vivo, segundo Canguilhem (1995). Corpo este que nunca se cala frente à sua expressão de si consigo mesmo, mesmo lá onde haja impedimentos, principalmente, externos. Se o ser humano dispõe de normas próprias para viver, isso significa que elas remetem ao mais íntimo da pessoa e ao espaço mais ínfimo da atividade. E esse corpo é, ao mesmo tempo, aquele de um ser físico, psíquico e histórico – que engendra ações, atos e gestos profissionais.

Diz da maneira como a vida fala em nós e isso só pode ser marcado por uma entidade obscura chamada de *corpo-si*.⁹³ Esta contempla uma parte biológica com suas particularidades, potencialidades e limites. Outra parte, história, pelo viés do *debate de normas* consigo mesmo (*uso de si por si*) e aqueles debates com e pelo o outro (uso de si pelo outro). Em terceiro lugar, fazer *uso de si*⁹⁴ no sentido que o trabalho não é simplesmente execução, mas sim, uso, convocação de um sujeito particular, com seus dramas que ultrapassam de longe a tarefa prescrita. *Uso de si* no sentido⁹⁵ de que sempre fazemos escolhas e podemos escolher nós mesmos na atividade, enfrentando a dimensão do risco, uma vez que é preciso suprir os “vazios de normas” – importante para se entrar em atividade. Estar

⁹² Do original: “[...] il y a non exécution mais usage, et celui-ci suppose un spetre continu de modalités. C’est l’individu dans son être qui est convoque, ce sont, même dans l’inapparent, des resources et des capacites, infiniment plus vastes que celles qui sont explicitées...il y a a une demande spécifiée et incontournable faite à une entité dont on suppose quelque part une libre disposition d’un capital personnel. Telle est la justification du mot “usage” et telle est ici la forme indiscutable de manifestation d’un sujet.” (SCHWARTZ, 1992, p. 53).

⁹³ Segundo Schwartz, “Le personne renvoie au corps, mais aussi à l’histoire, si je puis dire, parce que l’histoire de la personne est profondément engage dans ce passage-là; notre corps est un corps “historique”... Vivre ne peut jamais être reproduction, pure exécution, et en même temps parce que de toute façon ce n’est pas possible, il y a toujours usage de si par soi. C’est une affirmation ergologique fondamentale. One ne peut imaginer quelque activité – de travail ou autre - qui ne soit pas toujours aussi usage de si par soi, c’est-à-dire renvoi à cette substance énigmatique que j’ai appelée le soi.” (SCHWARTZ, 2009, p. 20, 22).

⁹⁴ Este é caminho da importância dada à Ergologia nesta tese que, mediante sua indisciplinaridade, permite novas conexões teóricas e valorização da experiência como forma de ressignificação de conceitos, a exemplo da tese de Gomes Júnior (2013), inter-relacionando o conceito de *uso de si* e Psicanálise e ampliando nossa compreensão de *renormalização*.

⁹⁵ Uso de si também no sentido de que “Jamais un ouvrier ne reste devant sa machine en disant: “je fais de qu’on me dit”. De qui était dire que les possibles individuels cherchent toujours à prendre pied dans une configuration industrielle, fût-elle en apparence la plus désespérée.” (SCHWARTZ, 1992, p. 48).

e se sentir vazio (um vazio de normas) para, daqui a pouco, encontrar conflitos e confrontá-los, *debates de normas* e valores vindos do outro. Se fazemos escolhas é porque debatemos valores. Quer dizer, é no coração deste si-corpo que encontramos o mundo de valores (SCHWARTZ, 2011c, p. 157). Um conceito que também nos orienta na construção dos quatro casos clínicos impossíveis (*a mariposa negra e um gesto profissional, o milho mediador de sofrimento e crua, o usuário porteiro, o gesto de arrastar a loucura para tratar o sujeito*) que serão apresentados na última parte da tese, na medida em que o *corpo-si* é a história:

[...] **história da vida, do gênero, da pessoa, é a história de encontros sempre renovados entre um ser em equilíbrio mais ou menos instável e uma vida social, com seus valores, suas solicitações, seus dramas...** é a história, história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos da pessoa; mas também história como matriz, energia produtora de inédito: na medida onde a intenção renormalizante é às vezes imposta ao ser – **o meio é sempre infiel, como ‘encontro’ ele reclama que a gente se escolha escolhendo tal ou qual maneira de tratar [...]** (SCHWARTZ, 2000 *apud* CUNHA, 2014, p. 8, destaques nossos).⁹⁶

Trata-se de um debate tenso do sujeito consigo mesmo, na medida em que afeto e sou afetado pelo encontro com o outro na atividade. Isso acontece mediante um processo de dramáticas infundáveis e sempre renováveis no *trabalho real* – as chamadas *dramáticas do uso de si*. São dramáticas que têm na origem um drama individual e coletivo, micro e macro, singular e universal:

Que tem lugar quando ocorrem acontecimentos, que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de: tratar esses acontecimentos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isto produz novos acontecimentos, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas... a atividade aparece então como uma tensão, uma dramática. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 25).

Mesmo que a Ergologia não considere o termo *dramáticas* decorrente do teatro, defendo o ponto de vista da existência de uma grande confluência de entendimento do termo drama nas duas vertentes – ergológica e politzeriana. Politzer (1998), resgata o drama na passagem crítica da *Psicologia Clássica* para a *Psicologia Concreta* e material, dos fatos concretos, de um homem concreto, do drama humano. Trata-se da forma como o sujeito

⁹⁶ Do original: “Le corps-soi, c’est l’histoire, l’histoire de la vie, du genre, de la personne, c’est l’histoire des rencontres toujours renouvelées entre un être en équilibre plus ou moins instable et une vie, sociale, avec ses valeurs, ses sollicitations, ses drames. Le corps-soi est histoire, histoire comme mémoire sediment, organise dans la myriade des circuits de la personne; mais aussi histoire comme matrice, énergie productrice d’inédits: dans la mesure où la vise renormalisante est à la fois impose à l’être – le milieu est toujours “indidèle”, comme “rencontre”ele réclame qu’on se choisisse en choississant telle ou telle façon de la traiter [...]” (SCHWARTZ, 2000, p. 664).

vivencia esses encontros em forma de conflitos, angústias, cenas de vida, debates e dramas humanos. Para tal, propõe-se que a Psicologia tome o teatro como uma metáfora fundante, cujo fato psicológico não é elementar, mas sim embasado num objeto concreto, ou seja:

O objeto de nossa atenção é sempre um personagem e não algum processo transformado em objeto... A psicologia concreta está voltada para o estudo do agente e, portanto, abandona... a investigação dos processos que ocorrem no interior do indivíduo. (POLITZER, 2004, p. XIV).

Entre outras palavras, Politzer associa o fato psicológico a partir da metáfora do teatro.

Sempre que vamos ao teatro e assistimos a uma peça constatamos que o *conteúdo dramático* não pode ser dissociado em conteúdos elementares. Cada cena revela um fragmento do *conteúdo dramático*, que só adquire o seu pleno sentido quando conseguimos inseri-lo na trama tecida progressivamente diante de nossos olhos. O fato psicológico... é construído e supõe sempre um ato interpretativo por parte do *psicólogo concreto*. (POLITZER, 2004, p. XIII).

Assim sendo, trabalhar não poderia ser outra coisa, senão uma articulação viva e dramática em forma de DD3P (*Dispositivo Dinâmico a três Polos*) entre os fatos concretos e singulares, históricos de uma dada realidade de trabalho, com sujeitos concretos, e os saberes constituídos, estabilizados do campo do conhecimento envolvido. E isso, reservando um terceiro polo de *desconforto intelectual*, mobilizando os outros dois. Referimos também a uma articulação de conceitos ergológicos, sempre renovados em debates e ressignificados na industriiosidade da atividade. Situação que nos remete a uma circularidade de conceitos, fazendo apelo ao *impossível/invivível*, ao *corpo-si* e à *renormalização*. Quer dizer:

Essa dupla ‘impossível/invivível’ que reenvia ao corpo-si, ao corpo-pessoa [...] O corpo-si, é a entidade sedimentada, genericamente, socialmente, individualmente, pelos reencontros; que como tal, com as fontes que são dinamicamente cristalizadas, ‘gera’ a sequência de novos encontros; gestão que passa por esse jogo entre o impossível e o invivível, de onde surge o irrepreensível fenômeno da renormalização, contribui para realimentar continuamente a vida como encontro e a vida humana como história. (SCHWARTZ, 2000, p. 664).⁹⁷

⁹⁷ Do original: “Ce couple ‘impossible/invivable’ qui renvoie au corps-soi, au corps-personne [...] Le corps-soi, c’est l’entité sédimentée, génériquement, socialement, individuellement, par ces rencontres; qui comme telle, avec les ressources qui s’y sont dynamiquement cristallisés, ‘gère’ la poursuite de ces rencontres; gestion qui passe par ce jeu entre l’impossible et l’invivable, d’où surgit l’irrépressible phénomène de la renormalisation, contribue à realimenter continûment la vie comme rencontre et la vie humaine comme histoire”. (SCHWARTZ, 2000, p. 664).

3.1.4.4 A quarta proposição – a distância remete a um debate de valores

Encontramos no trabalho um outro enigma, aquele que desvela um lado obscuro da atividade – os valores. A pessoa no trabalho faz escolhas conscientes e inconscientes. Se existem *debates de normas* é porque existem também debates de valores nesta escolha – o que nos remete ao IGR-3 e 4 da atividade.

Referimos aos debates de si consigo mesmo que são realizados a partir da economia de nosso corpo e das exigências impostas pela organização. Debates que dirigem a (in)satisfação no trabalho. Por outro lado, há debates e valores no plano social, que traduz o bem comum e o viver juntos numa sociedade de valores pré-determinados, ou seja, o terceiro polo do DD3P – *Dispositivo Dinâmico a três Polos*. Por isso, dizemos que o “trabalho escapole” - na medida em que aquilo que compete a mim, transporta-se para o campo do outro. Escapole em quantidade e qualidade e a qualquer tentativa de domínio e determinação.

Assim, debatemos *valores dimensionados e sem dimensão*. Dimensionados pelo mercado monetário, o trabalho e seu valor financeiro. Por outro lado e em outro plano mais enigmático, aqueles valores singulares, *sem dimensão*, da experiência de vida e de mundo de cada um, que não são quantificados, mas sim qualificados, ou seja, o afeto, a moral, a saúde, a justiça, o viver junto, o amor, a solidariedade, etc. Sem dimensões, “na medida em que eles não possuem nenhuma unidade de medida para comparar sua grandeza ou seus graus próprios de intensidade, ou para compará-los entre eles (SCHWARTZ, 2011b, p. 143).

Depois de abordados esses quatro princípios, resta-nos compreender também a Ergologia enquanto metodologia e método. Por isso falamos da Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST). A Ergologia ao partir da Ergonomia como propedêutica, reconfigura a distância *prescrito-real*, valorizando a experiência em pontos de vista e ampliando o conceito de trabalho e atividade a partir de várias estratégias.

Uma delas, o DD3P um dispositivo criado a partir dos limites imposto pela Comunidade Científica Ampliada de Ivar Oddone (SCHWARTZ, 2006; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). O primeiro, o polo dos saberes acadêmicos, “desengajados”, *desinvestidos* da experiência, produzidos em certo grau de *desaderência ao trabalho real*. O segundo polo, o encontro com os *saberes investidos* na experiência em nível de “engajamento”, ressingularizados pelos sujeitos-trabalhadores. São as forças de *convocação/validação* da experiência e produzidos numa lógica de “*aderência*” à situação real. O terceiro polo, aquele das disposições ético-filosóficas e epistemológicas. Uma postura ética e crítica de articulação de saberes, de tolerância dos constrangimentos advindos do encontro com o *trabalho real*, a

atividade, de aproximação dos dois primeiros polos, que corresponde aos valores da vida imersos no campo social, do bem viver e do viver comum. Trata-se do polo dos *desconfortos intelectuais*, onde não prevalece um único saber como resultado da inter-relação, antes uma circularidade de saberes possíveis para tratar a questão em jogo. Que propõe um novo regime de produção de saberes em desequilíbrio e visa articular *saberes da experiência* com os *saberes acadêmicos* e organizacionais, fazendo emergir a atividade, destituída de posicionamentos arrogantes frente aos saberes do outro e que privilegia a humilde do agir e do saber. Uma proposta que faz da atividade um mecanismo de fazer história no aqui-agora e intervir na vida dos outros.

Compreendemos essa marca da Ergologia, inclusive quando Yves Schwartz diz ser um trabalhador do conceito, nomeando este DD3P como “uma máquina de moer conceitos”. Ao dizer isso, entendemos que ele esteja se posicionando na atividade e nela compreendendo o lugar de produção de saberes que visam desequilibrar todo tipo de conceito que se queira estável e hegemônico. Trata-se de uma das razões de tensão dentro das Clínicas do Trabalho, em especial com a Clínica da Atividade.

Como exemplo típico e prático de DD3P, citamos o *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT) uma forma estratégica de (re)instituição de conflitos e debates de saberes e poderes sobre trabalho e que apresentamos em nosso método de pesquisa (DURRIVE, 2014; MAILLIOT, 2007). Uma postura de produção de novos saberes, a partir da atividade, razão pela qual utilizaremos desse dispositivo ao longo da tese, ampliando nossas análises do *trabalho real* no CAPS. Vale ressaltar também que nos valeremos dessa reflexão teórica de criação de dispositivos tripolares por ocasião do debate que realizaremos entre Psiquiatria-Antipsiquiatria.

Em termos de forças de *convocação e reconvocação*, abordaremos o ponto de vista da Ergologia com respeito à epistemologia dos saberes em Psiquiatria. Falamos da produção de saberes entre campos, conceitos e disciplinas epistemológicas e ergológicas. Para se transformar um mundo saturado de *normas antecedentes*, há que se fazer apelo ao mundo acadêmico, às disciplinas, *saberes constituídos* e armazenados – que serão reconvocados em tempo real de trabalho, sofrendo modificações e adaptações contextualizadas.

Por isso, fazemos uma distinção entre *disciplina epistêmica e ergológica*. A primeira diz respeito ao pensamento e produção de conhecimento que visa neutralizar as condições ambientais, a dimensão história e singular do trabalhar aqui-agora. A segunda, traduz diversas dialéticas da/na atividade. Reconhecimento da dupla antecipação, de *debates de normas*,

valores e saberes constituídos e investidos – uma exigência de criação de novos conceitos em nível de dispositivo dinâmico tripolar.

Apresentamos todos esses debates na intenção de preparar o campo para se interrogar os trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central e a Psiquiatria enquanto instituição de saber e poder praticada neste serviço. Estabelecer um diálogo estreito entre os saberes e *normas antecedentes* da Psiquiatria relativizadas e contextualizadas em nossa época e campo de pesquisa. Apresentamos uma análise em espiral desses saberes entre as epistemicidades 1, 2, 3 e 3bis. Trata-se de um exercício de humildade teórico-prática de reflexão, análise e compreensão dos dados empíricos ao longo de nossa pesquisa e que aqui apresentamos em forma de esboço investigativo em busca de sínteses possíveis. São elas as epistemicidades ergológicas e reaplicadas ao campo do hibridismo da Psiquiatria:

EPISTEMICIDADE 1 – O trabalho do conhecimento, visando os objetos sem atividade (no sentido ergológico). O lugar das ciências de neutralizar os saberes científicos e técnicos. *Assim, quais os saberes envolvidos em Psiquiatria neste contexto, sabendo que o átomo é um exemplo de partícula sem atividade? Em nossa pesquisa – a Neuropsiquiatria, A psicofarmacoterapia...*

EPISTEMICIDADE 2 – A formalização (normativa, antecipativa) daquelas configurações, incluindo a atividade humana. O campo das normas que dirigem o viver e o fazer na vida e no trabalho. *Assim, os saberes antecedentes da Psiquiatria Clássica, das Escolas Psiquiátricas, da Psiquiatria Moderna e Contemporânea, dos códigos (DSM e CID-10) aqueles da Reforma Psiquiátrica no plano MACRO em relação aos saberes da/na atividade no plano MICRO da reforma no CAPS.*

EPISTEMICIDADE 3 – Os conceitos que visam o conhecimento da “alter-atividade” (atividade dos outros), disciplinas humanas e sociais, uma vez que o termo “ciência” é reivindicado. Requer um retorno ao comportamento humano e atenção aos ingredientes de competência da atividade e seus usos sadios e usurpadores. Aquela onde a Ergologia se propõe a promover uma circularidade de saberes e conceitos necessários para tratar a questão. *Uma circularidade de saberes, incorporando a Psiquiatria em seu hibridismo constitucional: psicologias, sociologias, antropologia, filosofias, psicanálises, artes, etc. cênicas, etc.*

EPISTEMICIDADE 3BIS – Os conceitos tendencialmente ergológicos e cunhados, talhados diferentemente. São conceitos em dobradura, uma vez que eles exigem articular o espírito com a matéria. De um lado, o uso de si pelo outro, tudo que foi mobilizado e que me organiza, que trabalha em mim, a história operando em mim. De outro lado, o uso de mim mesmo – ou seja – o quê eu faço com o que fizeram de mim? Uma conceituação que não descreve, nem normatiza as configurações humanas, nem lê o seu futuro, a partir das únicas *normas antecedentes*. Isso impõe situar no interior da atividade, o momento da aprendizagem, do “desprendimento”, do “desconforto intelectual”. *Trata-se de conceitos ergológicos modulados aos conceitos em Psiquiatria no engendramento do gesto profissional.*

Trata-se de um “planetário epistemológico” proposto pela Ergologia como um exercício de síntese de saberes. Uma forma de dar organicidade a um debate no campo dos saberes, organizando as epistêmes disponíveis desse campo e dialogando com as nuances das situações de trabalho para melhor entendê-lo. Uma postura epistemológica que nos ajudará a propor um conceito específico de *gesto profissional em Psiquiatria*, a partir de uma afirmação genérica, inclusive da análise do *trabalho real* no CAPS III/CERSAM Betim Central e do GRT que realizamos como metodologia de análise da atividade em Psiquiatria.

Uma postura de análise que, na verdade, perpassa todo o texto teórico-metodológico da tese. Falamos de bifurcações múltiplas entre mente e corpo, o princípio de causa e efeito, associados às ciências duras e leves, considerando os vários quadros clínicos que se apresentam no CAPS III/CERSAM Betim Central, inclusive os quatro casos impossíveis analisados na tese. Quer dizer, entre a doença e o organismo, existem sintomas, comportamentos, histórias, *debates de normas* e que não podem ser analisados, nem compreendidos por um só ponto de vista em Psiquiatria. Em outras palavras, para o avanço do conhecimento nesta área, consideramos os aspectos inter-relativos entre a exterioridade e a interioridade acerca de seus próprios saberes, ou seja:

Dizer que não há exterritorialidade, ou dizer que esta é sempre parcial, é lembrar que nenhuma epistemologia pode auto-legitimar-se e, portanto, **que o triângulo atividades/saberes/valores abrange diversamente as disciplinas acadêmicas, embora seja pertinente a todas**. Há necessidade de lugares ou de dispositivos em que possam construir saberes integrando explicitamente as exigências epistemológicas ajustadas a esta configuração triangular. (SCHWARTZ, 2004, p. 159, destaques nossos).

Consideramos que esta tese propõe uma síntese possível entre *normas antecedentes* e o *trabalho real* do CAPS III/CERSAM Betim Central, a partir da investigação de ações, atos e gestos profissionais em Psiquiatria. Assim, partimos da hipótese da existência de gêneros (im)possíveis em Psiquiatria (im)possíveis para tratar questões (in)solúveis, construídas e mobilizadas em um determinado meio material e concreto, principalmente quando a inserimos nesta roda epistemológica. Em outras palavras, abordamos a constituição de possíveis gêneros psiquiátricos, a partir da articulação de saberes produzidos ao longo da história da Psiquiatria com aqueles das possíveis Psiquiatrias praticadas neste serviço.

Assim como a história evolui em gestos, estes são determinados e determinantes de outros. Como analisar essa mutação na contemporaneidade dos saberes em Psiquiatria? Quais são as Psiquiatrias praticadas em nossos Serviços Substitutivos? Em que peso e medida podemos afirmar que seu hibridismo constitucional (nem natural, nem humano) contribui para o engendramento de gestos profissionais também híbridos?

Para tal, há que se considerar a Neuropsiquiatria (com seus aspectos mais rígidos, inclusive das neuroimagens) e a Psicofarmacoterapia dura e aplicada; a normatividade da Psiquiatria Clássica, da Psiquiatria Contemporânea e da Reforma Psiquiátrica, etc. Mediante a incorporação da atividade e competências (no aqui-agora), a articulação da Psiquiatria com conceitos humanos e sociais (como aqueles da Psicanálise freud-lacanianiana), da Sistêmica, das Histórias de Vida, das Clínicas do Trabalho, da Sociologia, da Filosofia, da Antropologia, da Etnologia, das Artes Cênicas, etc.). Finalmente, a versão epistêmica 3bis que, na verdade, perpassa grande parte de nossas reflexões teóricas, em especial a última parte da tese. Que diz respeito a um desafio prenhe de ousadia com risco de possíveis usurpações e novidades, a articulação oportuna entre conceitos ergológicos e psiquiátricos, saberes em *aderência e desaderência*.

Em se tratando da reforma dos saberes em Psiquiatria, pretendemos verificar os avanços epistemológicos da mesma ao longo de sua história no percurso da Reforma Psiquiátrica. Portanto, partilhamos da hipótese, inclusive reconfigurando nosso objeto de pesquisa: que a Psiquiatria, de fato, pouco mudou em nível de reconfiguração de seus saberes, reservando grandes avanços no campo da psicofarmacologia e atualmente, das neurociências.

Apresentamos um esboço em termos de ressignificação e síntese, inserindo a Psiquiatria no planetário ergológico-epistemológico e pesquisando os gestos profissionais decorrentes dessa circulação de saberes.

A Ergologia realocaliza a atividade no campo da filosofia da vida - o *Círculo da Vida* em contraposição ao campo do estado inorgânico. Quer dizer, vida só advém de vida - a

atividade vem desse lugar da circulação de valores da/na vida. É assim que localizamos o *Círculo da Atividade* dentro desse anterior.

Outrossim, na sequência, Yves Schwartz elabora novos sentidos discursivos e filosóficos para o conceito de atividade dentro das Clínicas do Trabalho. Quer dizer, ir à atividade, significa retornar à filosofia da vida na vertente de Canguilhem (1995), do agir e do viver. Ele propõe uma epistemologia deste conceito da mesma ordem que este filósofo-médico fez com a medicina e a psicologia: os conceitos reinventando a vida e, outras vezes, a vida influenciando os conceitos. Segundo Schwartz, os conceitos ajudam-nos a viver, bem como impedem, atrapalham, reduzem e decompõem a alegria de viver. A lida com a conceituação diz de uma valorização dos saberes antes do estabelecimento de um diagnóstico e a aplicação desses saberes na experiência de uma forma dialetizável. Ou seja, a dialética da vida e dos conceitos, da experiência com os conceitos, assim como do saber com o poder. A base dessa relação dialógica seria a relação do conhecimento com a vida em si, considerando o conflito como intermediação e catalisador.

Pela complexidade do conceito ergológico de atividade, apresentamos uma reflexão do mesmo, porém, visando traduzir as nuances envolvidas nesta fabricação, preparando o campo para outra conceituação - o gesto profissional em Psiquiatria.

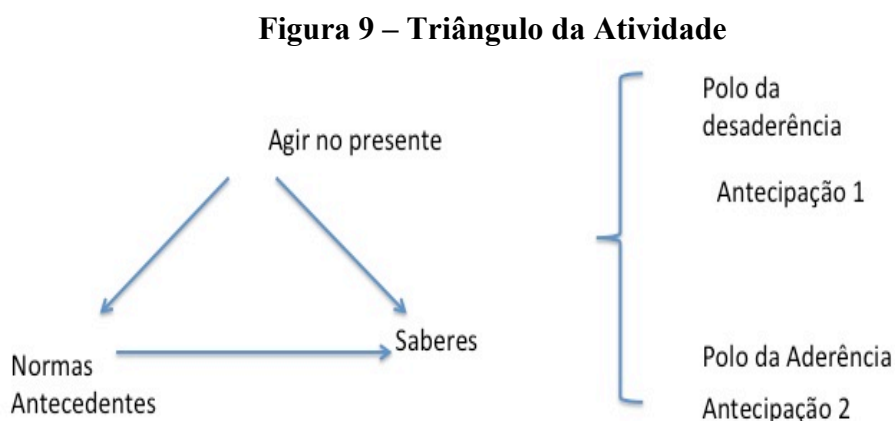
3.1.4.5 A atividade que faz história e sentido

Qual o conceito de atividade para a Ergologia? Trata-se de seu objeto central. Um assunto polêmico e prenhe de nuances e equívocos. Em termos mais amplos, a atividade é a manifestação de um sujeito inteiro ao fazer algo. Ela é um posicionamento frente ao trabalho prescrito, compreendendo que a ação é apenas um nível constituinte. Um elo e um elã de vida, um *debate de normas* contextualizado e que transborda os limites do fazer aqui-agora. A atividade em Ergologia é um conceito mais amplo, diferenciando-se em níveis, por exemplo, a atividade humana, de vida, atividade de trabalho, que extrapolam a tarefa e a ação para atingir outros níveis de complexidade. Existem atividades de vida que não se situam, estritamente, no campo do trabalho, como, por exemplo: amar, dormir, delirar, namorar, fazer uma poesia, etc.

Para a Ergologia, a atividade se situa na interseção de vários campos do conhecimento, desde a Filosofia, a Psicologia, a Sociologia, a Psicanálise, a Ergonomia, a Medicina, etc., segundo Trinquet (2010). É neste sentido que nos referimos aos pontos de vistas da atividade situados “na fronteira entre sujeito-objeto, ação-conhecimento, corpo-alma, subjetivo-

objetivo, o que propicia um quadro de referências coerente, integrado e operatório capaz de abordar o trabalho humano na sua complexidade.” (CUNHA, 2006, p. 1).

Partimos desta proposição de Yves Schwartz que nos esclarece sobremaneira os desconfortos relacionados a este conceito. Quer dizer, o agir aqui-agora requer um retorno às *normas antecedentes* e aos saberes produzidos em nível de *aderência e desaderência*, abrindo o campo de compreensão da postura clínica da Ergologia dentro das Clínicas do Trabalho, vide a figura abaixo.



Fonte: Schwartz (2013, p. 29)

A partir deste esquema, consideramos a *atividade industrial* como aquela que faz sentido e história caracterizada por um *debate de normas* e valores, que se coloca entre o *prescrito e o real*, apresentando *renormalizações* dotadas de sentido, de transgressões e subversões possíveis. Subversão no sentido de que esse debate em singularização, desvela o potencial humano de subverter a norma, segundo um *estilo* particular de agir para continuar vivendo com e no meio escolhido (SCHWARTZ, 2011c, p. 61). Quer dizer, é dentro desse sentido que podemos inferir que a *atividade industrial* é uma dramática do *uso de si*, ou seja, um drama na articulação entre *normas antecedentes* e singularidade da situação vivida. Segundo Cunha, “o sujeito da atividade industrial da ergologia é um corpo-si... É um lugar obscuro do fazer, é a ‘alma’, lugar onde está em jogo a harmonia de nossas faculdades. Este si é um indicador de problemas - “corpo-pessoa” - nas situações de trabalho.” (CUNHA, 2007, p. 8).

O trabalho que investigamos insere-se previamente, de forma prescritiva, numa perspectiva multiprofissional. Nessa situação, valorizamos o fazer de cada trabalhador na relação com os outros, dentro de suas diferenças, identificando o fazer específico e coletivo de trabalho dentro deste CAPS III/CERSAM Betim Central.

Construímos um conceito de atividade que se opõe à falta de movimento:

É o conjunto dos fenômenos (fisiológicos, psicológicos, psíquicos...) que caracterizam o ser vivo cumprindo atos. Estes resultam de um movimento do conjunto do homem (corpo, pensamento, desejos, representações, história) adaptado a esse objetivo. No caso do trabalho, esse objetivo é socialmente determinado. Sem atividade humana não há trabalho, mas pode haver uma produção. Um automatismo, por exemplo, materializa de certo modo o trabalho necessário à sua concepção, fabricação e manutenção e transmite a cada unidade produzida uma parte do valor desse trabalho. (GUÉRIN *et al.*, 2001, p. 16, destaques nossos).

Agora, em que nível ou instância, podemos dizer que a atividade faz história? Partimos da diferenciação entre atividade e ação:

[...] **a ação tem um início e um fim determinados;** ela pode ser identificada (gestos, marca), imputada a uma decisão, submetida a uma razão: por exemplo, um modo de uso é uma lista de ações. **Já a atividade é um élan de vida e de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, atravessa e liga o que as disciplinas têm representado separadamente: o corpo e o espírito; o individual e o coletivo; o fazer e os valores; o privado e o profissional; o imposto e o desejado, etc.** (SCHWARTZ, 2007, p. 19, destaques nossos).

Se as ciências naturais mais facilmente se adaptam à cientificidade, as ciências humanas se traduzem entre incertezas, conflitos, obstáculos de evidência difícil de ultrapassagem, mas constituintes de modificações e avanços epistemológicos. O que está em jogo são as nuances do comportamento humano que se opõem a uma simples metodologia e pedagogia da atividade, tampouco transformações vazias de sentido humano, de variabilidades e infidelidades cotidianas no trabalho. Para afinarmos nosso discurso com a Psicologia Concreta, segundo Politzer (1998), o conceito de atividade que anunciamos nos traz em visibilidade os fatos reais, materiais e concretos do fazer com todos os seus dramas humanos. Se a atividade habita o campo das histórias, podemos dizer que o comportamento humano é uma crônica onde os personagens precisamos ser o tempo escutados e respeitados em nossos pontos de vistas.

Assim, para aprofundar na dimensão histórica da atividade, trata-se de incluir na agenda algumas características essenciais, segundo Schwartz (2003; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007): a) a *transgressão* – um tensionamento e outras dramáticas no encontro da formalidade das normas e dos conceitos com seus duplos de informalidade e aquilo que escapa à linguagem; b) a *mediação* – alguma coisa que intermedia as relações nos campos de trabalho e entre os conceitos, onde o corpo e gestos apresentam encenações possíveis; c) a

contradição – trata-se de um *debate de normas* que nos convoca para *renormalizações* que só podem ser humanas.

A entrada no campo das singularizações e subjetividades amplia o conceito de “atividade de sentido” e histórica. Dizemos do debate que essa atividade nos traz entre *as normas antecedentes* e as *renormalizações* possíveis e parciais. Parciais no sentido de que a atividade, em sendo matriz de histórias, ela instiga a criação de filiais e filiações que tentam nos aparelhar de possíveis *renormalizações* que sempre nos escapam. Isso se deve ao caráter parcial das normas que traduzem a incapacidade de tudo antecipar, renormalizar. Eis aí um caminho histórico-epistemológico a ser percorrido pela Ergologia nesta tese – *a (im)possível atividade psiquiátrica*. Esse discurso nos remete à triangulação atividade/valores/saberes – epistemologia/histórias/psiquiatrias.

A atividade faz história nas brechas do fazer na “medida em que, dia após dia tratando aquilo que no trabalho não é antecipável, eles realimentam e transformam as configurações culturais e sociais, eles “fazem” a história” (SCHWARTZ, 2003, p. 23). O assunto é fecundo e constituinte de diversos aspectos da história da Psiquiatria e desta em atividade histórica e contextualizada (no campo dos Serviços Substitutivos).

Schwartz (2003, p. 22) nos propõe algumas questões norteadoras desse processo e que serão consideradas em nível de *renormalização* entre o *gênero* e o *estilo* das (im)possíveis Psiquiatrias – aplicadas ao CAPS III/CERSAM Betim Central. São elas:

- a) “Fazer história” é re-questionar e re-combinar os saberes;
- b) A atividade de trabalho é atravessada de história;
- c) A produção de saberes no trabalho está engajada em um debate de valores;
- d) A necessária atenção aos modelos teóricos que subestimam ou anulam esse engajamento dos saberes na história e os debates de valores;
- e) O que dizer dos saberes sobre os “objetos que não têm história”?
- f) Por quais instituições de saber se deve lutar?

Assim, partiremos de uma síntese dessas questões que serão retrabalhadas ao longo da tese. Como fazemos história ao trabalhar, a partir de nossas atividades? Como fazer história na história da Psiquiatria? Segundo Schwartz (2003, p. 22), “Se “história” tem um sentido, é isto que é parcialmente não-antecipável na experiência humana (se “experiência” é diferente de “experimentação”, é porque a experiência é sempre, em parte, “encontro””. Então, diante deste desafio não-antecipável, este encontro nos remete à nossa própria história, à história dos

meios em questão e do Outro, etc. Quer dizer, a atividade não abarca toda a história, mas a (re)faz, principalmente, quando nos deparamos com “atividades industriosas”: aquelas que ressignificam e instigam histórias em um fazer específico, prenhe de conflitos técnico-científicos, filosóficos e políticos – aonde cada um vai se apresentando em sua atividade aos seus pares e ao mundo ao seu redor. Estaremos mutilando a atividade se não a considerarmos num processo de ressignificação da história.

A atividade de trabalho atravessa a história e é atravessada por ela, em especial quando a localizamos numa determinada situação de trabalho como esta por nós investigada – a atividade em Psiquiatria. É dentro desse espaço-tempo que Schwartz nos esclarece melhor o processo da *dupla antecipação* - importante para a recomposição de saberes da/na atividade (em Psiquiatria) - dentro da epistemologia 3bis. A primeira antecipação parte da insuficiência das *normas antecedentes* em determinar todas as diretrizes do desenvolvimento da ação. Quer dizer, a tentativa de antecipar em partes aquilo que vai ser daqui a pouco vivido na atividade. E ela é sempre inacabada, mas composta pelos saberes científicos, configurações técnicas, socioculturais e políticas. E é isso que nos reenvia ao caráter sempre histórico das atividades. Neste espaço inacabado encontram-se brechas por onde escapam históricos e histórias. A segunda antecipação, “aquela pela qual a atividade de trabalho antecipa maneiras de fazer, sinergias industriosas, o “viver eficazmente em comum.” (SCHWARTZ, 2003, p. 29). São antecipações exigidas no aqui-agora, sem as quais as atividades não fazem história, nem sobrevivem às escolhas contextualizadas e que propõem *renormalizações* diferenciadas. Enfim, esta *dupla antecipação* compõe o plano básico de construção de uma *Nova Clínica* em Psiquiatria (e em gestos profissionais) que compreendemos fazer parte do CAPS III/CERSAM Betim Central, segundo nossas teorizações. A síntese dessa dupla antecipação nos remete às dramáticas de *uso de si* situadas entre as *normas antecedentes* e aquelas que os trabalhadores se dão em atividade ao reivindicarem espaços-tempos clínicos e terapêuticos em Psiquiatria.

3.1.4.6 A Ergologia como uma Clínica

Apresentamos alguns esclarecimentos essenciais sobre a *démarche Ergológica* em seus aspectos híbridos no campo do trabalho. Dizemos de um projeto desconfortável de duplo advento - a inserção da Ergologia como uma das Clínicas do Trabalho. Segundo Yves Schwartz, este seria um projeto reducionista, enraizá-la somente numa perspectiva clínica e

isso estaria estabilizado. Quer dizer, ela é profundamente clínica e não é? Neste sentido, quais argumentos possíveis para esta proposição?

Partimos de sua postura original em abordar o trabalho como atividade humana, que faz história na história das pessoas e dos saberes envolvidos nas situações concretas e materiais, conforme acima teorizado. Neste sentido, ela apresenta esse debate, diferenciando-se das outras clínicas por ampliar esses dois conceitos, em especial o segundo, pelo viés da ética, da epistemologia e da filosofia. Seguindo este raciocínio, poderíamos inferir que nenhuma dessas Clínicas do Trabalho, inclusive a própria Ergologia, seja, necessariamente, clínica pelo fato de produzirem conceitos genéricos em *desaderência* à situação concreta de trabalho e distantes da aplicação prática no contexto da relação entre pessoas. Porém, há que se relativizar essa assertiva, visando não cometer o erro de reduzir a complexidade e esforço dessas clínicas em abordar concretamente o trabalho como faz com maior evidência a Psicossociologia do Trabalho, a Ergologia e a Clínica da Atividade. Sobre a Psicodinâmica do Trabalho, a situação se complica um pouco mais, uma vez que a crítica que se faz a ela dentro dessas mesmas clínicas é que, talvez, seu objeto de análise seja mais, especificamente, a subjetividade dos trabalhadores do que, necessariamente, o trabalho material e concreto. Um dilema e outra polêmica que merece maior aprofundamento em estudos, compreensão e debates clínicos entre elas para maiores esclarecimentos.

Com relação à Ergologia, sua proposta é exatamente a delicadeza da produção de conceitos situados, valorizando a experiência humana, a partir de outros conceitos e inseridos no contexto real em diálogo com as *normas antecedentes* dessa situação. São questões que esclarecem o não se deixar caber da Ergologia em qualquer projeto que se reduza na estabilização de saberes e fazeres. Razão pela qual ela também se propõe como objetivo, a criação de DD3P com estratégia de exercer essa (im)postura. Razão também porque escolhemos a Ergologia como carro-chefe na tese e que será melhor esclarecida ao abordarmos a criação de dispositivos psiquiátricos no capítulo 4 da tese.

Esclarecemos melhor esse duplo projeto ergológico quando analisamos de perto que toda situação de trabalho tem, de um lado, uma face de produção de saberes aqui-agora e que requer um olhar clínico de relação com o outro. De outro lado, e para justificar seu posicionamento não necessariamente clínico, comporta uma dimensão histórica e protocolar, ético-filosófica, epistemológica, sociológica e antropológica, que inclui as *normas antecedentes* produzidas em outro aqui-agora, outro contexto.

Não podemos polarizar dessa forma a situação - o clínico no aqui-agora, de um lado, e essas disciplinas, de outro, compondo um suposto lugar não-clínico. O caminho é entender a

proposta de construção de um olhar clínico, dialético, múltiplo e ampliado sobre o aqui-agora do ponto de vista dos valores e dos saberes em circulação, compondo e interfaceando a relação do sujeito com o meio. Ou seja, uma dialética entre o micro (aqui-agora) e macrossocial e cultural que compõe as *normas antecedentes*. Quer dizer, o aqui-agora das situações de trabalho é formado por camadas de normas que se entrecruzam e que compõem a situação com a qual o homem se relaciona (CANGUILHEM, 2001). E essas normas podem ser explicadas e produzidas do ponto de vista ético, filosófico, epistemológico, jurídico, econômico, sociológico e antropológico. São saberes que ampliam o olhar ao aqui-agora das situações que se apresentam. E, se quisermos de fato estabelecer um olhar clínico, precisaremos de um olhar que atravessa o aqui-agora para atingir as normas sociais antecedentes que estruturam a situação presente. São normas que não são, necessariamente, produzidas no aqui-agora e, mesmo que sejam produzidas noutro aqui-agora, elas interferem neste aqui-agora presente, inclusive, alterando-o.

Tomemos como exemplo (para se aproximar de nosso objeto de pesquisa), a questão das normas que estruturaram o SUS e a Saúde Pública nos anos 90 e que garantiram o direito à saúde para todos. Tratam-se de variáveis históricas que se desdobram em forma de um condensado de normas que organizam a situação presente que analisamos. Ao chegar no CAPS, essas normas convivem com outras de ordens diferentes, por exemplo, econômicas e determinantes de uma crise econômica atual. Dizemos de uma outra variável estruturante do serviço na medida em que ela interfere no corte de despesas, de gastos essenciais, a falta de elementos básicos institucionais como, por exemplo, algodão para curativos e a medicação haloperidol para tratar a crise do portador de sofrimento mental. Este é um debate de grande desafio a enfrentar: compreender que são variáveis produzidas em tempos históricos diferentes e de naturezas variadas – uma jurídica, legislativa e a outra econômica que estrutura o aqui-agora dos serviços.

Quer dizer, qual seria o olhar clínico, senão dialetizar essas normas, enfrentando a exigência do direito à saúde e a escassez possível de insumos e fazer clínica com os valores dos trabalhadores - escutar o usuário e construir possibilidades de tratamento à revelia desse cenário? São questões que nos fazem conceituar este olhar clínico como um dilema de encontros com variáveis na situação. Um olhar clínico que não se constrói somente olhando para o aqui-agora clínico das situações, mas que requer ser ampliado na estruturação do ambiente. Uma operação contextualizada num espaço-tempo, a fim de não se perder a dimensão histórica e social da atividade. O aqui-agora é produto de uma história social, política, econômica e cultural.

Assim, em que sentido defendemos, de forma mais prática, a perspectiva clínica da Ergologia? Partimos de seu olhar singularizado sobre os protagonistas do trabalho. Conseqüentemente, localizamos o seu caráter clínico de forma heterodeterminada. Em nível de *aderência* ao aqui-agora, a atividade industriosa e que faz sentido requer sempre um *debate de normas* nas situações singulares de trabalho frente aos *projetos-ações*, aos atos, às decisões e aos gestos profissionais. Se toda situação é parcialmente singular, isso requer uma posição de humildade para a aprendizagem, de *renormalizações* individuais e coletivas, de *desconforto intelectual* para o estudo e abordagem da atividade, insistência sobre a singularidade, a subjetividade, uma vez que cada *debate de normas* tem uma dimensão singularizante e histórica. Dizemos do *impossível* e do *invivível* projeto de seguimento somente do viés protocolar nas situações de trabalho. E isso reivindica um conhecimento do *métier* de trabalho e a mobilização de *reservas de alternativas* e *margens de manobras*.

A intervenção e a tomada de decisão exigem uma postura clínica e um debate acerca dos conceitos produzidos em *desaderência* e praticados em aderência no aqui-agora da relação com o outro. Dizemos da utilização de conceitos genéricos de forma aplicada, singular, solicitando as epistemicidades ergológicas, em especial a 3bis. Situação que não descreve a norma, nem antecipa a atividade, mas propõe uma reprodução e aplicação de conceitos contextualizados ao meio em questão, que considera as variabilidades, as *infidelidades do meio*, o *debate de normas*, o momento, a aprendizagem com o outro, as ECRP, etc. Em termos mais específicos, um debate que convoca os seis ingredientes de competência da atividade (IGRS's) frente à situação clínica que se apresenta.

Mesmo que a Ergologia não tenha seu nascedouro no campo *psi*, não podemos desertá-la deste lugar, vide nossas argumentações ao longo da tese. Ao contrário, pelo viés do *corpo-si* e *dramáticas*, ela desvela sua posição de sujeito que não desconsidera a existência do inconsciente.

Em síntese, o caráter clínico-não-clínico da Ergologia é dialetizado no sentido da produção da atividade como um olhar que permite compreender a forma com a qual a norma faz história na situação. Não-clínico na medida em que esse olhar não se constrói, nem se explica somente pela situação analisada. Clínico, porque requer uma postura de *desconforto intelectual* para mobilizar os possíveis conceitos ergológicos aplicados à situação.

Retomaremos esse assunto no contexto da dimensão clínica do gesto profissional em Psiquiatria no capítulo 5 da tese.

3.1.5 A dialética entre compreender e transformar os gestos profissionais em Psiquiatria

Trata-se de um debate entre os quatro aportes teóricos das Clínicas do Trabalho - a Psicodinâmica do Trabalho, a Psicossociologia, a Clínica da Atividade e a Ergologia - acerca do compreender e do transformar. De antemão, anunciamos que a Psicodinâmica pouco nos apresentou questões neste espaço-tempo.

Apresentamos alguns esclarecimentos teórico-práticos, conceituais e metodológicos, depois de apresentadas todas as contribuições clínicas acima.

Ao longo deste capítulo, apresentamos diversos conceitos das Clínicas do Trabalho e debatemos alguns. Assim, mesmo que haja semelhanças entre os mesmos, há diferenças importantes no percurso, principalmente, quando compreendemos suas filiações teóricas, ou seja, as origens determinantes da construção de cada conceito. Não confrontamos um conceito ao outro. Nem mesmo por isto, deixamos de articulá-los, prestando a devida atenção para não realizar sincretismos reducionistas de sentidos no interior de cada clínica.

Compreendendo que nenhuma dessas clínicas têm o monopólio clínico do/no real sobre a loucura, nem tampouco sobre o engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Inicialmente, compreendemos que todas elas produzem conceitos genéricos, a priori e, inicialmente, distantes das situações singulares, concretas e materiais. Ao contrário, a presente tese visa instituir um conflito entre elas, convidando-as ao debate para se responsabilizarem frente à singularidade das situações de trabalho e pela abordagem à loucura, utilizando de conceitos por elas produzidos lá onde o nosso objeto de pesquisa (*o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*) nos convoque para ser decifrado frente às situações. Além do mais, reafirmamos que a pesquisa do referido gesto profissional em Psiquiatria relaciona-se com o tratamento do usuário - um sujeito que apresenta sofrimentos psíquicos de várias ordens, sintomas diversificados. E essa situação exige, de um lado, o conhecimento e o domínio de cada uma dessas clínicas, suas filiações e proposições teóricas e de intervenção. De outro lado, o conhecimento das Histórias de Vida dos usuários envolvidos e das políticas nacionais de Saúde Mental e dos princípios do SUS. Tudo isso, dentro de um posicionamento ético e clínico como pré-condições.

Com relação ao conceito de gesto profissional, todos os conceitos apresentados e debatidos neste capítulo de uma forma ou de outra, relacionam-se com o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* – que apresentaremos em breve. Alguns deles, mais especificamente, fazem parte do mesmo processo pelo quais os trabalhadores precisam enfrentar na exposição de suas ações e atos na atividade,

experimentando o caminho do engendramento de gestos profissionais. A questão é que cada uma das Clínicas do Trabalho traduz esse mecanismo de forma específica, porém por caminhos teóricos semelhantes. Na Clínica da Atividade, *peneiração pelo gênero transpessoal*; na Ergologia, a *renormalização singular-universal e endereçamento social e coletivo*; na Psicossociologia, o *endereçamento cultural do métier*; na Psicodinâmica, a *deliberação/validação*. Trata-se de um mesmo processo porque precisa passar as ações e os atos dos trabalhadores para tornar gesto profissional, porém, não exatamente como pré-condição do engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria, conforme discutiremos.

No contexto do CAPS, falamos de um espaço-tempo de liberdade para agir, formas de trabalhar, maneiras de se desvelar, de fazer diferente a mesma coisa, de mostrar a experiência no *trabalho real*. Isso requer um reconhecimento dos diversos conceitos, em especial, o debate entre *gênero, estilo, cultura de métier, normas antecedentes, endereçamento social, renormalização*, dentre vários outros, numa perspectiva efetiva de compreensão da complexidade desse serviço de atenção à loucura em crise.

Situação esta que nos reenvia aos valores inseridos na *atividade industrial* e que são atravessados por histórias e culturas que circulam em positividade e/ou negatividade no viver e fazer juntos, ou seja, o trabalho em equipe multidisciplinar – o IGR-6 da atividade (em Psiquiatria). Dizemos de um debate em duplo sentido entre valores cristalizados na instituição em forma de normas econômicas, técnicas, gestionárias, hierárquicas e os valores do bem comum, da construção de ECRP's (*Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes*) e, em especial, do terceiro polo do DD3P (*Dispositivo Dinâmico a três Polos*), segundo Schwartz (2000).

Com relação ao conceito de *estilo*, a Clínica da Atividade apresentou-nos este conceito em diálogo com o *gênero* profissional, conforme o texto acima. A Ergologia não define *estilo*, especificamente, segundo meu entendimento, nem mesmo a Psicossociologia apresenta um ponto de vista estável sobre este conceito. Mas, podemos dizer, em termos ergológicos, de uma outra base da criação estilística que é a memória pessoal que convida o sujeito a desvelar sua experiência na inter-relação entre o individual e o social. O *estilo* seria a forma como o trabalhador se apresenta, se desembaraça, enfrenta as *dramáticas do uso de si* por si e pelo outro que se apresenta no *trabalho real*? (SCHWARTZ, 2008). Em outro sentido, o *estilo* seria o resultado da expressão das *reservas de alternativas* (maneiras diferentes de fazer a mesma coisa), das *margens de manobras*, ou seja, a expressão do *corpo-si* na atividade? Em outro sentido, compreendemos que o desenvolvimento desta tese aponta-nos outros caminhos possíveis para este conceito, e que precisam ser melhor trabalhados, inclusive a partir da

articulação de conceitos em Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida com conceitos psiquiátricos e das Clínicas do Trabalho, e outros autores, conforme apresentamos.

Em termos de posicionamento clínico, a Clínica da Atividade defende a postura de transformar para compreender o *métier*, uma vez que seu objetivo é provocar o desenvolvimento da atividade para compreendê-la. Assim, ela parte da ação como estratégia de provocar esse desenvolvimento. Ações que visam à (re)instituição de conflitos, conforme já anunciamos, no espaço-tempo do *realizado e do real da atividade*. Então, agir, instituindo conflitos sem nada poder prever, a fim de saber, transformando o *métier* para compreender a situação e o desenvolvimento do mesmo – um grande desafio e que requer, segundo nossas argumentações, uma postura filosófica, ético-epistemológica e clínica.

Já a Ergologia nos convida a pensar a entrada na atividade em forma de engajamento e *desconforto intelectual*, defendendo o mecanismo de compreender para transformar, assim como a Ergonomia da atividade. Para se transformar o mundo social e do trabalho, há que se distinguir os objetos em nível de *debate de normas e renormalizações*, considerando o conceito de atividade (industrial) entre a dialética - disciplina epistêmica e ergológica. Um diálogo entre *normas antecedentes* e aquelas que o meio convoca. Quer dizer, a atividade é uma forma de engajamento, de gerir *reservas de alternativas* quase sempre em penumbra. A Ergologia propõe abordar a atividade neste nível de complexidade como forma de compreender o *métier* para transformá-lo, conseqüentemente. Quer dizer, de uma forma ou de outra, a Ergologia também propõe a transformação do *métier*.

Porém, compartilhamos com Lhuilier (2008), a seguinte proposição:

Além das divergências entre essas abordagens, traços comuns podem ser descobertos que fundam seus pertencimentos à clínica do trabalho: a centralidade do trabalho como atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva; **a prioridade acordada às situações concretas de trabalho e à demanda como a sua análise**; a dimensão coletiva dos quadros e dispositivos de elaboração propostos; a intervenção como pesquisa-ação **visando esta dupla articulação: compreender para transformar e transformar para compreender**. (LHUILIER, 2008, p. 19, destaques nossos).⁹⁸

Entre o compreender-transformar, a proposta é promover o desenvolvimento desse *métier* psiquiátrico, a partir do *processo de engendramento de gestos profissionais em*

⁹⁸ Do original – “Au-delà des divergences entre ces différentes approches, des traits communs peuvent être dégagés qui fondent leur appartenance à la clinique du travail: la centralité du travail comme activité matérielle et symbolique constitutive du lien social et de la vie subjective; la priorité accordée aux situations concrètes de travail et à la demande comme à son analyse; la dimension collective des cadres et dispositifs d’élaboration proposés; l’intervention comme recherche-action visant cette double articulation: comprendre pour transformer et transformer pour comprendre.” (LHUILIER, 2008, p. 19).

Psiquiatria. Assim, não consideramos uma atitude positivista ir à atividade para analisá-la. Isso vai depender do protagonista desta ação, da forma de sua realização e do contexto envolvido.

O Capítulo seguinte aborda as *normas antecedentes* e a evolução das ideias em Psiquiatria, visando melhor esclarecer o campo de interseção com as Clínicas do Trabalho, preparando o gesto profissional em Psiquiatria.

4 A PSIQUIATRIA EM DEBATE DE NORMAS

A intenção deste capítulo é apresentar um olhar sobre o panorama evolutivo da Psiquiatria enquanto objeto já pensado, constituído, já trabalhado, aquilo que veio antes, ou seja, que compõe as *normas antecedentes* desse campo do conhecimento, conforme definimos na introdução da tese, segundo a Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

O propósito desta tese é estabelecer um diálogo, de um lado, entre os saberes que compõem, epistemologicamente, a Psiquiatria, inter-relacionando-a entre as ciências naturais (a Psicofarmacologia, a Neurologia, a Neuropsiquiatria, a Neurofisiologia, etc.) e as ciências humanas (a Biologia, a Sociologia, a História, a Psicologia, a Psicanálise, a Antropologia, a Filosofia, etc.). De outro lado, os saberes que compõem as Clínicas do Trabalho (a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Psicossociologia do Trabalho, a Ergologia, a Ergonomia) e, em terceiro lugar, com a Política Pública de Saúde Mental brasileira.

Para efeito de melhor compreensão desse longo *debate de normas*, ao longo deste capítulo, dividiremos nosso texto da seguinte forma: a *Era Antiga*, o *Renascimento*, a *Psiquiatria Clássica*, a *Psiquiatria das Grandes Escolas*, a *Psiquiatria da Classificação Internacional - Contemporânea*. Abordaremos a Psiquiatria entre cinco perspectivas teórico-metodológicas (segundo Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Michel Foucault, David Cooper e Yves Schwartz). Em seguida, apresentaremos também três experiências de Reformas Psiquiátricas – a *Antipsiquiatria inglesa*, a *Psiquiatria Democrática e Desinstitucionalização italiana* e a *Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor francesa*, incluindo as chamadas *Terapêuticas Ativas*, focando a contribuição de Louis Le Guillant e a *Nova Clínica*, também de origem francesa. Finalmente, a partir de todo esse debate de saberes, apresentaremos nossa proposta de tese de construção de uma *máquina de moer conceitos*, o *Dispositivo Dinâmico Ergopsiquiátrico a três Polos (DD3P)*.

Em termos específicos sobre a Psiquiatria, faremos um diálogo com diversos expoentes. Em termos internacionais: Bercherie (1989), Ey (1971), Fernandez (1979), Martin (2000; 2011), Coupechoux (2006), Basaglia (2007), Canguilhem (1990; 1995; 2005; 2009), Foucault (1997; 2000a; 2000b; 2006; 2008), Díaz (2012), Chaigneau (2011), Tosquelles (2006; 2009; 2012), Le Guillant (*apud* LIMA, 2006), Billiard (2001), Doray (2011), Fossati (2015). Em termos nacionais: Pessotti (1994), Bezerra Júnior *et al.* (1987; 2013), Birman (1978), Paim (1991), Jaspers (2006), Doyle (1961), Melo (1986), Mota e Marinho (2012),

Cheniaux (2013), Veloso (1990), Oliveira (2013), Barreto (1999; 2010), Amarante (1995; 1996; 2003), Passos (2008; 2009), Machado (2009) e Miguel (2011).

4.1 A Psiquiatria – Heranças e Escolas

Apresentamos um recorte constitucional da Psiquiatria a partir de uma síntese dos autores apresentados inicialmente, ou seja, um “Corpo dos saberes híbridos em Psiquiatria”, da instituição psiquiátrica, dos trabalhadores, que não somente psiquiatras, focando a nosologia dos quadros psiquiátricos a partir dos casos impossíveis que analisaremos ao longo da tese. Trata-se de uma atividade desafiante compreender o percurso histórico da Psiquiatria, uma vez que ele se confunde com o percurso da constituição e composição de seus próprios conceitos. Por isso, nesta tese, apresentamos um ponto de vista da constituição dos saberes híbridos que compõem esse campo de conhecimento. Se mudanças ocorreram em suas teorias, essas se devem ao processo de *crise, ruptura e movimento*, gerando modificações epistemológicas ao longo de séculos (BACHELARD, 1996).

A história das primeiras descrições de quadros psiquiátricos foi contada por visões mágico-arcaicas da doença mental na chamada *Era Antiga* (PESSOTTI, 1994). Somente depois do advento da medicina grega que os estados demoníacos e de possessões começaram a ser questionados. Com Hipócrates, o cérebro foi eleito como a moradia das funções mentais e suas alterações. Segundo ele, o ver e o olhar se reduziam aos quatro humores/fluidos corporais - a bile, a fleuma, o sangue e a bile negra que correspondiam a quatro elementos naturais, o fogo, a água, o ar e terra. Mais tarde, Paracelsus (1493-1541), médico suíço, discorda dessa premissa, alegando que o ser humano tinha uma alma divina que habitava um corpo.

Evolutivamente, o *Renascimento* marca o período da história europeia entre os séculos XIV e XVI, movimentando o campo das artes, da cultura e do pensamento intelectual. Entre outras nuances, o movimento desprende-se do olhar para uma mente dividida entre Deus e o diabo para aprofundar nas perspectivas orgânicas, filosóficas e psicológicas do homem que sofre. Mas, continuava apresentando ideias um tanto irracionais para explicar o fenômeno da doença mental, ligadas aos aspectos da religião, por exemplo. Perguntava-se se a loucura era de origem espiritual ou médica, voltando ao modelo da magia entre Deus, o diabo e as bruxas, porém inaugurando e incorporando uma dúvida orgânica em sua constituição. Em suma, o louco deixa o estatuto de mágico, religioso, para entrar na história não mais como um desviante, mas como um doente ainda desconhecido (FOUCAULT, 1997; PESSOTTI, 1994).

Referimo-nos aos séculos XVII e XVIII como a *Era das Luzes*, da virada e superação dos dogmatismos para o racionalismo. Era o século em que o homem buscava sua liberdade via ideias iluministas, princípios da Revolução Francesa. Imaginava-se que a ciência e a tecnologia levariam o homem a descobrir as causas de suas próprias cóleras. A ordem era a experimentação, diferente da fé. Momento de descoberta de várias doenças reacionais e que mereciam investigação. Contrário às ideias de Descartes (penso, logo existo), a mente era vista como uma *tábula rasa*, onde as impressões das experiências eram impressas e a loucura era decorrente de uma falha na associação de informações recebidas a serem impressas.

Segundo Bercherie (1989), a *Era Clássica* (final do século XVIII e o século XIX). Época que expõe a problematização da Psiquiatria enquanto uma especialidade médica e dividindo-se entre em duas *Grandes Escolas*, as Psicodinâmicas e as Fenomenológicas.

4.1.1 As bases determinantes da virada do século XX

Antes, apresentamos um panorama do final do século XIX – o que se passava nesta época? A partir da *Psiquiatria Clássica*, localizamos duas questões na transição de séculos. A primeira, tratava-se de uma Psiquiatria totalmente anatomista, pois visava o seu ingresso no *Método anátomo-clínico* da Medicina de bases científica. Existia um evidente paradoxo, a *Psiquiatria Clássica* postulava esse atomismo, enquanto sua prática era, predominantemente, clínica. A segunda questão, a clínica da *Psiquiatria Clássica* havia chegado ao seu apogeu com Kraepelin - foi o grande nome desta Psiquiatria e que, praticamente, esgotou as possibilidades do *Método clínico*.

Neste momento, a Medicina encontrava-se em fase de finalização de suas bases científicas de origem, anatômica, clínica e fisiológica. Quais implicações teria trazido para o campo da Medicina? Uma operação demarcadora de sentidos. O *Método Clínico* tem como premissa, a exclusão da subjetividade, tanto da parte do observador, quanto do observado. E isso não repercutiu de forma diferente nas bases científicas da Medicina. Essa exclusão da subjetividade atingiu a prática médica, extrapolando as pesquisas científicas. Quer dizer, essa nova prática médica se tornou diferente daquela outra do período pré-científico.

Tratava-se de uma Psiquiatria Asilar – cujo procedimento clássico era a *clínica do olhar*, da observação, da classificação e nomeação da diversidade de quadros psiquiátricos dentro de instituições fechadas. Princípios e postulados teóricos semelhantes, explicados por linguagens e hipóteses diferentes. Dividia-se a doença mental entre aquela de base anatomopatológica comprovada e aquela de mesma base a ser comprovada.

Na verdade, a Psiquiatria clássica nunca pôde se fundar na anatomia patológica, embora sempre tivesse situado no seu horizonte essa possibilidade. **Ironicamente, a Psiquiatria sobreviveu à medida em que esse sonho não se realizou:** uma identificação plena com a clínica médica representaria a sua absorção pela Neurologia. (BARRETO, 2013, p. 69, destaques nossos).

Em síntese, este é o panorama do final do século XIX. Surge, então, um outro saber, o nascimento da Psicanálise freudiana. A Psiquiatria em transição, tentando se identificar como médica, principalmente, depois da morte de Esquirol. Assim, no início do século XX, o cenário era outro, algo diferente aconteceu, levando ao distanciamento da Psiquiatria da Medicina. Uma evidente transformação por uma causa bastante evidente e determinante de seus princípios – enquanto a Medicina caminhou na direção da exclusão da subjetividade, a Psiquiatria (em transição) fez o caminho inverso. Ela se instrumentalizou epistemologicamente para aprofundar na investigação da subjetividade. Podemos localizar três justificativas instituintes para esse acontecimento – *o nascimento da Psicanálise com Freud (1856-1939)*, *a Fenomenologia de Husserl (1842-1938)* e *o Existencialismo de Heidegger (1889-1976)*.

O início do século XX foi marcado por um forte movimento no meio científico, visando à divisão da ciência. De um lado, as ciências da natureza, de outro, as ciências do homem. E essa divisão não deixou de fora a Psiquiatria, ao contrário, essa foi a base da constituição de seu próprio hibridismo. A Psiquiatria passou a ser concebida não mais com uma disciplina somente médica, mas uma disciplina híbrida, entre a Método científico-natural e Método histórico-cultural. E este é o motivo explicativo do distanciamento da Psiquiatria da primeira metade do século XX da Medicina – ela não deixou de ser médica para ser híbrida. Qual a razão desse acontecimento? Entre outras razões, a mais importante – foi com ênfase na subjetividade que surgiram as *Grandes Escolas*, promovendo uma evolução epistemológica em seus saberes.

4.1.2 As Grandes Escolas em Psiquiatria

Segundo Bercherie (1989), depois da *Psiquiatria Clássica*, tivemos a Psiquiatria das *Grandes Escolas*: as Psicodinâmicas e as Fenomenológico-clínicas. As primeiras, inspiraram em Bleuler (1857-1939), aproximando-se da Psiquiatria a Psicanálise. As segundas, inspiradas no legado de Jaspers (1883-1969) que aproximou a Psiquiatria da Fenomenologia de Husserl. Segundo Barreto (2016b), neste período, a questão do normal e o do patológico

era abordada, porém a norma de que se tratava era a norma social e cultural, uma vez que a norma na *Psiquiatria Clássica* era colocada em termos de moralidade.

Abordamos, inicialmente, as primeiras, as Escolas Psicodinâmicas, reforçando o protagonismo de Bleuler ao introduzir Freud no discurso da Psiquiatria, especificamente, na Esquizofrenia. Quer dizer, nesta época, Kraepelin cunhava o termo “Demência Precoce” de um lado, e loucura ou insanidade maníaco-depressiva, de outro. Porém, foi Bleuler quem cunhou o termo Esquizofrenia em sua obra *Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias* (1911), diferenciando esse quadro daquele de demência e abrindo o leque conceitual da Psiquiatria. Um processo interessante e de grande teor epistemológico.

Ele propôs a Esquizofrenia, a partir de problemas de forma e conteúdo. Este, refere aos sintomas acessórios que recebiam uma grande influência de explicação pela Psicanálise, os sonhos, os chistes, os atos falhos, os mecanismos de condensação e deslocamento eram utilizados para melhor elucidar a Esquizofrenia. Mas, a Psicanálise não poderia diferenciar uma Histeria de uma Esquizofrenia, uma vez que somente os conteúdos eram mobilizados. Para esta operação, exigia-se a forma, ou seja, a Esquizofrenia para Bleuler era, fundamentalmente, de natureza orgânica e, para esclarecer esse distúrbio axial, recorreu-se ao associacionismo de Wundt. Com isso, o distúrbio fundamental da Esquizofrenia passou a ser o rebaixamento das tensões associativas das ideias. São mecanismos de desagregação, dissociação e interceptação das funções psíquicas. A primeira delas, a dissociação do pensamento. Em seguida, a dissociação afetiva, a ambivalência. Finalmente, a dissociação com a realidade, o autismo. Entre outras palavras, este era o tripé de Bleuler – afrouxamento do pensamento com associações de ideias, ambivalência afetiva e autismo. O resultado, foi a previsão de quatro tipos clínicos de Esquizofrenia: a Paranoide, com prevalência de mecanismos ideativos; a Catatônica, com prevalência de sintomas motores; a Hebefrênica, com prevalência de sintomas afetivos; a Simples, que prevalecia a manifestação do tripé. Assim, com Bleuler, houve a introdução da Psicanálise na Psiquiatria, dando origem às Escolas Psicodinâmicas que apresentamos na sequência.

De um lado, o período representado pela Psiquiatria francesa, a *Escola Francesa*, que se estende de Pinel (1745-1826) a Clérambault (1872-1934). De outro, a Psiquiatria alemã - de Griesinger (1817-1868) a Kraepelin (1856-1925), ou seja, a *Escola Alemã*.

A *Escola Psicodinâmica Francesa* começa com Pinel (1745-1826)⁹⁹ como o grande arquiteto da engenharia psiquiátrica clínica que, criticando o método *anátomo-clínico*, apresentou o embrião da *Psiquiatria Clínica*, a partir do *Método clínico*. Uma metodologia que visava tratar o objeto de forma clínica dentro de uma internação hospitalar, segundo o princípio da sistematização de um caminho através de uma experiência que privilegiava o olhar, a descrição de fenômenos, que observava para compreender e que visava à tradução dos enigmas da linguagem (BERCHERIE, 1989; BARRETO, 1999; 2010).

Em 1801, Pinel, através da obra *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, inaugurava a Psiquiatria e as bases epistemológicas de uma clínica. Ele caracterizava a melancolia, a demência, a mania e o idiotismo que, segundo ele, seriam apenas diferenciações de uma mesma ordem. Ele faz isso depois de reconhecer após a *Grande Internação* (FOUCAULT, 1997) que, de fato, havia ali dentro do Hospital Psiquiátrico, pessoas diferentes, cujos comportamentos eram semelhantes em desvios. Em termos genéricos, existiam dentro da instituição psiquiátrica, aqueles usuários que riam, que choravam, aqueles que riam e chorava, que agrediam, etc. Quer dizer, ficava difícil estabelecer um momento onde terminava um método e iniciava o outro, mas foi através da compreensão da definição de “paralisia geral” de Bayle (1822) que a Psiquiatria buscava identificar-se com a delimitação anátomo-clínica, onde a clínica, de fato, inaugurou seu nascedouro.

Pinel utilizava o termo “alienado” para se referir aos usuários (pacientes). Um sujeito mal adaptado ao social e que veio caber dentro do asilo – tratando da ordem e da moral da época. Daí a origem de seu *tratamento moral*. Deixar o louco internado a fim de que ele restitua sua moral frente à sociedade. Ele repudiava a utilização de métodos físicos (embora os utilizasse), bem como o manicômio, mas acreditava que o “controle moral” pelo viés da atitude médica firme e doce (gestos de doçura com alteridade e autoridade), levariam à cura do usuário. Por essa história, Pinel é lembrado no mundo da Psiquiatria pelo seu duplo advento de humanizar a psiquiatria ao desacorrentar a loucura - em Bicêtre (1793) e Salpêtrière (1795) - e lançar as bases da *Psiquiatria Clínica*, vide ilustração de abertura da tese.

Para relacionar com o nosso objeto de estudos, Joel Birman (1978), apresenta-nos momentos importantes da história da Psiquiatria, caracterizados pelo próprio autor em forma

⁹⁹ Contrariamente a essa filiação primogênita para a psiquiatria, segundo Melo (1986, p. 6), na mesma época surgiu em Viena, a “Torre dos Lunáticos”, na Inglaterra, o primeiro “Retiro” que administrava qualquer tipo de tratamento à desordem mental.

de gestos. Segundo ele, o primeiro momento da história, em 1793, Pinel, ao ser nomeado médico no Bicêtre, em Paris, na França, ao desalojar os loucos de masmorras enlouquecidas, estaria realizando um gesto profissional inaugurador da Psiquiatria em resposta ao primeiro e grande gesto da Grande Internação, segundo Foucault (1997). Para Birman:

[...] este gesto de Pinel é o seu elemento fundador, seu momento primeiro e originário. Gesto mítico e, como tal, sujeito a interpretações variadas e contraditórias. Uma tradição se mantém, a da psiquiatria como saber e como prática instituída, que designará o seu ato fundador, como um gesto libertário e como obra filantrópica. (BIRMAN, 1978, p. 2, destaques nossos).

Esquirol (1772-1840), contemporâneo de Pinel, protagonizou o mesmo campo, abandonando o termo “alienado” por “enfermidade” e mania sem delírio por “monomania”. Na sequência, Jean-Pierre Falret (1794-1870) rompe com Pinel e Esquirol e propõe uma maior variedade de surtos mentais, duvidando da construção nosográfica de “monomania”. Para ele, deveria haver outros paradigmas para a Psiquiatria, aliando de forma mais forte os mecanismos neurológicos de localização de substratos orgânicos para a loucura como o fez Broca (1824-1880) ao definir um corpo neurológico-psiquiátrico para a mesma.

Para ampliar a compreensão do percurso francês, houve antes de chegar a Clérambault (1872-1934) e sua teoria da *Síndrome do Automatismo Mental*, um longo percurso, determinando outras síndromes, representado por Magnan (1835-1916), Séglas, Sérieux, Capgras, Ballet, Charcot. Na mesma época, Morel (1809-1873) desenvolveu o *Tratado filosófico e fisiológico da hereditariedade natural*. Ou seja, a doença mental como resultado de uma degradação moral transmissível hereditariamente, de geração em geração.

Atenção especial para a corrente organodinâmica francesa fundada por Henri Ey (BERCHERIE, 1989). Evolutivamente, novos recortes vão se desenhando, porém dentro da mesma linhagem de compreensão da loucura e esboçando saberes clínicos descritivos. A referida corrente teve como representantes antes de 1900: Esquirol, Bichat, Baillarger, Griesinger, Charcot, Bayle, Kahlbaum, Magnan, Illenau, Morel, Kraepelin, Clérambault e Falret que acrescentaram algumas variabilidades de composição da doença mental, a partir do método *anátomo-clínico*.

Com relação ao percurso de Pinel, reservamos alguns outros pontos de vistas para o momento da apresentação do *gesto do pensamento* de Michel Foucault ainda neste capítulo de constituição dos saberes em Psiquiatria.

Com relação à *Escola Psicodinâmica Alemã*, um período inaugurado por Guislan, Griesinger, passando por Kahlbaum, Kraft-Ebing e Schule, para chegar em Kraepelin (1856-

1926). Em 1863, Kahlbaum, de novo refaz a tentativa de encerramento de um substrato anatomopatológico para a Psiquiatria e outra vez o fracasso se rendia. Neste sentido, Barreto (2010) reforça a situação, dizendo que a Psiquiatria só se sustenta ainda até hoje pelo fato de não ter encontrado seu pai biológico verdadeiro. A herança alemã em muito dialogou com a Psicologia de sua época do século XVIII. E isso levou o médico austríaco Barão Ernst Feuchtersleben (1806-1849) a lançar seu livro – *Princípios de Psicologia Médica* – introduzindo os conceitos de “Psicose” e “Psicopatologia”, esboçando também o conceito de inconsciente, antes mesmo do advento freudiano da Psicanálise. Foi também a época dos grandes *Manuais de Doenças Nervosas* e o momento em que Wundt (1832-1920) cria um laboratório de Psicologia Experimental – a base de uma *Psicologia Científica* que, no futuro, lançou as bases epistemológicas dos saberes psicológicos contemporâneos e que, de alguma forma, influenciou os saberes psiquiátricos da mesma época. Assim, estaria delimitado um campo de (des)encontros da Psiquiatria com a Neurologia, não exatamente o fim das tentativas de conciliação da mesma com a organicidade.

Podemos dizer que neste período acima descrito que o sintoma psiquiátrico era de natureza cerebral. Situação esta que se modifica com Freud (1856-1939), onde o sintoma toma um caráter inconsciente, revolucionando em saltos epistemológicos o conhecimento em Psiquiatria (BACHELARD, 1996)

Ainda dentro das *Escolas Psicodinâmicas*: a vertente Organodinâmica de Henri Ey (1900-1977); a Psiquiatria Dinâmica inglesa, segundo Maxwell Jones (1907-1990); e a Psiquiatria Dinâmica Americana, cujo representante era Franz Alexander (1891-1964). No Brasil, essa Escola foi bem representada pela psiquiatra e psicanalista Iracy Doyle (1911-1956) em seu livro – *Nosologia Psiquiátrica*.

Por outro lado, as *Escolas Fenomenológico-clínicas*, inspiradas em Jaspers (1883-1969) aluno de Kraepelin, aproximando a Psiquiatria da Filosofia (husserliana), criticando a redução da mesma ao campo das ciências médicas, inaugurando outro debate *científico-natural e histórico-cultural*. Algumas subdivisões importantes – fenomenológico-clínica alemã (Gruhle, Mayer Gross, Karl Schneider, Kurt Schneider), fenomenológico-clínica francesa (Blonde, Dide, Guiraud, Minkowski), antropológico-fenomenológica (Gebattel), fenomenológico-existencialista (Binswanger, Kuhna, Strauss) (BARRETO, 2010).

Dentro dessas escolas, façamos um importante parênteses com respeito à *Psicopatologia Fenomenológica* como um meio para tornar possível a Psiquiatria – a mais “impossível das especialidades médicas”. No sentido de Husserl, a Fenomenologia não é um método que visa estudar regiões do cérebro e seu comportamento. Ela é um saber filosófico,

um instrumento universal que estuda qualquer fenômeno, mais especificamente, dentro do campo dos saberes humanos. Um novo modo de pensar o ser humano, contrário ao empirismo e cientificismo, ela propõe uma produção de saber e conhecimento em que toda tentativa de verdade de compreensão do homem, passa, primeiramente, pela intersubjetividade, uma experiência dos fatos concretos, que explora o vivido-cotidiano. Dizemos do encontro da Fenomenologia (Husserliana) com a Psiquiatria no sentido de Jaspers (2006), constituindo um grande marco de inflexão epistemológica para a evolução de seus saberes (SCARIOLI, 2013). Se no primeiro momento, a Fenomenologia era descritiva, visando responder à essência dos fenômenos, a Psiquiatria se apropria nesta época dessas reflexões para interrogar a experiência do sofrimento mental, o sentido dessa vivência, dos fenômenos vividos e suas manifestações, deste ou daquele outro sintoma psiquiátrico.

Quer dizer, Jaspers (2006) utiliza-se da Fenomenologia para explorar diversos fenômenos psiquiátricos que não poderiam ser explorados por métodos objetivos, pois algo sempre escapava à interpretação e compreensão da subjetividade humana. Em outros termos, uma ferramenta para tentar objetivar o subjetivo, onde, a partir da descrição do fenômeno, estuda-se a Psicopatologia do mesmo. Ou seja, estudar de forma heterodeterminada o conjunto de alterações da vida mental em todos os seus aspectos, inclusive em termos de causa e efeito, consequências. Uma investigação técnica e lógica a partir dos fatos concretos, até onde for possível a objetivação dos mesmos. Em seguida, outra investigação, a partir de Breuer (1842-1925) – aquela das relações através do mecanismo de compreender, interpretar e explicar a *Continuidade Histórico-Vital* para estudar os fenômenos psicopatológicos. Segundo ele, de um lado, explicar era próprio das Ciências Naturais, cuja ênfase esta na relação entre causa e efeito, requisitando o procedimento monotético, onde se buscava o estabelecimento de causas gerais para explicar a doença. Por outro lado, compreender, reivindicava o motivo e a consequência, ou seja, o procedimento ideográfico, o Método histórico que procura as particularidades e singularidades do sujeito. De forma complementar, trata-se também de diferenciar o processo mórbido do desenvolvimento psicológico, através do conceito de *forma* (aquilo que define o objeto em sua essência independente de variações individuais) e *conteúdo* (o colorido sociocultural que o fenômeno assume) - que tomam uma dimensão teórico-prática em *Psiquiatria Clínica*.

À luz de vários teóricos críticos do assunto, se ao longo dos anos, a Psiquiatria esteve enraizada em aspectos das Ciências Naturais, a Psicopatologia Fenomenológica (JASPERS, 2006) do final do século XIX e XX - contra a fragmentação do corpo, transcendendo o dualismo cartesiano mente-corpo -, trouxe outra forma de analisar o comportamento humano,

contrário ao reducionismo empírico-positivista. Uma operação que teve e ainda tem como consequência, o retorno ao sujeito, ao fenômeno e à subjetividade, fazendo um contraponto ao cientificismo, biologismo, nosologismo e medicalização da doença mental na contemporaneidade (OLIVEIRA, 2013). Um aporte epistemológico de grande importância na ressignificação de nossos estudos sobre o gesto profissional em Psiquiatria.

Assim, o salto epistemológico de Jaspers (2006) foi em estabelecer o hibridismo da Psiquiatria, a partir da introdução de Método fenomenológico na clínica psiquiátrica com grande rigor teórico. Quer dizer, não é porque o Método Científico pouco evoluiu que a Psiquiatria da primeira metade do século XX se distanciou da Medicina, mas porque o objeto daquela é diferente desta. Segundo Jaspers, por mais que haja uma avanço nas ciências, no caso da Psiquiatria, sempre haverá um hiato a esclarecer, e isso é o campo de sua existência.

No Brasil, esta *Escola Fenomenológica* é representada por Martinho Nobre de Melo (1891-1985) e José Leme Lopes (1904-1990).

Em outro sentido, a *Psiquiatria da Classificação Internacional*. Neste sentido, Barreto (2013), historicamente, apresenta-nos três momentos importantes. O primeiro, o esquema classificatório em síndromes, baseado em métodos elementares de observação do comportamento. Em seguida, a nosologia psiquiátrica clássica que ultrapassa o critério síndromico, redefinindo-o em critérios e conflitos de normas evolutivos da história da doença mental. Todos, fortemente, influenciados pelo determinismo biologicista. Há quem diga que houve pouca evolução na epistemologia da Psiquiatria desde a *Era Clássica* às *Grandes Escolhas*. Após a segunda Guerra Mundial, assistimos ao nascimento de códigos classificatórios. Ou seja, a *Psiquiatria das Classificações Internacionais* - do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM – IV e V) e aquela da CID-10 -, compondo a Psiquiatria da *Contemporaneidade* (do final do século XX e XXI) (BARRETO, 2010). A CID-10 inaugura a definição de transtornos, “conjunto de sintomas ou comportamento clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais” (BARRETO, 2013, p. 72). Quer dizer, o desvio ou o conflito social, sozinhos não podem ser definidos como transtornos.

A *Psiquiatria Contemporânea* é aquela que cria nomeações para Síndromes ou Transtornos mentais, vide os códigos acima, que estabelece para os transtornos um substrato neurobiológico, atribuindo uma etiologia genética e associando um tratamento medicamentoso para um processo de loucura determinado pela normatização social? Trata-se de um debate que reivindica nossas hipóteses de abertura de pesquisa – aquelas de que até o presente momento, a Psiquiatria teria realizado uma insuficiente mobilização de seus saberes

híbridos para lidar com os desconfortos apresentados na introdução. Uma questão que será capitalizada ao longo da tese e ressignificada em nossas considerações finais.

Em síntese, podemos dizer que a *Psiquiatria Clássica* nasce ancorada neste *Método Clínico* por um século inteiro, onde a linguagem dos loucos era o norte da classificação. Porém, percebe-se que a *Psiquiatria Contemporânea* segue ancorada, aparentemente, na interseção dos Métodos Clínico e Anátomo-clínico, mas com grande tendência ao segundo. Ela segue procurando e reivindicando um lugar especial para a Psiquiatria na Medicina Científica. Prova disso são os atuais códigos de doenças psiquiátricas que postulam uma base biológica, enquanto que o critério utilizado para a classificação é sociocultural.

Com relação às *Psicoterapias*, com Freud (1856-1939) nasce outra era de parceria conflitante com a Psiquiatria e que abordaremos ao longo da tese. Médico neurologista que, ao duvidar do pitiatismo das mulheres charcotianas, desenvolveu todo seu método de tratamento, constituindo os saberes da Psicanálise, servindo de base mais tarde à teoria lacaniana (FREUD, 1996; QUINET, 1997; 2001, GARCIA-ROZA, 2003; BEZERRA JÚNIOR, 2013; BARRETO, 2010). Em termos resumidos, ao promover a narrativa do usuário, este fazia associações livres que denunciavam a existência de uma outra cena que governava esta cena real que vivemos – a qual chamamos de inconsciente. A Psicanálise, a partir de seu discurso teórico-clínico, além de nos apresentar diversos conceitos importantes, desvelou e devolveu ao sujeito, um saber sobre ele mesmo, sem lhe tratar com ingenuidade, ignorância e desrespeito, mas responsabilizando-o pelas suas próprias ações e atos pelo menos em sua teorização.

O assunto é de grande polêmica, há mais controvérsias do que convergências nesta inter-relação, antes pretendemos ressignificá-las à luz da epistemologia e da clínica. Segundo Quinet,

A psicanálise, portanto, não se opõe à psiquiatria, mas sim ao discurso que suprime a função do sujeito. É preciso clinicar e não há clínica dessubjetivada. Eis a ética da diferença que a psicanálise contrapõe à prática normativa da psiquiatria serva do capital. (QUINET, 2001, p. 20).

E mais ainda, segundo Freud, a Psiquiatria não utiliza dos métodos técnicos da Psicanálise, mas aponta para que:

A hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas... **O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras.** A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as

formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células” (FREUD, 1996b, p. 261-262, destaques nossos).

Trata-se de uma inter-relação que pretendemos abordar na medida da necessidade de articulação da Psiquiatria com a Psicanálise em termos de *normas antecedentes* com as (im)possíveis Psiquiatrias do *trabalho real* praticada no CAPS III/CERSAM Betim Central – ressignificada e localizada entre as epistemicidades ergológicas – que abordaremos no capítulo seis da tese. Em seguida, em 1950, um período fecundo de criação das terapias comportamentais e que emergem clinicamente úteis para a Psiquiatria. Em meados do século XX, entra forte em cena o *Behaviorismo* que não propõe uma nova ciência, redefinindo que a Psicologia deveria se ocupar de estudar o comportamento (verbal) humano. Trata-se de uma era da *Terapia Cognitiva Comportamental* (TCC) - que mais tarde influenciaria outros métodos da mesma ordem. Segundo Beck (2013), trata-se de um tratamento baseado em fórmulas cognitivas, crenças e estratégias de comportamento que caracterizam um transtorno psiquiátrico, ou seja, o “*modelo cognitivo* propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos.” (BECK, 2013, p. 23). A ideia é que o usuário aprenda a avaliar e lidar com seu pensamento de formas racional, realista, adaptativa, de forma a promover uma melhora de suas emoções e comportamentos, respondendo aos pensamentos irrealis e desadaptativos. Era baseada em crenças básicas sobre si mesmo, as pessoas e o ambiente ao seu entorno. Em outras palavras:

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura. (BECK, 2013, p. 22).

Como exemplo de TCC, podemos citar as análises funcionais do comportamento: *a Terapia Racional-emotiva comportamental, a Terapia Comportamental dialética, a Terapia de solução de Problemas*, etc. Compreendemos que há no interior dessas terapias, um debate entre os mais comportamentalistas do que cognitivistas. Resumimos da seguinte forma. Os primeiros não admitem uma explicação com conceitos mentais internos, como por exemplo, a inteligência, e emoção, o afeto, etc. Para eles, a análise do comportamento propunha a descrição do problema da pessoa em termos de comportamento externo, o meio ambiente influenciando o comportamento subjetivo. Quer dizer, a subjetividade se forma na interação com o ambiente e não dentro de um dispositivo cognitivo interno. Para os segundos, a

situação é exatamente o contrário, todos os conceitos são baseados em elementos mentais internos que determinam o comportamento. Não aprofundamos nesta proposta, mas a consideramos no rol de saberes constituintes da abordagem em Psiquiatria, ampliando o espaço-tempo de compreensão do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*.

Em termos de *Terapias Biológicas* em Psiquiatria, o assunto é polêmico e reconfigura sua história até o momento. Desde as práticas curandeiristas, dietas, terapias corporais e psicofármacos rudimentares eram prescritos para a loucuras (NATHAN, 2006). Somente em meados do século XX é que os tratamentos biológicos se fizeram presentes. A melhora considerável de crises psicóticas depois de crises epiléticas denuncia uma herança bioquímica para a doença mental, assim como outras terapêuticas. Entre as décadas de 1920 e 1930, utilizava-se o metrazol (cardiozol) para a indução de crises epiléticas no usuário, assim como o choque insulínico para provocar crises hipoglicêmicas, ambas gerando remissão dos sintomas psicóticos. Em 1938, pela primeira vez a eletricidade fora utilizada para provocar crises epiléticas controladas, fundando, então, a ECT¹⁰⁰ (Eletroconvulsoterapia) em substituição aos métodos anteriores. Uma terapêutica cada vez mais utilizada atualmente e que se mostra atual e prenhe de dilemas e polêmicas no mundo da Psiquiatria. Também, entre os anos 1940 e 1950, a utilização da psicocirurgia, ou seja, a lobotomia era indicada para quadros obsessivo-compulsivos intratáveis. Situação esta que também acontece na contemporaneidade, mesmo com o advento de novos medicamentos atípicos para tratar a psicose.

Segundo Bezerra Júnior (2013), o século XX foi marcado por um dualismo metodológico-ontológico de oposição entre as ciências da natureza e as ciências do homem. A evolução da biologia cerebral no final do século XX tem apresentado uma tentativa de aproximação e interação do naturalismo com os aspectos sócio-históricos, psicológicos e psicanalíticos do comportamento humano.

O autor explora o assunto, a partir de uma resignificação do texto freudiano - *O projeto para uma Psicologia Científica* - escrito em 1895, publicado em 1950 e que retornou em 1990 em momento de tentativa de reaproximar a biologia mental da psicologia. Esta

¹⁰⁰ Quanto a esta terapêutica, Canguilhem, apresenta-nos uma crítica, não se posicionando nem contra, nem a favor, mas questionado a capacidade de cura da ECT em restituir ao estado anterior da crise. Ou seja: “do ponto de vista terapêutico, deve-se admitir que o estado de coma obtido por eletrochoque permite, depois de uma dissolução das funções neuropsíquicas, uma reconstrução que não é, necessariamente, a reaparição invertida das etapas da dissolução anterior. A cura tanto pode ser interpretada como a mutação de um arranjo em outro, quanto pode ser interpretada como uma volta do doente ao estado inicial.” (CANGUILHEM, 1995, p. 153).

transição influenciou e protagonizou o atual processo de construção de uma teoria naturalista do psiquismo humano, ou seja, a emergência do biologismo mental e das neurociências do século XX e XXI dos quais precisamos considerar, incluindo a evolução da Neuropsiquiatria, segundo Fossati (2015). A ideia é ampliar os saberes epistemológicos da Psiquiatria, promovendo uma evolução da mesma e do *métier* estudado (o CAPS), a partir do processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria.

Para ampliar o debate acima, retornamos ao Normal e Patológico, segundo Canguilhem (1995) como base para nos guiar em novos diálogos. A Medicina científica aprofundou-se nos estudos do substrato anatomopatológico para definir essa relação, visando restituir a normalidade. Por um viés epistemológico da anatomia patológica, algo se passa pelo nível do corpo (Morgagni, 1682-1771), pelo tecido (Bichat, 1771-1802), pela célula (Virchow, 1831-1902) para ganhar a denominação de método Anátomo-Clínico (BERCHERIE, 1980). Nesta época, este mesmo debate acontecia ainda no plano da biologia do corpo, porém, as diversas nosografias nascentes desafiavam o substrato biológico-corporal na constituição da Psiquiatria.

Por outro lado, a Psiquiatria até o momento encontra-se flutuando no interstício desse debate, tentando se reafirmar como especialidade médica. Por isso é que apresentaremos este ponto de vista da composição de seus saberes, a fim de reinterrogarmos a problemática de sua identidade até a contemporaneidade, inclusive os tempos chamados de “Reforma Psiquiátrica” – estratégias de mudanças de paradigmas. Para este processo, valemo-nos do princípio de *matérias estrangeiras* proposto por Canguilhem (1995) - a reabertura de problemas, aparentemente solucionados, estáveis, no interior de determinado campo do conhecimento. Em nosso caso, o gesto profissional como questão na lida com os nove desconfortos e os quatro casos impossíveis, visando compreender a resposta da Psiquiatria a esta situação em gestos profissionais.

Questionamos o modelo médico no processo de constituição dos mistérios da origem das doenças mentais. Barreto (2010), reabre esse debate, rerepresentando-nos a *triade* determinante da Psiquiatria (biológica, pulsional e política). Primeiro, a causalidade orgânica – numa determinação diferente da linearidade da medicina, pois mesmo que haja avanços, eles caminham de forma heterodeterminada. Não existe uma relação direta entre o quadro clínico e o substrato organo-cerebral. Em segundo lugar, por mais que se consiga relacionar o orgânico ao psíquico, este último insiste em uma causalidade diferenciada, em especial, com e a partir das descobertas Freudianas. Quer dizer, ela parece aceitar a contragosto essa dimensão pulsional (psicológica, psicanalítica, fenomenológica, cognitiva e comportamental). Por

último, uma vertente política, ou seja, ao longo da história da loucura, compreendemos que a Psiquiatria sempre apresentou como resposta a instituição fechada para o tratamento. Somente no período pós-guerra começa a existir movimentos de contestação da ordem asilar, propiciando outros debates e a criação de serviços democráticos e que visavam uma interlocução com a comunidade.

Em outras palavras, e ampliando esse debate, diferente da Medicina, na Psiquiatria, o normal e o patológico não são definidos em termos biológicos, mas sim ancorada no social e na cultura, assim como nos anuncia Canguilhem (1995). Melhor dizendo, na passagem da *Psiquiatria Clássica* para a *Moderna e Contemporânea*, essa problemática se (re)atualiza, incluindo outros aspectos no percurso, como por exemplo, o percurso biopsicossocial, segundo Le Guillant (*apud* LIMA, 2006). Conforme já anunciamos:

A psiquiatria, o tempo todo - ontem e ainda hoje -, afirma erguer seu edifício numa base, quando, na verdade, a sua base é outra. Não é na biologia que ela constrói seu alicerce. **Não é na biologia que ela encontra parâmetros para definir o normal e o patológico. [...] Não há outra resposta: a norma de que se trata é a norma social.** (BARRETO, 2010, p. 151, destaques nossos).

Para exemplificar a situação, citamos a esquizofrenia – uma grave doença mental – que mesmo com os avanços das neurociências, não foi ainda caracterizada em termos biologicistas. Quer dizer, saberes tornam-se postulados que são codificados como verdades científicas pela Psiquiatria neurobiológica, negligenciando a evolução epistêmica, social e cultural do contexto vigente e meio em questão.

Em outro sentido, compreendemos que, ao definir critérios de loucura pela norma social e aplicar outra normatividade biológica, surge a medicação no cenário dessa história nos anos 1950. Não podemos dissociar a existência cada vez maior de medicamentos psiquiátricos diferenciados e atípicos para tratar desconfortos somático-psicológicos que, segundo nosso entendimento, faz-se na tentativa de medicalizar o mal-estar do homem na evolução da civilização (FREUD, 1996a). Outra questão problemática e crítica para a Psiquiatria que “visa primeiramente à eliminação do sintoma. Ora, sintoma é aquilo que torna impossível a cada um caminhar pelas vias comuns.” (BARRETO, 2013, p. 73). Assim, propomos uma outra economia para se lidar com a medicação nesta tese e que considera o sintoma. Ou seja, o sintoma¹⁰¹ agindo como um elemento constituinte da distância *prescrito-*

¹⁰¹ Segundo Bezerra Júnior – “O sintoma, como linguagem, demonstra ao mesmo tempo a capacidade de restituição da vida e seu fracasso pelo que nele há de mortífero. Seu caráter patológico, como falseamento da realização do desejo, se exprime pela alienação de seu objeto e pelo fracasso de sua subjetivação. O trabalho psíquico de elaboração entre linguagem e desejo, compreendido no percurso de uma análise, visa a recriar a

real, segundo nossas argumentações com as Clínicas do Trabalho. O sintoma, então, compoando o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* que espreitamos na tese e que não desconsidera a importância da biologia, ou seja, da medicação, segundo o método de Canguilhem (1995).

Frente a todo esse *debate de normas* sobre a Psiquiatria, aparentemente, percebe-se que os psiquiatras deixaram de ser moralistas, mas compreendemos (e essa tese reforça a ideia) que o discurso que impera na *Psiquiatria Contemporânea* continua baseado na mesma base moralista.

Ampliamos esse *debate de normas antecedentes* acerca do sofrimento mental, questionando a Psiquiatria entre as “ciências da natureza e da vida”, o gesto e a contribuição de Michel Foucault e as reformas psiquiátricas (especialmente a Antipsiquiatria e as experiências francesa e italiana), influenciando o percurso brasileiro, diferenciando e construindo o estilo brasileiro de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Apresentamos e aproveitamos também a contribuição da Ergologia, em especial, em seu caráter ético-filosófico e epistemológico de criação de *Dispositivos Dinâmicos Bipolares e Tripolares* de produção de novos conceitos para repensar a epistemologia da Psiquiatria, reabrindo-a em possíveis.

4.2 A Psiquiatria entre cinco perspectivas teórico-metodológicas

É o encontro da Psiquiatria com cinco perspectivas teórico-metodológicas: as ciências da natureza, da vida e do homem, o movimento da Antipsiquiatria e a Ergologia, segundo Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Michel Foucault, David Cooper e Yves Schwartz que nos reorientam frente ao recorte epistemológico em direção ao *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. O primeiro, estabeleceu suas bases na filosofia das “ciências da natureza”, da matéria (a matemática, a física, a química); o segundo, na filosofia das “ciências da vida” (a biologia, a anatomia, a fisiologia, a patologia); o terceiro, a filosofia das “ciências do homem” e o quarto, a experiência da Antipsiquiatria que abordaremos e analisaremos também nesta segunda parte da tese como um argumento filosófico no campo da Psiquiatria, resgatando-a em suas radicalidades, de forma a recompreendê-las e avançarmos. O quinto, a Ergologia como uma filosofia da vida no trabalho.

relação do sujeito com o objeto, o que implica sempre novos usos de si.” (BEZERRA JÚNIOR, 2013, p. 175).

O que pretendemos com essas cinco perspectivas teórico-metodológicas, é fazer um esforço de promoção de (re)abertura de um (novo) caminho teórico-metodológico-epistemológico para a Psiquiatria, convidando-a a assumir um lugar de desequilíbrio, não mais oferecendo uma resposta estável a problemas insuportáveis, impossíveis e desconfortáveis.

A proposta primordial é inter-relacionar os saberes que compõem a Psiquiatria com outros saberes no campo das reformas psiquiátricas possíveis, a partir da *práxis* no CAPS III/CERSAM Betim Central. A intenção é promover um debate de saberes, considerando a epistemologia como uma reflexão sobre os processos de produção de conhecimentos científicos, cujo objetivo é analisar os obstáculos, os erros, as crises, as verdades sobre as ciências (MACHADO, 2009; SCHWARTZ, 2008; BARRETO, 1999; 2010, 2016, etc.). Não deixaremos de fora desse debate, os saberes informais e da experiência, trazendo novos tensionamentos para este contexto epistemológico e histórico.

Inicialmente, apresentaremos as duas primeiras perspectivas – as filosofias de Bachelard e Canguilhem - que se relacionam intrinsecamente. Mas, anunciamos que essas cinco filosofias se inter-relacionam, lá onde uma faz suas propostas, a outra se apresenta em reflexividade e continuidade. E nosso objetivo é utilizar delas para subsidiar nossas discussões epistemológicas sobre o *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*.

Partimos da filosofia de Georges Canguilhem, promovendo interseções com o pensamento de Michel Foucault, com os princípios da Ergologia, segundo Yves Schwartz e relevantes para esta tese (BRITO *apud* GOMES *et al.*, 2011; SCHWARTZ, 1992; 2000; 2003; 2007; 2008; 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), inclusive com a Antipsiquiatria (COOPER, 1967), porém, mantendo o foco no objeto – *o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

Canguilhem é chamado de filósofo da vida e dos conceitos por apresentar ao longo de sua obra uma postura reflexiva sobre a vida em sua dinamicidade e, ao mesmo tempo, uma lição de rigor de método na história das ciências e da epistemologia de sua época e da contemporaneidade. Mais do que um epistemólogo do campo das ciências médicas, faz história da ciência, filosofando a vida. Por isso dizemos que a filosofia de Canguilhem faz uma interseção intrínseca entre a epistemologia e a história das ciências, a partir da problemática *do conceito, da descontinuidade e da recorrência* que, segundo Machado (2009), constituem três características fundamentais da epistemologia em Canguilhem.

São reflexões conceituais bastante instituintes e oportunas de conhecimento dos motivos essenciais da estreita relação de Canguilhem com Bachelard e que ampliam nossa lupa de investigação biopsicossociológica sobre a Psiquiatria.

Com relação ao conceito, podemos dizer, segundo o autor acima, que toda ciência é constituída de proposições verdadeiras e falsas e cabe ao homem a distinção dessas questões. Ele exprime *normatividades e racionalidades*. Dentro do conceito, encontraremos as normas, uma vez que ele é “a manifestação mais perfeita da atividade científica, o que faz dele o elemento a ser privilegiado.” (MACHADO, 2009, p. 20). Quer dizer, a história da epistemologia se faz numa inter-relação conceitual dentro de uma mesma teoria. Porém, a proposta de Canguilhem não é residir no interior de uma única ciência, mas localizar problemas (*matérias estrangeiras*), relacionando-os com diversos conceitos da ciência em questão e outras, inclusive no campo das práticas sociais e políticas. Trata-se de habitar o limite, a fronteira conceitual, questionando a racionalidade das teorias e interrogando a experiência.

Segundo Machado (2009), pelo viés da *descontinuidade*, Canguilhem nos faz entender que a *verdade científica* tende a eliminar o falso, assim, ele propõe a valorização do erro que teria o mesmo estatuto de verdade. Dizemos de um processo descontínuo ao longo da história. Quer dizer, “Se há uma especificidade da história epistemológica de Canguilhem, é o fato de ter situado a análise da descontinuidade no nível do conceito [...]” (MACHADO, 2009, p. 33).

Para tal, recebe grande influência de Bachelard nessas determinações descontínuas. Este filósofo interpreta a ciência por meio de rupturas epistemológicas sucessivas, por negações, inclusive por “liquidação do passado”. Encontra-se no centro o termo ruptura que “designa a descontinuidade existente, em qualquer momento da história, entre a racionalidade científica e o saber vulgar, comum, cotidiano.” (MACHADO, 2009, p. 30). Diz do percurso histórico de um campo de saber que não se faz de forma linear, mas em *saltos epistemológicos*, mediante rupturas sucessivas e parciais.

Explicando melhor, no mesmo raciocínio de rupturas epistemológicas constituintes do progresso das ciências, Bachelard (1996), propõe este julgamento, procurando restabelecer a história dos erros e as tentativas de verdades das ciências, da racionalidade científica, a partir de seus próprios contrários. Trata-se de compreender as descontinuidades num plano histórico-constitucional, estudar o passado pelo presente e promover avanços epistemológicos que, para ele, só poderiam se dar em saltos, compreendendo e ultrapassando determinados obstáculos. A ciência evolui, exatamente, naquilo que ela esconde muito mais do que naquilo que ela demonstra. Segundo Bachelard (1996), toda experiência que se quer concreta e

material enfrenta obstáculos. E, mesmo que a história se mostre hostil, inicialmente, a toda tentativa de normatização, devemos elucidar a situação presente, segundo princípios normativos se quisermos, de fato, julgar a eficácia de um determinado pensamento. Pois,

[...] é no próprio ato de conhecer, intimamente, que aparecem, por uma espécie de necessidade funcional, lentidões e perturbações. É aí que mostraremos causas de estagnação e mesmo de regressão, é aí que descobriremos causas de inércia que chamaremos obstáculos epistemológicos. (BACHELARD *apud* MACHADO, 2009, p. 43)

Em outras palavras, importamos como herança de Canguilhem (1995) e Bachelard (1996), que a história de determinado campo do saber ou ciência, faz-se em termos de (de)formação, e de retificação de conceitos. Valorizamos a autonomia do percurso do conceito que não, necessariamente, deverá caminhar em direção ao rigor científico. E o interesse de Canguilhem não é investigar o momento em que um determinado conceito vira uma teoria científica, “mas estabelecer as **filiações descontínuas** que constituem sua história desde o instante de seu nascimento.” (MACHADO, 2009, p. 39, destaques nossos).

Entre o privilégio do *conceito* e as *descontinuidades*, um terceiro e essencial elemento, o caráter *normativo* da história das ciências, ou seja, a *recorrência*. Entre outras palavras, julgar a ciência, visando distinguir o erro, a verdade, a inércia e o movimento, etc., interrogando a produção de verdades. Na linguagem epistemológica, julgar um saber é atualizá-lo no tempo e no espaço e a “reflexão histórico-epistemológica recua no tempo esclarecendo o passado a partir do presente, julgando o anterior pelo posterior, estabelecendo compatibilidades e incompatibilidades.” (MACHADO, 2009, p. 42). Trata-se de distinguir um ato de um obstáculo que ressignifica o caminho da evolução dos saberes, das ciências e do conhecimento.

Assim, retomamos o nosso objeto de estudos (*o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*) como desafio de se estabelecer uma (im)postura epistemológica, plurideterminada e pluridisciplinar para julgar o pensamento psiquiátrico em gestos profissionais, a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica em Betim, dentro do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Compreende-se que o progresso de uma ciência deve abandonar o princípio continuísta para chegar à descontinuidade, *crises, rupturas parciais e sucessivas*, como ponto central de seu pensamento filosófico. É dentro desse caminho que pretendemos abordar a passagem da história da Psiquiatria para as experiências de reforma, inclusive a Reforma Psiquiátrica brasileira no nível macro, político e sociocultural para uma Reforma Psiquiátrica

prenhe de possibilidades concretas e materiais dentro de uma equipe de trabalho – o CAPS III/CERSAM Betim Central. Trata-se de uma *descontinuidade* que não se limita a uma mera passagem de um estágio pré-científico para um outro científico, ou de um não científico a outro da mesma ordem, mas partindo de uma *práxis*.

Em suma, é a partir desses três conceitos que avançaremos na filosofia de Canguilhem, interrogando a Psiquiatria em seu percurso histórico. É dentro deste contexto que também analisaremos o seu hibridismo epistemológico pelo viés da cientificidade e da experiência de sofrimento mental. Lá onde houver crises, encontraremos elementos de possíveis rupturas, a exemplo de Kaes (2013), abrindo um espaço-tempo de análises e possibilidades de novos movimentos, *projetos-ações*, atos e gestos profissionais em Psiquiatria no percurso.

Porém, para compreendermos aquilo que ele chama de *filosofia da vida*, há que se fazer algumas considerações essenciais de sua metodologia e epistemologia. Segundo Canguilhem, “A filosofia é uma reflexão para a qual qualquer matéria estranha serve, ou diríamos mesmo para qual só serve a matéria que lhe for estranha.” (CANGUILHEM, 1995, p. 15). Conforme já anunciamos, ele localiza o *Normal e o patológico* como *matéria estrangeira* no campo da medicina e desenvolve o assunto em várias etapas filosófico-epistemológicas. Ou seja, trata-se de uma noção que se traduz como um problema no campo dos saberes e fazeres dos objetos, dos obstáculos epistemológicos, constituindo *matéria estrangeira* na filosofia que ele pratica. Uma operação também validada e utilizada pela postura ético-filosófica e epistemológica da Ergologia, segundo o filósofo Ives Schwartz.

Explicando melhor, a filosofia de Canguilhem (1995) é aquela da vida e que nasce de sua postura de *desconforto intelectual*. Trata-se de buscar nas ciências ou nos campos dos saberes, obstáculos epistemológicos, problemas, *matérias estrangeiras*, na filosofia e epistemologia que ele pratica e tratá-los de forma criteriosa. Quer dizer, dizemos de sua postura de compreender a filosofia em termos históricos, pois ela “é a ciência dos problemas independentemente de sua solução, a ciência que não se preocupa com as soluções porque, de certo modo, elas sempre existem, os problemas são sempre resolvidos em seu próprio nível [...]” (MACHEREY, 1995, p. 296). Algo que faz dela, “a ciência de problemas resolvidos”.

Mediante esta postura, Canguilhem localiza os problemas que já se encontram, aparentemente, fechados, estabilizados nos campos científicos e os trazem para uma lógica epistemológica na sua filosofia. Ao fazer essa operação, ele submete a sua filosofia a um rigor científico acirrado, onde o conceito não se desvincula da experiência, um não existe sem o

outro – conforme reabordaremos ao fazermos um *debate de normas* no campo da Psiquiatria-Antipsiquiatria.

Depois de localizado o problema como *matéria estrangeira*, ele o submete a uma revisão de conceitos, convidando autores, debatendo seus pontos de vistas, e retomando ao mesmo problema em outros momentos e com outras bagagens reflexivas. Neste sentido, questiona-se as verdades absolutas, fechadas, cristalizadas nos campos disciplinares, não excluindo debates nos campos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, compondo o seu rigor metodológico. É dentro desse mesmo rigor que interrogamos a Psiquiatria, a partir do *processo de engendramento de gestos profissionais*.

E isso tudo, por si só deixa de ser somente uma metodologia ou uma epistemologia pura, chegando a ser uma *filosofia geral da vida*. Ele chega a esta proposição porque o elemento central que ele trabalha é a vida em sua busca por *normatividade e saúde*. E isso explica sua postura frente aos vários processos da vida, desde o âmbito amoroso, familiar, social, cultural, e dos processos de saúde-doença. Ele inclui outros elementos e variáveis nestas relações, levando-nos a compreender a saúde de uma forma muito mais ampla e filosófica. Quer dizer, ter saúde não significa, tradicionalmente, ausência de doença, assim como ter uma relação afetiva saudável, não implica ausência de crises no percurso. Ela nos faz repensar nossos projetos profissionais e pessoais (nossa forma de relacionar e amar). Uma postura que considera no percurso da história, os conflitos, as crises e as rupturas não somente como obstáculos epistemológicos, mas também como possibilidades de vida.

Ao aproximarmos de suas reflexões, o autor remete-nos a uma forma de lidar com o patrimônio do conhecimento (da epistemologia) de sua época ao falar de fisiologia e patologia, quantitativo-qualitativo, norma e média, normatividade biológica, etc., ampliando a compreensão de saúde-doença para além dos saberes médicos. Em outras palavras, ele parte de estudos da filosofia para depois chegar à medicina e aplicar, neste campo, seu método de reflexividade sobre os conceitos que constituem essa ciência.

Para ampliar esse debate, Roth (2013) nos abre algumas polêmicas, apresentando-nos alguns paradoxos com respeito à divisão das filosofias. Segundo ele, de um lado, estão *as filosofias da experiência, do sentido, do sujeito*. De outro, *as filosofias do saber, da racionalidade e do conceito*, situando aí Georges Canguilhem, junto com Bachelard, Cavailles e Koyré, reservando *a filosofia do sujeito* para Sartre, Merleau-Ponty, Kierkegaard, etc. Ora, trata-se de uma polêmica enorme que aqui não aprofundaremos. O primeiro e maior paradoxo, a separação entre a filosofia do sujeito de um lado e do conceito do outro, situando Canguilhem somente como um filósofo do conceito. Uma situação reducionista da obra de

Canguilhem – um filósofo da epistemologia, da vida e da história das ciências – e que aqui retomamos em sua complexidade (ROTH, 2013; SCHWARTZ, 2012). Na mesma linha crítica de raciocínio, Roudinesco aponta que “apenas a entrada em cena de uma concepção freudiana do inconsciente, irreduzível a qualquer psicologia da pessoa, permite resolver e superar essa contradição.” (ROUDINESCO, 2007, p. 16).

Canguilhem entende a vida como uma *atividade normativa* em oposição à inércia, à indiferença e para além de uma aceção biológica. Vida e atividade no sentido de interrogar a capacidade de renormalizar as situações, as relações de poder, opondo à inércia e, conseqüentemente, instigando a atividade e promovendo a movimentação do corpo em direção a alguma coisa ou alguém. Segundo ele, a vida não conhece a neutralidade, ela rejeita, prefere, escolhe, debate, etc. Ela (re)faz seu próprio meio de existência. E, é por isso que não compartilhamos com a ideia de só localizar Canguilhem do lado da filosofia do conceito, uma vez que ele se mostra um filósofo militante das lutas pela vida, engajado na/pela expressão humana, através de uma epistemologia crítica dos conceitos.

Apresentadas todas essas reflexões acima, passaremos a outra etapa. Em *O Normal e o Patológico*, encontram-se reunidos dois trabalhos dentro de um período de vinte anos. Ao longo de todo o texto, compreendemos a (re)construção de debates (sócio históricos, biológicos, filosóficos e psicológicos) sobre o normal e o patológico. Há nesta obra, uma reflexão sobre a vida e a morte; a consideração do “erro” e da racionalidade na história das ciências; insistência sobre as noções de continuidade e ruptura de processos vitais, de norma ou anomalia; críticas no campo da medicina sobre a relação entre experiência, experimentação e conceitualização, técnica e/ou arte.

Há nesta obra, a ideia de que não é um absurdo considerar o estado patológico como normal, porém o normal de que se trata não é aquele que diz respeito ao fisiologismo. O estado mórbido para Canguilhem é sempre de alguma forma um jeito de viver. A norma não pode ser analisada do ponto de vista objetivo e científico, há que se considerar os aspectos qualitativos, subjetivos, sociais, culturais, psicológicos e antropológicos nesta relação. E nisso, a cura seria a criação de novas normas de viver, às vezes superiores às anteriores.

Trata-se de uma concepção ontológico-conceitual entre a normatividade biológica, técnica e social num processo de articulação entre normas contidas no próprio organismo biológico, normatividade coletiva, normas individuais de vida e de viver, bem como as normas técnicas na evolução de determinado conhecimento. O autor apresenta-nos um convite

para que o doente não só reconheça seus processos de adoecimento - um sujeito que adocece em um determinado meio¹⁰² - mas também da direção de si mesmo entre as normas de viver.

Apresenta-nos diversos *debates de normas* ao reabrir e criticar a tese, “segundo a qual os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo pelas variações quantitativas.” (CANGUILHEM, 1995, p. 17). Ao longo do texto “*Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico*”, o autor vai desenvolvendo o seu ponto de vista numa posição diferenciada, ou seja, aquela de que os fenômenos patológicos se diferenciam dos normais em termos qualitativos. Ele levanta os dogmas das diferenças quantitativas (segundo os médicos - August Comte, Claude Bernard e Leriche), analisa o assunto em profundidade e perspectivas qualitativas, fazendo-nos traçar um paralelo entre esses dois pontos de vista, porém, ressitando a vida em sua normatividade, produtora de normas. Ou seja, entre o quantitativo e o qualitativo, ele propõe uma diferenciação qualitativa entre o normal e o patológico e que aqui pretendemos anunciar e não encerrar.

Ele questiona essa determinação quantitativa absoluta para os processos de saúde-doença. Para distinguir e analisar qualitativamente o normal e o patológico, o autor inclui outras concepções teóricas, inclusive sócio-históricas, mesmo que isso não esteja explícito em seu texto. Um movimento da mesma forma evidenciado no deslocamento da Psicologia de uma posição liberal para uma posição sócio histórica,¹⁰³ tendo a subjetividade como seu objeto, intermediada pela reflexão de Canguilhem (1995) em *O Normal e o Patológico*. Quer dizer, ele amplia e qualifica a noção de saúde-doença entre uma concepção ontológica de um lado, e dinamista-funcional histórica e contextualizada, de outro, reservando uma primazia para a segunda e contribuindo sobremaneira para esta tese, inclusive com respeito ao meu *estilo* de trabalhar, engendrando gestos profissionais em Psiquiatria. Melhor dizendo, o diálogo com Canguilhem mostra-se um ponto chave para a proposição desta tese. Primeiro, promovendo (re)aberturas históricas e epistemológicas no percurso da Psiquiatria até aquela que se pratica no CAPS III/CERSAM Betim Central. Em seguida, porque tomamos o gesto profissional como *matéria estrangeira* para entrar no campo epistemológico da Psiquiatria em nível de *desconforto intelectual*.

Em termos mais essenciais de sua obra, ele nos apresenta o conceito de normal e de patológico, a partir de reflexões acerca do binômio saúde/doença em uma situação tripolar: a

¹⁰² Um campo no qual a Psiquiatria tem algo a dizer e a contribuir acerca do redirecionamento do lugar da doença na vida do sujeito louco. Resta-nos compreender melhor: como, por que e onde? Para embasar este debate, sugerimos o retorno ao texto – “Meio e normas do homem no trabalho.” (CANGUILHEM, 2001).

¹⁰³ Um assunto trabalhado na tese de doutorado: Subjetividade – um objeto para uma Psicologia comprometida com o social (BERNARDES, 2005).

medicina como arte, técnica e ciência. Parte da premissa de que viver não significa uma determinação, subordinação do sujeito aos constrangimentos do meio, da norma, mas sim a um processo de diálogo entre normas e *renormalizações* das situações (CANGUILHEM, 1995). Então, ele alarga a polêmica entre os aspectos quantitativos e qualitativos em torno dos conceitos e processos de saúde-doença, colocando em cena a ideia de que é a vida que produz normas - que ela é normativa.

Qual seria sua concepção de Psiquiatria? Não se trata de uma questão debatida e respondida por Canguilhem, mas em sua filosofia da vida, podemos fazer algumas inferências. Uma resposta que não se encerra neste capítulo, nem ao longo de todas as reflexões da tese. Porém, uma pergunta que visamos apenas apresentar algumas pistas de resposta, tomando como norte também a interrogação que Canguilhem faz à Psicologia – *Qu'est-ce que la psychologie?* (CANGUILHEM, 2002). Neste texto, ele nos faz interrogar sobre o destino da Psicologia e o estilo de ser psicólogo na contemporaneidade. Ao fazer essa interrogação, inicialmente, bastante crítica e negativa ao projeto para uma Psicologia Científica, o autor nos faz compreender um possível deslocamento da Psicologia de uma posição liberal para outra sócio-histórica.

Pretendemos, em termos de *desconforto intelectual*, caminhar nesta mesma direção com a Psiquiatria. Qual Psiquiatria e psiquiatra para os tempos atuais? De outra forma – qual trabalhador para a Saúde Mental? Qual TNS e TR para os serviços abertos da reforma? Um campo do saber propício para requalificar os conceitos de normal e patológico. Um saber que se localiza, de um lado, entre o tradicional e o contemporâneo com os aspectos clássicos, descritivos, biológicos e técnicos. De outro lado, os saberes sócios-históricos, psicológicos, filosóficos, analíticos e subjetivos, partindo do caso. Diz da entrada do usuário em cena e na cena de sua doença. Um sujeito que adocece em resposta a seu comprometimento com o meio em questão. Uma situação por ele esclarecida em diálogo com os médicos acima elencados, reconhecendo o papel do doente em seu adoecimento e implicando uma diferença qualitativa entre o normal e o patológico.

No que diz respeito à nossa temática, a Psiquiatria e seus saberes contextualizados ao campo da Reforma Psiquiátrica, valemo-nos de Canguilhem para nos ajudar a reabrir o assunto no campo dos nove desconfortos apresentados na introdução da tese e dos sete gestos profissionais analisados também como *matéria estrangeira*, visando reconfigurar o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria como movimento de pesquisa. O autor inaugura alguns pontos de vista importantes. Quer dizer: onde estaria o normal e o

patológico no campo da Psiquiatria? Qual seria o conceito de loucura para Canguilhem?¹⁰⁴ Pretendemos utilizar de suas reflexões para interrogar à Psiquiatria, restituindo conflitos, ou seja: quais saberes constituem esse campo do conhecimento? Quer dizer, uma pergunta já respondida por diversos autores no campo da Psiquiatria e que nesta tese refazemos de forma contextualizada ao sistema aberto de tratamento e pelo viés das Clínicas do Trabalho, a partir do estudo do gesto profissional.

Canguilhem (1995) reenvia-nos à problemática do conceito de normal e patológico no campo da Psiquiatria. Em quais premissas a Psiquiatria estaria se apoiando para promover esta reflexão? Segundo o autor, os psiquiatras contemporâneos “operaram na sua própria disciplina uma retificação e uma atualização dos conceitos de normal e de patológico, da qual os médicos e fisiologistas não parecem ter tirado nenhum proveito.” (CANGUILHEM, 1995, p. 87). Eles estariam se responsabilizando por estes conceitos pelo caminho da normatividade biológica e, segundo ele, “Talvez, seja preciso procurar a razão deste fato nas relações geralmente mais estreitas que a psiquiatria mantém com a filosofia, por intermédio da psicologia.” (CANGUILHEM, 1995, p. 87). Um trabalho realizado por Jaspers (2006) e outros filósofos como Kierkegaard acerca do Existencialismo, não exatamente pelo viés da Psicologia.

Uma situação que considera o meio (social, cultural, para além da biologia)¹⁰⁵, assim como o fez Le Guillant (1984), pois: “[...] o início de uma psicose escapa quase sempre ao médico, ao paciente, aos que com ele convive; a fisiopatologia, a anatomopatologia desse processo, são obscuras.” (LAGACHE *apud* CANGUILHEM, 1995, p. 88). Ou seja, segundo Canguilhem “[...] casos de alienação em que os doentes se apresentam ao mesmo tempo como incompreensíveis para os outros e incompreensíveis para si próprios [...]” (CANGUILHEM, 1995, p. 87), não podem ser abordados pelo viés da biologia e psicofarmacologia, mas incluindo outros saberes no percurso.

¹⁰⁴ Em termos práticos, compreendemos que uma possível resposta para esta pergunta encontra-se na análise de um caso clínico que Canguilhem fez em 1944 no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban (Lozère) por ocasião de um convite de Tosquelles para se esconder dos perigos da segunda Guerra Mundial. Canguilhem faz uma avaliação, analisando os sintomas da paciente em nível filosófico, segundo meu entendimento, ressignificando de forma prática toda a sua postura teórica de ultrapassar não somente os aspectos quantitativos, mas também a ordem médica para compreender o paciente como um todo, sem divisões de estruturas psíquicas e orgânicas, considerando a história individual e coletiva do paciente (CANGUILHEM, 2015).

¹⁰⁵ Para ampliar nossas discussões: “Na psiquiatria, a visão biopsicossocial é recebida como “a solução por muitos. Outros a rejeitam, considerando que é expressão de razões sociais e ideológicas particulares. A relação causal entre síndromes clínicas e substratos bioquímicos, fisiológicos, vista como paradigma para alguns, é rejeitada por outros. Mas, nenhuma perspectiva poderia ser considerada legítima. As abordagens deveriam ser antidogmáticas e livrar-se do passado. Isto seria o pós-modernismos?” (SONENREICH; ESTEVÃO, 2007, p. 46).

Ao dialogar com alguns médicos franceses sobre o assunto, Canguilhem estaria colocando em foco as seguintes questões: a doença mental como experimentação, a diferença qualitativa entre os estados normal e patológico, a percepção do doente mental como diferente e não desviado¹⁰⁶. O que fazer com esses questionamentos?

Não restam dúvidas, então, que a proposta seria a análise dos estados normais e patológicos em contextos qualitativos/quantitativos e não, isoladamente, quantitativos, considerando que:

É impossível para o médico compreender a experiência vivida pelo doente a partir dos relatos dos doentes. Porque aquilo que os exprimem por conceitos usuais não é sua experiência direta, mas sua interpretação de uma experiência para a qual não dispõem de conceitos adequados. (CANGUILHEM, 1995, p. 87).

E isso nos incita em ir ao encontro da experiência concreta de sofrimento mental – a exemplo da Antipsiquiatria. Quer dizer, há que se escutar o usuário e seu ponto de vista sobre sua experiência de adoecimento. Ele não reconhece a doença mental como comparável à experimentação, pois:

Uma experimentação exige uma análise exaustiva das condições de existência do fenômeno e uma rigorosa determinação das condições que se faz variar para observar suas incidências. Ora, em nenhum desses pontos a doença mental é comparável à experimentação. (CANGUILHEM, 1995, p. 88).

Para reforçar este posicionamento crítico ao método reducionista da experimentação, revisitando o percurso de Canguilhem (ROUDINESCO, 2007), o costume era alguns filósofos optarem pelo estudo da medicina por interesse da psicopatologia e o tratamento de doenças mentais. Quer dizer, a intenção era praticar a psicologia clínica com o objetivo de transformar, dinamicamente, o saber da Psiquiatria, visando extraí-lo do campo da medicina. Porém, segundo Roudinesco:

Não se percebia nada disso em Canguilhem, que nunca se reconheceu como herdeiro dessa tradição e que, na juventude, não apreciaria em absoluto das famosas apresentações de doentes de Georges Dumas, que eram assistidas pelos normalianos de sua geração. (ROUDINESCO, 2007, p. 22).

Mas, o que seria o normal, o anormal, o desvio e o patológico? De início, compreendemos que o desvio não é o anormal quantitativamente, mas pode ser o anormal

¹⁰⁶ Quer dizer, segundo Canguilhem, não se reconhece a alienação mental como uma alteração quantitativa do funcionamento psíquico e fisiológico. As modificações, transformações do estado mental, as anomalias são manifestações de outra ordem, outras maneiras de vida, *renormalizações* inferiores em qualidade, variabilidade, adaptabilidade e não quantitativamente dizendo.

qualitativo ou socialmente. “O normal não é uma média correlativa a uma condição social, não é um julgamento de realidade, é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade psíquica de um ser.” (EY *apud* CANGUILHEM, 1995, p. 90). Assim como doença não é ausência de norma, mas sim uma norma diferente, não normativa, o patológico, para reforçar o seu ponto de vista da Psiquiatria, não pode ser chamado de anormal no sentido mais absoluto do termo. “O anormal não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas, o patológico é o anormal.” (CANGUILHEM, 1995, p. 106). Mesmo que Canguilhem considere o anormal como “precisamente inexistente e inobservável.” (CANGUILHEM, 1995, p. 107), em seu texto, ele nos conduz a romper, clinicamente, com essa terminologia. Dizemos de uma imprecisão entre o normal e o patológico, “pois o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais.” (CANGUILHEM, 1995, p. 145). Nas palavras do autor:

A fronteira para definir o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. (CANGUILHEM, 1995, p. 145).

O patológico seria uma outra “espécie de normal” – pois ser sadio não significa apenas ser normal numa determinada situação, mas também, ser normativo nessa situação e em outras eventualidades. O que nos remete ao sentido da cura (como uma nova norma normativa), uma vez que saúde significa a capacidade de superar crises orgânicas, visando instaurar uma nova ordem de vida, nova norma de viver. A saúde do sujeito, depois da cura, não é a mesma saúde de anterior. Segundo Canguilhem (2005), a cura não é o retorno à inocência biológica, nem mesmo ao silêncio dos órgãos, segundo Leriche. Para ele, curar é a instituição de novas normas, inclusive, às vezes, superiores às antigas, frente à doença.

Em outro sentido, Canguilhem tece críticas epistemológicas em considerar a compreensão da doença somente a partir dos saberes médico-biológicos, sem considerar a leitura do usuário em sua história de vida e contexto. A história epistemológica que defende o autor tematiza as relações entre conceitos, mas não se limita ao interno de uma única ciência, nem se esgota no plano de filiações diversificadas, nem tampouco nas relações com saberes não-científicos, “mas deve relacionar os conceitos com as práticas sociais e políticas.” (MACHADO, 2009, p. 25).

Situação que se mostra evidente ao reabrir a obra sobre o normal e o patológico para o campo sócio histórico e político, incluindo, para além da tese da medicina, a confrontação de normas vitais e sociais, partindo da premissa de que a vida é por si só uma atividade normativa, o homem e a sociedade são normativos. Dizemos do segundo paradoxo que concerne aos “*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*” – que aqui apresentamos. Este é o caminho encontrado por ele para definir saúde e doença, promovendo ampliações conceituais essenciais para romper com o endurecimento de determinadas ciências, como por exemplo, a Psiquiatria do final do século XX e XXI. Situação que se mostra evidente quando compreendemos que quem mais prescreve para a Psiquiatria e o psiquiatra é a evolução histórica da sociedade. Situação que amplia este debate no encontro com as normas, tanto no nível epistemológico, quanto social e cultural.

O que nos parece oportuno e contextual com relação ao trabalho de Canguilhem é sua definição sobre saúde e doença (da qual nos amplia os saberes explicativos da doença mental em Psiquiatria), inserindo-os no campo do diálogo com as normas e a capacidade de *renormalização*. Parte da premissa de que saúde não é ausência de doença. Para ele:

A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. (CANGUILHEM, 1995, p. 146).

Sendo assim: “Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais.” (CANGUILHEM, 1995, p. 158). E continua trabalhando o conceito como de costume em sua metodologia: “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar as infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.” (CANGUILHEM, 1995, p. 158). Assim, seria a loucura uma doença (mental), ou uma outra norma de viver, enfraquecida pela prevalência de uma bizarria de sintomas? Em sendo ou não positiva a resposta, a questão recairia no seguinte sentido: quais normas a definiria? Segundo Barreto (2010), diferente da medicina, na Psiquiatria, o normal e o patológico não são definidos em termos biológicos, mas em termos de normatividade social.

Agora, para reafirmar a herança ergológica da filosofia da vida e dos conceitos de Canguilhem, retornemos, por exemplo, à sua conceituação de saúde:

A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Porém, não será absurdo falar em infidelidade do meio? [...] Pelo fato do ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história. (CANGUILHEM, 1995, p. 159, destaques nossos).

O diálogo de Yves Schwartz com Canguilhem é bastante profícuo para a filosofia ergológica e para os debates que propomos. Uma relação que se mostra longitudinal na tese e aqui neste capítulo, apenas anunciamos, reafirmando o seu protagonismo, expondo alguns detalhes. Quer dizer, se não se trata de comer por comer, da mesma forma, se não se trata de viver por viver, nem pesquisar por pesquisar, muito menos conceituar por conceituar, nem mesmo trabalhar por trabalhar. Para a Ergologia, há sempre um sentido de *debate de normas* e valores ao se colocar determinado conceito em evidência. É dentro desse contexto que localizamos a origem de muitos questionamentos ergológicos – do trabalho do conceito ao conceito de trabalho em historicidade um com o outro e que estendemos ao campo da Psiquiatria, espreitando os gestos profissionais (SCHWARTZ, 1992; 2000; 2007; 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Em outro aspecto, há que se considerar o processo de normatização da vida, inclusive no trabalho, porém, vislumbrando o mecanismo de *renormalização* singular e universal (DURRIVE, 2014; 2015) das situações em tempo real de trabalho. O que se encontra em jogo é o encontro do sujeito com a norma e as repercussões decorrentes desse encontro no campo do próprio sujeito e do trabalho em equipe. Um processo que se apresenta de duas maneiras essenciais, quer dizer, como uma obrigação, um *obstáculo* a ultrapassar, mas também como uma *oportunidade* de singularização do indivíduo. Entre outras palavras, o trabalho como uma *práxis*. E quando a norma não se mostra presente ou clara para os trabalhadores (como no caso da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central, segundo nossas análises), isto demonstra que a mesma roda conceitual e investigadora/desveladora acontece nas penumbras da atividade.

Trata-se de recolocar os saberes psiquiátricos em evolução, um retorno às *normas antecedentes* e um avanço conceitual, porém, a partir de um determinado campo. Em especial, momentos de se pensar uma nova Psiquiatria, aberta, de extensão... e uma *clínica aberta*, mobilizando saberes psiquiátricos, inclusive da medicina, a partir da pesquisa de gestos profissionais. Uma proposta de reinterrogar a Psiquiatria, em nível de epistemicidades ergológicas, a fim de compreendermos os gestos profissionais à luz de um campo de prática.

Depois de todo esse debate com Georges Canguilhem, compreendemos que quem melhor definiu o normal e o patológico no campo da Psiquiatria foi Alonso Fernandez, um psiquiatra de origem da *Escola Fenomenológica*. A maioria dos livros de Psiquiatria não esclarecem de forma clara e conclusiva esses dois conceitos, assim como ele o fez, segundo nosso ponto de vista e em diálogo com Barreto (2010; 2016a). A medicina estabeleceu suas bases clínicas na anatomia patológica, estabelecendo o normal e o patológico em bases fisiológicas. Mesmo que a *Psiquiatria Clássica* postulasse uma herança anátomo-clínica, sua prática era clínica. Quer dizer, em não sendo suas bases de origem anatômica e fisiológica, onde estaria ancorada essa diferença?

Eis o caminho porque Fernandez (1979) nos esclarece esse *debate de normas*. A base para esta diferenciação também reside na norma, mas a norma no contexto social e cultural. Trata-se de um diálogo extenso que apresentamos em síntese. A Psiquiatria no contexto da primeira metade do século XX encontra-se inserida na dicotomia entre as ciências da natureza e do homem, porém, a Fenomenologia, ao focar a subjetividade, trás de volta a importância e a opinião do sujeito na constituição de seu adoecimento. E isso requer uma compreensão mais ampliada de norma, normal, anormal, normalidade, anormalidade. A proposição de Fernandez (1979) situa a Psiquiatria no sentido médico-antropológico, convocando a medicina, a neurologia, a psicologia, a sociologia, a filosofia e os aspectos forenses para ampliar o seu debate. Segundo ele,

No conceito de norma devemos distinguir um conteúdo e uma forma-função o conteúdo da norma, equiparável ao termo médio, tem uma base estatística e, como assinala a doutrina do relativismo cultural, não constitui um estado absoluto, nem tem um fundamento ontológico, mas está subordinado ao tempo histórico, ao lugar e às peculiaridades de uma cultura. **Uma norma estável de validade geral não existe. Mas o conteúdo da norma está condicionado fenomenologicamente pela existência da norma como função.** A função da norma existe em todo tempo e lugar. O que em uma forma de comunidade é normal, pode parecer em outro tipo de comunidade como uma manifestação de anormalidade...Transcende, pois, ao relativismo. (FERNANDEZ, 1979, p. 29, destaques nossos).¹⁰⁷

Segundo Fernandez (1979), todos nós participamos de um mundo tipificado, mas no doente mental, a situação se modifica pela forma:

¹⁰⁷ Do original – “En le concept de norma debemos distinguir... un contenido y una forma-función. El contenido de la norma, equiparable al término medio, tiene una base estadística y, como señala la doctrina del relativismo cultural, no constituye un estado absoluto, ni tiene un fundamento ontológico, sino que está subordinando al tiempo histórico, al lugar y a las peculiaridades de una cultura, una norma estable de validez general no existe. Lo que un una forma de comunidad es normal, puede aparecer en otro tipo de comunidad como una manifestación de normalidad.” (FERNANDEZ, 1979, p. 29)

O mundo normal é um mundo tipificado. **O mundo do doente psíquico se distingue fundamentalmente do normal não por ser conteúdo, mas por sua forma.** “Podemos descrever... a patologia da tipificação como o mórbido”. Na apresentação do mórbido o patológico pressupõe uma transformação ou uma dissolução da faculdade de tipificação, que é o fenômeno que condiciona a atualização do mundo do enfermo psíquico. (FERNANDEZ, 1979, p. 29, destaques nossos).¹⁰⁸

Fernandez (1979) finaliza esse debate, apresentando um conceito de Psiquiatria (médico-antropológica) que nos faz síntese e nos orienta no *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* no contexto real da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Eis aqui minha definição predileta de psiquiatria: **A psiquiatria é o ramo humanista por excelência da medicina que trata do estudo, da prevenção e do tratamento dos modos psíquicos de adoecer.** A ideia de modo psíquico de adoecer, segundo acabo de expor, se funda na **perda involuntária da faculdade normativa.** (FERNANDEZ, 1979, p. 30, destaques nossos).¹⁰⁹

Como percebemos, esse conceito de Psiquiatria, de normal e patológico dialoga com a concepção de Canguilhem (1995), ao dizer do enfraquecimento da capacidade normativa do ser doente mental. Como síntese, segundo Barreto (2010), podemos “relacionar saúde mental com norma cultural, doença mental com perda involuntária da faculdade normativa e tratamento psiquiátrico com meio utilizado para o seu restabelecimento.” (BARRETO, 2010, p. 170).

Apresentamos na sequência alguns pontos que consideramos essenciais na filosofia de Foucault, preparando o debate entre a filosofia da vida de Canguilhem, a (im)postura ética e filosófico-epistemológica da Ergologia e a Antipsiquiatria, buscando ampliar o espaço-tempo de interrogação epistemológica à Psiquiatria pelo viés do gesto profissional, preparando o terreno da criação de *Dispositivos Ergopsiquiátricos*.

¹⁰⁸ Do original – “El mundo normal es un mundo tipificado. El mundo del enfermo psíquico se distingue fundamentalmente del normal no por su contenido, sino por su forma; esto es, por la impronta patológica del proceso de tipificación. “Podemos describir...la patologia de la tipificación como lo mórbido”. La presentación de lo mórbido o patológico presupone una transformación o una disolución de la facultad de tipificación, que es el fenómeno que condiciona la actualización del mundo del enfermo psíquico.” (FERNANDEZ, 1979, p. 29-30)

¹⁰⁹ Do original – “He aquí mi definición predilecta de la psiquiatria: “La psiquiatria es la rama humanista por excelencia de la medicina que trata del estudio, la prevención y el tratamiento de los modos psíquicos de enfermar”. La idea del modo psíquico de enfermar, según acabo de exponer, se funda en la involuntaria pérdida de la facultad normativa.” (FERNANDEZ, 1979, p. 30).

4.1.1.1 O gesto e a contribuição de Michel Foucault

Trata-se da terceira perspectiva teórico-metodológica de interrogação à Psiquiatria – a filosofia de Michel Foucault. Apresentamos uma visão crítica de seu legado teórico, ou seja, o seu *gesto filosófico de pensar*, segundo a *Filosofia do Gesto* de Guérin (2011b), na passagem de uma *Arqueologia dos saberes* para a *Genealogia do poder* e estudos sobre a *Biopolítica, o Biopoder e a Sexualidade* (FOUCAULT, 1997; 2000a; 2000b; 2006; 2008; MACHADO, 2009; DÍAZ, 2012).

Com relação à primeira, dizemos, em especial, das análises de *Doença Mental e Personalidade* (1954), *História da loucura* (1961) - (*uma arqueologia da percepção*), da clínica médica em o *Nascimento da Clínica* (1963) - (*uma arqueologia do olhar*), e os saberes sobre o homem em *As palavras e as coisas* (1966) - (*uma arqueologia do saber, das ciências humanas*), a *Arqueologia do saber* (1969), e outros. Nesta Arqueologia, o que está em jogo é a institucionalização do saber, colocar uma lupa na constituição dos saberes, a fim de buscar indícios de uma determinada cultura. Dizemos do primeiro Foucault (1954-1970), onde ele pretendia estudar e compreender como que se forma um discurso, ou seja, as formações discursivas que não dizem de uma pessoa em singular, mas de práticas sem autorias, a priori, produções sociais que obedecem a uma normatividade. A Arqueologia visa compreender a constituição de objetos de saber para se promover descontinuidades, não rupturas epistemológicas no interior de determinado campo do conhecimento, no sentido de Bachelard (1996).

Segundo Foucault *et al.* (1996), a *Arqueologia* não é nem uma teoria, nem mesmo um método, mas alguma coisa que designa o objeto de estudos, tentando identificar nele o nível e o lugar em que o ser se situava para definir o objeto escolhido. Ela é uma análise da maneira, antes mesmo da epistemologia, pela qual os objetos são formados e os sujeitos se colocam frente a eles. “Não é uma teoria na medida, por exemplo, em que eu não sistematizei as relações entre as formações discursivas e as formações sociais e econômicas, cuja importância foi estabelecida pelo marxismo.” (FOUCAULT *et al.*, 1996, p. 17). Segundo ele, era preciso “pesquisar as razões pelas quais a ciência existiu ou uma determinada ciência começou, num momento dado, a existir e assumir um certo número de funções em nossa sociedade.” (FOUCAULT *et al.*, 1996, p. 19). A Arqueologia seria, então, um estabelecimento de discursos científicos em direção a uma prática possível. Foucault parte da *Arqueologia dos saberes* para a *Genealogia do poder* com o incômodo de que os “conceitos científicos não exprimem as condições econômicas nos quais surgiram.” (FOUCAULT *et al.*, 1996, p. 23).

Com respeito à *Genealogia do poder*, referimos ao segundo Foucault (1971-1978), aquele da analítica do poder, que se ocupou de estudar a origem das práticas, alegando que por detrás de toda prática, existe um discurso que a sustenta. Um período inaugurado pela obra *A ordem do discurso* (1970), *O Poder Psiquiátrico* (2006), *Vigiar e Punir* (2010), etc. Interessava-se no porque dos saberes, qual seria a utilidade de determinado saber? Preocupava-se com o uso que se faz dos saberes que, nada mais é do que uma questão de poder. Trata-se da análise da forma como determinado discurso entra na instituição através de debates e embates de normas e saberes, constituindo as relações de poder. Quer dizer, o que faltava à arqueologia dos saberes era, exatamente, a discussão sobre o poder em determinados campos de prática, por exemplo: do crime, das formas de punição, da falta de liberdade, de cidadania, de dominação, da sexualidade, de exploração e de assujeitamento.

No final da Genealogia do poder, encontramos o terceiro Foucault (1978-1984) – aquele da ética, da estética da existência humana, dos modos de subjetivação, ou seja, da Biopolítica – dos modos de vida e de organização da sociedade; do Biopoder – da gestão da própria vida; da sexualidade - dos processos de dominação da liberdade. Trata-se do período das publicações da *História da Sexualidade* I, II e III (1984), entre eles – *A vontade de saber*, *O uso dos prazeres* e *O cuidado de si*.

De outra forma, para realizar esse percurso, Foucault se deparou com cinco objetos de estudos (MACHADO, 2009; DÍAZ, 2012). O primeiro, a loucura; o segundo, a dominação de uns sobre os outros, aquilo que oferece poder aos saberes; o terceiro, a clínica médica; o quarto, o biopoder, o governo sobre a vida dos outros; o quinto, a regulação da sexualidade.

Nesta tese, apenas fazemos uma síntese da obra de Foucault, apreendendo nela, um espaço-tempo de localização e diálogo com o nosso objeto de tese – *o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Focamos nesta perspectiva teórico-metodológica, o movimento de Foucault na constituição de *normas antecedentes* sobre a loucura, que ampliam a nossa compreensão sobre a história da Psiquiatria em seu hibridismo (natural e humano), ou seja, os *saberes constituintes* desse campo do conhecimento, do conceito de doença mental, das instituições de tratamento, do discurso médico-científico sobre a loucura, em especial sobre a *arqueologia clínica do olhar* em *O Nascimento da Clínica* e da constituição das ciências humanas em *As palavras e as coisas* (DÍAZ, 2011). Tudo isso, visando reconfigurar esse debate em nível de *(des)aderência* às práticas, a partir dos discursos vigentes no campo da Saúde Mental e Psiquiatria no território de Betim, a partir do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Inicialmente, há que se abordar o referido gesto de pensar de Foucault, considerando a superação de dois mitos constituintes de sua obra, segundo Passos (2008). O primeiro deles, o mito de que Foucault teria “produzido uma visão monolítica e pessimista do poder, vendo o poder como algo que domina tudo, sem brechas.” (PASSOS, 2008, p. 8). Na verdade, Foucault reconhece o lado não só negativo, mas positivo do poder, ou seja, “o poder como jogo de forças essencial à vida.” (PASSOS, 2008, p. 10). E isso faz sentido em dizer, uma vez que o fazer clínico não se distancia de uma relação de poder. Uma herança talvez decorrente dos abusos do poder em várias partes do mundo, inclusive nas instituições psiquiátricas. O segundo mito, igualmente equivocado e talvez ainda mais comprometedor de sua obra, aquele de que Foucault negaria o sujeito.

Em *A história da loucura e As palavras e as coisas*, Foucault aborda a questão da subjetividade desconstruindo este mito.

É claro que Foucault nega, ou melhor, desconstrói a noção de sujeito como construção ideal, seja na forma do sujeito racional cartesiano, seja na do sujeito existencial fenomenológico. Porém, sua motivação para pensar os saberes e os modos de exercício do poder, que evoluem nas sociedades modernas e contemporâneas e as dominam, **é precisamente decorrente do fato de que esses saberes e formas de exercício do poder configuram modos de subjetivação, modos de ser sujeitos, modos que são históricos, multifacetados e, muito importante, transformáveis.** (PASSOS, 2008, p. 8, destaques nossos).

Apresentamos algumas nuances da *História da loucura* que, a meu ver, há um imbricamento com *As palavras e as coisas*, em especial, no que diz respeito em situar a loucura entre a era do *Renascimento* (século XVI), a idade *Clássica e Neoclássica* (os séculos XVII e XVIII) e a era da *Modernidade* (os séculos XIX e XX). Partimos também da compreensão de que existe uma *História da Loucura* que perpassa todo o gesto de Foucault desde a *Arqueologia dos Saberes*, passando pela *Genealogia do Poder* até chegar ao *Biopoder*.

Ela tem como objetivo estudar a Psiquiatria no sentido de estabelecer nela as condições históricas dos possíveis discursos sobre a loucura e das práticas que incidem sobre o louco como doente mental. Não se trata de uma história da Psiquiatria que, segundo Foucault (1997), é considerada um processo histórico radical descrito em períodos e épocas evolutivas do pensamento sobre a loucura, permitindo o encontro com os reais objetos de sua constituição. Trata-se do caminho trilhado pela Psiquiatria para fazer do louco um doente mental. E isso, sem dúvidas, inclui todo o legado de Philippe Pinel, seu gesto de libertação da loucura, conforme abordamos, até aos estudos dos espaços institucionais de controle da loucura. Um discurso que compreende a Psiquiatria na interseção de dois espaços concretos –

o campo de uma teoria abstrata de origem analítica e médica e do internamento, ou seja, uma percepção do asilo e o olhar sobre o doente.

Antes de defender a sua tese sobre a da *História da loucura* em 1961, Foucault, apresenta-nos o seu conceito de *doença mental* em sua obra *Doença Mental e Personalidade* (200a) e que, junto às duas obras acima, amplia o corpo das *normas antecedente* sobre este campo do conhecimento que esta tese pretende elucidar, preparando o gesto profissional em Psiquiatria.

Propomos como ponto de partida, o seguinte conceito de doença mental:

Certamente, pode-se situar a doença mental em relação à gênese humana, em relação à história psicológica e individual, em relação às formas de existência. Mas, não se deve fazer destes diversos aspectos da doença formas ontológicas se não se quer recorrer a explicações míticas, como a evolução das estruturas psicológicas, a teoria dos instintos ou uma antropologia existencial. **Na realidade, é somente na história que se pode descobrir o único a priori concreto, onde a doença mental toma, com a abertura vazia de sua possibilidade suas figuras necessárias.** (FOUCAULT, 2000a, p. 96, destaques nossos).

Foucault (2000a), defende um conceito de patologia mental mais amplo para além do viés organicista. Propõe a linguagem como um intermédio entre a unidade do corpo e a ordem espiritual, situando, então, a doença mental entre essas três instâncias e segundo três perspectivas¹¹⁰: os mecanismos de abstração; a relação normal e patológico; e o doente e seu meio.

O primeiro, a abstração no plano orgânico confere à totalidade da patologia uma causalidade mais real, exemplo da anatomia e da fisiologia que conferem um estatuto de análise sobre a totalidade da doença orgânica em medicina. Mas, no plano psicológico, as abstrações não operam nesta ordem: “ora, psicologia nunca pôde oferecer à psiquiatria o que a fisiologia deu à medicina: o instrumento de análise que, delimitando o distúrbio, permitisse encarar a relação funcional deste dano ao conjunto da personalidade.” (FOUCAULT, 2000a, p. 17). Elas funcionam de maneira diversa, histórica e singular em cada um.

No segundo plano, diferente da medicina onde a patologia orgânica estabelece uma conexão direta e causal com um sintoma e uma doença, no nível da Psiquiatria, torna-se difícil a separação entre o normal e o patológico. Foucault compreende essa relação, mas foi Canguilhem (1995) quem melhor nos explicou esta situação, sabendo que a passagem de uma situação normal para um estado mórbido, não depende de uma análise precisa e quantitativa

¹¹⁰ Perspectivas essas que, aparentemente, não se distanciam do pensamento de Le Guillant, psiquiatra francês, com respeito à primazia ontológica do social na determinação do sofrimento psíquico e sua “cura”. Porém, a contribuição de Foucault reside nas determinações históricas e culturais da gênese da loucura, tecendo críticas com respeito ao naturalismo biológico dessa origem.

dos fatos, antes de uma singularização qualitativa dos acontecimentos – dizemos da forma como o sujeito renormaliza o seu sofrimento. Um debate que será melhor apresentado.

Finalmente, em terceiro plano, segundo Foucault (2000a), as patologias mentais precisam ser analisadas em um contexto histórico, mas também através de um diagnóstico, de procedimentos de isolamento, dos instrumentos terapêuticos, mas também da individualidade dos usuários no contexto de vida. Pois, “a dialética das relações do indivíduo e seu meio não se faz, então, no mesmo estilo em fisiologia patológica e em psicologia patológica.” (FOUCAULT, 2000a, p. 20).

Em *As Palavras e as coisas*, Foucault (2007) nos apresenta ao tema das ciências humanas em sua constituição, o que não é uma análise do que o homem é por natureza, pois não é o homem o objeto de estudos das ciências humanas. Ele não é um ser vivo que tem particularidades, ou seja, uma fisiologia especial ou uma autonomia única, ele é um ser atravessado por representações da vida e capacidade de representar diversos elementos da vida. O homem é:

Antes uma análise que se estende entre o que o homem é em sua positividade (**ser que vive, trabalha, fala**), e o que permite a esse mesmo ser saber (ou buscar saber) o que é a vida, **em que consistem a essência do trabalho e suas leis, e de que modo ele pode falar**. As ciências humanas ocupam, pois, essa distância que separa (não sem uni-las) a biologia, a economia, a filologia, daquilo que lhes dá possibilidade no ser mesmo do homem. (FOUCAULT, 2007, p. 488, destaques nossos).

A tese principal desta obra, segundo Machado (2009) é a relação dessas ciências empíricas (a vida, o trabalho e a linguagem) com a filosofia, ou seja:

Por um lado, é parte das coisas empíricas, **na medida em que a vida, trabalho e linguagem são objetos – estudados pelas ciências empíricas – que manifestam uma atividade humana**; por outro lado, o homem – na filosofia – aparece como fundamento, como aquilo que torna possível qualquer saber. (MACHADO, 2009, p. 112, destaques nossos).

Foucault (2007) nos apresenta toda essa reflexão, caminhando como essas três dimensões (a vida, o trabalho e a linguagem) na passagem dos séculos - XVI (o Renascimento), XVII e XVIII (a Idade Clássica e o Neoclassicismo) aos séculos XIX e XX (a Modernidade, o positivismo). Quer dizer, Foucault (2007) nos explica que *As palavras e as coisas* vão se constituindo nessas passagens. No *Renascimento*, uma equivalência entre as palavras e as coisas, uma coincidência, determinando a palavra como um ritual, ou seja, demônios e divindades que destroem os malefícios da humanidade. Na *Era Clássica*, a análise das representações, momento onde não há mais correspondências entre as palavras e as coisas,

surgindo os primeiros saberes sistematizados, formalizados, tanto no pensamento, quanto nas práticas.

Na *Era moderna*, o lema era tentar explicar as coisas para além de observar e descrever a diversidade humana. A tudo é dado uma explicação positivista, a busca de uma linguagem lógica que estabeleça uma relação com objetos lógicos e empíricos. Trata-se do período de nascimento das ciências humanas. Quer dizer, o desafio do conhecimento científico, estabelecer uma conexão com o que não é visível. Segundo Foucault (2007), o homem para as ciências não é um ser vivo que tem particularidades, ou seja, uma fisiologia especial ou uma autonomia única, ele é

Um ser vivo que, do interior da vida à qual pertence inteiramente e pela qual é atravessado em todo o seu ser, constitui representações graças à quais ele vive e a partir das quais detém esta estranha capacidade de poder se representar justamente a vida. (FOUCAULT, 2007, p. 487).

Quer dizer, pelo fato de viver, trabalhar e falar, o homem constrói representações sobre a vida, o trabalho e a linguagem numa determinada sociedade, buscando ajustar nela os sentidos de sua linguagem, do viver e dos modos de trabalhar. Um assunto que esta tese avança no sentido de trazer concretude aos processos de trabalho, inclusive, a partir das nuances e enigmas da atividade e os desdobramentos de maneiras de conceituar o trabalho e apresentar métodos diferentes de análises pela Ergologia, Psicossociologia, Clínica da Atividade e Psicodinâmica do Trabalho, conforme apresentamos.

Em todo esse diálogo, Foucault (2007), nos apresenta três pares de análise: *função e norma, conflito e regra, significação e sistema* que, segundo ele compõem o domínio inteiro das ciências humanas e que estendemos, em termos de alargamento de possibilidade, ao nosso *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* nesta tese. Essas instâncias correspondem, respectivamente, ao campo da Psicologia, da Sociologia e, por último, à linguagem, à análise das literaturas e dos mitos. Porém, esse debate não se mostra, na prática, tão estanque assim, há uma inter-relação entre elas. Ou seja, a Psicologia, estudando o homem em suas funções, normas, conflitos, significações e representações que passam pela linguagem. A Sociologia, lidando com as significações e sistemas, mas também com as normas, conflitos e funções humanas. O estudo dos mitos e das literaturas não se dá somente no âmbito da significação e sistemas complexos, mas também em nível de coerências funcionais ou conflito de regras. Somam-se às ciências humanas, a História, ou seja, “a mãe de todas as ciências do homem.” (FOUCAULT, 2007, p. 508), além da Psicanálise que insere nessas ciências, a dimensão do inconsciente, ou seja: “Dando-se por tarefa fazer falar através da consciência o

discurso do inconsciente; a psicanálise avança na direção desta região fundamental onde se travam as relações entre a representação e a finitude.” (FOUCAULT, 2007, p. 518). Nesta mesma obra, o homem é visto não somente como sujeito de saber, mas também como objeto do saber – um assunto abordado na *História da loucura*. Quer dizer, dizemos de duas obras que se inter-relacionam estreitamente em nível arqueológico.

Foucault (1997), em a *História da loucura*, trata da Arqueologia da percepção, ampliando nosso entendimento sobre as *normas antecedentes* da Psiquiatria. Ele começa sua obra, determinando um espaço-tempo de exclusão na Europa desde a Idade Média. A lepra era o mal da humanidade e se encontrava internada em grandes hospitais de controle da doença. Nesta época, o louco era associado à imaginação

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 1997, p. 6).

Seguindo a esta época, no século XVI, era do *Renascimento*, onde as palavras e as coisas não se dissociavam, a loucura não tinha o estatuto de doença, mas sim de uma magia, um livre jogo da imaginação.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. (FOUCAULT, 1997, p. 30).

Segundo Díaz (2012), se nesta época, o louco era aprisionado, isso devia ao seu constante delírio. Diferente da era seguinte, onde o mesmo era internado porque não trabalhava

Entre os séculos XVII e XVIII, era da Idade Clássica, momento em que a loucura começa a ganhar algum estatuto, quando palavras e coisas se separam. Agora, restava a definição desta “coisa” - a loucura. Um espaço-tempo de descontinuidades epistemológicas de representações de coisas e objetos, mas somente dentro das ciências naturais. Entre elas, um estatuto de doença mental para a loucura, compondo a era do *Grande Internamento* (FOUCAULT, 1997).

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como est era praticada na Idade Média. Como medida econômica, e precaução social, ela tem valor de invenção. **Mas, na história do desatino, ela designa um evento**

decisivo: momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, 1997, p. 78, destaques nossos).

Essas instituições cumpriam um papel de exclusão e de obrigação ao trabalho que seria ao mesmo tempo uma ética para se manter melhor, mas também um imperativo de moral. Com este fechamento, a loucura passa a fazer parte das questões problemáticas da sociedade. Trata-se do momento da busca pelos saberes científicos, onde a loucura toma o estatuto de doença mental, o território da desrazão e da medicina. Ou seja, a loucura perde o imaginário que existia na era do Renascimento.

Finalmente, os séculos XIX e XX – a modernidade, o nascimento das ciências humanas, onde a loucura é desviada para uma compreensão humana, social e política, porém, conservando ainda seu caráter biologicista prevalente, mesmo à revelia de qualquer outra teorização. Trata-se da segunda parte da *História da loucura*, época em que a Psiquiatria, aliada ao discurso da moral, inscreve-se em um saber positivo sobre a loucura. Ou seja, a desrazão, ocupando o lugar de doença. Trata-se da época do nascimento da Psiquiatria. O internamento deixou de ser indiscriminado para se tornar um asilo para os loucos, com estrutura predominantemente médica. Diz respeito à época da Revolução francesa, constituindo um período de busca pela liberdade, humanidade e fraternidade, mas no caso da loucura, desde que a mesma continue reclusa, mesmo que o gesto de Pinel tenha promovido a liberdade dos doentes mentais. O homem louco toma um estatuto de “coisa” a ser definida por palavras, mas dentro de um discurso médico e moral.

Fazemos um parênteses para fazer alguns esclarecimentos importante para esta tese sobre o percurso de Pinel (FOUCAULT, 1997; BARRETO, 2010, 2010; BIRMAN, 1978). Pinel é considerado até o momento como um sujeito fascinante na história da Psiquiatria pelos seus acertos e erros. Fundador de duplo advento da Psiquiatria. Primeiro, pelo seu humanismo – contato com os loucos, “desacorrentando-os”. Segundo, pelo advento científico – depois de Pinel, a loucura passa a ser estudada pela Medicina Científica.

Porém, segundo Foucault (1997), a *História da loucura* não é bem assim. Para ele, Pinel mudou o estatuto da loucura de doença para o discurso médico-científico, e de erro para o discurso moral. Mas, então, qual seria o estatuto de loucura antes de Pinel? Com certeza, não era de doença, nem de erro, mas sim de desrazão contra a razão. Foucault nos esclarece esta situação, dizendo-nos que, na Idade Média existia um espírito religioso que ditava a segregação dos leprosos, como um mal sagrado, por exemplo, em instituições fechadas. Tal

atitude fez a lepra desaparecer da Europa, a partir do século XIX. Entendemos, então, que não se trata de um milagre, mas de um gesto de fechamento do doente e da doença. Este mesmo lugar foi, então, ocupado pelo louco.

Quer dizer, se na Idade Média, o louco não era segregado, na *Era da Luzes*, a religião foi perdendo terreno para a razão e o louco passa a ser a desrazão. Com a vitória da Revolução Francesa, a Medicina se vê estruturada no discurso científico. Evidencia-se um paradoxo, ou seja, se esta revolução libera os condenados, as masmorras de fechamento da loucura continuava existindo, intimando Pinel na realização de seu gesto de libertação da loucura. Quer dizer, Foucault (1997) nos esclarece que se Pinel liberou o louco das correntes, ele o cercou com o discurso médico-moralista. A loucura que era desrazão, vira doença, erro e moralismo, reivindicando um tratamento também pelo viés da moral. Desmistificando o gesto de Pinel, Díaz nos esclarece que:

Hoje se sabe que não existiu realmente o gesto de Pinel desatando as correntes, mas Foucault, aparentemente, toma isso por verdadeiro e considera que a partir desse momento foi redimensionado o conceito de “culpabilidade” aplicável ao doente mental. (DÍAZ, 2012, p. 70, destaques nossos).

Segundo Barreto (2010; 2013), a contribuição de Pinel não acontece somente pelo seu duplo advento na história da Psiquiatria. Trata-se de um personagem constituinte do Nascimento da Clínica, conforme apresentamos, mas escalaremos melhor. Para Pinel, a clínica era soberana, constituindo o *Método Clínico*. Porém, com Bichat, a clínica deixa de ser soberana, ela precisa ser ancorada na anatomia patológica – o *Método anátomo-clínico*, reivindicado pela medicina científica. Quer dizer, com Pinel, as alienações mentais eram distúrbios funcionais do Sistema Nervoso Central, excluindo o dano anatomopatológico. Porém, Pinel insiste em dizer que este dano pode ou não existir e que a doença mental é um distúrbio funcional – ou seja, trata-se da *Hipótese Funcionalista*, certificando-se da existência no real da alienação de um distúrbio na linguagem – o *Método Clínico*, o mais radical do nascimento da Psiquiatria.

Assim, avançando na proposição de que todo conhecimento é precário, que não recobre a diversidade e a infidelidade do real, caminhamos na direção da construção de novos dispositivos de produção de saberes e práticas, incluindo outros saberes. Ou seja, incorporamos as reflexões de Michel Foucault, mas também apresentamos um posicionamento crítico a ele que se encontra ao longo da tese, em especial, a partir das reflexões de Yves Schwartz, conforme apresentaremos.

No contexto da *Genealogia do poder*, através de sua obra *Vigiar e punir* (FOUCAULT, 2010), por exemplo, compreendemos o seu movimento de vaivém entre o dentro e o fora da prisão (mais fora do que dentro). A história nos informa que, em termos pessoais, Foucault conheceu a realidade do hospital psiquiátrico, porém focou na constituição de discursos sobre a loucura. Ainda assim, não compreendemos em sua obra toda um debate em torno de visibilizar a experiência dos personagens envolvidos na prisão e no hospício, assim como o fez Goffman (1968) com o doente mental no *Asilo*. Nem tampouco abordou a atividade, segundo os psiquiatras Sivadon e, especialmente, Tosquelles (EY, 1952). Um assunto que reservamos às Clínicas do Trabalho, conforme apresentamos.

Em nossos estudos da Ergologia e da Antipsiquiatria, compreendemos que Foucault, ao focar os processos de institucionalização de saberes, não abordou a singularidade e a experiência do esquizofrênico, por exemplo, em sua concretude, ficando na linha do discurso sobre o mesmo. Trata-se de um assunto que será em breve melhor abordado com maior crítica e propriedade ao apresentarmos o movimento da Antipsiquiatria e as Clínicas do Trabalho como forma de dar visibilidade à experiência de sofrimento mental e à atividade real de trabalho e seus enigmas.

Porém, antes de passarmos a este debate, incluímos neste percurso uma essencial contribuição de Foucault para o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* nesta tese – *a arqueologia do olhar clínico, decorrente do Nascimento da clínica*.

4.1.1.1.1 Normatizações clínico-foucaultianas possíveis em perspectiva

Desvendar o princípio e a causa de uma doença em meio à confusão e à obscuridade dos sintomas; *conhecer* sua natureza, suas formas, suas complicações; *distinguir*, no primeiro golpe de vista, todas as suas características e diferenças; *separar*, por uma análise rápida e delicada, tudo o que lhe é estranho; *prever os acontecimentos* vantajosos e nocivos que devem sobrevir durante o curso de sua duração; *governar os momentos favoráveis* que a natureza suscita para operar a solução; *avaliar as forças da vida e atividade dos órgãos*; *umentar ou diminuir*, de acordo com a necessidade, sua energia; *determinar com precisão quando é preciso agir* e quando convém esperar; *decidir-se com segurança* entre vários métodos de tratamento que oferecem vantagens e inconvenientes; *escolher* aquele cuja aplicação parece permitir mais rapidez, mais concordância, mais certeza no sucesso; *aproveitar a experiência*; *perceber* as ocasiões; *combinar* todas as possibilidades, calcular todos os casos; *tornar-se* senhor dos doentes e de suas afecções; *aliviar suas penas*; *acalmar* suas inquietudes; *adivinhar* suas necessidades; *suportar seus caprichos*; *atuar* sobre o seu caráter e dirigir sua vontade, não como um tirano cruel que reina sobre escravos, mas como um pai terno que vela pelo destino de seus filhos. (DUMAS¹¹¹ *apud* FOUCAULT, 2008, p. 95-96, destaques nossos).

¹¹¹ DUMAS, C. L. Eloge de Henri Fouquet, Montpellier, 1807 *apud* GIRBAL, A. Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier. Montpellier: Ricard Peres, 1858. p. 18.

A intenção neste texto é levantar caminhos possíveis de ressignificação da clínica e da experiência na atividade para melhor compreendermos o terreno do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Gesto que visa transformar o invisível em visível, que traduz o dito e o não-dito, colocando em palavras a experiência de sofrimento mental. As proposições acima são inscrições e prescrições foucaultianas para o bom exercício de uma clínica, segundo o *Nascimento da Clínica* (2008) e que muito se relacionam com os seis ingredientes de competência da atividade (IGR's) em Ergologia que ressignificamos na tese de forma clínica (SCHWARTZ, 2007).

Entre os aspectos metodológicos e epistemológicos, Foucault vem construir a *Arqueologia do Olhar* (clínico). Mediante exigências mais teóricas e políticas do que da experiência concreta de sofrimento mental. Foucault mobiliza saberes constituintes de uma forma de fazer clínica. Ele argumenta em sua obra o *Nascimento da Clínica* (2008) que a passagem da medicina clássica para a medicina moderna foi um movimento arqueológico e não epistemológico. Quer dizer, no percurso de Foucault (2007) em *As palavras e as coisas*, esta situação se esclarece melhor, uma vez que compreendemos a existência mais de descontinuidades epistemológicas do que rupturas epistemológicas em seu *gesto do pensamento* no sentido do espírito crítico de Bachelard (1996). Por exemplo, não houve psicologia, nem psicanálise do conhecimento médico para reafirmarmos o caráter epistemológico dessa modificação. Para os estudos aqui inaugurados, aproveitamos do gesto foucaultiano para repensar e problematizar a Psiquiatria de nossos tempos e aquela aplicada ao contexto da Saúde Mental através do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Em nível conceitual, de descontinuidades e normatizações, as reflexões de Foucault se diferenciam em muito das objetividades factíveis da medicina clássica. Não se trata de uma simples direção de estudo de caso, mas de uma reflexão filosófica acerca da construção histórico-política de um olhar clínico que observa, que critica a classificação, a categorização da loucura, e propõe diretrizes de transformação e de alcance dos conteúdos e discursos (ditos e não-ditos) sobre o sofrimento mental.

Contra a tentativa de reafirmar o empirismo científico da medicina, ele retorna à filosofia, ao trabalho teórico, ao encontro de palavras e coisas como forma de produção de saberes diferenciados sobre o fazer clínica. Contra essa dicotomia, mas a partir desse empirismo, apresenta sua tese, esclarecendo que a arqueologia que ele propõe não parte da oposição de contrários, por exemplo, entre teoria e prática, mas com e a partir do olhar e da linguagem médica que nada mais é do que uma arqueologia de possíveis clínicos em saúde.

Segundo Machado:

Não há dúvida de que a questão principal examinada em *Nascimento da Clínica* é a das características da medicina chamada empírica. Só que, para a arqueologia, a transformação não é explicada pela oposição histórica entre dois elementos, teoria e experiência; ela é analisada a partir da relação intrínseca entre dois níveis do conhecimento médico: **o olhar e a linguagem.** A ruptura que inaugura a medicina moderna é o deslocamento de um espaço ideal para um espaço real, corporal, e a consequente transformação da linguagem a que a percepção desse espaço está intrinsecamente ligada; em outros termos, é a oposição entre um olhar de superfície que se limita deliberadamente à visibilidade dos sintomas e um **olhar de profundidade que transforma o invisível em visível pela investigação** do organismo doente. **Em suma, a característica básica da ruptura é a mudança das próprias formas de visibilidade.** (MACHADO, 2009, p. 102, destaques nossos).

Foucault (2008) se posiciona contra uma localização específica, “especialização” da doença sem uma verbalização e compreensão das profundezas determinantes desse discurso médico. Assim, a linguagem torna-se o mediador por excelência da experiência e localiza a clínica como o estabelecimento de um *novo olhar crítico*, mais amplo e que requer novas formas de linguagem.

O que está em jogo, então, é a relação que se estabelece entre a percepção e a linguagem, onde o olhar é a marca essencial e isso nos abre portas para a (re)produção de movimentos, ações, atos e gestos profissionais em Psiquiatria. Trata-se de questionar a complementaridade entre o ver e o dizer, onde o olhar instaura *soluções de continuidade* possíveis de engendramento de gestos profissionais. O olhar para Foucault é a “tentativa da arqueologia de escapar do estudo exclusivo da linguagem médica e o projeto de centrar o estudo no processo de produção de conhecimento da medicina e suas transformações.” (MACHADO, 2009, p. 107). A construção de um “olhar loquaz” – aquele olhar profundo que instiga, que quer fazer dizer o indizível, visibilizar o invisível. Enfim, produzir gestos prenhe de transformações, tendo essas duas atividades (olhar e a linguagem dita e não-dita) como motivos.

Entendemos que é através de problematizar o olhar e a linguagem que se situa o campo de compreensão das transformações do conhecimento médico e da desmedicalização da clínica. Melhor dizendo, se na medicina clássica, a linguagem teria uma primazia com relação ao olhar, tendo a nosologia como base classificatória e o método anátomo-clínico como direção; na medicina moderna, a situação parece se inverter, mas não de todo, segundo nossas reflexões. Na clínica moderna, mesmo que haja a necessidade de equivalência entre o olhar e a linguagem, há também um descompasso, pois, o olhar da classificação e da medicalização parece-nos ainda um império dentro do campo da Saúde Mental e da Psiquiatria.

Frente à *História da Loucura*, a percepção e o conhecimento foram problematizados em nível histórico, onde o segundo dizia respeito aos saberes (médicos) sobre a loucura, e o primeiro, assegurando o percurso institucional do louco ao longo de sua própria história. De forma diferente, na história do *Nascimento da Clínica*, Foucault (2008) propõe a análise do conhecimento médico com mais rigor. Ele reafirma a primazia ontológica do olhar sobre a linguagem, mas sem invalidações de um em relação ao outro. Ele propõe um projeto para a medicina moderna que, segundo seu entendimento, nasce a partir do “olhar médico”, construídos como normas em três polos. O primeiro, o polo do doente como um objeto olhado. O segundo, o polo do médico, o sujeito do olhar sobre o outro. O terceiro, a instituição dos saberes e práticas instituídas e que legitimaria socialmente a inter-relação entre o sujeito que olha e o objeto olhado (MACHADO, 2009; ROUDINESCO, 2007).

Aproveitamos dessa normatização foucaultiana para estendê-la ao campo da multidisciplinaridade para instigarmos e levantarmos os ingredientes exigidos para uma *Nova Clínica psiquiátrica* que espreitamos nesta tese. Velemos-nos desta contribuição, compreendendo o gesto profissional em Psiquiatria através da corporificação de um olhar heterodeterminado que direciona a observação, a percepção, o ver, o saber e o agir. Segundo Foucault, “O olhar que observa se abstém de intervir: é mudo e sem gestos. A observação nunca é do invisível, mas daquilo imediatamente visível e que nos remete a invisibilidades instituintes de novas descobertas sobre o indivíduo.” (FOUCAULT, 2008, p. 117). Assim, a leveza e a pureza do olhar estão intrinsecamente relacionadas a alguns silêncios estratégicos e constituintes deste posicionamento clínico e que requer uma escuta diferenciada do usuário e da situação de trabalho que se apresenta. Na clínica que defendemos, procuramos permitir que o sujeito nos diga a história que ele precisa dizer e não aquela que nós (terapeutas, médicos, etc.) precisamos saber para compor nossas decisões, nossos diagnósticos – uma espécie de catacrese (transgressão) da atividade.

Trata-se de uma atividade que escapa a qualquer tentativa de antecipação. Como se toda teoria escapasse frente a este encontro. Um olhar (no mínimo de desconforto) que instaura constrangimentos, restitui conflitos e *debates de normas* silenciosos - que tenta acessar o inacessível da verbalização, fazendo emergir e verbalização da experiência, segundo Schwartz (2010). Pois, de acordo com Corvisart (*apud* FOUCAULT, 2008, p. 118): “Como é raro este observador perfeito que sabe esperar, no silêncio da imaginação, na calma do espírito e antes de formar seu juízo, o relato de um sentido atualmente em exercício!” Sabemos que na Clínica, aquilo que se manifesta é aquilo que se fala, verbaliza, mas aquilo que não se fala, percebe-se em profundidade. O olhar clínico é aquele que “tem esta paradoxal

propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo.” (FOUCAULT, 2008, p. 118).

Para ampliar a discussão, Foucault propõe o leito do usuário como campo de investigação da clínica e de discursos científicos, a fim de “poder propor a cada um de nossos doentes um tratamento perfeitamente adaptado à sua doença e a si próprio, procuramos formar, de seu caso, uma ideia objetiva e completa [...]” (FOUCAULT, 2008, p. XII).

Uma situação que concordamos e ampliamos ao longo da tese. Para se permitir que o outro diga o que precisa dizer, é necessária uma atitude de humildade, paciência e técnica, uma forma de “falar sobre o pensamento dos outros, procurar dizer o que eles disseram é, tradicionalmente, fazer uma análise do significado [...]” (FOUCAULT, 2008, p. XIV). E, ao se fazer essa análise, estaremos no caminho da permissão da possibilidade de dizer, porém, tentando inverter a pergunta: “*O que você tem?*” para “*Onde lhe dói?*” E isso requer uma postura clínica,

[...] incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las, com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade **não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença...** (FOUCAULT, 2008, p. XVI, destaques nossos).

Foucault (2008) nos mostra em *O Nascimento da Clínica* que a clínica do século XVII não representa uma transformação da experiência médica, não era uma clínica produtora de conhecimento, mas sim classificatória, próxima da medicina clássica. Esta obra representa exatamente uma crítica a essa situação, pois a clínica é, ao contrário, uma forma de fundar um saber na percepção, que dizer, a partir da clínica, é o olhar que observa que produz novos conhecimentos.

Compreendemos que haja uma complementaridade entre nossos estudos sobre o gesto profissional em Psiquiatria e a filosofia de Michel Foucault. Recebemos essas contribuições e avançamos em nosso projeto ergológico, trazendo maior concretude para o pensamento clínico-filosófico foucaultiano. Em nossos estudos, partimos da insígnia foucaultiana de que a clínica é o encontro do médico com o doente e a instituição, mas com certeza não paramos por aí, pois a clínica que analisamos e (re)construímos não é feita exclusivamente por médicos. Valemo-nos da mesma confrontação, porém, propondo transformações em níveis mais epistemológicos do que arqueológicos no campo da Psiquiatria. Em termos práticos e iniciais, construímos uma análise triangular entre o médico psiquiatra, o portador de sofrimento mental e os outros trabalhadores – e avançamos na mobilização de saberes na

intenção de construirmos um *gesto profissional em Psiquiatria* que repense a autoridade e a alteridade dos discursos nas decisões a serem tomadas, reforçando e resgatando a clínica, considerando os riscos advindos dessa operação. Para realizar esta operação, escolhemos o campo da Saúde Mental de Betim, especificamente, o CAPS III/CERSAM Betim Central.

Ao se tomar partido do usuário, colocando-nos em seu *corpo-si*, isso nos remete ao encontro com *normas antecedentes* e normas que os trabalhadores se dão na atividade real – um tensionamento, uma coragem, uma sustentação teórico-técnica. Ou seja, uma postura de *desconforto intelectual*, mobilizando não somente o terceiro, mas os seis IGR's (*ingredientes de competência da atividade*) e posicionando-nos em nível de construção de *Dispositivos Dinâmicos a três Polos* (DD3P), segundo a Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), no campo da Psiquiatria.

O resultado é uma construção tripolar diferente e complementar da proposta foucaultiana. Partimos dos princípios do movimento da Antipsiquiatria em trazer a experiência de esquizofrenia em visibilidade, incluindo outras experiências de reformas, além desta postura metodológica da Ergologia. Ou seja, *A máquina de moer conceitos em Psiquiatria – os Dispositivos Ergopsiquiátricos* – que apresentaremos em breve. Porém, antes apresentamos um debate entre Canguilhem e Foucault, as experiências de reformas (a Antipsiquiatria; a Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e as *Terapêuticas Ativas*; a Psiquiatria Democrática e a Desinstitucionalização italiana), preparando melhor o terreno para esta construção.

4.1.1.2 A construção e contribuição do debate entre Canguilhem e Foucault

Canguilhem é um epistemólogo, cujas reflexões se aproximam e divergem de Foucault. Dizemos de uma inter-relação diferencial entre as “ciências da vida” e as “ciências do homem”. O assunto é complexo e tentaremos apresentar o cerne da questão. Em Foucault, não encontramos uma unidade metodológica como em Canguilhem.

A Arqueologia de Foucault apresenta-nos uma multiplicidade de definições, não exatamente a história de um conceito sobre a loucura em si. Antes, há uma mobilidade histórica instruída por pesquisas documentais, delimitando uma história do discurso. Ela é um processo, uma história de saberes em deslocamento de uma região do conhecimento (no caso a loucura) para outros campos do saber. Estabelece também inter-relações conceituais no nível do saber, sem privilegiar uma dada normatividade em busca de verdades científicas. Ou seja:

A riqueza da arqueologia é ser um instrumento capaz de refletir sobre as ciências do homem como saberes, neutralizando a questão de sua cientificidade e escapando do desafio impossível de realizar, nesse caso, uma recorrência histórica, como deveria fazer uma análise epistemológica. (MACHADO, 2009, p. 9).

Apresentamos um esboço de um *debate de normas* fecundo entre esses dois autores, a partir de meados do século XX, segundo Machado (2009) e Macherey (2010). Estamos nos referindo ao papel das normas na natureza e na sociedade. Ou seja, “por que a existência humana é confrontada com normas, de onde estas normas tiram seu poder e em que direção elas o orientam?” (MACHADO, 2009, p. 71). São perguntas que cabem aos dois pensadores e que as estendemos ao longo da tese.

Canguilhem vai nos explicar em sua obra que as normas são provenientes da vida, da experiência, que a vida é a busca por normatividades, enquanto Foucault se posiciona do lado da história, do estudo sobre as *normas antecedentes* da loucura. Resta-nos o envolvimento de uma e outra - experiência e história. Em seu projeto filosófico, Foucault substituiu a noção canguilhemiana de norma produzida pela vida por uma concepção de norma construída no tecido social e possível de normalização. “Ou seja, opunha uma normatividade social à normatividade biológica, uma arqueologia à fenomenologia.” (ROUDINESCO, 2007, p. 45).

A pergunta primordial - por qual razão o ser humano carece de normas para viver e qual a origem dessas normas em termos do poder que adquirem? Quer dizer, a vida vai se mostrar lá onde há o confronto com o erro, tornando-o evidente, e onde o ser humano vacila em suas limitações, fazendo a norma reaparecer com todo o seu poder sobre o outro e si mesmo. Ou seja:

[...] a vida só se deixa conhecer, e reconhecer, através dos erros da vida, em todos os seres vivos, revelam o caráter inacabado que lhe é constitutivo. **E é por isso que o poder das normas se afirma no momento em que ele tropeça**, quando eventualmente vacila diante destes limites que ele não pode ultrapassar e aos quais é assim reconduzido indefinidamente. (CANGUILHEM *apud* MACHEREY, 2010, p. 71, destaques nossos).

O foco seria, então, compreender o “doente” para além de sua identificação com a sua doença, importando o esforço que o mesmo faz para expressar sua experiência vivida e renormalizá-la. Os dois autores rompem com o positivismo do encontro com a biologia da coisa em si, porém rompem de formas diferenciadas.

O ponto central para Canguilhem é aquele do “ser vivo”, sujeito de uma experiência. Um vivente que carrega uma experiência de vida, de forma consciente e inconsciente. Em primeira instância, ele vai nos dizer que “o doente é um sujeito consciente que se esforça em

expressar o que sua experiência o faz sentir, declarando seu mal através da lição vivida, o que o liga ao médico.” (CANGUILHEM *apud* MACHEREY, 2010, p. 73). Segundo Roudinesco (2007), Canguilhem conseguiu revisitar a segunda parte de seu ensaio sobre o *Normal e o Patológico*, em 1963, fazendo grandes modificações, graças ao reconhecimento do livro de Foucault, *O Nascimento da Clínica*. Uma articulação que reforça e amplia o espaço-tempo que construímos de criação de novos dispositivos em Psiquiatria que apresentaremos.

Na segunda parte de sua obra, Canguilhem (1995) localiza a experiência nos limites e fronteiras do consciente, apontando o componente camuflado do vivido cotidiano do ser humano, as determinações do inconsciente na experiência e as normatividades sociais. Ele se opõe ao positivismo biologista da vida, dizendo que se as normas não são um dado todo objetivo. Conforme já abordamos, os fenômenos observados não são decorrentes de uma “normalidade estática”, mas de fenômenos dinâmicos de uma “normatividade” viva ao longo da vida, ou seja, fazendo-nos compreender que o ser humano é normativo por si próprio. É dentro desse raciocínio que ele define a experiência, diferenciando-se do pensamento foucaultiano:

Vê-se que o termo “experiência” encontra aqui um novo sentido: o de uma impulsão que tende a um resultado sem garantia alguma de que vai alcançá-lo ou manter-se nele; é o ser errático do vivo, sujeito a uma infinidade de experiências, o que, no caso do ser vivo humano, é a fonte positiva de todas suas **atividades**. (CANGUILHEM *apud* MACHEREY, 2010, p. 74, destaques nossos).

Foucault vai fazer diferente ao focar o percurso histórico da (re)criação de normas no sentido arqueológico, contribuindo para melhor corporificá-las, ampliando e esclarecendo as *normas antecedentes* da loucura. Segundo Macherey, em seu projeto arqueológico, Foucault: “É levado assim a proceder a uma “arqueologia” - o contrário de uma fenomenologia - das normas médicas vistas pelo lado do médico, e mesmo antes deste, pelo lado das instituições médicas, muito mais que pelo lado do doente.” (MACHEREY, 2010, p. 75).

Quer dizer, falta em Foucault, uma abordagem à experiência no sentido concreto do termo e que abordaremos por ocasião de nosso debate entre Georges Canguilhem, Yves Schwartz em torno da (in)disciplina da Antipsiquiatria. Trata-se de uma situação que determina um outro conceito para experiência. Pois, segundo Macherey com respeito a Foucault: “Não se trata mais de uma experiência do vivo, em todos os sentidos que esta expressão pode assumir, mas de uma experiência histórica, ao mesmo tempo anônima e coletiva, da qual se depreende a figura completamente desindividualizada da clínica.” (MACHEREY, 2010, p.76).

É na arqueologia foucaultiana que se encontra uma “ciência do homem”, a partir da história dos saberes de forma diferente dos percursos de Gaston Bachelard, Georges Canguilhem e Yves Schwartz. Partimos do pressuposto de que a arqueologia abandonaria a ciência como objeto premente, bem como o rigor de Canguilhem e a indisciplina da abordagem ergológica de Yves Schwartz de análise do conceito, para se ocupar do estudo de documentos afins ao esclarecimento do objeto histórico de pesquisa. Crítica esta que as Clínicas do Trabalho, em especial a Ergologia responde em nível de rigor e análise através da diferenciação entre campo epistêmico e disciplina ergológica. É dentro desses pressupostos que pretendemos promover a reabertura dos saberes que compõem a Psiquiatria ao longo de sua história, contextualizada e materializada no referido CAPS III/CERSAM Betim Central.

Ao analisarmos esses autores, compreendemos o significado da passagem de uma *epistême* à outra e as consequências daí decorrentes. Uma direção para compreendermos o lugar de origem da Psiquiatria e a busca por uma reconfiguração de seus saberes. A questão seria lançar as bases para a fabricação não de um novo conceito, mas para a mobilização de saberes que ressignificam esse campo do conhecimento de forma contextualizada em uma época específica. Uma maneira de repensar a loucura e a Psiquiatria de nossos tempos, a partir do *processo de engendramento de gestos profissionais*.

Assim, há que se considerar rupturas epistemológicas no aparecimento de novas disciplinas, novos saberes e novas práticas de controle da loucura. Nesse sentido, “podemos dizer que as condições históricas de possibilidade da psiquiatria são mais institucionais do que teóricas.” (MACHADO, 2009, p. 163). E isso determinando condições, percursos e possibilidades antecedentes e presentes. De modo que “É assim que a psiquiatria não é apenas uma nova teoria da loucura e uma nova prática de controle do louco: é a radicalização de um processo histórico.” (MACHADO, 2009, p. 164). Uma situação reconhecida por Canguilhem ao dizer que Foucault empreendeu uma visão radical da maneira psiquiátrica de pensar a loucura, propondo uma nova maneira de definir a norma como uma construção histórica, proveniente de uma normatividade social. Uma proposta decorrente da evidente separação entre razão e desrazão na história da loucura.

Frente a todo esse debate epistemológico, apresentamos as heranças de reformas em Psiquiatria que, de formas diversas e afins, influenciaram o percurso brasileiro – um debate que abordaremos em breve.

4.1.3 Heranças de Reformas Psiquiátricas - um debate de normas

No período pós-guerra, assistimos a uma movimentação em prol da Reforma Psiquiátrica contemporânea em várias partes do mundo. Todas elas, apresentando suas normas e *renormalizações* possíveis e parciais acerca dos *estilos* de críticas e questionamentos, bem como na construção de serviços alternativos e/ou substitutivos ao aparato manicomial. São reformas posteriores ao gesto de Philippe Pinel que, na época procurava romper, ora com a instituição asilar, ora com os saberes psiquiátricos instituídos e vigentes, instituindo o *Método Clínico* em Psiquiatria.

É dentro deste contexto que Amarante (1994; 1995) nos apresenta uma periodização das várias reformas mundiais, conforme a seguinte ordem. Reformas restritas ao ambiente hospitalar, asilar: a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas. A Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventivista, representando as reformas que promoviam uma conversa entre o hospital psiquiátrico e a comunidade. Finalmente, a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana que questionavam, radicalmente, o aparato manicomial, colocando em questão os saberes e poderes da Psiquiatria e do médico psiquiatra, apresentando propostas de criação de redes substitutivas.

Essa ordenação de reformas faz-nos confirmar a existência de Psiquiatrias e Reformas Psiquiátricas possíveis, restando-nos compreender em que nível essa interrogação atingiu, epistemologicamente, os saberes psiquiátricos. Situação esta que justifica e amplia o entendimento de nosso objeto de pesquisa – o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* – mobilizando essas experiências de reformas psiquiátricas em seus saberes e conceitos, porém de forma contextualizada a uma prática e em um dado território – em nosso caso, o campo da Saúde Mental de Betim, a partir do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Nos textos seguintes, apresentaremos os pontos centrais de três perspectivas de Reformas Psiquiátricas: a *Psicoterapia Institucional* e a *Psiquiatria de Setor francesa*, a *Psiquiatria Democrática* e a *Desinstitucionalização italiana* e a *Antipsiquiatria inglesa*. São reformas diferenciadas que mais reservam polêmicas e controvérsias do que convergências e que influenciam sobremaneira o modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esta tese traz de volta esse assunto, porém, resgata a Antipsiquiatria em sua complexidade, apresenta o percurso italiano em síntese e aprofunda no percurso francês. Segundo nossa compreensão do percurso de Minas Gerais, em especial Belo Horizonte e Betim, percebemos uma evidente influência dos dois percursos italianos e francês, mais do

primeiro do que do segundo, na constituição e funcionamento dos serviços abertos, não somente de forma discursiva, mas nas práticas de rede de Saúde Mental, visando prescindir do Hospital Psiquiátrico. Porém, em termos práticos, conforme percebemos no mestrado (SILVA, 2010) e em nossas análises do *trabalho real* na tese, verificamos um movimento de institucionalização do CAPS no lugar central de tratamento, não somente da crise, correndo o risco de centralização de saberes e poderes como fazia o antigo manicômio e ainda faz o hospital psiquiátrico.

4.1.3.1 A Antipsiquiatria – a experiência como uma matéria estrangeira contemporânea

Segundo nossas argumentações de tese, trata-se da quarta perspectiva teórico-metodológica de interrogação à Psiquiatria. Mesmo com a toda a evolução histórica do pensamento em Psiquiatria, dos processos saúde-doença mental, a situação de exclusão mantinha-se concretamente inalterada mundialmente do pós-guerra aos anos 70, salvo algumas tímidas iniciativas em algumas partes do mundo. A sociedade assistia de longe à cronificação da loucura em grandes hospícios. Ou seja, a instituição asilar cumpria um papel social de separação do louco da sociedade, mantendo-o internado, fechado por longos anos. Não era a crise de agitação psicomotora ou psicopatológica que determinava a duração, antes a crise cultural e econômica de improdutividade e inadequação do louco ao mundo capitalista.

Inconformados com essa situação, dentre outros movimentos contestadores desta institucionalização de saberes, surgem a *Psicoterapia Institucional*, na França; a *Psiquiatria Democrática de Desinstitucionalização*, na Itália e a Antipsiquiatria, na Inglaterra. Movimentos marcados cada um em seus *estilos* por uma crítica à hegemonia de todo saber-poder psiquiátrico e segregação da loucura.

Trazemos, de início, a Antipsiquiatria (COOPER, 1967; BOSSEUR, 1976; LAING, 1972) para o corpo desta tese por alguns motivos que apresentamos ao longo do texto. Por se tratar de um posicionamento crítico frente ao hibridismo da Psiquiatria, por ser um movimento radical em seus princípios, ambíguo e complexo em suas proposições, gerando diversas polêmicas quanto ao entendimento de suas premissas. Especialmente, por ela se aproximar de minha maneira de pensar e praticar a Psiquiatria não como um processo, mas como uma *práxis* contextualizada num tempo e espaço e informadora de gestos profissionais em Psiquiatria.

Neste sentido, apresentamos um ponto de vista argumentado, uma releitura desse movimento clássico no sentido de o ressignificarmos na tese. Para tal, dialogamos também

com um de nossos entrevistados na pesquisa, visando ampliar nosso debate e sustentar a concretude das polêmicas em torno desse termo.

Mas, o que é a Antipsiquiatria? Nascida na Inglaterra nos anos 60 de um suposto fracasso evidenciado na história da institucionalização de saberes em Psiquiatria (Clássica) e da Psicanálise. Frente ao seu projeto de aprofundamento em pontos de tensão acerca do hibridismo da Psiquiatria em seus saberes naturais e humanos, e de concepção de loucura, muitos questionamentos se fizeram em nível de antíteses em relação ao convencional, desvelando o embrião da Antipsiquiatria.

Ao primeiro olhar, confirmamos essa situação com a fala abaixo. Segundo o psiquiatra Marco Polo, o mais problemático desse termo seria a compreensão de que a Antipsiquiatria seria uma negação da Psiquiatria, inclusive no sentido de também negar a doença mental. Apresentamos seu ponto de vista argumentado:

Pois é, este termo Antipsiquiatria, eu passei muito tempo e ainda é pra mim uma referência da história da reforma né... eu ainda tenho o Laing e o Cooper assim na cabeça, a experiência deles... **a ideia de uma negação da psiquiatria no sentido de uma Antipsiquiatria**, não sei se eu consigo hoje fazer uma transposição pra isso hoje. Entende? **Não sei se eu penso uma Antipsiquiatria hoje... Eu penso numa possibilidade de uma outra psiquiatria... diferente da de dez anos atrás... diferente daqui a dez anos...**

Porque eu acho que a psiquiatria não precisaria de ser negada na essência dela, no sentido assim, negada como uma coisa também... um saber que foi forjado, entende? Ele não me parece um saber forjado, o saber psiquiátrico, ele é uma inspiração da sociedade... Pra nós foi transmitido de um jeito e depois vários textos repetiram esse jeito... **de que em algum momento essas pessoas disseram – ‘a psiquiatria não existe... porque a doença mental não existe’...** isso ficou... lá da minha residência. (Marco Polo, destaques nossos).

Como compreender melhor o radical anti da Antipsiquiatria? Cooper e Laing compartilham da mesma crítica à Psiquiatria Tradicional, porém, o segundo recusa a terminologia anti da Antipsiquiatria, dizendo que ela, a priori, parecia pejorativa, informando uma negação do que se deve ser, almejar – dar voz à loucura e ao louco em sua experiência de enlouquecimento. Para ele, o termo Psiquiatria conserva a respeitabilidade e a Psiquiatria Tradicional é um desrespeito – ela sim seria a negação dos princípios básicos da primeira – a Antipsiquiatria. Segundo Cooper (1967), não se trata de uma negação da Psiquiatria, nem da doença mental, ou do psiquiatra (apesar de presente esta confusão), mas de uma inversão de valores, de situações compartilhadas entre o observado e o observador, o terapeuta e o usuário, etc. Um *debate de normas* radical, uma postura que traz de volta a importância da fala do usuário, sua experiência de sofrimento mental e seu discurso. Uma recusa do desrespeito histórico ao doente mental.

A Antipsiquiatria se apresenta com uma revisão conceitual de “alienação mental” em resposta à sociedade, especificamente, a partir do conceito de esquizofrenia, visibilizando a carreira moral do esquizofrênico de forma inteligível – uma forma nada convencional de fazer clínica. O projeto realizado “foi dar uma olhada na pessoa rotulada como esquizofrênica, no seu contexto humano real e pesquisar como tal rótulo lhe foi colado, quem o colocou e o que isto significa, seja para os rotuladores, seja para o rotulado.” (COOPER, 1967, p. 10). Mas, o que nos parece é que esta olhada tenha sido bastante radical e assustadora ao propor a desconstrução de saberes estabilizados em Psiquiatria e de rótulos de doente mental.

Por outro lado, mostra-se como uma proposta de socialização da Psiquiatria no seu contexto histórico e fechado dentro de instituições. Para tal, ela propõe um enfoque crítico e aberto do que se entende por método científico que aqui ampliamos a discussão com a filosofia da vida de Canguilhem, a filosofia da Ergologia e o projeto filosófico-arqueológico de Michel Foucault.

Entre as diversas questões levantadas pela Antipsiquiatria, um amplo questionamento filosófico se faz presente – “será”?

Agora, eu acho que algumas posições como essa, me parece, eu não tenho muita certeza, que a Antipsiquiatria diz assim, será? Será que é tão fácil assim separar esses dois grupos... doentes e são, razão e loucura, será o quê que tá contando?... nós somos psiquiatras e sabemos que fazemos o diagnóstico por descrição... a gente junta os comportamentos e alguém, ou um livro diz assim, isso é esquizofrenia. (Marco Polo, destaques nossos).

Questiona-se as abstrações causalistas da esquizofrenia como uma suposta entidade nosológica onde se divergem opiniões entre anormalidades bioquímicas, infecções orgânicas, defeito estrutural do cérebro, traumas orgânicos, constituição genética e causação psíquica. Para Cooper, a esquizofrenia é uma *práxis* e não, exatamente, um processo psíquico e/ou orgânico no contexto da Continuidade Histórico-vital e fenomenológica de Jaspers (2006). Para Cooper “A esquizofrênica é uma situação de crise microsocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais [...]” (COOPER, 1967, p. 17).

Um movimento de contestação dos mitos da doença mental, dos conceitos tradicionais de normal/anormal, louco/não-louco, razão/loucura. Tem como raízes, a Metapsicologia, a filosofia Fenomenológico-Existencial, a Pragmática da comunicação humana, a revolução do pensamento freudiano, a filosofia de Foucault, o movimento surrealista das artes e da literatura. Ou seja, de Freud a Reich, de Foucault a Lacan, de Kierkegaard a Sartre (BOSSEUR, 1976).

Trata-se de um termo cunhado por David Cooper em 1970, constituindo-se como um método e/ou uma interrogação epistemológica aos saberes tradicionais da *Psiquiatria Clássica*. Um exemplo de movimento nascido na crise da Psiquiatria do pós-guerra. Surgiu, denunciando a fragmentação da doença, a invalidação do discurso do louco e o não-reconhecimento de sua *experiência* de enlouquecimento. É nesse ponto também que compreendemos não se tratar de uma negação da Psiquiatria, mas de uma radicalidade, de uma inversão de valores, uma subversão em sua maneira indisciplinar e polêmica de repensar a Psiquiatria, a doença, a família, a sociedade, as estruturas e os dispositivos de tratamento.

Corremos o risco de, na tentativa de esclarecer a ambiguidade necessária do termo, problematizarmos ainda mais o conceito. A Antipsiquiatria seria a antítese da Psiquiatria tradicional? Ou uma nova Psiquiatria? Em sendo uma nova Psiquiatria, ela correria o risco de se tornar uma Psiquiatria Tradicional, institucionalizada?

São questões levantadas por Barreto (1999) e que compartilhamos e ampliamos, compreendendo a Antipsiquiatria como uma postura de *desconforto intelectual* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) dentro desse campo do conhecimento. É a Psiquiatria Tradicional ou toda e qualquer Psiquiatria que se opõe a ela? Ela está dentro ou fora da Psiquiatria? Segundo Barreto, a “Psiquiatria é nossa práxis e a teoria que a sustenta. E antipsiquiatria é o permanente desafio crítico que existe (ou não existe) dentro de nós.” (BARRETO, 1999, p. 96). Neste sentido, compreendemos a Antipsiquiatria como uma postura crítica frente às coisas do mundo, à Psiquiatria institucionalizada em determinado espaço-tempo. Segundo Bosseur, se “A psiquiatria vacila perigosamente em seus alicerces; só pode afirmar-se doravante caso se converta numa antipsiquiatria.” (BOSSEUR, 1976, p. 21). Da mesma forma crítica: “uma nova psiquiatria, qualquer que seja ela, terá que abrir espaço, em seu bojo, para aquilo que será seu questionador impiedoso e imperecível. Ou se faça isto, ou nada então será mudado.” (BARRETO, 1999, p. 96).

A Antipsiquiatria apresenta um ponto de vista polêmico com respeito à ciência, alegando que ela tem sido edificada num processo de coisificação do humano, excluindo a subjetividade em busca de uma objetividade dos fenômenos em experimentações. A crítica recai sobre as ciências naturais em oposição às ciências do homem como sendo modelos, objetos e eventos submetidos a um determinismo mecanicista, tentando objetivar a manifestação subjetiva da esquizofrenia. A ciência natural se fundamenta numa criteriosa observação do fenômeno. Neste sentido, os objetos são apreendidos do exterior por um dado *observador impiedoso* que não se perturba em sua observação, nem tampouco perturba o outro ou é perturbado por este. Enquanto nas ciências naturais esta relação é contínua, nas

ciências humanas, esta mesma relação é descontínua. O contexto científico-natural mostra-se de forma inapropriada para acessar o campo discursivo das ciências humanas, principalmente o campo da Psiquiatria, pois estas requerem uma interação pessoal diferente onde a “Perturbação recíproca entre o observador e o observado é não só inevitável em todos casos, mas é esta perturbação recíproca que suscita os fatos primários em que a teoria se baseia, e não as entidades pessoais perturbadas ou perturbadoras.” (COOPER, 1967, p. 19).

E isso, lembrando que a criação de novas teorias neste campo não é um apriori somente do projeto da Antipsiquiatria.

De outra forma, as ciências naturais requerem uma *racionalidade analítica*, uma lógica de exterioridade que exclui a interioridade do sujeito, onde reina a passividade bilateral nesta relação. Por outro lado, se quisermos compreender essa mediação exterior/interior, ou melhor se o projeto é descobrir a inteligibilidade do comportamento do portador de sofrimento mental, necessita-se não somente de uma certa técnica descritiva, mas também de uma *racionalidade dialética*. Ou seja, dizemos do funcionamento real desse sujeito no mundo, assegurando a busca pela inteligibilidade do discurso da loucura. A dialética não como um princípio epistemológico, mas uma ontologia – uma vontade de conhecimento sobre o outro. Um método de conhecer, um movimento dentro do objeto em questão e que não é um processo, antes uma *práxis*, onde a ação humana é vista como uma interação de produtos sociais e o ato, uma intenção nesta relação. E o gesto profissional, uma resultante de todo esse processo na atividade. É dentro deste viés que colocamos em evidência a análise crítica de minha própria experiência de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria apresentados na última parte da tese.

A Antipsiquiatria questiona os fundamentos da Psiquiatria como uma ciência médica. Ela não propunha, a priori, uma nova terapêutica, uma nova explicação da loucura, uma nova etiologia, mas assegurava um lugar de importância para o louco e sua experiência de sofrimento em sua história. Quer dizer, nenhum indivíduo é inteiramente louco, nem tampouco inteiramente normal, mas a loucura é uma experiência próxima de qualquer estado de normalidade.

Para alguns autores que defendem esse princípio antipsiquiátrico (BOSSEUR, 1976; COOPER, 1967; DE LA HAYE, 2010; LAING, 1972), o gesto de Pinel se não contribuiu para romper com os muros do hospício, também não proporcionou, de fato, a liberdade de vir e vir do usuário, nem mesmo retirou a loucura da estigmatização, mas anunciou a possibilidade do nascimento de uma *Psiquiatria Clínica*, mais humana e subjetiva – uma situação de análise recorrente na tese.

Em termos de princípios, a Antipsiquiatria ultrapassa o campo da Psiquiatria, anunciando uma nova postura de vida pessoal e íntima, de casal, de família, de educação (antiescolas, antiuniversidades, etc.), de vida sociocultural e política. Interroga a nossa cultura e a experiência humana, a visão que temos do mundo, um movimento de “contracultura” na cultura psiquiátrica. A Antipsiquiatria focou a experiência de enlouquecimento esquizofrênico, ou seja, a importância capital no sentido de ser ela um termo conotativo daquilo que sentimos, sofremos e provamos em nós mesmos. Uma forma singular de vivenciar a esquizofrenia, por exemplo. Uma maneira de sentir nosso comportamento no corpo, no (in)consciente, na alma (o *corpo-si* psiquiátrico do sujeito na vertente ergológica), ou seja, a dialética do comportamento só pode ser a manifestação de minha experiência, de meu *ser-no-mundo* em relação com outras formas de ser – *a interexperiência*. Podemos dizer que os antipsiquiatras visam dar um sentido à esquizofrenia, compreendendo-a como um sintoma “na acepção em que a psicanálise o entende atualmente, isto é, um pedido de socorro, um grito, uma queixa que a pessoa emite quando a situação de ser-no-mundo se tornou insuportável.” (BOSSEUR, 1976, p. 45). Para esses autores, somos seres humanos potencialmente dotados de esquizofrenia. Neste sentido, o médico, o terapeuta deveria interrogar-se sobre o seu sofrimento mental, a sua *esquizofrenia* para melhor compreender a *esquizofrenia* do outro. “O doente não é um ser-em-si ou um ser-para-outrem; é também um ser-para-si, isto é, um ser subjetivo, dotado de vida interior, em nada diferente de nós. Portanto, não podemos fazer distinção fundamental, quanto ao ser, entre o esquizofrênico e nós.” (BOSSEUR, 1976, p. 33).

Neste sentido, a Antipsiquiatria quer tornar inteligível e positivar a experiência da esquizofrenia do usuário consigo mesmo, na família e na sociedade. Por isso, ser ela chamada de *Ciência das Pessoas*, do esquizofrênico em seu meio ambiente familiar e social. Assim, ela estaria fazendo uma crítica à *Demência Precoce* proposta por Kraepelin que contribuiria para estigmatizar ainda mais o usuário na vida social e familiar. Propõe a inclusão da família como uma estrutura dinâmica, fazendo parte do adoecimento mental e objetivando a quebra da ininteligibilidade espalhada da loucura como um processo de adoecimento sem voltas. Ou seja: “Do ponto de vista da Psiquiatria Clássica, como em toda explicação genética ou psicopatológica, a esquizofrenia é considerada um processo.” (BOSSEUR, 1976, p. 98). E como tornar inteligível em termos de *práxis*, aquilo que é visto como *processo*? Este é o principal desafio posto pela Antipsiquiatria e que traz um valor de difícil entendimento, inclusive para as famílias. A *práxis* é vinculada à inteligibilidade, resultado de uma vontade de saber, fazer, explicar, compreender, situar, contextualizar uma intenção, de um projeto

consciente ou inconsciente. “É possível, ao termo de uma análise, tornar inteligível um processo, isto é, pôr em evidência uma práxis onde, aparentemente, ela não existia.” (BOSSEUR, 1976, p. 98). Tornar a manifestação esquizofrênica como uma *práxis* no seio da família e no curso da evolução do tratamento.

Ao reclamar o direito à palavra, à diferença, à existência, à expressão da subjetividade, recusando a segregação, a rotulação e a estigmatização do louco, ela estaria denunciando a internação em hospícios, alegando que os usuários são “Vítimas de uma violência perpetrada contra eles pela sociedade, da qual a psiquiatria é cúmplice. E rótulos como os de “esquizofrênicos” ou “doença mental” são, por vezes, mais eficazes que os muros de um manicômio.” (BOSSEUR, 1976, p. 22).

A Antipsiquiatria desvela seu radicalismo à Psiquiatria (e que carece de maior relativização, segundo nosso entendimento), apresentando um *debate de normas* frente à violência, uma vez que “A psiquiatria é, pois, violência, não violência física, corporal, mas psíquica; desdobramento da família, exclui todo aquele que não se conforma às normas. A Psiquiatria consolida a ditadura da norma.” (BOSSEUR, 1976, p. 93). Um posicionamento crítico argumentado da seguinte forma:

Acima de tudo, preocupei-me com a questão da violência na Psiquiatria e concluí que, talvez, **a mais chocante forma de violência em psiquiatria é nada menos do que a violência da psiquiatria**, na medida em que esta disciplina escolhe refratar e condensar sobre os pacientes que ela identifica a violência sutil da sociedade e que, com demasiada frequência, representa para e contra esses pacientes. Imaginei uma futura unidade experimental, em que o trabalho baseado nesta compreensão possa ser desenvolvido. (COOPER, 1967, p. 13, destaques nossos).

Contra essa violência, a Antipsiquiatria se mostra como uma tentativa de (re)introdução da filosofia no campo da Psiquiatria, reformulando o *ser-no-mundo* do homem, rompendo com as fronteiras entre a doença, o doente e o trabalhador-terapeuta, incluindo o usuário na cena de seu próprio adoecimento e ajudando-o a fazer essa passagem *regressão-renascimento* de sua vivência de mundo. Uma situação que também evidenciamos em sua postura de querer introduzir uma forma *romanesca* no discurso científico. Uma narrativa literária de dar voz ao esquizofrênico, ao delirante, “a todos aqueles cujo discurso a psiquiatria se empenha em invalidar.” (BOSSEUR, 1976, p. 14). Ela visa restituir a posição de sujeitos falantes e para isto, “empresta-lhe primeiro sua voz, a fim de que possam ser ouvidos num mundo onde os meios de comunicação se encontram nas mãos de uma minoria, onde a produção ideológica está rigorosamente confinada a instituições [...]” (BOSSEUR, 1976, p. 14). Aos antipsiquiatras, importa a tentativa de criação de uma outra linguagem de

comunicação estreita entre usuário-terapeuta. Um questionamento também ao mundo para se criar novos métodos que permitisse a melhor apreensão do fenômeno da loucura, recebendo a importante e essencial contribuição da Psicopatologia, segundo Jaspers (2006).

Ainda contrário a esta violência, propõe uma revolução psiquiátrica, concretamente, na histórica criação do *Pavilhão 21* (COOPER, 1967; BOSSEUR, 1976) dentro de um hospital psiquiátrico em Londres em 1962. Neste pavilhão, a ordem era a inversão de papéis, a fim de quebrar a rigidez de lugares e funções. Para compreender o que se passava com os usuários, era necessário compreender o comportamento dos trabalhadores. Existia uma equipe de trabalhadores e os usuários eram protagonistas do tratamento, definindo e participando das decisões. A lógica era tentar romper com a violência institucional imposta aos usuários, valorizando a atividade terapêutica para fora da instituição. Não se tratava de cuidar da instituição para cuidar do usuário, por isso a ruptura com a Psicoterapia Institucional francesa que continuava depositando a fé no hospital psiquiátrico (BERNIER, 2013). Uma revolução que, ao longo do tempo, tomou um rumo em direção ao fora da instituição. Assim, foram criados os lares de acolhimento na comunidade que continuavam a denunciar a imposição e o imperialismo da norma psiquiátrica.

4.1.3 Debatendo e abrindo possibilidades

Depois desta apresentação, há que se fazer algumas ponderações que não pretendemos desenvolver em profundidade, uma vez que desfocaria nosso objeto central da tese, solicitando maior aprofundamento – o que não nos impede de fazê-lo em outros momentos. Referimos a um *debate de normas* entre a Antipsiquiatria, as Clínicas do Trabalho (em especial a filosofia do trabalho da Ergologia) e a epistemologia e filosofia da vida de Canguilhem (1995), no que diz respeito à introdução de um projeto filosófico que visa contrapor a institucionalização dos saberes em Psiquiatria pelo viés da valorização da experiência de enlouquecimento. Não desconsideramos o legado normativo-filosófico-arqueológico e discursivo de Foucault, até porque, conforme apresentamos acima, a sua maior contribuição na tese não reside, exatamente, no campo de estudo e interrogação à experiência concreta e material de sofrimento mental, mas na história da institucionalização dos saberes em Psiquiatria (MACHADO, 2009).

Reforçamos a importância da filosofia de Foucault para o campo da Psiquiatria, inspirando a contestação de práticas asilares no mundo (DOSSE, 2007), como por exemplo, o movimento de maio de 1968 e o interesse que ela suscitava ao movimento de antipsiquiatras

anglo-saxões como Ronald Laing e David Cooper, inclusive para o caso da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Defendemos a Antipsiquiatria com algumas reservas importantes de percurso. Em primeira ordem, ela constata que seus representantes eram, em sua maioria, “psiquiatras que deixaram de ser e comportar como psiquiatras e se dedicaram a abater, a demolir os compartimentos, os muros e as categorias que sustentam o corpo da nossa razão.” (BOSSEUR, 1976, p. 14). Compreendemos a crítica, mas não concordamos de todo. Não se trata de perder a identidade profissional de psiquiatra, antes de vestir nesta categoria profissional, assim como em outras, uma outra roupa, a fim de se valer dela de forma diferente – uma postura de desconforto, de desafio à Psiquiatria e a si mesmo, visando romper com a estabilização de saberes e conceitos neste campo do conhecimento. Ou seja:

Sim... eu não sou tão psiquiatra assim que eu não posso escutar uma antipsiquiatria. **Se eu sou psiquiatra de verdade, o antipsiquiatra está dentro de mim.** Porque ele é o tempo inteiro... na essência, um psiquiatra é um antipsiquiatra... porque ele fica o tempo inteiro fazendo contratoque... Ele teria que balizar, relativizar um pouco a radicalidade da razão com a desrazão. (Marco Polo, destaques nossos).

Também discordamos da ideia de que “os preconceitos do grande público a respeito da loucura são amiúde compartilhados e homologados pelos psiquiatras.” (BOSSEUR, 1976, p. 34). Carecemos de outras pesquisas para melhor traduzir essas constatações da Antipsiquiatria, tendo em vista que no mestrado, compreendi outros mecanismos vindos de outros trabalhadores que não psiquiatras. Quer dizer, o movimento maior de centralização do psiquiatra e da Psiquiatria nos CAPS não vem desta categorial profissional, mas sim dos processos de trabalho centralizantes. Situação esta que nos faz desconfiar que a Antipsiquiatria tenha caminhado com seu projeto de forma muito centrada no psiquiatra. A questão seria, então, compreendermos o porquê dessa experiência não ter se proliferado na contemporaneidade, uma vez que se trata de um movimento importante de desconstrução de práticas tradicionais afim ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Então, eu acho que talvez seja isso assim... eu acho que todas essas pessoas que fizeram vários movimentos... comunidades terapêuticas, psiquiatria de setor... eu acho que todos eles interrogam o jeito de fazer de um lado... um jeito, **mas todos têm por meta, dar uma olhada na psiquiatria... e talvez essa olhada da antipsiquiatria tenha sido radical... não que seja ruim... eu não acho que seja ruim de jeito nenhum**, eu não temo a radicalidade, nem acho, por exemplo, que isso nos ameça em nenhum sentido assim... **eu fico é pensando por que que isto não acabou proliferando mais?** Por que que essas ideias elas não conseguiram campo naquele espaço discursivo daquela época porque... a gente tem que pensar nas emergências de discursos, **por que que algumas ideias conseguem ir pra frente e outras não?** (Marco Polo, destaques nossos).

São questões que não pretendemos, nem conseguiríamos, responder nesta tese, mas que se mostram bastante próximas de nosso contexto de pesquisa, uma vez que a formatação clínico-estrutural da reforma brasileira não incluiu em seu debate prático e concreto, este movimento. Quer dizer:

Por que será que isso terminou do jeito que eu falei? **Por que que isso... que deve ter sido uma experiência riquíssima... por que isso não rendeu, por exemplo, a mesma coisa que a experiência de Basaglia?**¹¹² E quase todo mundo fala com muita propriedade, assim, foi muito mais difundido tanto que a reforma brasileira [...] ela vem de Trieste. (Marco Polo, destaques nossos)

Talvez também, pelo fato da Antipsiquiatria não ter sido tão “desinteressante do ponto de vista discursivo pra que isso continuasse a dar frutos, entende...? Porque eu imagino que nós precisamos muito de ideias mais radicais às vezes pra lidar com as coisas [...]” (Marco Polo). Outra questão seria a dificuldade e o medo dos trabalhadores, em especial alguns psiquiatras, em acatá-la, tendo em vista a radicalidade e subversão de seus postulados, problematizando a Psiquiatria.

Porque esses é que têm sido assim os problemas da psiquiatria. **Ela custou muito a ganhar prestígio social e qualquer coisa que venha a dizer, ‘eu não tenho certeza’, os psiquiatras medrosos vão morrer de medo**, por que eles estão escorados em premissas **muito mais ou menos**. Então, o quê que acontece, a gente tem que aguentar esse mais ou menos, porque ele não é um demérito, ele não é pouco... Um saber mais ou menos é um saber que se relativiza... um saber mais ou menos é um saber que aguenta um tremor sem derrubar. É o saber que se permite o balanço [...] (Marco Polo, destaques nossos).

Compreendemos a importância da Antipsiquiatria, inclusive por ela gerar medo, o que traduzimos como o desconforto necessário para o advento da novidade. E isso requer que vejamos o que o outro está dizendo e “a agente não pode ter medo se a gente tem como meta ajudar as pessoas com sofrimento mental. Acho que cabe a nós uma boa dose de humildade. Nós estamos diante de uma coisa muito difícil... muito complexa [...]” (Marco Polo).

Compreendemos a Antipsiquiatria como uma postura informadora de *gestos profissionais em Psiquiatria* na medida em que sua atividade central seja a denúncia e a desmistificação do saber-poder psiquiátrico e seu movimento seja a tentativa de não permitir a institucionalização de qualquer conceito em seu percurso, nem a estabilização de qualquer saber de forma hegemônica. E isso não nos parece um debate aceito por todos os trabalhadores, nem mesmo do CAPS III/CERSAM Betim Central.

¹¹² As reflexões de Passos (2008) ampliam e desmistifica a compreensão dessas hipóteses.

Contra isso tudo que está estabilizado como discurso... eu acho que todo saber, eu vou usar o termo subversivo, num sentido muito positivo... **que subverta o que a gente tá fazendo no sentido de fazer a gente refletir o lugar que a gente está, ele é benvindo nesse campo...** que é um campo que tende a se militarizar muito fácil... e a se auto organizar com muita violência, um campo que logo ele se organiza, estabiliza de novo [...] (Marco Polo, destaques nossos).

Neste sentido, compreendemos que trazer de volta a Antipsiquiatria só pode ser um gesto profissional importante neste momento atual da Reforma Psiquiátrica brasileira na medida em que ela questiona não só a invisibilidade da experiência do louco, mas os processos de trabalho, o discurso científico sobre a loucura, a dificuldade dos trabalhadores em aceitarem esse debate, inclusive, “seria muito surpreendente se a psiquiatria gostasse da antipsiquiatria.” (Marco Polo). Um gesto de grande teor de *renormalização*, de “desdramatização” da esquizofrenia e “desmedicalização” da Psiquiatria (BOSSEUR, 1976, p. 176) e que visa derrubar uma barreira entre o normal e o patológico, a razão e a desrazão. Porém, corremos o risco de somente positivar esse gesto, sem verificar e melhor compreender o engendramento de outras variáveis constituintes no curso da história na (Anti)Psiquiatria – o que não se esgota nesta tese.

O assunto é polêmico e extenso, antes anunciamos o debate. Nesta interseção, qual seria o valor da fala do usuário para o discurso da ciência na filosofia da vida de Canguilhem, para a filosofia da Antipsiquiatria e para as Clínicas do Trabalho? De início, dizemos que são filosofias afins ao projeto de (im)posturas e de (re)aberturas de elementos já trabalhados e estabilizados em nível de *matéria estrangeira*, visando ao questionamento da Psiquiatria institucionalizada em qualquer tempo e espaço. Uma postura crítica à Psiquiatria que se questiona em seu objeto e que cabe muito bem à Reforma Psiquiátrica e ao SUS brasileiro.

Melhor seria trazer de volta a filosofia da vida de Canguilhem (1995) e compreender a Antipsiquiatria como uma postura epistemológica dentro dessa linhagem de problematização de *saberes instituídos*. Ou melhor, um problema, um obstáculo, um desconforto dentro do campo da Psiquiatria, a partir do conceito de *experiência* do portador de sofrimento mental, não somente do esquizofrênico, em relação aos *saberes instituídos* da mesma. A questão seria *valorizar a vivência do adoecimento do corpo e a verbalização do usuário*, promovendo a inversão de valores, a importância de sentidos dessa experiência, sem negar o percurso histórico biopsicossocial da Psiquiatria. Um convite à inversão epistemológica para melhor compreender o texto e o contexto do usuário. Quer dizer, a regra seria comunicar e relacionar com o usuário, vivenciar a *interexperiência*. Para entender o outro, é preciso que ele nos comunique a sua experiência, como ele a vivencia interiormente, suportando os rótulos e

estigmas vindo de fora. É neste sentido que a experiência renasce forte como *matéria estrangeira*, pois estaremos promovendo uma reabertura de problemas que, aparentemente, estejam resolvidos, cristalizados e consolidados neste campo do conhecimento e dentro de um espaço-tempo concreto da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica brasileira - no caso de Betim, a partir do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Convocamos todos os nossos debates teóricos estabelecidos até o presente momento na tese e compreendemos a existência, a priori, de dois projetos filosóficos para o campo da Psiquiatria. Em primeira ordem, sabemos que Canguilhem (1995) não só parece sugerir, como confirma a necessária conexão da Psiquiatria com a filosofia (melhor dizendo, a sua própria forma de pensar a filosofia da vida) pelo intermédio da Psicologia como forma de tornar mais inteligível seu intento – o de explicar o normal e o patológico pelo âmbito da psiquê humana. E isso seria uma forma de se promover o avanço epistemológico da Psiquiatria. Por outro lado, a Antipsiquiatria se considera uma filosofia no interior da Psiquiatria (BOSSEUR, 1976). Quer dizer, estamos dizendo de duas filosofias como formas de interrogação e (re)abertura da Psiquiatria – a filosofia da vida de Canguilhem e a Antipsiquiatria. A questão inicial é diferenciar qual filosofia se trata e suas formas de operar neste contexto.

Esclarecendo melhor, por um lado, frente ao questionamento da produção de verdades absolutas no campo das ciências, reabrem-se portas para se repensar a filosofia da vida de Canguilhem, aqui já apresentada e que carece de maiores aprofundamentos em outros momentos, porém a consideramos como um projeto arrojado e eficaz para se promover avanços epistemológicos no campo do saber em Psiquiatria.

Por outra via, encontramos a Antipsiquiatria como uma filosofia no percurso da Psiquiatria, mas qual seria esta filosofia? Segundo nosso entendimento, uma filosofia em construção, a partir da junção reflexiva das matérias constituintes de suas raízes inspiradoras anunciadas acima. Uma filosofia atípica que parte da voz do usuário e da experiência do tempo vivido e sentido da doença no corpo e na alma. Que nasce de uma crítica à imposição e estabilização de saberes (*instituídos*), considerando a importância dos *saberes investidos* na experiência de vivenciar a esquizofrenia, incluindo a família no conflito do adoecimento e que problematiza os lugares de tratamento e o trabalho multidisciplinar. Uma filosofia que não se preza pelo rigor científico, de experimentação anatomopatológica como as pesquisas no campo das ciências médicas, analisadas por Canguilhem (1995). No campo da Psiquiatria, essa situação se complica, uma vez que se trata de um campo onde os debates são, em sua maioria, no campo psi, onde não há coincidência de um substrato orgânico de causalidade para a doença mental, nem há uma unidade ideológica de compreensão do adoecimento e das

políticas de Saúde Mental. Assim, o caminho seria fazer reinterrogar o conceito de normalidade e anormalidade na (Anti)Psiquiatria como forma de aprofundamento da questão. Seria uma conformidade ou uma contestação da norma?

Compreendemos que entre essas duas filosofias haja uma afinidade importante de postura filosófico-epistemológica crítica frente à institucionalização de saberes, porém há diferenças essenciais de princípios. O que está em jogo é o entendimento de filosofia. Se filosofia é esta postura rigorosa de pensar sobre a produção de conhecimento, de início a Antipsiquiatria seria desqualificada. Agora, se filosofia for esta perspectiva problematizadora do conhecimento produzido, instituído, cristalizado, elas se mostram bastante complementares. Não vamos pensar que por elas terem essa postura crítica de questionar os *saberes instituídos* e cristalizados, que elas são de todo complementares e se conversam. Vejamos - o que uma anuncia, a importância da experiência, a outra desenvolve de forma mais evidente, radical, material, concreta e assim por diante. Vale anunciar que em nosso processo de conferir importância à Reforma Psiquiátrica brasileira, a Antipsiquiatria é um e não o exemplo, conforme avançaremos em outras linhagens. Em termos mais gerais, sabemos que a epistemologia e filosofia da vida de Canguilhem (1995) posicionam-se de forma crítica ao pragmatismo e ao empirismo que se mostra presente na Antipsiquiatria. É dentro desse sentido que resgatamos e ampliamos aqui esse debate, mas não finalizamos nesta tese.

Esclarecendo melhor essa diferença, Canguilhem (1995) convoca-nos ao rigor científico das pesquisas em ciências naturais e humanas, valorizando a experiência do doente. Com relação às primeiras, prima-se pelo grau de objetividade, de protocolos que podem ser experimentados de forma a-histórica e atemporal, onde se considera a experiência da doença e sua contribuição junto ao saber médico, que tem o conhecimento do conceito de doenças. Em termos amplos, trata-se de uma postura filosófico-epistemológica de herança francesa, onde o conceito e a experiência caminham de mãos dadas em qualquer projeto de transformação.

Ele ultrapassa o empirismo, preocupando-se com o rigor conceitual e concorda em partes com os questionamentos, os problemas e as reflexões nesta interface natural-humano. Nunca é abstrato puramente que não precisa conversar com o empírico e nunca é empírico demais que não requeira um trabalho conceitual. É um jogo entre experiência e conceito. Quer dizer, ter experiência não é conhecer e conhecer não se faz sem ter experiência. Para Canguilhem, nunca a experiência pode ser abandonada, mas ela nunca vai ser levada à últimas consequências, como o fez a Antipsiquiatria, uma vez que, para ele, a experiência é limitada e devemos duvidar da mesma, chamando de volta o rigor da pesquisa científica.

Em Canguilhem, sempre vai ter uma teoria em reflexão e constituição, além de que os aspectos anatomopatológicos são evidentes em seu posicionamento no campo da medicina. Diferente posicionamento encontramos no campo da Psiquiatria e da Antipsiquiatria. Uma situação que nos traz mais complexidades ainda, uma vez que as engrenagens neste campo são psíquicas, mentais e comportamentais em sua grande maioria. Fazemos alusão à *dupla antecipação* da Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; SCHWARTZ, 2010), ou seja, a primeira seria a tentativa de prever os acontecimentos, singulares e coletivos, a partir dos conhecimentos sobre o ser humano, o estudo de nosologias e outros procedimentos em *desaderência*. A segunda, as dramáticas internas do processo de adoecimento ergológico do *corpo-si* do usuário aqui e agora (e do trabalhador) inserido na atividade psiquiátrica.

Sabemos que dentro das Clínicas do Trabalho, a Ergologia se diferencia por apresentar um debate filosófico-epistemológico no campo do trabalho. E isso, segundo nosso entendimento, recebe grande influência da filosofia da vida de Canguilhem que, ao questionar as verdades absolutas e cristalizadas no campo das ciências da vida, abre espaços para novas posturas no campo do trabalho. O resultado essencial dessa conversa é a própria postura epistemológica da Ergologia, inclusive na criação de *dispositivos dinâmicos tripolares*, a priori, de contra-poder, como por exemplo, o próprio *Dispositivo Dinâmico a três Polos* (DD3P), o triângulo da atividade (atividade, valor e saber) e aquele da sociedade mercantil de direitos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). É dentro desse desconforto que compreendemos a Ergologia como uma terceira filosofia para o campo da Psiquiatria. Neste sentido, inicialmente, o nosso convite é analisarmos a produção de normas no campo da Psiquiatria a exemplo do projeto de *L'expérience des normes*, segundo Durrive (2015). O resultado desse debate todo será a proposição, em forma de hipóteses, de novos dispositivos tripolares e que apresentaremos logo em seguida à apresentação de outras experiências de reformas psiquiátricas.

4.1.3.1 A perspectiva Basagliana em síntese

A Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana parte efetivamente da constatação dos maus tratos que a instituição psiquiátrica hospitalar por si só oferecia, secularmente, aos loucos. Ela tem como expoente principal, Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra e neurologista italiano, um homem inquieto em sua época, um sujeito de ação, de menos um profissional do conceito. O *projeto-ação* que apresentamos não se trata de uma idealização

administrativa, nem ideologizada somente, conforme nos explica Amarante (1994; 1995) e Passos (2009), mas político-psiquiátrica e clínica.

Contrário às ideias de Tosquelles (2006; 2009; 2012) de cuidar da instituição para tratar o usuário, Basaglia dizia que o hospital psiquiátrico é uma instituição sem cura - que não carece de cuidados, mas sim de um fim. Situação esta que marca toda a diferença entre esses dois percursos. Inclusive, segundo Passos (2009), há que se desmistificar a ideia de que o modelo italiano não teria sido clínico (mas sim político) e que, inversamente, o francês tivesse uma composição mais clínica do que política, antimanicomial. Uma argumentação falaciosa e que merece maior investigação, inclusive a partir das reflexões de Coupechoux (2006) sobre o percurso francês.

Assim, se os italianos propuseram a eliminação do hospital psiquiátrico, eles o fizeram dentro de um panorama sociocultural oportuno no país, em especial, em Trieste e algumas outras cidades, de proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, a partir da Lei nº 180 de 1978. A tradição italiana consiste em construir com e a partir da sociedade, não somente novos serviços, mas um novo *estilo* de se relacionar com a loucura. Ou seja:

O grande desafio desse outro processo é saber até que ponto essas estruturas substitutivas rompem efetivamente com a psiquiatrização dos problemas sociais e da população. Essa questão passa, sem dúvida, pela capacidade da população concernida de operar uma mudança em seus valores e em suas relações sociais fundamentais. Mas, passa, igualmente, pela postura, se mais ou menos psiquiatrizante, da própria equipe do serviço, pois trata-se de um serviço psiquiátrico. (PASSOS, 2009, p. 143, destaques nossos).

Nesta direção, novas práticas e conceitos são mobilizados, inclusive aquele de *território*, construído a partir dessa contextualização entre o serviço, o usuário e a sociedade. Um conceito que perpassa a ousadia italiana de (des)construção de políticas e criação de serviços substitutivos em rede inseridos na comunidade, na cidade. Diz-se da construção de *encontros de encontros* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) com a loucura, visando ultrapassar a simples ocupação de um espaço geográfico – um cenário social individual e coletivamente trabalhado com a sociedade local. Trata-se da ocupação (utópica e necessária) de lugares de lazer, trabalho, cultura, saúde, educação, convivência, arte, religião e de políticas comuns na cidade. Chama-se de *território*, a inter-relação e a articulação dessas instâncias com os serviços sanitários de saúde. Uma movimentação compartilhada, a partir dos recursos reais da comunidade, desfocando os serviços de Saúde Mental como responsáveis únicos pela *Reabilitação Psicossocial* dos usuários.

Um outro conceito importante dentre outros - a *desinstitucionalização*. Uma interrogação que extrapola a Antipsiquiatria inglesa - evidentemente contestadora de princípios psiquiátricos tradicionais - para operar no campo da ‘transgressão’ de normas rígidas e segregantes de inserção da loucura. Um ato subversivo à norma psiquiátrica tradicional de internação hospitalar, um *atopoder* subjetivo no sentido de Mendel (1998), uma passagem ao ato na vertente psicanalítica lacaniana de fazer morrer a desumanização em Psiquiatria. Consideramos a Reforma Psiquiátrica Democrática italiana um gesto profissional em Psiquiatria de grande magnitude no cenário mundial, que teve longos debates individuais e coletivos como processo de *deliberação* constitucional, e que repercutiu em várias partes do mundo, inclusive, influenciando a Reforma Psiquiátrica brasileira. Um gesto no sentido não somente de interrogar as instituições, em especial a Psiquiatria, mas de apresentar novas ideias e maneiras diferentes de fazer a mesma coisa. Não analisamos detalhadamente este gesto profissional basagliano em Psiquiatria na perspectiva detalhada de um *debate de normas* em múltiplas dimensões, mas apresentamos algumas diretrizes essenciais constituintes do mesmo.

Trata-se de um gesto profissional em Psiquiatria engendrado em três atos sequenciais e complementares no processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico San Giovanni em Triste, segundo Goldberg (1996), a partir de diversos *projetos-ações* que tinham como proposta, a transformação do aparato hospitalar e manicomial da Itália.

O primeiro ato (1971-1974) - um momento inicial de reconhecimento e de entrada da cidade ao manicômio, através da criação de um *território* favorável e compartilhado. Uma situação que criou um “estado de direito” civil de cidadania para o louco, de ir e vir entre a cidade e a instituição de tratamento, de visitar seus familiares, de busca por moradias para os egressos de internações prolongadas. O segundo ato (1975-1978) - o momento aonde o sujeito vai se tornando cidadão pleno e o tratamento se mostrando um direito civil de todos. Assim, o caminho foi a abertura de serviços territoriais abertos frente à proibição de novas construções de instituições psiquiátricas fechadas e o fechamento de hospitais psiquiátricos existentes, conforme preconizava a Lei nº 180 de 1978. O terceiro ato (1978-1981) - a efetivação da nova proposta, inclusive com a abertura dos Serviços Substitutivos 24 horas, além de outros dispositivos comunitários ambulatoriais e de acolhimento da urgência em Saúde Mental. Serviços estes que se inserem numa ordem pública de funcionamento em rede. São atos, realizações concretas que confirmam o deslocamento do processo de cura para aquele de “emancipação terapêutica” da loucura e que visa à transformação das terapêuticas, mobilizando novos saberes e proporcionando o engendramento de novos gestos profissionais

em Psiquiatria pelos trabalhadores. Segundo Passos: “A proposta é de ruptura com o paradigma clínico. O que se busca é a produção de vida, de sentido e de novas formas de convivência, que possibilitem o encontro de múltiplas formas de bem-estar e de saúde”. (PASSOS, 2009, p. 154). Em nosso entendimento, uma outra forma de fazer clínica.

Percebemos a influência dessas práticas e conceitos na política de Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente na construção de CAPS III (24 horas) e serviços de retaguarda de urgência psiquiátrica de diversos municípios brasileiros. Betim renormaliza essa situação ao seu estilo, construindo sua rede de serviços em torno do funcionamento 24 horas inicial neste CAPS III/CERSAM Betim Central através do trabalho em equipe multiprofissional, inclusive com a presença 24 horas do psiquiatra, pelos menos em termos prescritivos. Uma formatação que diferencia este município do resto do país, gerando dilemas e polêmicas em torno do lugar do psiquiatra e da Psiquiatria nestes novos serviços (SILVA, 2010).

4.1.3.2 A experiência francesa em questão e visibilidade

Apresentamos a experiência francesa por etapas. A primeira, abordaremos alguns *Colóquios Internacionais* que contribuíram para melhor esclarecer a origem do sofrimento mental e outros detalhes sobre o percurso da Psiquiatria. A segunda, a *Reforma Psiquiátrica*, a partir das nuances do *setor francês*. Por último, as *Terapêuticas Ativas* e o debate entre psiquiatras militantes da transformação social e psiquiátrica francesa, focando os princípios da *Psicoterapia Institucional* e o processo histórico-constitucional da *Nova (velha) clínica de Le Guillant*, ressignificando a temática da SM&T. Tudo isso, visando ampliar o corpo constituinte das *normas antecedentes* em Psiquiatria, inclusive compreendendo a influência deste percurso na Reforma Psiquiátrica brasileira, ampliando o campo ético-filosófico e epistemológico do engendramento do gesto profissional em Psiquiatria.

A primeira etapa, o *Primeiro Colóquio Internacional de Bonneval em 1946*, intitulado “*Le problème de la psychogenèse des nevroses et des psychoses.*” (BONNAFÉ, 1950). Um debate em torno da origem da doença mental no pós-guerra e que não encerra a problemática, antes a inaugura. Trata-se de um *debate de normas* e conceitos entre Henri Ey, Follin e Bonafé e Lacan (CHAZAUD; BONNAFÉ, 2005; BILLIARD, 2001), preparando as bases conceituais das *Terapêuticas Ativas*.

Segundo Billiard (2001), o período pós-segunda guerra foi marcado por uma crise da Psiquiatria no campo das disciplinas médico-biológicas (a Biopsiquiatria), confrontada aos saberes da Psicanálise e da Sociogênese inspirada pelo materialismo histórico-dialético.

Na primeira via, Henri Ey - “*Les limites de la psychiatrie – Le problème de la psychogénèse*” - pretendia finalizar os debates entre as vertentes organicistas e psicogenéticas. Ele defende o *organodinamismo* do psiquismo, cuja base é o corpo-orgânico, ou seja, como os fatores genéticos se articulam com o meio para explicar o sofrimento mental. Ele postula para a doença mental uma origem genética e dinâmica da existência – um processo ontológico de diferenciação progressiva do sistema nervoso central. Trata-se de um dualismo que separa o corpo da mente. Para ele, a vida psíquica começa com a diferenciação do caráter e da organização neurológica. Segundo Billiard (2001, p 89), neste sentido, “a doença mental corresponde a uma desorganização ou “dissolução” das funções superiores, quer dizer, uma “regressão do desenvolvimento psíquico”.¹¹³ Um mecanismo que privilegia o substrato orgânico em relação aos aspectos psíquicos para a gênese da personalidade. Contrariamente ao seu posicionamento, em seu *Manual de Psiquiatria*, Ey (1971) chega a indicar a psicanálise como terapêutica para as histéricas

Na segunda via, Jacques Lacan - “*Propos sur la causalité psychique*” - defendia a psicogênese contra os postulados de Ey, com e a partir dos conceitos freudianos e denunciando tudo aquilo que fazia nó no psiquismo humano. Em outros termos, reforçando e ampliando a construção do sujeito do inconsciente. Segundo ele, o organicismo era incompleto e falso, denunciando os limites entre Psiquiatria e Neurologia. O sofrimento teria como base os conflitos psicológicos essencialmente - uma produção imaginária e simbólica. Segundo o autor, o eu não é sintetizado por postulados orgânicos, mas sim por um sistema de identificações ideais revelados por estruturas imaginárias e libidinais. Ele defende os efeitos psíquicos do mundo da imaginação na constituição do eu, a partir do olhar do outro. Trata-se de um percurso que lançou também as bases para a construção da Psicodinâmica do Trabalho, segundo Christophe Dejours.

Em uma terceira via, a perspectiva sociogênica de Sven Follin e Lucien Bonnafé - “*À propôs de la psychogénèse - Étude critique de l’organo-dynamisme d’Henri Ey*” - cujos debates foram agravados pelo nascimento de uma corrente de perspectiva sociogenética de forte inspiração marxista, pelo materialismo dialético e também politzeriana.

¹¹³ Do original – “la maladie mentale correspond à une désorganisation ou “dissolution” des fonctions supérieures, c’est-à-dire une “regression du développement psychique”, et à une réorganisation à un niveau de fonctionnement inférieur.” (BILLIARD, 2001, p. 89).

Segundo eles, esse método é aquele de um materialismo dialético, **que impõe o funcionamento de uma psiquiatria concreta**, quer dizer, estudar o homem em situação, nas condições de vida e relações sociais que lhe são próprias a um momento dado. Isso reenvia, diz Follin, a definir a psiquiatria como uma ciência humana, **evoluindo como as outras ciências humanas, tendo por objeto não mais a loucura, mas “o homem-psicopata enquanto fenômeno social”**, segundo a fórmula emprestada de Georges Politzer. (BILLIARD, 2001, p. 92, destaques nossos).¹¹⁴

Segundo os dois psiquiatras, reduzir a loucura à causalidade orgânica é fazer da Psiquiatria uma especialidade médica. Não se desconsiderava a possibilidade de origens orgânicas e psíquicas, porém, o social teria uma primazia ontológica sobre os outros dois. Ou seja:

Prioridade é então dada aos acontecimentos, aos fatores do meio, **aos processos concretos, ao encadeamento de situações vividas** que isolam o indivíduo entre seus semelhantes, e que definem os conteúdos latentes significativos para “O homem psicopata”. A causalidade é ao mesmo tempo psíquica e social, mediatizadas pelas reações orgânicas. (BILLIARD, 2001, p. 93, destaques nossos).¹¹⁵

Trata-se de um *debate de normas* que preparou as bases do Segundo Colóquio de Bonneval de 1951 sobre as *Terapêuticas Ativas* no mundo do trabalho – que abordaremos com maior detalhamento em breve (EY, 1951). Ou seja, se a corrente organodinâmica exerceu influência sobre a *Psicopatologia do Trabalho* na vertente do psiquiatra francês Paul Sivadon, a corrente sociogênica influenciou a obra do psiquiatra francês Le Guillant – *Da Ergoterapia à Psicopatologia do Trabalho* (LIMA, 2006)¹¹⁶. O referido psiquiatra nos apresenta uma

¹¹⁴ Do original – “Selon eux, cette méthode est celle d’un atérialisme dialectique, qui impose de mettre en oeuvre une psychiatrie concrète, c’est-à-dire d’étudier l’homme en situation, dans les conditions de vie et les relations sociales qui lui sont propres à un moment donné. Cela revient, dit Follin, à définir la psychiatrie comme une science humaine, évoluant avec les autres sciences humaines, ayant pour objet non pas la folie, mais “l’homme-psychopathe en tant que phénomène social”, selon la formule empruntée à Georges Politzer.” (BILLIARD, 2001, p. 92).

¹¹⁵ Do original – “Priorité est donc donnée aux évènements, aux facteurs du milieu, aux processus concrets, à l’enchaînement des situations vécues qui isolent l’individu parmi ses semblables, et qui définissent les contenus latents significatifs pour “L’homme psychopathe”. La causalité est à la fois psychique et sociale, médiatisée par des réactions organiques.” (BILLIARD, 2001, p. 93).

¹¹⁶ Trata-se de uma obra de grande importância para os estudos sobre o trabalho e para o (re)conhecimento do trabalho deste psiquiatra Louis Le Guillant em prol da Reforma Psiquiátrica francesa e da constituição de uma “Nova Clínica”. Nas palavras de Lima (2006, p. 7): “Assim, ao reorganizar esta coletânea, minha pretensão foi a de resgatar pelo menos uma parcela da enorme dívida que temos para com esse teórico, cuja dedicação permanente à pesquisa, balizada por uma inteligência privilegiada, permitiu que lançasse as bases de um campo ainda incipiente em seu país, alcançando os resultados que, ainda hoje, permanecem válidos”. De outra forma: dada a complexidade do assunto sobre a reforma da assistência em Psiquiatria, propomos uma retomada ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira que, segundo teorias e práticas, consideram que, no Brasil, especialmente em Minas Gerais, teria ocorrido uma importação prevalente de princípios da Psiquiatria Democrática Italiana em detrimento dos movimentos de Reforma Psiquiátrica da França – cujo expoente importante é Louis Le Guillant. Propomos uma revisão do assunto, segundo o texto: Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana (PASSOS, 2009; LIMA, 2006; DORAY, 2011; MARTIN,

abordagem pluridisciplinar do trabalho, a partir da *Psicopatologia Social do trabalho*. Não defende uma sociogênese da doença mental, mas sim uma articulação entre o orgânico, o psíquico e o social, tendo o social uma primazia ontológica. Uma herança politzeriana da mesma forma que Follin e Bonnafé.

Há que se considerar também em nossos estudos epistemológicos sobre a Psiquiatria, o VI Colóquio de Bonneval, de 1956, sobre uma polêmica acerca da origem do inconsciente. Um assunto que não aprofundamos nesta tese, reivindicando outros momentos de estudo e pesquisa, inclusive considerando e investigando o caminho que Freud percorreu para construir o conceito de inconsciente em sua obra. Porém, aqui apenas anunciamos um extenso debate realizado por alguns autores (Lacan, Follin, Laplanche,¹¹⁷ e outros) acerca de *O Inconsciente* (EY, 1966; 1969), respondendo, inclusive, às provocações de Politzer a Freud e à Psicanálise.

Em segunda etapa, a construção do setor francês mostra-se um processo complexo de mudança do aparato manicomial, idealizado e requisitado antes e durante a Segunda Guerra, mas que só veio a ser efetivado nos anos 60 enquanto uma política de reforma da assistência em Psiquiatria na França. Faremos uma discussão¹¹⁸ com Coupechoux (2006) e Billiard (2001), incluindo as reflexões de Lima (2006) e Passos (2009), ressignificando as experiências de Martin (2000), Doray (2011), Bonnafé (1981), Tosquelles (2012), Bernier (2013), Delion *et al.* (2014), Fanon (1952), Apprill (2013) e Le Guillant (*apud* LIMA, 2006).

A primeira lei francesa data de 1838 que normatiza a criação e a construção de asilos para os chamados alienados, bem como definia as bases da Psiquiatria até os anos 1990 quando novas leis surgiram no cenário francês de setorização (COUPECHOUX, 2006).

2000; SILVA, 2010). Em outro sentido, uma herança de grande riqueza e partido dessa tese, no sentido de compreender o percurso de Le Guillant e suas contribuições não somente para o percurso brasileiro de Reforma Psiquiátrica, como para a compreensão do que ele chama de *NOVA CLÍNICA*.

¹¹⁷ Segundo Leplanche (*apud* EY, 1969, p 112): “Dificilmente se encontraria uma introdução mais clara ao problema do inconsciente, ou mesmo um debate sobre esse texto. O inconsciente é um sentido ou uma letra? A essa questão, Politzer responde, de maneira exemplar, por um radicalismo do sentido que quer retomar por sua conta o conjunto da descoberta freudiana, eliminando o realismo do inconsciente. Sua tentativa leva-nos de uma só vez para além das velhas objeções de uma psicologia da consciência, tais como FREUD as refuta por exemplo, no primeiro capítulo de *O Inconsciente*”.

¹¹⁸ Acrescento a esta discussão, as minhas reflexões decorrentes de experiências próprias de conhecimento da realidade francesa, a partir de algumas visitas e relações estabelecidas: o funcionamento da setorização francesa em Paris e Marseille (2014/2015); o seminário *Où commence et termine la clinique em Saint Alban*, junho/2-15; e a visita em La Borde, por ocasião de uma festa 15/agosto/2015. Além, de minha experiência de (re)conhecimento do Hospital de Villejuif. Um assunto que não será abordado na tese, mas que traz que um grande desconforto e melhor compreensão das políticas de Saúde Mental na França. Entre o período de outubro e dezembro de 2014, realizei a pedido de uma psicossocióloga francesa, um Acompanhamento Terapêutico de um sujeito de origem africana que se encontrava em crise pelas ruas de Paris. O processo foi longo e culminou com uma internação psiquiátrica neste mesmo hospital – ou seja, a primeira internação psiquiátrica em toda a minha carreira profissional de psiquiatra ocorreu em Paris, mediante um complexo sistema de acolhimento da urgência. Um assunto que será retomado em outros momentos de estudos e pesquisas. Segundo nossa teorização, um gesto profissional em Psiquiatria de confrontação com a Psiquiatria francesa.

Segundo este autor, o setor é uma política pública de saúde e uma revolução que não pode ser estudada sem o reconhecimento daquilo que se passou no século XVII com a Grande Internação (FOUCAULT, 1997) e o alienismo, o gesto pineliano de liberação da loucura no século XIX e o eugenismo alemão e francês na primeira parte do século XX.

Compreendemos melhor esse processo ao observarmos que, atualmente, a situação na França se apresenta da seguinte forma: “Em outros termos, a abordagem da doença mental hoje poderia se resumir em uma simples fórmula: minoração do asilo + tratamento médico e rápido da crise + tratamento social e compassional da cronicidade = rua, prisão, abandono” (COUPECHOUX, 2006, p. 17).¹¹⁹ Quais seriam as condições determinantes dessa equação francesa?

Começamos pela ambiguidade do período revolucionário de 1790 que, em seu decreto de 27 de março, dizia que “nenhum homem pode ser preso nem detido a não ser no caso de determinação pela lei e segundo suas formas prescritivas” (COUPECHOUX, 2006, p. 51)¹²⁰. Muitas pessoas foram liberadas, mas, na verdade, o louco não escapou dessa normatização, continuando a trilhar sua história de exclusão e fechamento em instituições asilares e hospitalares de tratamento.

Na era pineliana, o lema era tratar o doente mental pelo viés clínico e moral dentro de espaços reservados para o mesmo. Tratava-se de uma medicina mental e as terapêuticas eram as mais tradicionais possíveis.¹²¹ Para Michel Foucault, a situação não se mostra muito diferente do Grande Internamento do século XVIII, só que justificado pelo poder da medicina, representado pelo psiquiatra - a loucura continuava sendo punida pela ordem do fechamento em diversos outros hospitais franceses. Porém, por outro lado, houve uma liberação da loucura do encarceramento e o início da tímida proposta de criação de serviços extra hospitalares.

Segundo Billiard (2001), o período entre guerras marcou a liberação do doente mental das amarras manicomiais, passando por várias etapas, inclusive da criação da Liga de Higiene Mental que foi instituída em 1922, conforme apresentamos. Uma liga que tem como bases, o estabelecimento de medidas próprias para favorecer a profilaxia dos problemas mentais,

¹¹⁹ Do original – “En d’autres, l’approche de la maladie mentale aujourd’hui pourrait se résumer en une simple formule: amoindrissement de l’asile + traitement médical et rapide de la crise + traitement social et compassionnel de la chronicité = rue, prison, abandon.” (COUPECHOUX, 2006, p. 17).

¹²⁰ Do original – “nul homme ne peut être arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu’elle a prescrites.” (COUPECHOUX, 2006, p. 51).

¹²¹ Ver Doyle (1961, p 233-255) – onde a autora descreve a Insulinoterapia. Uma prática antes utilizada pela Psiquiatria não apenas como sedativo, no caso de Delirium Tremens, como também para remover a recusa obstinada de alimentos e para melhorar o estado dos pacientes desnutridos. A hipoglicemia profunda era evitada, mas acreditava-se que ela exercia um papel de redução de sintomas psiquiátricos graves.

melhorar as condições de tratamento das patologias e promover a higiene mental, a partir de atividades individuais no âmbito escolar, educacional e profissional. Tratava-se de uma política de prevenção da doença mental, compreendendo as predisposições para o sofrimento mental e propondo a criação de instituições diferentes, reabrindo com maior humanização o hospital psiquiátrico. Ideia esta que, partindo também das bases da *Psicoterapia Institucional*, somente veio a ser efetivada a partir da década de 50, constituindo as bases da *Psiquiatria Social* francesa dos anos 60.¹²²

No mesmo período, pela filosofia do eugenismo alemão, assistimos a grandes atrocidades, visando à esterilização do mundo da loucura como a eutanásia e a exterminação de cerca de setenta mil pessoas em salas de banho, em campos de concentração e quartos a gás (LEVI, 2015). Na França, em Vichy, quarenta mil usuários morreram de fome entre os anos de 1940-44.

Assim, depois da segunda guerra, inicia-se um período revolucionário para a Psiquiatria francesa. Frente a todos os maus-tratos, o cenário se modifica e o hospital passa por uma reforma pela incorporação da *Psicoterapia Institucional*, das *Terapêuticas Ativas*, da *Psiquiatria Social*, da *Psicopatologia do Trabalho*, segundo os psiquiatras de orientação político-filosófica e marxista - Le Guillant, Sivadon e Tosquelles - reconfigurando o percurso da Reforma Psiquiátrica francesa. Segundo Le Guillant (1984), as transformações no interior do asilo distanciavam-se dos verdadeiros problemas das condições reais de existência da loucura na sociedade e os hospitais psiquiátricos maquiavam uma realidade muito mais cruel e dura. Situação esta que define as bases diferenciais deste psiquiatra com François Tosquelles.

A ideia central e inicial era promover a abertura paulatina dos Hospitais Psiquiátricos, o lento retorno dos usuários ao ambiente familiar e a criação de serviços extra-hospitalares, alternativos à internação hospitalar no cenário da cidade. Ou seja:

É recolocar o louco no coração da sociedade, em seu ambiente natural, sua família, seu bairro, seus amigos, toda a rede relacional que faz que ele seja um homem, um sujeito e não um objeto. Colocar fim no sistema de cuidados “hospital-centrado”, quer dizer, organizado somente em torno do hospital. (COUPECHOUX, 2006, p. 108).¹²³

¹²² Segundo uma circular de 1960, indica-se que o Hospital Psiquiátrico é um lugar especializado para os doentes mentais e não mais um asilo como antigamente. E o princípio maior, seria distanciar o paciente de sua família por tempo cada vez mais curto, promovendo uma parceria do mesmo com outras instituições extra-hospitalares (COUPECHOUX, 2006).

¹²³ Do original – “C’est replacer le fou au coeur de la société, dans son environnement naturel, sa famille, son quartier, ses amis, tout le réseau relationnel qui fait qu’il est un homme, un sujet et non pas un objet. C’est de mettre fin au système de soins “hospitalo-centré”, c’est-à-dire, organisé seulement autour de l’hôpital.” (COUPECHOUX, 2006, p. 108).

Em termos normativos, a descentralização do hospital psiquiátrico aliada à presença de futuras equipes que se constituíam de enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, terapeutas, além do psiquiatra. Uma outra concepção de loucura e do louco na sociedade, além da vontade de desconstruir o asilo para inventar outras possibilidades de encontro com o louco excluído dos componentes sociais. Equipes que se deslocavam ao ambiente do usuário como proposta de tratamento. Um espaço de trabalho migrante chamado de “geopsiquiatria”, visando um estreito diálogo com a população local e parcerias com instituições de diversas ordens. Com a política de setor, esperava-se romper com a hegemonia dos *saberes instituídos* sobre o enlouquecimento e romper com a ideia que, para se liberar o usuário da internação, este deveria se mostrar curado da enfermidade. A lógica era ocupar uma zona da cidade, um setor específico da população. Assim, estabeleceu-se, como meta, um território de setenta mil habitantes e a criação dos seguintes serviços extra hospitalares: Centro de Acolhimento da Crise (CAC); Centro de Acolhimento a Tempo Parcial (CATP); Centro Médico-Psicológico (CMP); Clubes Terapêuticos como o Grupo de Ajuda Mútua (GEM)¹²⁴; Hospital-dia; Apartamentos Terapêuticos Associativos; Foyers de pós-cura; projetos alternativos, como o *En chez soi d’abord*.¹²⁵

A França conta, em média, com 830 setores de psiquiatria geral, onde cada setor cobre em média uma população de 33 a 100. 000 habitantes, onde 53% são ligados a um Hospital Psiquiátrico, 36% a um Hospital Geral e 8% a um estabelecimento privado que se integra ao serviço público (COUPECHOUX, 2006). Quer dizer, isso mostra a prevalência e a importância do Hospital Psiquiátrico na constituição do setor francês.

A base de sua construção aconteceu segundo os seguintes eixos: a *ergosocioterapia*, a *farmacoterapia* e a *Psicoterapia Institucional* como terceira etapa e que não consistia em opor o espaço intra ao extra hospitalar. Propõe um esquadramento do Hospital Psiquiátrico em setores destinados a sustentar o tratamento dos usuários de determinada região da cidade frente aos *arrondissements* e *quartiers* (bairros) parisienses, por exemplo. Uma medida que,

¹²⁴ O GEM é uma associação, um Grupo de Ajuda Mútua (Groupe d’entraide Mutuelle), criado segundo a lei de 1901, de financiamento público. Um projeto que visa romper com o isolamento da loucura, contra a estigmatização, uma passarela entre o cuidado e a cidade, lugar de troca de amizades entre pares, um Clube Terapêutico (na vertente tosqueliana da Psicoterapia Institucional), um espaço alternativo onde se cria projetos e desenvolve atividades, oficinas de reabilitação psicossocial. Conhecido por mim na cidade de Marseille em 2015 – <http://perso.modulonet.fr/canoubiers/acceuil.html>. Em minha passagem pelo grupo, fui convidado por um usuário e um educador social para um jantar e isso foi de extrema troca de projetos antimanicomiais.

¹²⁵ Um projeto de origem norte americana e ganhou outra conotação na França, do qual eu conheci em Marseille e participei durante seis meses, inclusive com oportunidade de mostrar a minha experiência brasileira. Acesse para maiores detalhes: <http://aurore.asso.fr/aurore-travail-sur-le-programme-un-chez-soi-dabord>.

em termos prescritivos, visa estreitar o conhecimento das realidades concretas, materiais e culturais dos usuários, conhecer de perto suas famílias, suas histórias de vida, o território. Uma matriz política da Reforma Psiquiátrica francesa vigente até os dias atuais (com grandes problemas no percurso) e que se espalhou por todo o país, salvo uma série de transformações e desvios no percurso evolutivo.

Podemos dizer que, se no início ele foi uma revolução, uma modificação de paradigmas, na atualidade, a França vive outra realidade - uma derrota frente ao enfrentamento da lógica hospitalar de tratamento, ressignificando a operação acima apresentada por Coupechoux (2006). Assiste-se a uma época de fechamento da loucura, de fragmentações de coletivos de trabalho antes existentes, de estigmatização, de exclusão, de vigilância, de quantificação da produção e redução de gastos. Ao longo dos anos, a filosofia do Setor foi se perdendo em meio a uma série de dificuldades e problemáticas, anunciando o retorno do asilo no mundo contemporâneo, maquiado por um discurso de tratamento medicamentoso e hospitalar da crise.

Os CMP's passaram a recusar o deslocamento de trabalhadores para o acolhimento externo. A realidade aponta para uma luta contra o fim do setor nos últimos anos e uma tentativa de enfrentamento de alguns problemas evidentes. O primeiro deles, a revolta de muitos, alegando que o setor foi uma imposição vertical do estado francês. Na sequência, outros debates. A insuficiente mobilização de saberes epistemológicos da Psiquiatria para além daqueles naturais que caracterizam a Biopsiquiatria. A baixa adesão do médico psiquiatra ao longo do processo. O crescimento em várias regiões do país de uma Psiquiatria privada destinada aos mais ricos. Um sistema quantitativo de produção que privilegia os procedimentos duros, como a medicação, o preenchimento de instrumentos de produtividade, a eletroconvulsoterapia, a própria internação hospitalar. A precária formação dos trabalhadores em geral. Questiona-se que após 1968, houve um distanciamento da universidade da realidade social. Tudo isso, contribuindo para a fragilização e vulnerabilização¹²⁶ das condições de existência e tratamento da loucura.

Mesmo assim, na atualidade, existem iniciativas vitoriosas¹²⁷ e uma movimentação¹²⁸ de resgate dessa lógica, a exemplo do *Collectif 39*¹²⁹ – um coletivo que visa resgatar não

¹²⁶ Uma situação que não se distancia da realidade das políticas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileira nos últimos 10 anos. Em especial, a realidade da Saúde Mental de Betim que, nos últimos 15 anos, encontra-se entre uma briga de governos de esquerda contra os de direita e vice-versa, invisibilizando as más condições de existência dos serviços abertos, fragilizando as equipes e contribuindo para a vulnerabilização nacional do movimento nacional de Reforma Psiquiátrica.

¹²⁷ Coupechoux (2006) nos apresenta um exemplo de setor inteligente a Bondy, Saint-Deny, na região parisiense e que reagrupa dois setores, onde há cerca de 15 anos, desenvolve um trabalho próxima da realidade inicial.

somente a história, mas partir dela para tornar visível os problemas acima relatados e fazer propostas políticas diversas, inclusive a ressignificação da originalidade do setor francês.

Em suma, a história nos conta que o movimento da Reforma Psiquiátrica francesa não se engajou no fechamento do Hospital Psiquiátrico, nem se limitou em formas radicais de cuidados e de assistência, mas sim na tímida criação de serviços abertos, extra hospitalares, mas

Ele engaja também a reflexão sobre o lugar do psiquiatra na sociedade e a exigência de prevenção dos problemas mentais por todo lado onde se manifestem, assim como sobre o indispensável esforço pedagógico em estar próximo ao público para atacar as atitudes de rejeição que redobram o isolamento dos doentes mentais. (BILLIARD, 2001, p. 139, destaques nossos).¹³⁰

Depois de apresentadas essas duas experiências, aprofundaremos no percurso francês de Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à influência exercida pelos protagonistas dessa história na construção das Clínicas do Trabalho, em especial da Clínica da Atividade, da Psicodinâmica e da Psicossociologia do Trabalho, e à epistemologia dos saberes em Psiquiatria, ampliando nosso leque teórico-prático de compreensão do processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria.

Na sequência, a terceira etapa, há que prestar atenção ao debate entre psiquiatras franceses como Paul Sivadon, Tosquelles, Claude Veil e Le Guillant que, aos seus estilos e grandezas teóricas, contribuíram não somente para a *Psicoterapia Institucional*, mas para as *Terapêuticas Ativas e Reforma Psiquiátrica francesa*, bem como para as Clínicas do Trabalho, conforme abordamos nesta tese.

4.1.3.2.1 A ergoterapia e a Psiquiatria Clínica entre Le Guillant, Tosquelles, Sivadon e Daumézon – um retorno às Terapêuticas Ativas

Dizemos de psiquiatras que faziam parte da Psiquiatria social francesa e do Groupe de Sèvres – um coletivo de reflexão constituído pela iniciativa de Daumézon, do qual participava

Outra iniciativa vitoriosa, aquela do CAC (Centro de Acolhimento da Crise) de Roquette, onde uma equipe médica e de enfermagem recebem dia e noite a demanda externa.

¹²⁸ Rencontres de Saint-Alban. Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle - Où commence et où finit la Clinique.

¹²⁹ Vale ressaltar que, em meu estágio na França, em Paris, participei de duas reuniões desse coletivo. São jornadas coletivas de debates e programações artísticas variadas em torno do tema das políticas de Reforma Psiquiátrica francesa. Acesse para maiores detalhes: <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=8259>.

¹³⁰ Do original – “Il engage aussi la réflexion sur la place du psychiatre dans la société et l’exigence de prévention des troubles mentaux partout où ils se manifestent, ainsi que sur l’indispensable effort pédagogique à amener auprès du public pour attaquer les attitudes de rejet qui redoublent l’isolement des malades mentaux.” (BILLIARD, 2001. p. 139).

Le Guillant, Sivadon, Bonnafé, Koechlin, Diatkine, Follin, além de alguns membros do *Groupe de Travail de Psychothérapie et de Sociothérapie Institutionnelles* (GTPSI), como Chain Gneau, Torrubia, Tosquelles, Gentis, Oury, etc. (APPRILL, 2013). O objetivo era discutir os rumos da Psiquiatria de Setor, a inter-relação com a teoria freudiana, as psicoterapias e *Terapêuticas Ativas*, ressignificando o debate acima.

As *Terapêuticas Ativas* que tinham como premissa a superação da ordem asilar francesa dos anos 40-50, utilizando do trabalho como recurso terapêutico de formas particulares (EY, 1951). Tratava-se de uma revolução psiquiátrica no pós-guerra e que muito contribuiu, ampliando o campo de saberes híbridos em Psiquiatria no encontro com os saberes sobre Trabalho e influenciando os princípios das Clínicas do Trabalho.

Apresentamos o psiquiatra Paul Sivadon (EY, 1951, p, 532-534) herdeiro da corrente organicista de Henri Ey, e que trabalhava no Hospital Psiquiátrico de Ville Evard e foi pioneiro na consideração do trabalho como recurso terapêutico, recebendo influência de Hermann Simon¹³¹. Ele propunha preparar a sociedade para receber o usuário, não em nível de uma *Psicoterapia Institucional*, mas criando oficinas protegidas no meio hospitalar. Tentava com elas e a partir delas, uma readaptação do usuário ao meio, visando superar o asilo, repensando a estrutura do Hospital Psiquiátrico e respondendo ao percurso da Reforma Psiquiátrica alemã e francesa.

Vale ressaltar também que se Sivadon era considerado o patrono da Psicopatologia do Trabalho, foi Claude Veil (2012) que sustentou o mesmo ideal de continuidade de relação com os médicos do trabalho ao longo dos anos até sua morte em 1999, reafirmando os objetivos da higiene industrial. O seu trabalho é contemporâneo ao surgimento dos primeiros neurolépticos na França, influenciando sobremaneira a Psicopatologia do Trabalho - bem com a influência da Fenomenologia e da Psicanálise para analisar a (des)adaptação do homem ao trabalho. Segundo Billiard,

Ele privilegia então de preferência mecanismos de defesa e os limites de tolerância individual, mas ele interpreta também as normas de trabalho e sua “imperfeição” em assegurando o concurso de outras disciplinas, em particular a sociologia do trabalho, a psicossociologia e a ergonomia nascente. (BILLIARD, 2001, p. 24).¹³²

¹³¹ Psiquiatra alemão que, a partir de seu trabalho no asilo de Gutersloh, nos anos 1920, defendia a separação, organização e graduação das tarefas, levando em consideração as capacidades e potenciais dos pacientes, porém, marcada por uma concepção normativa de reeducação e responsabilização.

¹³² Do original – “Il privilegie donc plutôt des mécanismes de défense et les seuils de tolérance individuelle, mais il interpelle aussi les normes de travail et leur “imperfection” en s’assurant le concours d’autres disciplines, en particulier la sociologie du travail, la psychosociologie et l’ergonomie naissante.” (BILLIARD, 2001, p. 204).

Pode-se dizer que Veil compartilha de uma análise crítica do trabalho marcada pelo materialismo histórico, sem de fato se aderir ao marxismo da época. Mas, por outro lado, podemos dizer que ele lançou as bases de uma clínica do homem no trabalho por considerar outros aspectos além da maturação psicológica, dialogando e sustentando as premissas da Psicossociologia do Trabalho, conforme abordamos (LHUILIER, 2012).

Assim, de forma diferente de Sivadon, Veil considera que o psiquiatra não só deve ajudar o sujeito que não se adapta à norma, como também revelar os conflitos de normas envolvidos, responsabilizando-os pela (des)adaptação às condições do meio em questão e valorizando a trajetória pessoal e profissional do sujeito para melhor compreender este processo duplo. Quer dizer, de um lado as dinâmicas psíquicas e, de outro, as normas do trabalho.

Enfim, para Sivadon e Veil, a Psicopatologia do Trabalho traduz uma clínica do sujeito onde,

A etiologia dos problemas é sempre mista, e o trabalho é patogênico na medida onde ele reduz os limites de tolerância individual ou que ele contribui para estigmatizar a personalidade frágil de certos sujeitos. Esta clínica do sujeito se prolonga naturalmente em uma ação de ajuda e de conselho próximo do trabalhador inadaptado, ou desadaptado pelas exigências de sua tarefa. (BILLIARD, 2001, p 204).¹³³

Diferente de Sivadon e Veil, apresentamos Tosquelles (2006; 2009; 2012) e seu percurso pela Psiquiatria Social e ergoterapia. Psiquiatra Catalão, ex-comunista e radicado na França e que nos apresenta suas reflexões, a partir de sua experiência no Hospital Psiquiátrico de Saint Alban. Optamos por apresentar este autor como um militante - membro do GTPSI (APPRILL, 2013), junto a Jean Oury (na clínica La Borde) e outros -, crítico da *Psicoterapia Institucional*, resgatando sua contribuição para a Reforma Psiquiátrica francesa e para o campo das Clínicas do Trabalho, em especial no que diz respeito ao conceito de atividade (CLOT, 2010). Abrimos um parênteses explicativo antes de continuarmos nosso debate sobre a atividade terapêutica com Tosquelles.

No século XIX, a perspectiva de um sujeito aparece, marcando diálogos entre a filosofia, a política, a Psiquiatria e a Psicanálise. Dizemos do início de uma *Psiquiatria Clínica* com a emergência do “sujeito da loucura”, provocando a necessidade de transformação de práticas tradicionais. Sem dúvidas que a Psicanálise exerceu uma notável

¹³³ Do original – “L’*étiologie des troubles est toujours mixtes, et le travail est pathogène dans la mesure où il réduit les seuils de tolérance individuelle ou qu’il contribue à stigmatiser la personnalité fragile de certains sujets. Cette clinique du sujet se prolonge naturellement dans une action d’aide et de conseil auprès du travailleur inadapté, ou désadapté par les exigences de sa tâche.*” (BILLIARD, 2001, p. 204).

contribuição, compreendendo a loucura determinada por alteração da subjetividade e de mecanismos (in)conscientes.

Podemos dizer que nasce no final deste século as bases do que seria a *Psicoterapia Institucional*, questionando o lugar do louco na sociedade, projetando o hospital psiquiátrico como um lugar de cuidado específico e que aqui abrimos um parênteses explicativo. O período da era pineliana é marcante de uma relação causal entre a “qualidade de lugares de vida e a cura dos doentes.” (BERNIER, 2013). O início do século XIX consiste no aparecimento de políticas em prol do desalienismo, conforme já anunciamos, a partir do psiquiatra alemão Hermann Simon (1867-1947). Questionava-se a inação, implantando as terapêuticas mais ativas (conforme abordamos) e a responsabilização do usuário pelo seu percurso de tratamento e cura. A preocupação era a vida social do usuário e do sentido da atividade. O hospital¹³⁴ passa a ser visto como um instrumento de cuidado e que carecia de cuidados para cuidar do sujeito.

Ao princípio de desalienação, somam-se os seguintes, aplicados à vida cotidiana da instituição: a Fenomenologia, a Psicanálise e a Instituição, o sujeito e sua imagem despedaçada. Tudo isso ressignificando que a Psiquiatria não poderia ser pensada fora de um discurso político. Quer dizer, a Psicoterapia Institucional prima pelo acolhimento do usuário, considerando-o como um sujeito de desejo quer seja ele psicótico ou neurótico. E isso requer um posicionamento dos trabalhadores como cuidadores terapêuticos, reivindicando uma postura cuidadora, influenciada pelos saberes da Fenomenologia e da Psicanálise. Segundo Bernier (2013), uma postura de compreensão da criação de espaços-tempos transicionais na vertente do pediatra e psicanalista britânico Winnicott (1896-1971). Espaços psíquicos e concretos entre o cuidador e o sujeito, sujeito-sujeito, sujeito-instituição, etc., e que requer a compreensão do conceito de transferência,¹³⁵ operando a transição de um corpo biológico/anatômico para um corpo vivido.

¹³⁴ Segundo Bernier – “L’hôpital est considéré comme un instrument de soins, incluant de groupes et méthodes psychodramatiques, instruments à organiser selon un mouvement thérapeutique. L’hôpital est par ailleurs entendu comme un organisme vivant intégré à la société, donc échangeant avec elle, les maladies étant impliqués dans la vie sociale par des activités de travail, celui-ci étant entendu avant tout comme thérapeutique. Si le mouvement de Psychothérapie institutionnel s’inspire effectivement des principes d’Herman Simon visant à soigner l’hospital dans un souci d’ “asepsie” du milieu, il n’empêche que cette préoccupation, bien que nécessaire n’est pas suffisante. Ainsi, le principe de désaliénation contribue à donner une place au “fou” dans la société, ce principe n’entraîne pas une compréhension du monde de la folie.” (BERNIER, 2013, p. 41).

¹³⁵ Segundo Bernier (2013, p. 64), não se trata de recriar o conceito de transferência aplicado à instituição, mas se utilizar dele em um campo de extensão para além de sua compreensão na clínica do atendimento em consultório, ou seja, inscrever esse conceito numa movimentação clínica institucional através do corpo vivido e das representações visuais.

Neste sentido, a socioterapia surge forte em resposta à alienação social e psicopatológica. É dentro desse cenário que nascem os *Clubes Terapêuticos*,¹³⁶ cujo postulado principal é o acolhimento do homem como um ser de desejo que o reintroduz numa cadeia significativa de linguagem e simbolismos pela via da atividade. Um operador central da *Psicoterapia Institucional*, o Clube Terapêutico surge como uma forma de diminuir as hierarquias de saberes e poderes, dando voz e lugar ao usuário. Um órgão, uma associação junto ao Comitê Hospitalar administrativo e de cuidadores, composto de usuários e ergoterapeutas e monitores que visam romper com o isolamento e os preconceitos contra a passividade e improdutividade do louco.

Neste sentido, compreendemos a importância de Tosquelles com respeito ao conceito atividade:

Em efeito, não se deve confundir o conceito de atividade com a simples prestação de movimentos... atividade não quer dizer qualquer movimento, nem movimento adaptado... Atividade que dizer atividade própria que parte e se enraíza no sujeito ativo para se desabrochar se for o caso em um contexto social. (TOSQUELLES, 2012, p. 47).¹³⁷

Na verdade, o que interessava a Tosquelles era promover uma atividade (ativa) do usuário dentro do hospital, aquela que faria do usuário um sujeito ativo, responsável, que, ao fazer com o outro, pudesse refazer-se e fazer outras atividades, num crescente de possibilidades. Um cuidado ativo, mas dentro da seguinte perspectiva básica e norteadora de seu pensamento: “Não se trata de “fazer trabalhar os doentes”, para diminuir tais sintomas ou outros. Trata-se de fazer trabalhar dos doentes e o pessoal cuidador para cuidar da instituição.” (TOSQUELLES, 2012, p. 79)¹³⁸. Em Saint-Alban, o autor dizia de uma consciência clara “que não se podia “curar” os doentes sem curar a estrutura hospitalar. Desde

¹³⁶ Segundo Bernier (2013) – “Le club thérapeutique représente l’opérateur central dans le travail de désaliénation sociale du sujet psychotique. Il a pour fonction de lutter contre la disintegration di lien social et l’isolament en favorisant un systhème d’échange ainsi qu’une hétérogénéité du milieu. Cette hétérogénéité qui permet à l’imprévu de surgir, constitue autant de points d’accroches où pourra s’arrimer le désir du sujet. Le contrat verbal qui fait “obligation” pout tout patient de s’inscrire dans le système du Club l’engage par sa simples présence dans un circuit d’échanges orientés selon une loi transferrentiel, marchandises, etc. les investissements sujet-objet et sujet-sujet s’effecctuent réelemnt à partir de ce moment-là. Il s’agit du principe socio-thérapeutique de la thérapeutique institutionnelle. Ainsi, le Club a pour fonction de soigner la pathologie de l’hospital en tenat compte des investissements de chacun, ce qui permet de créer des liens entre differrents espaces en s’apoyant sur une dimension transferentielle concrète.” (BERNIER, 2013, p. 48).

¹³⁷ Do original – “Et en effet, Il ne faut pas confondre le concept d’activité avec la simples prestation de mouvements... Activité ne veut pas dire mouvement quelconque ni mouvement adapté. Activité veut dire activité propre: activité qui part et s’enracine dans le sujet actif pou s’epanouir le cas échéant, dans un contexto social.” (TOSQUELLES, 2012, p. 47).

¹³⁸ Do original - “Il ne s’agit pas de “faire travailler les malades”, pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s’agit de faire travailler les malades et le personnel soignant pour soigner l’institution [...]” (TOSQUELLES, 2012, p. 79).

então, o hospital inteiro deveria ser considerado como doente. Curar um bairro, formar o pessoal, curar você mesmo [...]” (TOSQUELLES, 2012, p. 53).¹³⁹

E é dentro desse mesmo raciocínio transhistórico que Tosquelles chamava atenção para uma Psiquiatria, a mais ativa possível – que consiga promover um fazer ativo junto ao usuário. Ou seja, uma Psiquiatria que se enraíza entre partes:

De toda forma, se há um lugar, como eu o creio, de formular projetos de trabalho terapêuticos, este não pode se descolar de um teorética do homem e do terapeuta fascinado pelas vias míopes da biologia, ou não menos míopes da sociologia. De tais fascinações não são eficientes pelo fato daquilo que elas mostram. Pode-se acreditar que o sucesso delas é devido ao que elas escondem: esta vontade de não saber sobre a estrutura pulsional do homem. **Afirmando o corpo, esconde-se o dinamismo do próprio corpo humano. Afirmando a sociedade, esconde-se tanto os seus dinamismos econômicos quanto a produção verbal desta sociedade e seus efeitos. A psiquiatria é frequentemente colocada em sanduíche entre esses dois panos de desconhecimento.** (TOSQUELLES, 2009, p. 31, destaques nossos).¹⁴⁰

Ele chama atenção para que o Psiquiatra¹⁴¹ se coloque além de uma postura biológica no fazer cotidiano, posicionando-se do lado da psicoterapia, da socioterapia e da ergoterapia. Um assunto que nos remete à trajetória da psiquiatra brasileira Nise da Silveira, segundo princípios críticos à Psiquiatria de sua época descritos em sua obra - *Gatos, a emoção de lidar* (SILVEIRA, 1998). Ou seja:

A psiquiatria descritiva não dispõe de definição tão exata para transmitir toda a dramaticidade dessas estranhas vivências. Limita-se a fazer a enumeração de sintomas “básicos” ou “acessórios” da esquizofrenia, como um rol de fenômenos mais ou menos diferentes. (SILVEIRA, 1998, p. 31).

Comprendemos, então, que “a atividade de trabalho era considerada, não só como um objeto de análise, mas como um meio de ação.” (CLOT, 2010, p. 75). A atividade para Tosquelles torna-se um instrumento clínico, de fazer clínica. Um fazer instituinte de novos

¹³⁹ Do original – “qu’on ne pouvait pas “guérir” les malades sans guérir la structure hospitalière. Dès lors l’hôpital entier devrait être considéré comme malade. Guérir un quartier, former le personnel, se guérir soi-même [...]” (TOSQUELLES, 2012, p. 53).

¹⁴⁰ Do original – “De toute façon, s’il y a lieu, comme je le crois, de formuler des projets de travail thérapeutique, ceci ne peut découler d’une théorétique de l’homme et du thérapeute fasciné par les vues myopes de la biologie, ou non moins myopes de la sociologie. De telles fascinations ne sont pas efficaces du fait de ce qu’elles montrent. On peut croire que leur succès de mode et dû à ce qu’elles cachent: cette volonté de non-savoir sur la structure pulsionnelle de l’homme. Affirmant le corps, on cache sa dynamique en tant que corps humain. Affirmant la société, on cache tout autant ses dynamismes économiques que la production verbale de cette société et de leurs effets. La psychiatrie est prise souvent en sandwich entre ces deux pans de méconnaissance.” (TOSQUELLES, 2012, p. 31).

¹⁴¹ Que o psiquiatra “s’interessa à ce que fait l’homme à partir et au-delà de son être biologique, à la façon dont il converti le milieu naturel em “monde”, car son destin humain n’est pas de s’adapter ou de périr, mais de construire avec les autres hommes un monde dans lequel il “se fera homme”. Autrement dit, l’homme est un “être culturel” parce qu’il est le produit des artifices que les hommes ont faits avant lui, qu’ils font avec lui.” (BILLIARD, 2001, p. 115).

fazeres, ainda que dentro do hospital psiquiátrico. Uma preocupação em transformar a instituição, a fim que ela pudesse cuidar de seus usuários. Humanizar o hospital era o lema. Assim, ele também defendia um período curto de internação e a saída lenta e progressiva dos usuários para o ambiente familiar.

Vale ressaltar que são princípios que, de um lado, contrariam a postura de Le Guillant, que preconizava a saída lenta, responsável, mas progressiva de usuários do hospital, criticando o trabalho dentro desta instituição e reforçando a criação de laços familiares e vínculos de lazer e trabalho na comunidade. Por outro lado, contradizem, radicalmente, a postura de Basaglia em promover a desinstitucionalização da loucura na Itália, promovendo o fechamento desta instituição hospitalar e criando Serviços Substitutivos na comunidade e em rede, reforçando laços territoriais de lazer, cultural e trabalho.

Podemos dizer que Tosquelles se apoiava em Follin e Bonnafé (na inseparabilidade entre corpo e mente) para sustentar seu percurso na ergoterapia. Para cuidar do usuário, era preciso cuidar da instituição, a proposta era ocupar o usuário com as tarefas internas do hospital, mas desde que as mesmas fizessem sentido no tratamento do usuário também. Chamava atenção para uma “ciência do trabalho” dentro do hospital, articulando aspectos sociológicos e psicanalíticos, porém responsabilizando o trabalho como estratégia de humanização do homem e da instituição psiquiátrica (BILLIARD, 2001). Ao humanizar o hospital, isso refletia na melhora do usuário, ressignificando a importância dos *Clubes Terapêuticos*. Um resgate do *poder de agir* dos usuários, através de uma discussão coletiva acerca da escolha da atividade e técnica terapêuticas. Que matéria-prima utilizar para sustentar as variabilidades surgidas do curso da atividade proposta? Quer dizer, nunca se trabalha só, mesmo que assim se pense, reforçando o caráter ativo do cuidado em ergoterapia.

E ainda nos chama atenção para a destituição de qualquer imperativo moralista na prática de trabalho, reivindicando o destino das pulsões na relações de trabalho.¹⁴² E isso inter-relacionava com o que ele veio a chamar mais tarde de *ergologia*, dizendo que tal perspectiva era indispensável a toda Psiquiatria que pretendesse utilizar do trabalho como recurso terapêutico. Dizia ele que para se fazer ergoterapia¹⁴³, precisa-se lançar mão de vários conhecimentos teóricos sobre o trabalho em dois planos. De início, que os médicos e os enfermeiros conhecessem o tipo de trabalho a ser instituído dentro. Quer dizer, esse tipo de

¹⁴² Conforme se percebe neste texto – “Je me situe sur le plan du “destin des pulsions”, et par la, dans la ligne de l’avenir concret de chaque être humain qui, en faisant des choses, se fait lui-même, d’autant plus qu’il est impossible de faire sans compter avec les autres.” (TOSQUELLES, 2012, p. 26).

¹⁴³ Do original – “On comprend qu’une telle perspective soit indispensable à toute pratique psychiatrique qui prétend utiliser le travail en thérapeutique.” (TOSQUELLES, 2009, p. 87).

trabalho terapêutico requer que se (re)conheça não somente os instrumentos tecnológicos, por exemplo martelo, madeira, tintas, etc., mas também que os terapeutas

[...] conheçam todos os tipos de acontecimentos susceptíveis de serem desencadeados na cadeia de operações previstas: acontecimentos estruturantes e comportamento muscular, os hábitos requisitados e as condições de aprendizagem de uma parte, e de outra parte, acontecimentos susceptíveis de aparecer no nível das inter-relações “profissionais” necessárias a conjugar com outros parceiros no curso da “produção”; **o conjunto desses conhecimentos pode se chamar *ergologia***. (TOSQUELLES, 2009, p. 86, destaques nossos).¹⁴⁴

Tosquelles apoiava-se nas reflexões de Sivadon, nelas não se restringindo, mas avançando no sentido da autonomia da atividade e não em aspectos organicista e maturacionais. Ele falava de níveis progressivos da atividade, mediante estruturação no tempo e no espaço – uma forma de preparar o tempo de saída da internação. Uma atividade escolhida por cada um, de acordo com o grau de comprometimento do usuário na atividade. Um processo que muito se aproxima do desenvolvimento proposto por Vygotski (1994; 2014). À medida que as potencialidades do usuário aumentavam na atividade, havia progressões evidentes no quadro e na autonomia do mesmo. Por isso, o objetivo era realizar atividades em grupo e composto por usuários em diferentes graus de sofrimento mental. O ideal era a comunicação entre diferentes usuários, mas sem expor o verdadeiramente mais frágil ao contato com aqueles melhores e adaptados. Preocupava-se com a dimensão coletiva da atividade como forma de transformação de si e da instituição. Uma espécie de psicossocioterapia ao inter-relacionar aspectos sociais com os individuais na atividade. É assim que ele nos apresenta ao conceito de *urbi et orbi*¹⁴⁵ das atividades e do trabalho dentro das instituições.

Em síntese, se Henri Ey acreditava num retorno à personalidade do trabalhador e aos aspectos organodinâmicos, para Sivadon, a questão era outra (EY, 1951). Ele defendia que o trabalho não era patogênico em si, mas que a personalidade do trabalhador aliada ao seu grau de maturidade, determinavam seu sofrimento e/ou adaptação ao trabalho.

¹⁴⁴ Do original – “[...] connaissent tous les types d’événements susceptibles d’être déclenchés dans la chaîne d’opérations prévues: événements structurants le comportement neuromusculaire, le habilités requises et les conditions de l’apprentissage d’une part, et d’autre part, événements susceptibles d’apparaître au niveau des interrelations “professionnelles” nécessaires à conjuguier avec d’autres partenaires au cours de “production”; l’ensemble de ces connaissances peut s’appeler l’ergologie.” (TOSQUELLES, 2009, p. 86, destaques nossos). Em outro sentido, uma confluência com os princípios ergológicos de Yves Schwartz.

¹⁴⁵ Uma frase que havia na porta do hospital para se fazer entender o verdadeiro contexto do qual o trabalho deveria se colocar – “ce qui dit long à ceux qui veulent entendre” (isso que diz tudo àqueles que querem ouvir) (TOSQUELLES, 2012, p. 59). De outra forma, esse caráter *urbi et orbi*, referindo-se ao dentro e ao fora, à articulação de posições. No contexto da Psiquiatria, o caráter psicopatológico e das abordagens psicoterapêuticas possíveis. (TOSQUELLES, 2012, p. 22-23).

Le Guillant, assim como Bonnafé, assegura a importância do meio e das condições materiais de vida e de trabalho como determinantes, reafirmando a importância de se fazer *Clínica* muito mais do que o estabelecimento de causalidade trabalho-sofrimento psíquico. Quer dizer, há nocividade em muitas atividades de trabalho, mas estas não podem ser consideradas como determinantes diretas do sofrimento. Isso vai depender de como o trabalhador incorpora tais elementos em seu estilo de viver o trabalho e fora dele.

Por isso, reservamos algumas explicações importantes antes de adentrarmos na contribuição de Louis Le Guillant, inclusive seu encontro com as reflexões de Politzer (1998), reforçando sua adesão marxista e comunista que muito influenciou sua prática psiquiátrica em regime aberto.

4.1.3.2 Heranças e influências Politzerianas

Georges Politzer (1903-1942), psicólogo de origem da Hungria, filho de Judeu, militante comunista, radicado na França desde 1922. Ele era membro do partido comunista francês e fundou uma escola operária em sua época. Participando de lutas contra o nazismo, questionando a ideologia nazista alemã, foi preso, torturado e executado por soldados nazistas em maio de 1942, aos 39 anos, porém, coerente com seus princípios ético-militantes, acreditando ser a filosofia uma forma de curar o mundo.

Apresenta-nos seu ponto de vista em quatro tempos por volta dos anos 1928/29 – *Crítica aos fundamentos da Psicologia – a Psicologia e a Psicanálise* (POLITZER, 1998). Primeiramente, uma crítica à *Psicologia Clássica*. Em seguida, reconhece a Psicanálise como marco inaugural da Psicologia Concreta ou Materialista. Depois, tece críticas aos princípios psicanalíticos e, finalmente, apresenta sua proposta por uma *Psicologia Concreta*.

O autor não se ocupa em fazer críticas em termos de noções conceituais, mas sim atacando a raiz da questão. Por exemplo, não tecia críticas somente à Psicanálise, mas sim ao Behaviorismo e à Gestalt quanto à impessoalidade conferida à psiquê humana. Criticava o realismo da Psicologia Clássica, que tratava os fatos psicológicos como meras coisas objetivas. Tratava-se de uma psicologia que se confundia com a fisiologia e a biologia e que propunha médias estatística incapazes de explicar a alma humana. Como se a Psicologia Clássica se ocupasse de coisas que não eram, exatamente, do sujeito. Da mesma forma, o sonho que não se apresentava como um produto do psiquismo, mas de um automatismo mental. Para ele, a Psicologia deveria ser capaz de compreender tanto aspectos objetivos, quanto subjetivos da psiquê humana. Na Psicologia Clássica, o indivíduo não era autor de

seus processos, eles eram escritos na terceira pessoa, desenvolvidos apesar do indivíduo e não com e pelo mesmo.

Faz uma crítica à Psicologia Clássica em sua relação com o objeto, acusando o método introspectivo da mesma e sua dificuldade em encontrar, de fato, com o objeto humano em sua materialidade e concretude. Os fatos psíquicos eram coisas vindas de fora da pessoa e não proveniente de um *drama* interno.

Segundo o autor, os fatos psíquicos dizem respeito ao sujeito, somente ele pode nos explicar a situação vivida, ocorrida, remetendo os acontecimentos aos dramas da primeira pessoa. Assim, melhor seria compreender as ações, os atos e os gestos humanos decorrentes de um drama humano entre a objetividade e a subjetividade, mas defendendo uma certa primazia da objetividade em relação à subjetividade. Inclusive, que a subjetividade só poderia surgir depois de ocorrências concretas e objetivas da vida. Quer dizer – deveríamos sempre nos perguntar: por que você acha que isto aconteceu com você? Diferente de ficarmos levantando hipóteses vazias de sentidos.

Com relação à Psicanálise, ele a entendia como uma verdadeira Psicologia que lançou as bases para uma *Psicologia Concreta*. Ela rompe com a terceira pessoa, compreendendo a Psicologia como aquela da/na primeira pessoa, resgatando seu objeto (a psiquê – predicação humana) e legitimando-a no campo das ciências. Reconhece em Freud o método indutivo e não dedutivo – que parte de casos clínicos, histórias materiais e concretas, valorizando a associação livre e não a introspecção. Segundo ele, Freud reúne os dados empíricos, faz interpretações de acordo com as realidades vividas, considerando o sonho como uma produção do eu. Tal método propõe induções fecundas que partem da empiria e da clínica. Como se ele fosse mostrando resultados a partir de fatos concretos, agindo sobre o objeto e obtendo avanços subjetivos através de induções ricas e que exigem da experiência um saber explicativo.

Por outro lado, o fato psíquico é aquele que é vinculado ao sujeito que o pratica, alguém que o realiza, alcançando sua individualidade, acontecimentos únicos, um ator da vida dramática e não um sujeito da introspecção. Quer dizer, se Freud abandona a introspecção, ele valoriza o relato, a expressão da linguagem em ato e que tem uma intenção objetiva e que prepara o campo da subjetividade.

Em um terceiro momento, Politzer tece críticas à Psicanálise. Como se esta retornasse à Psicologia Clássica no tratamento dado ao inconsciente e não conseguisse se libertar das origens da mesma. Para ele, Freud se manteve muito atento ao inconsciente, esquecendo-se do drama consciente da vida, buscando abstrações razoáveis pelo método indutivo, mantendo o

singular à revelia de generalizações do humano. Quer dizer, trata-se de um paradoxo – Freud parte da empiria, da concretude de fatos psicológicos, mas, ao interpretá-los, cai no subjetivismo de explicações abstratas que, segundo ele, mais se aproximavam da biologia e da fisiologia concernentes à Psicologia Clássica.

Finalmente, Politzer chama atenção para que os objetos sejam tratados dialeticamente entre a objetividade e a subjetividade. Contrário à Psicologia abstrata e seu idealismo, em linhas gerais, ele enfoca a vida dramática do homem que lançaria as bases para uma Psicologia Concreta e Materialista. Aquilo que tece o comportamento de cada um, dos fatos humanos e concretos, a Psicologia da primeira pessoa, contra uma Psicologia da terceira pessoa. Resgata o homem real, não só determinado pelo inconsciente, mas por momentos conscientes e conflitantes, dramáticos. Resgata o romantismo humano nas coisas mais simples do vivido, sem cair em realismos empiristas. A vida no sentido dramático do termo, do ato singularizado, dramatizado por um sujeito singular e a partir de sua história de vida. Os fatos não são simples como se mostram e que a verdadeira Psicologia seria aquela que incorpora o drama humano em sua totalidade, interessando-se pelo relato de seu vivido cotidiano. O ato e o drama humano como síntese de Psicologias objetivas e subjetivas.

Resgatamos as reflexões do autor, de um lado, por considerarmos que elas nos ajudam a melhor tratar o nosso objeto de estudos – *o processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*, fornecendo-nos um corpo teórico-reflexivo de conceituação, compreensão e corporificação da informação gestual genérica que apresentaremos em dimensões constituintes do gesto profissional. Ou seja, os fatos concretos reenviando-nos à materialidade do pensamento pela via concreta do relato e da linguagem de nossos *projetos-ações*, atos e movimentos individuais e coletivos e que ressignificam o campo dos saberes da Psiquiatria em gestos profissionais. Por outro lado, pela sua importância na composição do pensamento e obra de Le Guillant que apresentamos em seguida.

4.1.3.2.3 A velha NOVA CLÍNICA - com e a partir de Le Guillant

Louis Le Guillant (1900-1968), militante da Reforma Psiquiátrica francesa e de origem comunista. Sua contribuição é de grande importância nesta tese por vários motivos. Primeiro, pelo seu *estilo* engajado de ser e fazer Psiquiatria¹⁴⁶ no pós-guerra e que reverbera

¹⁴⁶ E meus estudos pela França só me fizeram melhor compreender melhor o percurso deste psiquiatra, uma vez que lá onde estive presente, discutindo minha tese e debatendo com outros profissionais, sua história era presente.

na atualidade lá onde o assunto for engajamento militante contra a exclusão social do usuário. Segundo, pelo seu rigor teórico-metodológico, do qual buscamos inspiração para esta tese. Ou seja, a partir de sua abordagem biopsicossocial ao indivíduo, ele tece argumentações acerca da passagem de uma *situação vivida* para um distúrbio mental, partindo da Anamnese mais rigorosa do usuário, incluindo a trajetória de vida e de trabalho. Trajetória esta realizada com grande embasamento clínico, o que ele mesmo nomeou de *Nova Clínica*.

Em outros sentidos, compreendemos que, segundo nossa teorização sobre o conceito de gesto, Le Guillant tenha realizado diversos gestos profissionais em Psiquiatria ao longo de sua trajetória profissional. Por outro lado, ao trazer em visibilidade o seu legado, estaremos, sem dúvidas não só contribuindo, refletindo, ampliando, reforçando e qualificando os processos da Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica francesa, mas também ampliando o debate acerca da atividade em Psiquiatria, incluindo e ampliando a relação terapeuta-usuário. São razões que contribuem para movimentar a lacuna existente no desconhecimento desse autor no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Da *Ergoterapia à Psicopatologia Social do Trabalho*, através de um discurso marxista e politzeriano, ele coloca em evidência a Psiquiatria (nosologista) de sua época, mediante um processo dialético de encontro com a Psiquiatria Social francesa. Trata-se de uma unidade indissolúvel e histórica entre o indivíduo e o meio, fundando o psiquismo do usuário como reflexo de uma realidade concreta e material. Pelo seu posicionamento nada convencional, recebe críticas diversas, inclusive na atualidade, por aqueles que se aprofundam nesta dialética, a partir da relação: trabalho, clínica e sofrimento mental. Alguns teóricos como Clot (2002; 2010a), Lima (2006), Dejours (2009), Billiard (2001), Lhuillier (2002a; 2008), ampliam, de uma forma ou de outra, esta unidade dialética (indivíduo/meio), questionando que ela reduziria o psiquismo à dominação do condicionamento social e das condições de trabalho. Segundo eles, há outros elementos envolvidos nesta relação, dos quais apresentamos nesta tese, inclusive com as Clínicas do Trabalho.

Em termos iniciais, entre os aspectos biopsicossociais da origem do sofrimento psíquico (discutida no Primeiro Colóquio de Bonneval de 1946), Le Guillant (1984) afirma a primazia ontológica do social na gênese do sofrimento mental. Isso, sem cair em reducionismos sociogênicos dessa escolha, para esclarecer alguns mal-entendidos de sua obra. Ele parte de uma abordagem fenomenológica dos problemas mentais, deixando em aberto seu obstinado desejo de inter-relacionar os dois registros – o social e o psíquico – e que lhe permitia lançar as bases para uma verdadeira *Psicopatologia do Trabalho* (BILLIARD, 2001; CLOT, 2010). Em outras palavras, ele tinha como objetivo primordial compreender a

incidência psicopatológica de determinadas condições de trabalho, visando, a partir daí, construir uma abordagem clínica (psicopatológica) individual. Esclarece seu ponto de vista, dizendo que a única maneira de estabelecer essa relação seria pelo materialismo dialético, onde o psiquismo seria dado como reflexo de uma realidade material e concreta.

Para compreender o seu projeto teórico-metodológico (a meu ver, propício para o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*) - essencial para ampliar o corpo-reflexivo da tese -, partimos de sua experiência em Villejuif, em 1949, grande hospital localizado na região sul de Paris.¹⁴⁷ Segundo ele, a internação psiquiátrica é um mito, uma vez que ela se mostra muito estranha e fora do contexto das necessidades de uma Psiquiatria mais racional, aberta e ativa.

Em termos iniciais, discordava das práticas psiquiátricas vigentes e propunha uma ergoterapia (revolucionária) voltada para a comunidade - realidade material e concreta - e que não se assujeitasse aos pagamentos irrisórios de usuários pelos seus trabalhos. É dentro desse contexto que Le Guillant defendia e propunha a liberação lenta, progressiva e responsável do usuário internado.

Apresentamos alguns pontos básicos advindos da tentativa de Le Guillant de transformação da Psiquiatria de sua época, passando, efetivamente, por um mecanismo reformador das práticas clínicas. Ele propôs em seu texto, um novo lugar para a Psiquiatria e, conseqüentemente, para o psiquiatra de sua época. Fazia-se “advogado do diabo”, posicionando-se a favor de um outro mundo mais socializado e uma outra concepção de psiquiatra e Psiquiatria na sociedade. Para ele, o dispositivo hospitalar distanciava os psiquiatras de suas verdadeiras missões – os estudos de situações patogênicas que alienam os homens das situações reais de vida (BILLIARD, 2001). Resgatava a biografia de seus usuários, considerando as condições concretas e materiais de vida de cada um - no caso a caso. Contra o isolamento do usuário na ordem hospitalar psiquiátrica, ele propunha *Terapêuticas Ativas* fora da instituição. É assim que ele

[...] conseguiu articular melhor as dimensões objetivas e subjetivas, o singular e o coletivo, escapando à visão dicotômica que prevalecia no seu meio e evitando, assim, cair no psicologismo ou no sociologismo, vieses que identificou na produção teórica de sua época e que jamais deixou de combater. (LIMA, 2006, p. 9).

Ele se colocava a favor da remuneração do usuário ao exercer qualquer tipo de trabalho, inclusive dentro do hospital. Porém, defendia um processo de reabilitação social

¹⁴⁷ Um hospital psiquiátrico que não somente conheci, como também visitei diversas por ocasião de um sujeito acompanhado por mim em processo de Acompanhamento Terapêutico.

pelo trabalho e não uma mera tentativa de adaptação do usuário ao meio (hospitalar e social) pelo viés do trabalho, para esclarecer sua crítica ao psiquiatra francês Paul Sivadon:

Ao contrário, na perspectiva marxista de Le Guillant, o trabalho só pode ser o trabalho ‘real’, vetor essencial da participação social, conferindo ao trabalhador a dignidade de ‘produtor’. É porque ele estima que uma ergoterapia verdadeira ganharia se se fizesse próxima das condições de trabalho real, apoiando-se sobre o mundo externo, e acordando ao doente uma retribuição ‘equitável’, ‘proporcional ao rendimento’. (BILLIARD, 2001, p. 129).¹⁴⁸

Primeiramente, ele não só permitia, como propunha uma interrogação epistemológica à Psiquiatria por ela mesma e pelas condições de vida, social e de trabalho do usuário. Partia das biografias/histórias de vida concretas, objetivas e subjetivas desses usuários para compreender a loucura, o meio onde vivem, visando transformar essas relações. Também, preconizava uma movimentação de lugares e posições assumidas pelo psiquiatra no trabalho em equipe. Podemos dizer que se tratava, então, de uma reorganização dos *saberes constituídos e investidos* sobre a Psiquiatria como forma de refazer sua própria evolução histórica e epistemológica, a exemplo da postura de *desconforto intelectual* do DD3P proposta pela Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Sabemos, segundo Le Guillant (1984), que a *Clinica* se faz necessária em momentos desafiantes, em especial quando o “problema central e mais difícil de nossa disciplina encontra-se na passagem de uma situação vivida, seja ela qual for, para um distúrbio mental” (LE GUILLANT *apud* LIMA, 2006, p. 17). Resta-nos saber quais seriam as estratégias desenvolvidas pelo autor para chegar nesta questão central para todos aqueles que estudam e vivem o trabalho.

Para exemplificar o questionamento, incluímos as análises reflexivas de três pesquisas (que não aprofundaremos em detalhes nesta tese): das telefonistas e das mecanógrafas, das empregadas domésticas e dos trabalhadores ferroviários, desenvolvidas por Le Guillant – e que muito bem ilustram a chamada “patologia da produtividade”. Em termos de metodologia:

Ela consiste em um ir e vir entre os dados quantitativos e os dados qualitativos: os dados estatísticos enviando aos casos particulares e estes reenviando aos dados estatísticos. Seu fundamento está na tentativa de **articulação das condições sociais, das condições de trabalho e dos fatos clínicos, através do confronto permanente entre os fatos e o vivido**. (LIMA, 2004, p. 144, destaques nossos).

¹⁴⁸ Do original – “Au contraire, dans la perspective marxiste de Le Guillant, le travail ne peut être que le travail ‘réel’, vecteur essentiel de la participation sociale, conférant au travailleur la dignité de ‘producteur’. C’est pourquoi il estime qu’une ergothérapie véritable gagnerait à se faire au plus près des conditions de travail réel, en prenant appui sur le monde exotérique, et en accordant au malade une rétribution ‘équitable’, ‘proportionnelle au rendement’.” (BILLIARD, 2001, p. 129).

A primeira delas, a “neurose das telefonistas” que, segundo ele, tratava-se do estudo de uma doença profissional. Seu objetivo com esta pesquisa era demonstrar as condições concretas de trabalho que conduziam à origem da fadiga nervosa de muitas telefonistas, demonstrando que ela não era uma doença específica de uma determinada profissão – antes uma forma singular de se relacionar com o *métier*.

Constatou em seu consultório, o elevado número de mulheres exercendo a profissão de telefonistas. Que as mesmas queixavam-se da penibilidade de suas condições de trabalho. À primeira vista, Le Guillant e Bégoïn nomearam o incômodo de “Síndrome subjetiva comum de fadiga nervosa” caracterizada por um forte esgotamento físico e psíquico; exacerbação da emotividade e irritabilidade; crises de ansiedade; problemas de sono; somatizações de ordem cefálica, vertigens, síncope, digestivas, menstruais; além de perturbações da vida familiar – descargas afetivas paradoxais, problemas na relação conjugal e com os filhos. Ou seja, uma espécie de sofrimento generalizado. Em primeira instância, tentava-se estabelecer uma diferenciação entre as causas subjetivas e objetivas. Por outro lado, analisava as condições de trabalho numa perspectiva de ir e vir entre dados os objetivos e os singulares de vida das usuárias, tentando hierarquizar os dados encontrados. Ou seja, uma análise estrutural do trabalho que, segundo os dois, deveria ser feita em três planos – o biofisiológico, o psicoafetivo e o psicossocial. Uma abordagem nada desarticulada, mas inter-relacionada às condições concretas do trabalho e relações estabelecidas entre elas e com o trabalho. Entre todos esses elementos, atenção especial foi conferida à velocidade em que elas desenvolviam o trabalho. O ritmo exigido pelo rendimento de trabalho e não exatamente a tarefa que, segundo eles, não apresentava grandes dificuldades de ser realizada. O mais visível era o aspecto de transbordamento do estresse e a vigilância. Quanto maior a exigência, mas elas aumentavam a velocidade do trabalho. Um mecanismo de competição continuada, visando cada vez mais ao aumento da produtividade.

Em referência a Pavlov, mesmo que de forma equivocada, uma explicação era considerada. Aquela de que esta fadiga correspondia às perturbações do sistema nervoso central, induzidas pela velocidade cada vez maior de trabalho, onde o cérebro reagia em termos de arco reflexo, apresentando respostas motoras frente às excitações nervosas.

Eles acrescentam que não se tratava somente de aceitar a ideia acima, mas de compreender os motivos da partida dessas usuárias de suas cidades de origem para Paris em busca de uma melhor condição de vida. Numa espécie de corrida atrás do tempo perdido, elas se isolavam do social. Quer dizer, existia, então, uma relação entre o descontentamento

social¹⁴⁹ por elas vivido e dramatizado no meio do trabalho, piorando o estado de desconforto psíquico e físico. Com certeza, não se tratava, segundo Sivadon, de uma imaturação adaptativa com tendências à neurose, mas de estabelecer uma análise estreita da biografia de vida dessas usuárias, através de entrevistas clínicas.

Em seguida, a pesquisa das empregadas domésticas que consiste em um estudo desenvolvido com jovens mulheres vindas da Bretanha para trabalhar na cidade de Paris em casa de famílias burguesas. Muitas delas acabavam sendo internadas em hospitais psiquiátricos. Em particular, ele analisou o caso das irmãs *Papin* - uma situação por ele definida como “condition des bonnes a tout fair”. Um caso polêmico no meio acadêmico francês (que repercutiu no Brasil) sob vários aspectos teóricos. Segundo Le Guillant (1984), um caso emblemático de duas irmãs, que demonstrava as determinações sociais dos problemas mentais que as levaram a cometer um crime bárbaro contra a matriarca da casa e sua filha. Um fato, um acontecimento, um drama humano, uma “situação dominante” e marcante na história social e do trabalho na França onde se definem os aspectos psicológicos e psicopatológicos de uma condição humana de servidão, dominação e humilhação.

Esta pesquisa serviu também de sustentação ao seu intento metodológico de costume. Ele associava dados estatísticos com respeito aos acontecimentos com dados sociológicos do tipo: geográfico e familiar, grau de instrução, motivos e razões de deslocamento de cidade, duração e quantidade de mudanças, além de entrevistas e observações clínicas (BILLIARD, 2001). Se alguma seleção havia, esta se dava em decorrência de uma ordem social – quer dizer, sem condições de prosseguimento de seus estudos, tais empregadas se deslocavam do meio rural para a cidade maior em busca de melhores condições de vida. Le Guillant se debruçou para melhor compreender a penibilidade deste trabalho, condições de miserabilidade e discriminação social.

¹⁴⁹ Na verdade, a situação denunciava um problema social muito maior, ocorrida pela aceleração da produtividade frente à demanda de um trabalho taylorizado, criando novas doenças profissionais da produção. E é exatamente neste ponto que podemos diferenciar as posições dos três psiquiatras, Paul Sivadon, Claude Veil e Le Guillant. O primeiro se ocupava da clínica dos problemas mentais do indivíduo, voltando às tarefas e às características individuais em termos de adaptação. O segundo se apoia na Psicossociologia do Trabalho, articulando os aspectos psíquicos e suas relações sociais, ocupando-se da história do sujeito e o sofrimento decorrente do encontro deste com as normas do meio envolvido (LHUILIER, 2012). Uma espécie de adaptação e desadaptação do homem ao trabalho, articulando-se com o legado teórico de Canguilhem (1995). Le Guillant, este não se mostra muito diferente do segundo, nem se apoia numa sociogênese como se percebe tal equívoco entre alguns leitores de sua obra. Ao contrário, propõe uma articulação entre a realidade material e concreta das condições de trabalho, a biografia dos usuários e a incidência psicopatológica dessas mesmas condições. Entre os aspectos biopsicossociais constitucionais da loucura, dizia ele que o social apresentava uma certa primazia ontológica frente aos dois primeiros (LIMA, 2006).

Se no estudo das telefonistas, os reflexos psicológicos eram secundários das condições de trabalho, aqui a situação se inverte. Ou seja, são as condições sociais é que se sobrepõem às condições psicológicas e materiais do meio. Através da herança politzeriana, ele descreve o drama do *ressentimento* do trabalhador. Quer dizer o vivido dramático entre uma significação teatral e outra significação emocional. Uma condição de estar disponível para tudo fazer, desencadeando um *ressentimento* alimentado por uma raiva fundamental pela constante posição de servir a qualquer momento. E isso desencadeava um profundo sentimento de humilhação e solidão que culminaram em tal violenta passagem ao ato. Uma reflexão feita por Le Guillant pelo viés de uma análise fenomenológica e dialética entre o mestre e o escravo, onde o drama humano era recolocado em visibilidade na fenomenologia da articulação de elementos objetivos e subjetivos, psíquicos, individuais e aqueles sociais. Segundo Clot:

O ressentimento é um drama da diferença, uma dissociação. É a experiência penosa vivida por todos os “deslocados” e “transplantados” da existência. É a experiência sofrida em silêncio, tecida com sentimentos contrariados, encarcerados na existência atual: o drama humano do trabalho lhe confere toda a sua amplitude. Com efeito, o ressentimento é, afinal de contas, uma espécie de ruminação dos sentimentos latentes, exacerbados pelas humilhações e pela injustiça da situação presente. Ele poderia ser definido como uma retomada dos sentimentos, como um sentimento sobre sentimentos, ao mesmo tempo, ativados e intransformáveis. (CLOT, 2010, p. 72, destaques nossos).

Outros vários conceitos, poderíamos, então, localizá-los no contexto da impossibilidade de transformação da experiência vivida em meios de viver, ampliando nosso desafio em compreender a passagem de uma situação vivida a um determinado sofrimento psíquico. Com isso, Le Guillant nos esclarece que não é o social em si que é patológico, mas a forma como incorporamos as nuances do mesmo em nosso cotidiano vivido e no trabalho.

Em suma, se não se podia estabelecer uma conexão direta e causal entre certas situações nocivas e o surgimento de problemas mentais, elas permitiam o diagnóstico de seus próprios mecanismos patogênicos, restabelecendo um posicionamento crítico de Le Guillant para a Psiquiatria – a impossível separação entre os aspectos concretos vividos e a realidade social.

Depois de adentrar ao estudo das domésticas, Le Guillant analisa o trabalho dos funcionários do transporte coletivo SNCF de Paris. Um trabalho, segundo ele, socialmente reconhecido, marcando sua diferença do *métier* das telefonistas. Submetidos a condições de grande exigência física, os ferroviários queixavam-se de isolamento, de uma distância grande entre a vida profissional e familiar, além de um sentimento de controle – constituindo os aspectos psicológicos de uma situação concreta de submissão no trabalho. Mais uma vez, Le

Guillant chega ao impasse da impossibilidade de demonstrar esta condição de penibilidade, quer dizer fácil de sentir e difícil de demonstrar teoricamente.

Assim, essas são pesquisas que, de uma maneira ou de outra, interrogam como daria a passagem de um evento traumático, de uma experiência vivida em uma determinada situação para um sofrimento psíquico? A resposta de Le Guillant não poderia ser outra senão pelo diálogo biopsicossocial para trabalhar essa passagem. Mas, quais seriam os mediadores psicossociais e psicossomáticos (internos e externos) envolvidos neste cruzamento? Na verdade, antes de culpabilizarmos o sujeito trabalhador pelo seu sofrimento, há que se adentrar ao seu *métier* de trabalho e contextualizar o teor de nocividade que ele carrega para a saúde mental, um meio que imprime ao sujeito formas de vida. O homem se constitui homem na relação com o outro, em sociedade. Não propõe uma cisão entre mente e corpo, mas o meio tendo uma anterioridade às experiências internas e subjetivas. Se se transforma¹⁵⁰ esse meio, cria-se possibilidades de transformação desse sujeito. Na verdade, ele se preocupava em ultrapassar o “sociologismo” do qual foi comparado nos primórdios de sua construção conceitual. Quer dizer, não existe uma relação direta entre o social e o sofrimento mental, mas sim uma inter-relação nada opositiva, mas sim de determinação de um pelo outro - o homem constituindo seu meio e sendo constituído por este. Assim, podemos dizer que o que está em jogo é a forma como a qual o sujeito vivencia o trauma, seu estilo de vida, em seu percurso biográfico de vida.

Exemplificamos os casos acima para ilustrar o caminho porque percorreu Le Guillant para justificar a inter-relação de diversos elementos na composição de sua *Nova Clínica*.¹⁵¹ Obviamente que os gestos profissionais decorrentes desta movimentação carecem de uma melhor compreensão e significação clínica. Segundo Clot: “Ele pratica uma clínica atenta às condições sociais de trabalho a fim de que, nessas circunstâncias, sejam identificados conflitos objetivos, cujas manifestações psicopatológicas constituem outras tantas expressões dramatizadas.” (CLOT *apud* LIMA, 2006, p. 18).

¹⁵⁰ Resta-nos uma reflexão complexa – como transformar o meio dos portadores de sofrimento mental de nossos CAPS? Mas, a transformação desse meio poderia estar associada à (in)formação do psiquiatra, daí, foi o que Le Guillant também abordou - mudanças simples podem modificar o quadro do usuário, por exemplo, modificação na maneira como o psiquiatra enxerga a loucura, o olhar do psiquiatra ao profundamente organicista, psicogenético, de agarramento ao sintoma e ao medicamento.

¹⁵¹ Trata-se da construção de uma clínica que contenha princípios éticos, que renormalize situações de trabalho em tempo real, que articule teoria com prática, o espaço micro com o macro, que considere a inclusão de *matérias estrangeiras* necessárias para esta operação. Que valorize *saberes investidos e constituídos* dos envolvidos, que permita ao usuário contar ao terapeuta aquilo que ele precisa dizer, rompendo com a lógica médico-centrada de interrogar o usuário no sentido de saber coletar informações para compor um diagnóstico e apresentar uma proposta medicamentosa – que abordaremos na última parte da tese.

Retornemos, então, à compreensão do drama humano ao abordar o contexto do trabalho e as histórias de vida dos envolvidos nas pesquisas. Le Guillant (1984; 2010) nos adverte contra uma Psicologia do trabalho positivista, mas sim contextualizada e material. Ao abordar a ação como princípio ativo de sua clínica, retira das mãos de poucos profissionais, o protagonismo de atuação clínica, como dantes acontecia com o psiquiatra. Ele nos chama atenção para o trabalho multidisciplinar e novas batalhas contra o taylorismo, cuidando do trabalho e dos trabalhadores. O mesmo caminho que nos faz compreender o seu notável gesto profissional em Psiquiatria de transposição da *Psicopatologia do Trabalho* para uma *Psicopatologia Social*, atenta à concretude das situações de trabalho. Transformando o *trabalho real* e ainda incorporando o social, estaremos cuidando não somente da Saúde Mental de nossos usuários diante de possíveis métodos de construção e condução de casos clínicos e análise das condições de trabalho, mas também dos trabalhadores, provocando a construção de uma ‘Clínica do Trabalho’.

Especificamente, Le Guillant (2010) parte de sua experiência no Hospital Psiquiátrico de La Charité-sur-Loire para aprofundar nessas questões. Seu maior trabalho, segundo meu ponto de vista, era promover a retirada lenta, progressiva e responsável dos usuários dessa instituição, a fim que eles não fossem afetados violentamente pelos bombardeios da guerra que se aproximavam. Mas, como fazê-lo? Uma pergunta-embrião de seu posicionamento clínico diferenciado. Uma clínica que privilegiava as experiências e situações concretas de vida, convocando os usuários, através do resgate de suas biografias, para se pronunciarem objetiva e singularmente como forma de ultrapassar o sofrimento, transformando o meio e a si mesmos (BILLIARD, 2001).

É dentro deste contexto que ele nos explica sobre a vertigem de saída que os pacientes sofriam. Depois de liberar diversos usuários, constatou-se que os mesmos, vivendo próximos ou não de seus familiares, mostravam-se bem mais adaptados ao meio social, inclusive muitos estavam inseridos em algum trabalho, mesmo que de menor complexidade. A internação psiquiátrica deixa de ser, então, essencial para o tratamento de usuários, dizendo que no hospital corria-se o risco de se cair numa *ortopedia institucional*, de conserto de alguma lesão psíquica - um handicap. Diferentemente, propunha um processo de Reabilitação Psicossocial do usuário, conseqüentemente, dos trabalhadores. Lançava mão da ergoterapia voltada para fora do hospital, mais precisamente, oficinas terapêuticas nos espaços extra hospitalares e

conquistados na cidade. O lema era modificar as condições concretas de vida desses usuários para ajudá-los a cuidar de si mesmos e permanecerem fora da contenção hospitalar¹⁵².

Programava-se o mais rápido possível o retorno do usuário para o seu ambiente de origem. A preocupação de Le Guillant era instigar o usuário a fazer atividades comuns dentro da comunidade, resgatar a dignidade do mesmo como um sujeito produtivo, capaz de ser remunerado pela sua atividade de trabalho, incentivando a aquisição de autonomia psíquica e financeira.

Abertura lenta e progressiva da instituição, sempre voltada para o contexto social – a gênese da *Psiquiatria Social* de seu tempo. Uma situação revolucionária na época, pois movimentava não somente o social, mas também toda a estrutura fechada do hospital, os valores, a moral, etc. Também, criticava e mobilizava a formação profissional, além de colocar em cheque a eficácia da Psicanálise, assim como as terapias breves. Um assunto que não se esgota nesta tese e que requer maiores esclarecimentos. Segundo ele, a Psicanálise tocava no cerne da questão da raiz da loucura, atenta ao sujeito, compreendendo o delírio como tentativa de cura, mas desconsiderava os determinantes socioculturais da gênese do sofrimento psíquico. Em outro sentido, a Psicanálise não colocaria o trabalho como categoria central na (des)estruturação psíquica, caindo num subjetivismo explicativo das relações de trabalho.

Ele propunha uma forma diferente de fazer clínica – uma credibilidade voltada para a pessoa, no ser humano e seus dramas, nas suas possibilidades, desfocando o sintoma, ocupando das mudanças do meio ambiente de vida dos usuários para modificar o quadro clínico dos mesmos. Uma espécie de *psicoterapia social*, criticando a psiquiatrização do sofrimento psíquico, alegando que a internação poderia criar um vício entre trabalhadores, familiares e usuários. Por isso, acompanhar os usuários desde a entrada na internação à alta e ao ambiente de origem eram o imperativo de sua proposta de trabalho, de seu gesto profissional em Psiquiatria.

Para melhor compor essa *Nova Clínica*, Le Guillant (1984) tecia fortes críticas ao nosologismo e ao organicismo¹⁵³, denunciando no nascedouro, a Psiquiatria de seu tempo. Criticava também a forma como Bleuler classificava os sintomas psicóticos em primários e secundários, alegando tratar-se de um nosologismo e que esta categorização pouco ou quase nada influenciava o vivido cotidiano dos usuários, empobrecendo a clínica que se pretendia

¹⁵² Trata-se do maior desafio para os trabalhadores dos CAPS, ou seja, modificar o meio de vida dos usuários.

¹⁵³ Uma constatação nada distante de nossa realidade atual com respeito à Psiquiatria que se pratica na contemporaneidade (OLIVEIRA, 2013; SILVA, 2010; SILVEIRA, 2008).

enriquecer. Que essa forma de lidar com a Psiquiatria mais funcionava como um entrave na humanização do tratamento. Acreditava-se no núcleo da doença e de menos no núcleo familiar. Ao resgatar a biografia do portador de sofrimento mental, conseqüentemente, encontrava-se com sua personalidade, ampliando o trabalho em Psiquiatria para além do cientificismo. Para ele, os psiquiatras mais se ocupavam de pesquisas científicas do que se preocupavam com os destinos de seus usuários. Reconhece em Kraepelin, a importante tarefa disso reforçar. Segundo ele, classificar é um ato de empobrecimento da clínica e distanciamento da realidade material e concreta dos usuários.

Não podemos defini-lo como pai do método biográfico, uma vez que Karl Jaspers (2006)¹⁵⁴ desenvolveu toda sua obra da Psicopatologia da doença mental, a partir de estudos do fenômeno psicopatológico situado num contexto social e individual da subjetividade, a partir da *Continuidade Histórica de Vida*. A forma como Le Guillant (1984) se apropria da biografia (sem tomar o diagnóstico como ponto de partida, mas sim o fenômeno contextualizado da loucura) ao descrever as nuances do caso Marie L. em 1957. É um bom exemplo, dentre outros, como aquele do acompanhamento da crise de uma usuária proveniente da Martinica até o seu expatriamento como forma de retorno ao seu meio original.

O que lhe interessava era acompanhar o usuário em sua dinâmica clínico-biográfica, desde momentos de eclosão da crise, inclusive compreendendo o contexto deste surto, às condições objetivas e subjetivas dessa situação e singulares do usuário. Neste sentido, ele aceitava uma possível classificação, desde que esta em nada interferisse na riqueza de compreensão da loucura. Segundo ele, a sintomatologia do usuário era co-dependente da cultura e do contexto local e social. O importante era procurar na história do usuário, decisões possíveis para resolver problemas complexos e concretos de vida. Além da socioterapia, preocupava-se com a riqueza dramática do vivido cotidiano dramático dos usuários na visão politzeriana.

Assim, em síntese, a *Nova Clínica* seria uma somatória de pontos de vistas diferenciados. Uma clínica crítica, ampliada e contextualizada, e uma modalidade terapêutica que partia do relato biográfico dos pacientes, de uma observação estreita do usuário (a exemplo do Pinel¹⁵⁵), a fim de ter acesso aos acontecimentos singulares, à riqueza dos fatos

¹⁵⁴ Vale ressaltar o relato *patográfico* de Karl Jaspers (1956) com respeito à personalidade de Van Gogh, Strindberg, Swedenborg e Hölderlin em *Genio y Locura*.

¹⁵⁵ Foi Pinel quem primeiro criou o método clínico, mas, ao acompanharmos o movimento/gesto da Psiquiatria, compreendemos o distanciamento deste campo do saber de sua herança paterna, agarrando-se ao organicismo

concretos e dramáticos dos “futuros psicopatas” (como algumas vezes definia o usuário). Uma forma ontológica de abordar o sofrimento psíquico, a partir da superação de dualismos, por exemplo: corpo-mente, psicológico-filosófico, psicológico-social etc. Ele nos faz concluir que as ações do meio explicam em partes as perturbações funcionais dos usuários, gerando neuroses e psicoses reativas e profundas.

Preocupava-se com as rotinas dos usuários, buscando a concretude dos fatos, contra os subjetivismos explicativos do sofrimento. Uma herança Marxista e dialética de compreender os fenômenos. “O método dialético considera que é impossível compreender qualquer fenômeno da natureza se este for abordado de forma isolada, separado dos fenômenos circundantes [...]” (LE GUILLANT *apud* LIMA, 2006, p. 41). E caminha dizendo que

A organização um pouco mais satisfatória e a atenção mais cuidadosa prestada a tais problemas permitem - algumas vezes - obter verdadeiras biografias, cujos dados são extraídos de múltiplas fontes, cotejadas e aprofundadas; deste modo, os dossiês acabam tornando-se verdadeiros romances. Utilizo propositalmente esta palavra. (LE GUILLANT *apud* LIMA, 2006, p. 37).

É assim que Le Guillant nos instiga para uma melhor compreensão das lacunas que determinam (ou não) o sofrimento psíquico quando nos submetemos às mesmas condições de trabalho e vida. Nem mesmo ele nos apresenta uma resposta convincente, mas antes nos apresenta os princípios dessa *Nova Clínica* como uma saída para o enfrentamento desta questão – Ergoterapia e Psicopatologia do trabalho. Uma postura que nos orienta nesta tese para lidar com o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*, a partir dos nove desconfortos inicialmente apresentados e dos quatro casos impossíveis que analisaremos.

Quer dizer, entre a experiência e o sofrimento, somente o caso a caso poderá nos guiar melhor no abismo desta “caixa preta”.¹⁵⁶ Um lugar desconhecido, de obscuridades, mas também de oportunidades e possibilidades de desvelamento de elementos constituintes de

e classificação dos sintomas de sofrimento mental como determinação de uma Clínica Psiquiátrica (OLIVEIRA, 2013; BARRETO, 2010; SILVA, 2010).

¹⁵⁶ Dentro dessa “caixa preta”, consideramos também as reflexões de Quinet (1997), ao dizer que não é louco quem quer, mas sim quem pode. Mas, o que significa esse “quem pode”? O autor tece explicações mais teóricas do que práticas acerca dos possíveis elementos determinantes de enlouquecimento. Valendo-se de uma grande densidade teórica, utiliza-se de conceitos psicanalíticos interdependentes. Primeiro, a diferenciação entre as três estruturas do sofrimento mental em psicanálise, a neurose, a psicose e perversão. Em seguida, algumas determinações fundantes da “forclusão do nome do pai” – como um acontecimento patognomônico da psicose, dentre outras manobras psíquicas coadjuvantes. Valemo-nos desta insígnia, ampliando nossas explicações e incorporando elementos, por exemplo, a transposição da Ergoterapia à Psicopatologia do trabalho, segundo Le Guillant, principalmente, bem como aspectos essenciais promotores das narrativas históricas de vida. São elementos que se somam à mesma investigação e que abordaremos na última parte da tese, mediante nosso objetivo de instigar e permitir que o usuário nos diga aquilo que, de fato, precisa dizer em seu percurso de vida, enlouquecimento e tratamento.

sofrimento psíquico. Trata-se de mediadores internos e externos ao usuário e seus familiares e que não podemos antecipar, mas sim guiá-los clinicamente. Se o adoecimento é fruto de determinações sociais, compreende-se que não poderemos reduzir este sofrimento a uma única determinação causal. Em linhas gerais, Le Guillant nos faz compreender o movimento gestual clínico em direção à História de Vida do usuário, uma saída pelo resgate da lucidez na/da loucura, de credibilidade ao louco, desfocando seus sintomas para tratar o sujeito que sofre.

Em suma, compartilhamos com esse diálogo entre esses três grandes teóricos da Reforma Psiquiátrica Social francesa (Sivadon, Tosquelles e Le Guillant), assim como o fez o psiquiatra Daumezon por ocasião do *Symposium sur la Psychoterapie Collective em Bonneval*, 9 de setembro de 1952. Em termos resumidos, o mesmo se posiciona de maneira mais intermediária entre Tosquelles e Le Guillant, convidando-nos a não julgar o valor desta ou daquela experiência de socioterapia de forma simplista, antes relativizá-las e compreendê-las de acordo com os contextos vigentes.

Neste capítulo, apresentamos um debate, onde visamos reunir os saberes da Psiquiatria ao longo da história, desde a antiguidade, passando pelas escolas psiquiátricas clássicas à contemporaneidade, o gesto de Foucault e as experiências de reformas, ressignificando-as com outros aportes teóricos, como por exemplo as Clínicas do Trabalho, neste campo do conhecimento sobre a loucura. Defendemos, concordando com Le Guillant, uma visão mais humanizada da Psiquiatria. Uma nova via de explicar o dinamismo constitucional da doença mental, através de determinações biopsicossociais que

Caracterizem ao mesmo tempo a unidade de ser humano e a complexidade dos problemas mentais... quer dizer, um ser de linguagem, de relações e de liberdade, que se transforma no tempo, dotado de capacidades imaginárias e simbólicas, mobilizado por uma dinâmica subjetiva, capaz para o melhor e para o pior de interpretar a realidade, de imaginar seu próprio mundo, mas também de agir sobre ele. (BILLIARD, 2001, p. 98).¹⁵⁷

O resultado de todo esse debate que realizamos sobre a Psiquiatria, o gesto de Foucault, as *Terapêuticas Ativas* e as experiências de reformas, compondo quatro perspectivas teórico-metodológicas e filosofias de interrogação à própria Psiquiatria como instituição de saber-poder sobre a loucura, será ressignificado em termos de construção e produção de *Dispositivos Ergopsiquiátricos* – o nosso próximo tema, convocando a Ergologia como a quinta perspectiva nesta interseção.

¹⁵⁷ Do original – “[...] caractérisent à la fois l’unité de l’être humain et la complexité des troubles mentaux... c’est-à-dire un être de langage, de relations et de liberté, qui se transforme dans la durée, doté de capacités imaginaires et symboliques, mobilisé par une dynamique subjective, capable pour le meilleur et pour le pire d’interpréter la réalité, d’imaginer son propre monde, mais aussi d’agir sur lui.” (BILLIARD, 2001, p. 98).

4.1.4 A Máquina de Moer Conceitos em Psiquiatria: os Dispositivos Ergopsiquiátricos

Localizamos, então, neste debate, um momento divisor de compreensões na tese. Abrimos esse capítulo, apresentando o movimento de institucionalização de saberes, *normas antecedentes* em Psiquiatria. Em seguida, as reações a este movimento, ou seja, *antiteorias* ou experiências de reformas que, de uma forma ou de outra, influenciam o percurso brasileiro. Tudo isto, preparando a construção de dispositivos como ponto central da tese, em especial, o *Dispositivo Ergopsiquiátrico* girando e projetando toda a roda de debates epistemológicos, preparando o gesto profissional em Psiquiatria. Trata-se de uma herança da abordagem ergológica que apresentamos, ou seja, a quinta perspectiva teórico-metodológica de interrogação à Psiquiatria, ressignificando as outras.

Ao apresentarmos as experiências de reformas, localizamos o debate sobre a construção de dispositivos na interseção Psiquiatria-Antipsiquiatria. Avançamos nesta proposta, estreitando o debate com Georges Canguilhem, Yves Schwartz, Michel Foucault e David Cooper em forma de síntese, a partir da originalidade e questionamentos da Antipsiquiatria, reabrindo algumas problemáticas que não pretendemos encerrar neste momento de tese. Compreendemos que a própria (im)postura epistemológica deste movimento de reforma reabre pistas neste campo, ressignificando seu forte potencial de interrogação filosófica e epistemológica à Psiquiatria. Porém, também entendemos que o usuário não sabe tudo, nem tem controle sobre todas as nuances de seu processo de adoecimento e da doença. Questões que fazem da experiência um mais além de sentidos que também não desvela tudo, nem é o todo da complexidade que se apresenta neste debate.

Dentro deste debate filosófico, a Ergologia também se mostra como uma postura ética e filosófico-epistemológica que traz em seu bojo muitos elementos constituintes da filosofia da vida de Canguilhem (1995). Por essas e outras razões, dizemos que ela se trata de uma filosofia do/no trabalho, mas especificamente, uma filosofia da vida no trabalho. Os resultados deste debate não pretendemos encerrar, ao contrário, abrir em complexidades, apresentando algumas reflexões, mantendo essa abertura em nível de *desconforto intelectual* para novas pesquisas.

Confirmamos que o projeto filosófico da Ergologia para a Psiquiatria se faz ao longo de toda a tese, porém aqui apresentamos alguns esclarecimentos adicionais e essenciais. Convocamos a Ergologia na interseção entre Canguilhem, Foucault e Cooper. Conforme já anunciamos e explicando melhor, de um lado, segundo Foucault, a experiência de produção

de normas no sentido histórico e de práticas discursivas, ou seja, uma experiência histórica, anônima e coletiva (MARCHEREY, 2010). Diferente de Canguilhem (1995) que diz da experiência no sentido de produção de normas na vida num sentido concreto, o ser vivo sujeito de uma experiência de saúde e doença. De outro, a evidente e real valorização da experiência da palavra do portador de sofrimento pela Antipsiquiatria - a quarta perspectiva teórico-metodológica de interrogação à Psiquiatria nesta tese.

Um dos resultados desse debate é a reconfiguração de dispositivos de saberes para a Psiquiatria-Reformas pelo viés da Ergologia ao trazer de volta a experiência do trabalhador, compreendendo o trabalho não como um *processo*, mas sim uma *práxis*, um pôr-se no mundo, um *ser-no-mundo* em trabalho. Neste sentido, a Antipsiquiatria se realinha a esta proposta ergológica, uma vez que também considera o sofrimento mental como uma *práxis*. Ou melhor, a Antipsiquiatria seria um trabalho sobre o *ser-no-mundo* do esquizofrênico e a Ergologia – uma *démarche* inter, pluri, trans e indisciplinar de analisar as situações de trabalho, apostando na potência humana de compreender-transformar as coisas do mundo. “Uma análise que opera com o ponto de vista da atividade, atraindo e permitindo um diálogo sinérgico entre profissionais oriundos de diferentes disciplinas científicas e profissionais que alimentam os saberes da prática.” (SCHWARTZ, 2007, p. VII). É neste sentido que convocamos a Ergologia para se implicar com as questões da Psiquiatria dentro de um contexto específico, considerando o rigor epistemológico e conceitual que neutraliza, de um lado, a dimensão dos fenômenos. Por outro lado, um outro rigor em valorizar a experiência, a produção de saberes em *aderência* às situações reais de trabalho.

Dizemos de questões que visam (re)colocar em evidência o saber e o conceito, valorizando e validando os saberes adquiridos na experiência (SCHWARTZ, 2013). Inicialmente, o que é a experiência? Como fazer falar a experiência? São questões que cabem tanto à experiência do portador de sofrimento mental, como do trabalhador. Aproveitamos dessa abordagem para fazer falar a experiência de enlouquecimento do sujeito em tratamento psiquiátrico, colocando em debate, a priori, a Psiquiatria e a Antipsiquiatria. Partimos de diálogo inicial entre essas duas instâncias de experiências e construímos, inicialmente, um *Dispositivo Dinâmico a dois polos*: o primeiro, o dos saberes formais, *acadêmicos* sobre a Psiquiatria; o segundo, o polo dos saberes do usuário – a sua experiência de sofrimento mental. E a questão primordial seria – como dar credibilidade à fala deste sujeito, considerando o valor da mesma neste debate, incluindo neste espaço-tempo toda forma de saber constituído em Psiquiatria e experiências de reformas?

Yves Schwartz nos convida a fazer essa conversa sobre a *experiência* pelo viés da filosofia. Segundo ele, há duas grandes linhagens filosóficas sobre esse conceito. A primeira linhagem, uma linhagem que tende a valorizá-la de forma positiva. Com Descartes, o interesse pela experiência do saber-fazer na produção de objetos úteis – a experiência como prática artesanal da arte. Evolutivamente, em Kant, este conceito se hipertrofia, porém, há uma separação evidente entre, de um lado, a experiência que nos oferece algo, sem nos permitir pensar, refletir sobre isso. De outro lado, o conceito como aquilo que nos permite pensar. No entanto, foi com Hegel que outro momento de valorização da experiência se expandiu, considerando-a com todo saber histórico e temporal. Em síntese, dizemos de um diálogo com a materialidade dialética de Marx.

Então, a experiência é o movimento mesmo da gênese do saber e, por conseguinte, **não podemos opor experiência e saber**. Não é o conceito que faz a experiência... Para Marx, a experiência não é aquilo em que se desdobra o conceito, **a experiência é produção da história humana pela produção material**. (SCHWARTZ, 2013, p. 39, destaques nossos).

A segunda linhagem da experiência – aquela empirista anglo-saxônica que aborda a vertente negativa da experiência, segundo Platão. Trata-se de uma abordagem, onde “a experiência seria rotina, seria apenas experiência sem saber; as pessoas não podem saber o porquê de seus atos, por que realizam o que realizam.” (SCHWARTZ, 2013, p. 40). Convidamos a Ergologia para nos ajudar a promover a visibilidade da experiência de enlouquecimento, a exemplo do objetivo da Antipsiquiatria, ou seja, tornar inteligível, compreensível, a experiência de sofrimento mental. Nesta linhagem, tendemos a construir “inteiramente tudo o que nós sabemos, a partir de associações estabelecidas entre as experiências que efetuamos.” (SCHWARTZ, 2013, p. 40). Diz de uma produção artesanal da experiência onde: “Finalmente, o conceito, as noções, o saber, fabricam-se pelo costume... Tudo isso nasce inteiramente da experiência e não há nada mais a dizer de nossos saberes do que aquilo que encontramos na experiência.” (SCHWARTZ, 2013, p. 40).

O projeto filosófico da Ergologia é criticar essas duas linhagens, em especial, a cognitivista e experimental do empirismo e se posicionar na interface, apontando três questões essenciais e que expandimos para o nosso contexto de tese. A primeira, a modelização de situações que visa *dessingularizar* ou *desistoricizar* a dimensão da experiência para falar de experimentação, de protocolos. A segunda, a dificuldade de se delimitar na experiência, aquilo que está inscrito, escondido no corpo e que é mais ou menos inconsciente, quer dizer, a experiência não é somente aquilo espontaneamente posto em palavras. E a terceira, que o

empirismo desfazeria o vínculo entre a experiência pessoal e o que denominamos de valores. Não se pode eliminar, assim, a dimensão dos valores na maneira com ela se estrutura na atividade.

Ao colocar essas críticas, defendemos o projeto filosófico da Ergologia para a Psiquiatria em três sentidos. O primeiro sentido, pelo viés da dupla *antecipação ergológica* (SCHWARTZ, 2013), que já apresentamos e ressignificamos, ou seja, a cada momento na história, um deles está em avanço: ora é a experiência, ora é o conceito que interfere na nossa maneira de vivenciar o sofrimento. A primeira antecipação – uma dimensão protocolar, que se pode manipular, ensinar, saberes produzidos em sequências estabelecidas, lógicas, técnicas e que corresponde ao IGR-1 de competência da atividade. A segunda antecipação, o agir humano aqui-agora, um espaço-tempo de retrabalho de valores, de escolhas, da subjetividade. Uma dimensão que tem situações obscuras, incertas, “surpresas da experiência” na linguagem de Canguilhem (1995). Situações que, quando em inter-relação, esclarecem o conceito ergológico de atividade.

O segundo sentido, pelo fato da Ergologia propor uma discussão acerca de cinco dificuldades (SCHWARTZ, 2013, p. 45-46) em se colocar em palavras a experiência e que as reconfiguramos para o campo da Psiquiatria-Reformas, ou seja, a *Ergopsiquiatria Clínica* em construção. Para cumprir esse objetivo, ela parte da inclusão de *debates de normas*, das dramáticas do *corpo-si* (sintomático-psicótico-delirante, histérico e obsessivo, etc.) em movimento e expressão, ou seja, das situações de trabalho e da atividade industriosa entre os saberes formais e a experiência. De um lado, dizem respeito às normas, aos protocolos e à experimentação que, ao apresentar um início, meio e fim, neutralizaria a dimensão histórica da atividade. De outro lado, a experiência na/da atividade, nas situações concretas de vida e de trabalho, onde o patrimônio histórico se faz presente em forma de *encontros de encontros* a gerir e renormalizar.

Assim, a primeira dificuldade, aquela que atravessa o *corpo-si*, maneiras com as quais treinamos nosso corpo na atividade, e no desvelamento do provisoriamente inconsciente em consciente e que nos permite (re)agir no aqui-agora das situações. A segunda, a dificuldade de falar de si mesmo, o que nos remete à gestão dos *encontros de encontro*, o retrabalho das escolhas que nada mais é do que um trabalho sobre si. Quer dizer:

Não é em quaisquer circunstâncias que falamos de nós mesmos de maneira mais profunda. Toda atividade é sempre dramática do uso de si, uso de si por si e pelos outros. Essa dramática está longe de ser plenamente consciente, trata-se de um trabalho sobre si mesmo: nós descobrimos aqui nos dois sentidos do termo,

descobrimos a nós mesmos e nos descobrimos vis-à-vis dos outros. (SCHWARTZ, 2013, p. 45).

A terceira diz respeito à complexidade de se colocar em palavras a dimensão genérica do trabalho em relação à singularidade. Isso nos remete ao antagonismo problemático entre linguagem e atividade, ou seja, “é preciso um trabalho importante sobre a linguagem para fazer compreender aquilo que há de singular no acontecimento que vamos tratar.” (SCHWARTZ, 2013, p. 45). A quarta dificuldade diz do conflito de culturas e sociedades na tentativa de se verbalizar com fidelidade a experiência. A quinta dificuldade, a razão política de ser da atividade, ninguém detém a chave da *renormalização*. Há sempre um risco posto na expressão da mesma, inclusive aquela regulada por hierarquias e subordinações jurídicas.

O terceiro sentido da Ergologia se faz na proposição de dispositivos para tentar desenvolver este embaraço. Partimos do debate de Agamben (2013) que propõe um conceito de dispositivo, a partir da leitura que Foucault faz das normas. Ou seja, normas que vão se instituindo ao longo da história, revelando o nascimento de dispositivos de subjetivação-dessubjetivação, que formam sujeitos, a partir do enquadramento da experiência. Trata-se de uma “referência a uma *oikonomia*,¹⁵⁸ isto é, a um conjunto de *práxis*, de saberes, de medidas, de instituições, cujo objetivo é gerir, governar, controlar e orientar, num sentido que se supõe útil, os gestos e os pensamentos dos homens.” (AGAMBEN, 2013, p. 39). Porém, o resultado desta proposta é um *dispositivo de dois polos*, ou seja, a filosofia de um lado e as disciplinas de outro. Em síntese, um dispositivo que enquadra subjetividades, acabando por governar, controlar o sujeito entre jogos e forças de poder. Um dispositivo que opera a subjetivação na formação do sujeito, a partir do enquadramento da experiência.

São questões que fazem da experiência um discurso. Não que a experiência não esteja presente, a questão é que ela se encontra o tempo todo sendo subjetivada, controlada, esquadrihada. Quer dizer, no sentido ergológico, o conceito de experiência não pode se reduzir à experiência discursiva, pois ela é uma *práxis* situada (SCHWARTZ, 2004; 2012). Trata-se de uma acirrada provocação de Yves Schwartz a Michel Foucault alimentada aqui na tese pela Antipsiquiatria que apresentamos - e que carece de maiores aprofundamentos em outros momentos. Sem dúvidas, compreendemos que “Michel Foucault quer, pois, devolver a fala à excluída da história, à esquecida da razão: a loucura.” (DOSSE, 2007). Portanto, não se trata de dizer que Foucault negligenciou a experiência por livre consciência, mas de constatar

¹⁵⁸ Um termo de origem grega e que traduz a administração do oikos, a casa, a gestão. Trata-se “não de um paradigma epistêmico, mas de uma *práxis*, de uma atividade prática que deve de quando em quando fazer frente a um problema e a uma situação particular.” (AGAMBEN, 20103, p. 35).

que, ao aprofundar nos processos de institucionalização de saberes e da loucura, a experiência do louco no sentido material e concreto do corpo presente enlouquecido (como o fez a Antipsiquiatria), mostrou-se invalidada. Quer dizer, a prática do corpo presente no aqui-agora não se encontra na filosofia de Foucault e isso reforça nosso entendimento que em Foucault, o que é formador é a prática discursiva. E este é o ponto chave da discordância de Yves Schwartz, cujas argumentações apresentamos, e central nesta tese, em especial neste debate de construção de novos dispositivos.

Yves Schwartz, ao falar da necessidade de três polos requeridos para a abordagem de *verdadeiras convocações recíprocas*, apresenta sua crítica a Foucault em seu estruturalismo. Ao fazer isto, ele denuncia um paradoxo na filosofia deste autor ao abordar as ciências humanas por elas mesmas, numa bipolaridade - disciplinas com disciplinas:

Foi o caso da obra de Foucault. **Mas desde que se permaneça no quadro de um sistema com dois pólos (filosofia/saberes organizados)**. A questão das formas de inserção no ciclo do saber do terceiro pólo (as forças de apelo e de memória nunca é apresentada, mesmo quando há inquietação [...]) (SCHWARTZ, 2004, p 168, destaques nossos).

Em *Expérience et Connaissance du Travail* (SCHWARTZ, 2012), a crítica se esclarece melhor. Ao ler Foucault, compreende-se uma positividade conferida entre práticas discursivas e saberes. Há uma história de formações discursivas que estabelece laços complexos entre ideias, instituições, relações de saber e poder, governo de si, sexualidade, clínica, loucura e acontecimentos históricos. A questão é que, segundo Schwartz, Foucault se distanciou da atividade real pelos processos e práticas discursivas. “Não há nele uma dialética da formação de palavras e das coisas, porque não se sai de ‘enunciados’ [...] as coisas só tomam sentido através de estratégias de poder cristalizados nas palavras.” (SCHWARTZ, 2012, p. 283).¹⁵⁹ Em outro sentido, segundo Yves Schwartz, a *démarche* arqueológica de Foucault nos colocaria as práticas discursivas dentro de um pleno “império do sentido”.

Para Foucault, não importa quem fala, mas quem diz de algum lugar. Neste sentido, há um entendimento de um sujeito ocupando um lugar na diversidade discursiva. O mundo do trabalho se esforça muito em colocar em evidência não somente a experiência individual, mas também a coletiva. Para isto, os riscos dessa operação têm nomes, identidades definidas e não sujeitos anônimos, conforme convoca a *Arqueologia dos saberes* de Foucault ao dizer que o “sujeito do enunciado” não é o mesmo “autor da formação”. Ora, faltou neste debate,

¹⁵⁹ Do original - Il n’y a pas chez lui de dialectique de la formation des mots et des choses, car on ne sort pas des “énoncés”... les choses ne prennent sens qu’à travers les stratégies de pouvoir cristallisés dans les “mots.” (SCHWARTZ, 2012, p. 283).

exatamente, a *inteligência investida* de um sujeito definido: “A obra de M. Foucault tem aspectos de grande fecundidade, mas há que se medir em qual ponto ela faz violência à inteligência investida? às múltiplas formas de saberes que geram nos patrimônios implícitos?” (SCHWARTZ, 2012, p. 286).¹⁶⁰ Encerra a sua crítica, dizendo:

O dispositivo de M. Foucault como toda variante de império do sentido, reforça a interdição dessas formas de inteligência que chamaremos, como se queira, **inteligência investida, inteligência de interface, inteligência infinitesimal, inteligência de acumulação...** aquela mesma que mede a cada momento a pertinência dos conceitos face à realidade material e social que a transforma e que as transforma, o que faz cotidianamente a prova de realidade das culturas e civilizações. (SCHWARTZ, 2012, p. 287, destaques nossos).¹⁶¹

O que se mostra em jogo é que o espaço normativo do real tem importância capital para os horizontes culturais e para a interioridade das individualidades. Neste sentido, Schwartz faz apelo a uma filosofia que se deixe interpelar pelo cotidiano e pelo terceiro polo de *desconforto intelectual*, a fim de que o jogo seja possível e tripolar, ou seja, o “filosófico (1), saberes disponíveis organizados (2), forças de apelo e de recordação... (3).” (SCHWARTZ, 2004a, p. 169). Quer dizer, “se faltar um polo com a força específica de sua memória, o dispositivo se desfaz e temos uma situação diversa.” (SCHWARTZ, 2004a, p. 168). Ao fazer isto, um convite se faz presente para que dentro de cada um desses polos haja um retorno às suas bases filosófico-epistemológicas. E ele faz esta provocação, necessariamente, embasado em sua grande e crítica compreensão da filosofia da vida de Canguilhem (1995), reconvocando o *triângulo ergológico reavaliador epistemológico - atividade/valores/saberes* (SCHWARTZ, 2004a). Se é verdade que não se pode abordar o singular pela exterritorialidade, isto também é dizer que nenhuma epistemologia pode se legitimar única neste triângulo. Por isso, a proposta da Ergologia de criação de dispositivos bipolares e tripolares, principalmente, de sentidos epistemológicos, ou seja: “Há necessidade de lugares ou dispositivos em que se possam construir saberes integrando explicitamente as exigências epistemológicas ajustadas a esta singularização triangular.” (SCHWARTZ, 2004a, p. 159).

¹⁶⁰ Do original – “L’oeuvre de M. Foucault a des aspects de grande fécondité, mais mesure-t-on à quel point elle fait violence à l’intelligence investie? Aux multiples formes de savoirs qui germent dans les patrimoines implicites?” (SCHWARTZ, 2012, p. 286).

¹⁶¹ Do original – “Le dispositif de M. Foucault comme toute variante de l’empire du sens, frappe d’interdit ces formes d’intelligence qu’on appellera, comme on voudra, intelligence investie, intelligence d’interface, intelligence infinitésimale, intelligence d’accumulation... celle là-même qui mesure à chaque moment la pertinence des concepts face à la réalité matérielle et sociale qui la transforme et qui les transforme, celle qui fait quotidiennement l’épreuve de réalité des cultures et civilisations.” (SCHWARTZ, 2012, p. 287).

O filósofo-ergólogo traduz o dispositivo de forma não enquadrada objetiva ou subjetivamente. A Ergologia nos apresenta um outro conceito de dispositivo tripolar de contra poder, de contracultura, de resistência às forças de cristalização de saberes e poderes, etc. Dispositivo que considera o caráter subversivo da atividade real de trabalho, valorizando a articulação de saberes em interfaces plurais, entre as *normas antecedentes* de determinado campo do conhecimento, a singularidade, a experiência, a história e o caso.

Um dispositivo que propõe o *debate de normas*, tendo a atividade no centro de suas proposições tripolares. Um conceito que nos ajuda melhor compreender o ponto central desta tese, conforme apresentamos o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Chegamos a este raciocínio, depois de localizarmos em nossa conversa entre Psiquiatria e Antipsiquiatria, um *Dispositivo Dinâmico a dois polos* – de um lado, os saberes e conceitos formais e estabelecidos instituídos em Psiquiatria. De outro, a experiência do esquizofrênico. Porém, avançamos na proposição hipotética de alguns outros dispositivos, todos eles inspirados na proposta original do DD3P (*Dispositivo Dinâmico a três Polos*) da Ergologia, para chegarmos à nossa proposta de um *DD3P Ergopsiquiátrico* de contrarreformas psiquiátricas – ou melhor, a filosofia de uma Psiquiatria ergológica como proposta de (re)invenção da roda.

Explicando melhor, segundo Schwartz (2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), a filosofia do dispositivo tripolar DD3P consiste em reconhecer, demandar, requerer e convocar competências disciplinares diversas. Algo que nos remete aos *processos socráticos de duplo sentido* – de um lado o eixo horizontal dos saberes organizados, de outro, as “forças de convocação e validação” que, nada mais são, que os *saberes investidos* na atividade. O terceiro, o polo filosófico. Se a atividade é um *debate de normas* permanente, demandando a recriação, a criatividade e as *reservas de alternativas*, tais saberes aí encerrados não são acessados espontaneamente ou instantaneamente reconhecidos, nem mesmo enquadrados por *saberes constituídos*, estabilizados. Reside aí a necessidade de um outro tipo de dispositivo para realizar essa operação, que inclui um intenso debate em nível de *dupla antecipação*. Ou seja, o dispositivo tripolar é uma dinâmica de encontro permanente de “retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 269). Um trabalho de formação, de cooperação interdisciplinar e que se implica com a experiência em termos materiais e concretos e não discursivos (SCHWARTZ, 2000, p. 95-103).

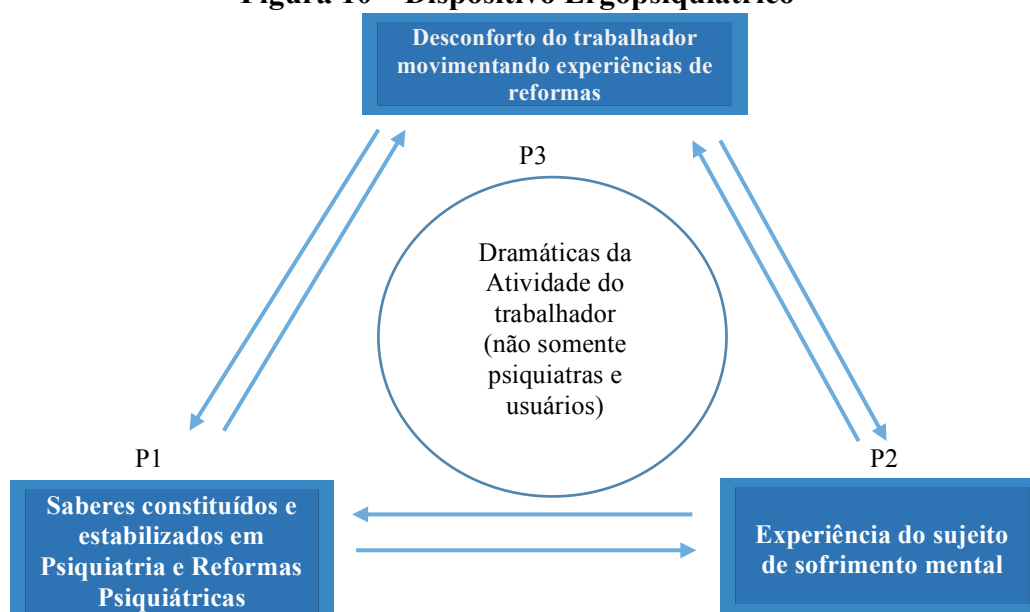
Conforme já apresentamos, trata-se de uma produção que solicita a convocação de competências disciplinares (o primeiro polo – P1) em relação à validação desses saberes e competências nas situações de atividade (o segundo polo - P2). O terceiro polo – P3 que carece de uma explicação um pouco mais detalhada, uma vez que ele visa cumprir um papel indispensável em tentar fazer conversar os dois primeiros polos. Dizemos da dimensão das disposições ético-filosófico-epistemológicas e que nos fazem olhar para a atividade e para o nosso semelhante como alguém em atividade, lugar do *debate de normas*, da ressingularização e da permanente dialética entre o *impossível e o invivível*. O polo de um constante desconforto intelectual e social.

Ao fazer essa conversa conceitual, a Ergologia nos permite confrontar aos enigmas do *corpo-si* que nos ajuda compor a nossa proposta de um DD3P *ergopsiquiátrico* nesta tese conforme apresentamos no gráfico abaixo, a partir da experiência em evidência que são:

[...] as posturas, a modulação da voz que fazem parte da maneira como a pessoa mobilizará esse patrimônio da história para tratar de tal ou qual maneira a pessoa que ela tem em face.... Tenho a expressão para designar esse enigma, corpo-si ou a pessoa-si. Nisto que faz experiência, há história de nossos fracassos, nossos sofrimentos, nossos sucessos, nossos engajamentos com uns e outros, atravessados pelas nossas relações com os valores; e nosso corpo carrega essa história sem que nós a saibamos muito bem. É tudo isso que faz a experiência. (SCHWARTZ, 2013, p. 43).

Este dispositivo tripolar tem, a priori, como adjetivo o *ergológico* pela sua maneira plurideterminada de abordagem aos problemas. Em termos iniciais, ele visa reabrir problemas (em nível de *matéria estrangeira*) já estabilizados e cristalizados em Psiquiatria e Reformas Psiquiátricas. Uma iniciativa de grande ressignificação e síntese de teorias, conceitos e práticas na tese - que nasce de um debate epistêmico-filosófico entre as Clínicas do Trabalho (em especial, a Ergologia) com a Psiquiatria e as filosofias de Canguilhem, de Foucault e da Antipsiquiatria.

Um dispositivo que valoriza a experiência, desconfiando da mesma. Ou seja, não se trata de tomar as *normas antecedentes* da Psiquiatria e os movimentos de reformas como verdades absolutas, nem mesmo depositar todo valor na experiência (da palavra) do sujeito portador de sofrimento mental. Antes, um dispositivo que abre para novas possibilidades em circulação, ressignificando-as no contexto social, político e cultural que se apresenta e que tem o movimento na base e as dramáticas da atividade dos trabalhadores (que não somente psiquiatras, mas também usuários) no centro como *debate de normas*, promovendo outros debates. Um dispositivo de *moer* conceitos em Psiquiatria.

Figura 10 – Dispositivo Ergopsiquiátrico

Fonte: Elaborada pelo autor

Explicando melhor, o primeiro polo (P1), os saberes e conceitos estabelecidos, constituídos – as *normas antecedentes* em Psiquiatria e das reformas psiquiátricas possíveis (por exemplo, *a Reforma Democrática e Desinstitucionalização italiana, a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor francesa, a Antipsiquiatria...*), produzidas em nível de *desaderência*. O segundo polo (P2), a experiência do sujeito portador de sofrimento, que não somente do esquizofrênico como sugeria a Antipsiquiatria. O terceiro polo (P3), o polo dessas reformas psiquiátricas e de novas teorias possíveis em Psiquiatria, de um *desconforto intelectual* e das disposições ético-epistemológico e de exigências filosóficas convocadas neste campo do conhecimento e que requer maiores esclarecimentos.

Este terceiro polo (P3) é o lugar do *Trabalho Clínico em Psiquiatria*, do sujeito que trabalha em Psiquiatria que não somente o psiquiatra, porém, trata-se do mesmo local onde construí minha experiência de trabalho na Reforma Psiquiátrica brasileira. Um espaço-tempo de uma Psiquiatria ergológica. O polo que representa bem o *desconforto intelectual* das (im)possíveis Psiquiatrias - que aceita o desafio de fazer esse debate entre o P1 e o P2. Ou melhor, o polo das *anti-psiquiatrias* e que dialoga com a experiência do enlouquecimento de formas bastante singulares. Ou melhor, o polo das *antiteorias* em Psiquiatria, traduzindo a forma como cada experiência de reforma vive e interpreta a crise da Psiquiatria ao longo de sua história para pensar em novas proposições de tratamento. Experiências cujas soluções por elas apresentadas é que dão o peso de suas radicalidades. Por exemplo, na *Antipsiquiatria*, a *interexperiência* (experiência dos trabalhadores e dos usuários). Na *Desinstitucionalização*

italiana – a experiência do sujeito cidadão, autônomo e livre para ir e vir ao serviço substitutivo. Na *Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor francesa* – a experiência ergoterapêutica ativa de tratar a instituição para tratar o sujeito em termos territoriais, setorizando o território da atenção. São vertentes desconfortáveis em suas proposições, mas que nem todas são satisfatórias em seus pontos de vista, uma vez que elas não recobrem todo o real (desconfortável, impossível, insuportável, variável e infiel) que se apresenta no *trabalho real*.

De outra forma, um lugar de posição de desconforto em relação aos dois outros polos, ou seja, dizemos de uma postura de *desconforto intelectual* e de constrangimento de normas, de experiência de normas (DURRIVE, 2015). Quer dizer, o trabalhador precisa se sentir constrangido pelas normas, quer sejam elas as mais tradicionais e mais próximas do estabelecido em Psiquiatria, ou as mais socializantes, democráticas, inovadoras, avançadas de reforma e até mesmo de contrarreformas. São *debates de normas* que, de forma diversa, trazem a dinamicidade desse dispositivo, que se incomodam com a atividade real de trabalho. Quer dizer, dentro desta movimentação, reforçamos que é sempre a atividade real dos trabalhadores (não somente psiquiatras e usuários) que é central neste dispositivo e que põe em prova este debate de *saberes constituídos e investidos*, tencionando e promovendo sínteses de todas essas coisas em movimento. Ao se situar em forma de disposições ético-epistemológicas e operar essas normas na atividade real, o trabalhador se coloca a pensar uma justa medida de intervenção apropriada no momento certo, podendo lançar mão dos seis ingredientes de competência da atividade (IGR's), conforme já apresentamos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tal como se mostra atualmente, ela quer mudar as normas, posicionando-se contra as normas da *Psiquiatria Clássica* e tradicional. Por isto é que, de início, esse *Dispositivo Ergopsiquiátrico* é também chamado de contra poder, contra o que se mostra estabelecido, desvelando seus valores que nos move a mudar disposições ético-filosóficas e epistemológicas em direção ao coletivo. Mas ele também é dispositivo de contrarreforma, que contesta a normatividade de todas as possíveis experiências de reforma, ou seja, de fazer tensão a toda tentativa de institucionalização de princípios quaisquer. Em outras palavras, um dispositivo que contesta qualquer movimento em direção à institucionalização, que mobiliza *reservas de alternativas* e produção de novos elementos neste campo do conhecimento. Assim, os trabalhadores, em estado de desconforto em relação ao lugar de onde militam por ele nas possíveis reformas, percebendo a centralidade da atividade real, dirigem seus olhares aos polos (P1) e (P2), reconfigurando uma tensão

necessária entre esses polos e tentando fazê-los conversar na (im)possível atividade psiquiátrica.

Fazer esse dispositivo funcionar e se movimentar de forma não institucionalizada é o objetivo do *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT) - que só se justifica em função da existência desses dispositivos ergológicos. Conforme apresentamos, são grupos de construções anti-hegemonias de qualquer tipo de institucionalização de saber-poder, que têm como objetivo central, liberar a palavra. E isso não se faz sem consequências para as organizações e para os trabalhadores.

Vale ressaltar que o CAPS é um dos dispositivos institucionais da Reforma Psiquiátrica brasileira que convida, a priori, a uma prática multiprofissional. Ele tende a alargar as especialidades terapêuticas, ampliando as exigências por competências também diferenciadas dos trabalhadores. Relembramos que, metodologicamente, nesta tese, criamos um grupo desta natureza e que chamamos de GRT de Saúde Mental. Por ocasião de nossas análises do *trabalho real*, faremos no capítulo 6 da tese algumas análises deste GRT, mas aqui adiantamos que o momento atual é de institucionalização dos princípios de Reforma Psiquiátrica. Consequentemente, verificamos que os CAPS, inclusive o CERSAM Betim Central tem caminhado em direção ao mesmo processo de institucionalização, fato este que também constatamos em nossas análises no mestrado (SILVA, 2010). E isso explica todo o potencial desses dispositivos tripolares de trazer de volta o debate da (des)institucionalização da loucura e das organizações psiquiátricas de tratamento. Por isso, dizemos que o importante em todo esse debate é esse lugar de construção de contra dispositivos. Neste sentido, compreendemos o GRT também como um movimento, um dispositivo de contra poder, contrarreforma, etc., no curso dos debates desvelados pela experiência, uma vez que ele é uma saída original prático-política e clínica para as questões que se apresentam. Uma forma de nunca se deixar caber, nem se deixar equilibrar e estabilizar os discursos vigentes em Psiquiatria, nem tampouco de permitir a cristalização do CAPS no lugar de hegemonia do tratamento psiquiátrico na RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Uma postura que resgata a possibilidade instituinte da existência de outros dispositivos, (re)inventando essa roda psiquiátrica.

Valendo-nos dos princípios do GRT em Ergologia de trazer em visibilidade a experiência, reafirmamos e refletimos a ausência do portador de sofrimento no grupo criado em nosso processo de pesquisa. Não seria esta uma provocação original a este processo no campo da Saúde Mental e da Psiquiatria? Em síntese, compreende-se que aquilo que não se

pode perder é o caráter contestador - *anti* e *contra* - construído neste debate sobre dispositivos.

Um outro resultado desse debate e que também não encerramos, mas apresentamos e incluímos no processo de construção de novos dispositivos. Ao falar de fantasmas individuais e sociais em diálogo com a Psicanálise, a conversa com a Antipsiquiatria amplia essa conversa, definindo o inconsciente como aquilo que não apresentamos, nem a nós mesmos, nem aos outros. Ao mesmo tempo, expõe sua crítica, dizendo que esse conflito era mais apresentado no nível intrapsíquico do que interpessoal. “A antipsiquiatria jogou o fantasma e o conflito do intrapessoal no interpessoal. Esta nova maneira de encarar o fantasma decorre diretamente da análise da experiência que Laing empreendeu entre o *Eu e os Outros*.” (BOSSEUR, 1976, p. 55). Uma interseção que não somente provoca, como contribui para estreitar o diálogo da Psiquiatria com as Clínicas do Trabalho que, em medidas tautológicas, abordam de formas diferentes essa mesma passagem de conflitos do nível individual para o coletivo e social. Por exemplo, para a Clínica da Atividade, o interpessoal é o *trabalho coletivo* dentro da sua definição de *métier*. E isso só daria um enorme debate dessas clínicas com a Psiquiatria e a Antipsiquiatria – a transposição do fantasma da loucura do nível individual para o coletivo. Uma conversa que deixamos em aberto nesta tese para momentos posteriores.

Para finalizar todo esse debate acima, ao apresentarmos o nosso *Dispositivo Ergopsiquiátrico*, que reivindica a centralidade da atividade real dos trabalhadores e usuários, anunciamos que o mesmo é um instituinte processo de informação de gestos profissionais, inclusive gestos profissionais em Psiquiatria.

4.1.5 A Psiquiatria em síntese – ideias, temporalidades e reformas

Depois de todo esse debate acima, apresentamos o quadro abaixo no sentido de promover uma síntese, um olhar panorâmico das ideias em Psiquiatria, visando localizar nele momentos importantes, hiatos, na constituição da epistemologia de seus saberes e reformas. Um trabalho que não se mostra pronto nesta tese, ao contrário, um projeto-ação de reabertura da Psiquiatria em possíveis, que requer maior detalhamento e que o faremos em outros momentos, inclusive, ressignificando o movimento da Antipsiquiatria e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Quadro 1 – Psiquiatria – ideias, temporalidades e reformas

Ideias		Foucault	Reformas
A Era Antiga – Séc. XV		A lepra e a exclusão do leproso	—
A Era do Renascimento – Séc. XVI		A loucura substituindo o leprosário	—
Séc. XVII		<u>O grande internamento</u>	—
A Era das Luzes – Séc. XVIII		Contradição – a loucura continua internada	—
A Medicina em bases científicas – Final do Séc. XVIII		<u>Nascimento da Clínica</u>	—
A Psiquiatria Clássica	1ª metade Séc. XIX	<u>A Moralidade</u> Nascimento da Psiquiatria Método clínico e Método Anátomo-clínicos (o saber-poder em questão)	—
	2ª metade Séc. XIX		
Escolas Psicodinâmicas – 1ª metade Séc. XX		A subjetividade, a cultura e poder	Primeiros movimentos de reforma
Escolas Fenomenológicas – 2ª metade Séc. XX		O sujeito, o discurso e o poder	A Psiquiatria em questão no pós-guerra
Era da Contemporaneidade Os psicofármacos e os códigos – 2ª metade do Séc. XX e XXI		A Psiquiatria <i>en train de se faire</i>	Revolução do objeto e reformas possíveis...

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim, passaremos ao capítulo seguinte com a proposta de construção de um conceito genérico de gesto profissional, singularizando esta informação no campo da Psiquiatria a partir do conceito de *gesto profissional em Psiquiatria*. Apresentamos esse debate conceitual a partir das Clínicas do Trabalho, visando compreender a contribuição de cada uma delas. Não encerraremos esta temática somente nesta direção e apresentamos outras conexões de saberes que se fazem necessárias para o esclarecimento desses conceitos essenciais na tese.

5 O CONCEITO GENÉRICO DE GESTO PREPARANDO A ERGOPSIQUIATRIA CLÍNICA

Qual o conceito de gesto e quais teorias sustentam sua definição? Um assunto complexo e que pretendemos discutir, mobilizando saberes e fazeres de forma multideterminada e heterológica. Apresentamos um debate na confluência de saberes constituintes do campo da Psiquiatria, das Clínicas do Trabalho e das Políticas de Saúde Pública, localizando o gesto profissional como *matéria estrangeira*, na vertente de Canguilhem (1995), nesta interseção, espreitando o gesto profissional em Psiquiatria.

Segundo Canguilhem (1995), o conceito se constrói na história e permite a instituição de um protocolo de observação do objeto, ou seja, um conceito não exige um pano de fundo teórico para existir. O que nos faz concluir a impossibilidade de redução do mesmo à teoria, mas uma relação de equivalência. Se o conceito está do lado de uma questão, um problema, a teoria está do lado das respostas. Em termos de função, “o conceito ajuda a recolocar a questão em seu contexto real, a incluí-la numa outra questão, a das relações entre o ser vivo e o meio ambiente.” (MACHEREY *apud* CANGILHEM, 1995, p. 302). Ou seja, o conceito de gesto profissional que apresentamos pretende realinhar-se entre conceitos e teorias possíveis e revela um forte potencial de desvelamento das nuances da atividade.

Neste capítulo, visamos construir um conceito geral e ampliado de *gesto profissional*. Um acontecimento genérico (que estrutura todo *métier*), desmembrando-se em várias dimensões de sua própria constituição. Compreendemos que o gesto é síntese das mesmas na situação que se apresenta, porém, uma ou outra pode estar mais evidenciada na circunstância analisada. Neste sentido, o gesto profissional é expressão da atividade.

Inicialmente, um retorno ao verbete, o gesto, e sua definição em termos dos saberes da língua portuguesa:

Movimento do corpo, das mãos, braços e cabeça, voluntário ou involuntário, que revela estado psicológico ou intenção de exprimir ou realizar algo; aceno, mímica; expressão singular (em alguém ou em seu semblante); aparência, aspecto, fisionomia; maneira de se manifestar; atitude, ação, gesticulação, esgar, visagem, careta. (HOUAISS, 2001, p. 1449).

Para atingir este objetivo, partimos do conceito de *gesto no sentido ordinário* para trabalhar o mesmo no campo profissional - *o gesto profissional, gesto de métier*. Em ambos, o corpo é protagonista constitucional, a atividade do *corpo-si* é central, movimentando clinicamente as dimensões que apresentamos no processo de engendramento do gesto profissional.

Quanto ao primeiro sentido ordinário, Morris (1978) nos orienta que o gesto desvela o sentido da vida: expressões do corpo na direção do viver pessoal e social: gestos de amor, de violência, do pai, da mulher, da criança, de caridade, de humildade, de solidariedade, etc. Na mesma conotação, os gestos acidentais, expressivos, mímicos, esquemáticos, simbólicos, codificados, etc. De outra forma, as alternativas gestuais que ampliam o gesto em seu hibridismo, incluindo signos e sinais – regionais, de guia, de sim e não, do olhar, de cumprimento, de postura em eco, de autocontrato, de laço social, de laço por contato corporal, contraditórios, fugazes, de distinção social, sinais territoriais, comportamento de proteção, altruísta-negativista, submissão, religioso, de combate, político, de intenção, de substituição, etc. Para reforçar o conceito, a cultura francesa nos apresenta a seguinte expressão - “*Faire un geste*” (Fazer um gesto) - traduzindo o gesto como uma ação visível, que venceu resistências, uma obra no sentido positivo do termo, desfocando sua significação negativa da/na contemporaneidade. Significação esta que descortina as desigualdades sociais, psicológicas, culturais, políticas, econômicas, sexuais, etc., de cunho autoritário, desvelando violências individuais e coletivas, que também compõem o repertório do gesto nos dois sentidos - ordinário e profissional.

Apresentamos o gesto profissional em três níveis de complexidade ao longo da tese. O primeiro, as dimensões genéricas do gesto profissional – servindo a qualquer *métier* profissional. O segundo, o nível genérico do gesto profissional que se faz no território da Psiquiatria - considerando seus saberes híbridos, ou seja, desde a *Psiquiatria Clássica*, das *Grandes Escolas*, às *Reformas Psiquiátricas*, passando pela *Psiquiatria da Classificação Internacional e Contemporânea*. Dizemos da singularização da informação genérica no campo da Psiquiatria. O terceiro nível, aquele referente a uma postura de *desconforto intelectual* do trabalhador frente a esses saberes – uma tomada de posição frente aos mesmos, às coisas da Psiquiatria. É o caso do gesto do trabalhador em específico, o personagem real modificado na situação de trabalho, situado em determinado serviço psiquiátrico. Em nosso caso, o CAPS III/CERSAM Betim Central. Neste último caso, referimos, como exemplo, aos setes gestos profissionais que apresentaremos nos capítulos 6 da terceira parte da tese e 7 da quarta parte.

Com relação ao *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*, apresentamos alguns esclarecimentos. Ele requer um *métier* específico como cenário, focando numa atividade particular, que age sobre um campo específico e dialoga com o sentido ordinário, ultrapassando-o. Conforme já anunciamos na introdução, partimos do campo da Psiquiatria do ponto de vista das Clínicas do Trabalho, reorganizando e articulando esses

saberes, os materiais e matérias envolvidas. Dentro desse espaço-tempo, localizamos o gesto profissional como ponto-chave, questão-problema de pesquisa, *matéria estrangeira* no sentido de Canguilhem (1995). Em seguida, promovemos uma abordagem conceitual, em especial, a partir das Clínicas do Trabalho, extraindo os aspectos genéricos do conceito de gesto e singularizando-o na sequência. Um gesto que não é pré-codificado, mas requer um mecanismo complexo de engendramento na situação de trabalho.

Vale ressaltar que o gesto profissional em Psiquiatria que defendemos nesta tese é um gesto plural no sentido de que ele tem como base de apoio a própria história da Psiquiatria. Neste sentido, ele se localiza desde os serviços fechados, hospitalares, aos abertos, constituintes de redes públicas de Saúde Mental. Portanto, os gestos profissionais na direção das Reformas Psiquiátricas, em especial a brasileira, são prevalentes nesta tese, uma vez que este contexto abre *reservas de alternativas, debates de normas e renormalizações* (possíveis e parciais) nos serviços abertos que, por si só, alargam as possibilidades de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Este é o nosso caso, desde que inserido no contexto das Políticas Públicas de Saúde Mental brasileira, de Betim, a partir do território do CAPS III/CERSAM Betim Central.

A singularização da informação genérica que apresentamos em Psiquiatria apresenta argumentações teóricas constituintes daquilo que construímos nesta tese – a *Ergopsiquiatria Clínica* - ou seja, a articulação da Psiquiatria com a diversidade de outros conceitos, em especial das Clínicas do Trabalho, a partir das práticas públicas de Saúde Mental. Tomamos o radical ergo - de origem grega que significa “ação, trabalho e obra” -, e acrescentamos a ele as variabilidades híbridas dos saberes em Psiquiatria.

O gesto profissional é intrinsecamente ligado ao conceito de atividade como síntese e embasado em outras dimensões constituintes. Ressaltamos que, na sequência de cada informação genérica, apresentaremos a dimensão correspondente e singular da Psiquiatria.

5.1 As Dimensões Genéricas do Gesto Profissional e a Singularização da Informação em Psiquiatria

As quatorze dimensões componentes do gesto profissional que apresento em seguida dizem respeito a uma construção original, proveniente de meu esforço de pesquisa, estudos e debates teórico-práticos entre o Brasil e a França (2013-2016). São dimensões que se inter-relacionam em nível de complementaridade: *saberes; técnica; corpo; clínica; movimento;*

semiótica; intencionalidade; intuição; inconsciente; política, atividade; projeto-ação; projeto-herança; validação/deliberação.

Tratam-se de elementos, ingredientes, que dão corporeidade e expressividade ao gesto. São dimensões-atividades construídas e argumentadas, considerando a história do *métier* e diversas questões envolvidas na complexidade do mundo do trabalho - suas implicações nos aspectos individuais, sociais, psicológicos, culturais, políticos, filosóficos, econômicos, educacionais, étnicos e éticos. Segundo o nosso diagrama abaixo, propomos uma análise circular onde o centro é a atividade do *corpo-si*, tomando como base a clínica e o movimento. O anexo G da tese contém um outro diagrama que também ilustra a complexidade deste mesmo processo de engendramento de gestos.

Figura 11 - Diagrama das dimensões do gesto profissional



Fonte: Elaborada pelo autor

5.1.1 Gesto é saberes

Em primeira ordem, dizemos que o gesto profissional é o resultado de uma síntese de saberes produzidos em nível de *normas antecedentes* e ancoragem na situação real de trabalho. Partindo de nosso referencial de base das Clínicas do Trabalho, o gesto se constitui na confluência de um *debate de normas*, saberes e valores na atividade. As contribuições e articulações que apresentaremos dentro dessas clínicas são complementares, porém, consideramos as ênfases de uma clínica em relação à outra. Lá onde uma apresentou seus argumentos explicativos e conceituais sobre o gesto profissional e outros conceitos, a outra avançou, propondo outros esclarecimentos epistemológicos em outros domínios.

Dentro das Clínicas do Trabalho, compreendemos que a Ergologia não apresenta um conceito estável de gesto profissional, mas nos adianta pistas instituintes e ontológicas por onde caminhamos para construir o nosso próprio conceito. Primeiro, pelo seu potencial de debate epistemológico, de (des)construção de saberes e conceitos para tratar o objeto. Por nos apresentar a vertente das quatro epistemicidades (1, 2, 3 e 3 bis) constituintes de sua abordagem inter, multi, trans e indisciplinar, conforme já teorizamos no terceiro capítulo da segunda parte da tese – *a contribuição da Ergologia*. Segundo, porque os saberes ergológicos interferem em outras dimensões também constituintes desse mesmo conceito. Finalmente, porque seus saberes são mobilizados, longitudinalmente, nesta tese, articulando outros saberes dentro das próprias Clínicas do Trabalho.

Propomos, em termos iniciais, a composição deste conceito, segundo Di-Ruzza:

O gesto é um complexo de condutas, de atos, de pensamentos, de fantasmas, de discursos, que se exprime na ajuda de suportes materiais, e que engendra resultados deixando traços materiais. [...] Os gestos humanos engendram, em efeito, resultados sensíveis: por exemplo, **uma obra de arte, uma mercadoria, um massacre, uma lei, uma revolução.** Esses resultados não são o todo da realidade social, nem são mesmo o essencial; eles só são traços, onde se faz necessário levar em conta, mas que não é necessário isolar gestos que lhes são realizados, porque eles tornariam então propriamente incompreensíveis. **Eles são sempre o resultado de história e da história**, de um encontro singular de gestos, de uma “dramática” no sentido schwanzeriano do termo. (DI-RUZZA, 2003, p. 62, destaques nossos).¹⁶²

¹⁶² Do original – “Le geste est un complexe de conduites, d’actes, de pensées, de phantasmes, de discours, qui s’exprime à l’aide de supports matériels, et qui engendre des résultats laissant des traces matérielles. [...] Les gestes humains engendrent, en effet, des résultats sensibles: par exemple, une oeuvre d’art, une marchandise, un carnage, une loi, une révolution. Ces résultats ne sont pas le tout de réalité sociale, n’en sont même pas l’essentiel; ils n’en sont que traces, dont il faut certes tenir compte, mais qu’il ne faut pas couper des gestes qui les ont façonnés, car ils deviendraient alors proprement incompréhensibles. Ils sont toujours le résultat d’histoire et de l’histoire, d’une rencontre singulière de gestes, d’une “dramatique” au sens schwanzien du terme.” (DI-RUZZA, 2003, p. 62).

Ao aprofundarmos na *démarche* ergológica, deparamo-nos com uma importante interseção. Lá onde procuramos o gesto, (re)encontramos o conceito de atividade em sua magnitude – um debate que pretendemos esclarecer ao longo deste capítulo.

Durrive (2014, 2015), abre-nos um espaço-tempo bastante instituinte de sentido nesta direção. O que existe nos bastidores de um gesto? *Renormalizações*? Compreendemos o engendramento do gesto profissional no campo do *debate de normas e renormalizações* (possíveis e parciais) na atividade - no cruzamento de espaços micro e macro das situações de trabalho. Um investimento do *corpo-si* na situação real de trabalho, um debate entre as *normas antecedentes* e as normas que os trabalhadores (re)criam na atividade – em criatividade.

Um debate complexo que apresentamos em etapas: o conceito ergológico de gesto em construção. Defendemos a ideia de que o gesto é um processo, cujo engendramento se opera entre uma lógica descendente e ascendente, em nível de *desaderência e aderência* às situações de trabalho.

São todas questões que nos possibilitaram compor um conjunto de proposições reflexivas e conceituais em diálogo com a Ergologia. Inicialmente, sustentamos que o gesto é uma maneira singular de fazer uso do *corpo-si*, através das *dramáticas do uso de si por si e pelo outro*. Assim, podemos dizer que o gesto profissional é a manifestação do resultado da síntese do *debate de normas* travado no interior da atividade desde o espaço micro ao macro dos contextos de trabalho. Expressão física de um ato e também a manifestação e o resultado da somatória dos *saberes investidos no corpo-si* - considerado como o sujeito da *atividade industriosa* -, gerando uma movimentação em direção a alguma coisa, a alguém, externando e ilustrando seus motivos aparentes (conscientes) e inaparentes (inconscientes). Segundo Mendel, o ato é:

Um processo de interatividade entre um sujeito levado por um projeto de ação e a realidade envolvida nesta ação, realidade material e social... **A ação corresponde ao projeto de transformação da realidade:** é o tempo de anteato, que se desenrola antes da interação sujeito-realidade. **O projeto da ação guia o ato, mas não se restringe a ele, pois “ao entrar no ato entreabrimos a porta do desconhecido”.** (MENDEL, 2002 *apud* LHUILIER, 2011, p. 33-34, destaques nossos).

Situação esta que faz do gesto uma postura de vida e decisão frente às coisas do mundo. É o resultado de um trabalho do/no *corpo-si* inserido na historicidade do segundo *ingrediente de competência da atividade* (IGR-2) - apesar de compreendermos que os seis estão envolvidos nessa produção. Aquele que singulariza as ações, que diz de um encontro com a experiência no aqui-agora, mobilizando histórias entre as *normas antecedentes* e as exigências do meio em questão. Ou seja, consideramos que:

O *corpo-si* é a história, história da vida, do gênero, da pessoa, é a história de encontros sempre renovados entre um ser em equilíbrio mais ou menos instável e uma vida social, com seus valores, suas solicitações, seus dramas... é a história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos de pessoa; mas também história como matriz, energia produtora de inédito [...] (CUNHA, 2007, p. 8, destaques nossos).

O gesto profissional desvela as competências exigidas na ação, que são “competências incorporadas, facilmente acessíveis e dificilmente verbalizáveis.” (CUNHA, 2007, p. 6). E isso demanda um grande esforço de articulação de *saberes constituídos* em diálogo com os *saberes investidos* na experiência, intermediado por um *desconforto intelectual*. Essas exigências seguem o caminho da proposição e não da imposição de movimentos, pois reclama por um “engajamento do corpo”, do *corpo-si* na/em ação. Um exemplo de *uso de si*, de ser autor de sua própria existência - a ideia e o saber que tenho de mim, a partir de mim mesmo. A minha maneira de fazer é em efeito “minha ideia a propósito de mim mesmo.” (DURRIVE, 2014, p. 5), a propósito das dosagens de esforço do/no meu *corpo-si*. E isso nos remete ao uso que ouço falar e fazer de mim e que ressignifica a vida social - que implica exatamente aquilo que os outros pensam de mim - o que devo fazer de mim mesmo. Trata-se, de um lado, de uma tensão, um conflito entre aquilo que se espera que eu faça (de mim) e, de outro lado, meu projeto de iniciativas - um debate entre o *uso de si* por si e uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2007, 2008; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; DURRIVE, 2014; 2015).

Em outras palavras, lembramos, então, que a ação e o ato são componentes do gesto e da atividade e o nosso desafio é diferenciá-los nas situações particulares. Nesta economia de sentidos, entram em cena os aspectos históricos, encarnados na experiência de cada um, uma entidade que ao mesmo tempo que é corpo, é alma, é subjetividade e objetividade, é a cultura, o psíquico e o biológico, o consciente em debate com o inconsciente que é o *corpo-si* da/na atividade. São competências que, de um lado, são difíceis de serem verbalizadas na atividade. De outro lado, mais fáceis de serem adquiridas, em especial quando há uma imersão do sujeito em si mesmo e na atividade. O resultado não poderia ser outro, senão aquilo que nomeamos de gesto profissional e que prepara o terreno para a composição do gesto profissional em Psiquiatria.

Referem-se às escolhas e competências dotadas de grande sentido de transformação da atividade, justamente por apresentarem saídas, alternativas para a complexidade do *métier* em questão. O gesto se refere ao encontro do trabalhador consigo mesmo, com as *normas antecedentes e renormalizações* (possíveis e parciais) e a dificuldade de se colocar em

palavras aquilo que se faz. Situações que dirigem determinados gestuais inexplicáveis teoricamente, uma vez que:

O fato de inúmeras vezes não ser possível explicar o que se faz não significa ausência de regras implícitas, de atividade conceitual, de conhecimentos acompanhando essas escolhas e gestões das situações. **Essas escolhas são ancoradas em sínteses de uma multiplicidade de elementos difíceis de serem explorados, ordenados, verbalizados.** Essa competência do histórico está ancorada em pontos de referência, conhecimentos mais ou menos intuitivos da vizinhança industriosa, antecipações do comportamento e das arbitragens dos próximos. E tem relação com o que constitui para cada um seu “meio de trabalho”. **Uma ‘lógica’ habita as escolhas operadas com base nessa dimensão da competência que não pode ser ensinada, verbalizada, nem avaliada segundo protocolos disciplinares.** (CUNHA, 2007, p. 6, destaques nossos).

Em suma, ao se referir ao processo de engendramento do gesto profissional pelo entendimento e prática de uso do *corpo-si*, os três níveis se fazem presentes (o biológico, o histórico - via *debate de normas* e dramáticas - e o singular/valores), desencadeando um gesto. Assim, o sentido mobilizado vai depender das necessidades da situação e das particularidades do trabalhador. Quer dizer, pode ser que um gesto tenha como gatilho, a audição, a visão, a cognição, a intuição, a emoção, os afetos, a respiração, etc., antecipados e produzindo o gesto. Schwartz (2011c) vai nos explicar essa operação ao analisar o gesto (inopiné) – imprevisto, inesperado, de um operário que, em momento de pausa, ao escutar um barulho vindo de um posto de trabalho, antecipa-se num gesto rápido e eficaz de ajudar o companheiro. No caso, o sistema auditivo “se incorporou uma condensação de história, profissional, social, local, que o conduz sem um tempo de deliberação assinalável a um agir industriosamente e socialmente competente.” (SCHWARTZ, 2011c, p. 162)¹⁶³, fazendo alusão à obra de Trinquet (2009).

O gesto é uma maneira de dar visibilidade às *reservas de alternativas*, reorganizando o trabalho aqui-agora, desvelando seu potencial de ressignificação da história, traduzindo a experiência em um determinado tempo, regulando e desvelando os conflitos do real. Para além do automatismo, a Ergologia bem nos avisa que é da ordem *do impossível e do invivível* agir mecanicamente, sem a consideração e a promoção de debates. Trabalhar nunca é somente a execução automática de tarefas e isso requer um retorno às *normas antecedentes e renormalizações* possíveis, mediante *margens de manobras* no trabalho prático (SCHWARTZ, 1992, 2000, 2007, 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Se agir é fazer escolhas, estamos diante da *renormalização*, do caráter normativo do homem - da vida em seu

¹⁶³ Do original - “s’incorporé une condensation d’histoire, professionnelle, sociale, locale, qui le conduit sans un temps de deliberation assignable à un agir industrieusement et socialement competent.” (SCHWARTZ, 2011c, p. 162).

sentido normativo (CANGUILHEM, 1995) - de sempre apresentar saídas (im)possíveis para problemas insolúveis. Seria *invivível* não fazer escolhas, arbitragens possíveis frente à normatividade. Definimos o gesto profissional com o resultado dessa irreduzível dialética *impossível/invivível*, de onde surgem maneiras diferentes de fazer as mesmas e outras coisas, a priori – o gesto profissional. Um movimento pautado nas condições e contradições do trabalho, nos conflitos, nas escolhas, nos valores e nas tomadas de decisões em horas e lugares certos, como bem nos avisa os seis ingredientes de competência da atividade, em especial, o IGR3. Também, na ressignificação de quem somos nós em nosso processo de *renormalização* da vida, fazendo história na história de cada um. Não nos esquecendo de que as situações de trabalho que obliteram o escoamento dessas reservas poderão serem (re)colocadas em cheque lá onde nos faltam ingredientes de ressignificação do real.

Podemos dizer que o gesto se encontra inscrito num vaivém entre a situação concreta e material de trabalho no aqui-agora, no agir com os outros e no campo dos saberes teóricos e práticos, segundo a Ergologia (TRINQUET, 2010). É neste sentido que compreendemos que ele é o resultado de outros gestos anteriores. Quer dizer, um gesto não existe sozinho, ele anuncia e/ou encerra um outro debate já iniciado ou realizado.

Em estado de *(des)aderência*, os gestos profissionais são a constituição de maneiras de fazer, a partir de uma *síntese de teorias*, de *saberes constituídos*, e que quando colocados em atividade, em *aderência* aos saberes da experiência, constituem-se em ausência ou presença de movimentos diferenciados, motivados e endereçados. Remete-nos à *dupla antecipação* (entre o conceito e a experiência) que potencializa e constrói a futura ação que será confrontada com outras realidades. É o resultado do movimento de duplo sentido socrático, de ação descendente e ascendente entre *desaderência e aderência* (à atividade de trabalho) no aqui-agora da situação. *Desaderência* no sentido de descolamento, desconexão da situação para nela se aderir novamente, promovendo novas invenções, novas ações e preparando novos gestos profissionais. Assim, ele representa a síntese de um debate no espaço micro de uma ação na atividade de determinado *métier* de trabalho e que dialoga com o espaço-tempo macrossocial, político e cultural. Neste sentido, compreendemos o gesto profissional como o resultado do esforço de *aderir/desaderir* para (re)produzir efeitos e sentidos, consequentemente, (re)inventando a roda em novos gestos profissionais.

Em outro sentido, os gestos profissionais desvelam a oportunidade de ressignificar a cultura e transformar o espaço-tempo atual, em especial daqueles decorrentes do trabalho coletivo. Assim, não podemos dizer que um gesto sozinho, individual, não faça sentido, mas podemos assegurar que um gesto reconhecido no coletivo (re)faz e (re)cria a história de um

ofício de trabalho, (re)afirma seu estilo, fazendo (re)viver as ECRP's – *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Falamos de um *debate de normas* singulares e universais (DURRIVE, 2015) que não é antecipável, mas que é compartilhado entre outros pontos de vista no trabalho coletivo e requer todo o diálogo já realizado no processo de “endereço social” desse projeto de engendramento de gestos (SCHWARTZ, 2000, p. 34-39). Dizemos das condições sempre históricas da capacidade do gesto de fazer história (no sentido de um gênero, de um *métier*, de uma sociedade e de uma cultura). Um debate que se faz individualmente e dentro de um coletivo, no sentido de fazer dialogar *normas antecedentes* com maneiras singulares de viver e fazer. Uma maneira de buscar no coletivo e no social o aval e a liberdade de praticar o gesto profissional com estilos diferentes (DURRIVE, 2015).

Enfim, no sentido ergológico, o gesto traduz uma tensão entre regras e singularidades, uma maneira particular de reinterpretar o universal, que ressignifica o conceito de *renormalização* entre essas duas instâncias e entre outros conceitos, segundo Durrive (2015). Neste sentido, o gesto é um exemplo de agir específico entre o singular e o outro, universal, que reivindica um ator-autor de seu fazer. Uma *renormalização* que reclama uma maneira singular de fazer dentro de uma vocação universal, uma forma particular de interpretar o *métier* e que guarda em seu bojo o conteúdo geral das *normas antecedentes* desse *métier*. Um ato, aparentemente solitário, porém, singularmente trabalhado no coletivo na medida em que, ao receber informações das *normas antecedentes*, desvela seu *poder de agir*¹⁶⁴ particular no aqui-agora, reatualizando uma maneira de fazer e a devolvendo ao universal, aos outros em nível de endereçamentos. Em outro sentido, o ato pode ser descuidado, desajustado e transgressivo, desvelando e apresentando dois sentidos: uma interpretação rígida da *norma antecedente* (em forma de obstáculo) e, por outro lado, uma ressignificação da norma (uma oportunidade), da regra, na medida em que “é a infração que lhe dá a oportunidade de ser regra fazendo regra. Neste sentido, a infração é não a origem da regra, mas a origem da regulação.” (CANGUILHEM, 1995, p. 214). O gesto visa compreender essa regulação normativa e torná-la menos rígida, uma vez que ele demanda uma conversa com o coletivo envolvido, um *debate de normas*, apresentando suas *reservas de alternativas* nas situações. Contrário a somente interrogar, respeitar e/ou transgredir a prescrição de trabalho, o gesto promove uma evolução dessas operações, proporcionando um desenvolvimento do *métier*. Ou seja, o gesto profissional reclama sua inclusão na agenda das *normas antecedentes*,

¹⁶⁴ Um conceito capital dentro da Clínica da Atividade, segundo Clot (2010a).

possibilitando uma veiculação de novos saberes e fazeres em postura e transmissão de possibilidades.

A Psicossociologia do Trabalho apresenta um aporte teórico suficiente para desvelar as dimensões do gesto profissional, porém não desenvolve este conceito, conforme espreitamos na tese. Ousamos em dizer que o mesmo se localiza na interseção entre uma ação e um ato no sentido mendeliano. Utiliza-se dos aspectos psíquicos e sociais, a partir das contribuições de Osty (2010) e Gérard Mendel (1998), naquilo que se nomeia de Psicossociologia do ato (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013) e que abordaremos de forma diferenciada ao tratarmos das técnicas e tecnologias da ação, do ato e do gesto profissional.

Trabalhar é fazer o poder do ato virar um poder sobre o ato de cada um em relação ao outro social (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 27-37). Referimos ao seu conceito de *actepouvoir* (atopoder). Trata-se de uma conflitualidade de laços sociais que coloca em evidência os mecanismos de transformação das realidades de trabalho. E isso não se reduz a uma luta de poderes, de dominação e subordinação, mas inclui a realidade a ser transformada, que opera a mediação das relações entre trabalhadores. Esses conceitos de Gérard Mendel dizem respeito a um movimento de apropriação do ato. Uma situação que traduz a experiência subjetiva do trabalho, dependendo do grau de poder do sujeito sobre suas ações. Este ato-poder engloba o poder do ato de transformação dessa realidade e o poder sobre o ato, ou seja, o poder que o autor do ato possui, determinando sentimentos de (des)prazer ou sofrimento, (des)motivação, (des)interesse, (des)responsabilização, dependendo da quantidade e qualidade de poder envolvido sobre o mesmo. Trabalhar é fazer o poder do ato virar um poder sobre o ato de cada um em relação ao outro social (MENDEL, 1998).

Quer dizer, diversas são as nuances individuais e coletivas a serem consideradas no confronto do sujeito com as normas. Ele reage às condições concretas e materiais do meio mediante não somente como elas são, mas como ele as experimenta. É dentro dessa perspectiva interativa que o autor nos apresenta seu *projeto-ação*, constituído pelas seguintes etapas - o *pré-ato*, o *ato* e o *pós-ato* como etapas do engendramento de gestos e que explicaremos melhor ao dizer que *gesto é ação e ato em transformação*. O posicionamento psicossociológico de Mendel se refere à necessidade de um ato em interatividades e anuncia a incapacidade da realização no real de um ato inteiro, mas sim fragmentos possíveis face ao indeterminismo deste processo na atividade.

A ação supõe uma inscrição em um mundo social de possíveis, ou seja:

A ação no sentido geral significa tomar uma decisão, empreender, colocar em movimento. Ela não é nunca possível na solidão: estar isolado, é estar privado da capacidade de agir. Agir junto permite aceder a um papel social, de desvencilhar de sua história pessoal para assegurar atividades que religam cada um aos outros e que concernem o mundo comum. (LHUILIER, 2002, p. 43, destaques nossos).¹⁶⁵

Voltando à *cultura do métier*, segundo Osty (2010), compreendemos que ela manifesta por linguagens e gestos nas situações de trabalho. O autor fala de gesto no sentido de gestual, de fabricação de diálogos e jargões produzidos na terminologia própria de cada *métier*, onde os trabalhadores se reconhecem. O gesto como técnica e expressão que se acompanha de mímicas, de exclamações, de signos verbais singulares. Mais especificamente,

O gesto do métier é tudo ao mesmo tempo diálogo com a matéria e diálogo com as pessoas do métier. Tendência a fazer igual e tendência a fazer distintamente, para progredir, para afirmar, para chegar a dominar este fazer [...] (ZARCA *apud* OSTY, 2010, p. 100, destaques nossos).¹⁶⁶

Um dilema, uma polêmica, e uma definição inicial e essencial, mas há que se diferenciar que o conceito de gesto que construímos ultrapassa esse sentido em complexidades e dimensões múltiplas e diferenciadas. Porém, o autor lança a problemática que perpassa todas as nossas reflexões, dizendo que o gesto profissional é um debate entre o fazer igual e o fazer diferente. Um reconhecimento no coletivo daquilo se faz individualmente. Um mecanismo transhistórico de “civilização do real”, através da atividade concreta, efetiva de cada um, pois:

O movimento de apropriação do ato recobre do desenvolvimento da atividade desvencilhada do rotineiro, do maquinal, do imposto sem compreender, para tornar mais consciente e voluntário. Uma atividade onde o sujeito se sente responsável, que ele assume em acordo com seus valores. Ele não revela somente uma escolha pessoal, mas também ações coletivas para modificar as normas de trabalho. **Ele resulta então de um trabalho individual e coletivo de renormalização.** (LHUILIER, 2013, p. 18, destaques nossos).¹⁶⁷

¹⁶⁵ Do original – “l’action au sens general, signifie prendre une initiative, entreprendre, mettre en mouvement. Elle n’est jamais possible dans la solitude: être isole, c’est être privé de la capacite d’agir. Agir ensemble permet d’accéder à un rôle social, de se dégager de son histoire personnelle pour assurer des activités qui rattachent chacun aux autres et qui concernent le monde comun.” (LHUILIER, 2002a, p. 43).

¹⁶⁶ Do original – “Le geste de métier est tout à la fois dialogue avec la matière et dialogue entre gens de métier. Tendence à faire pareil et tendance à faire distinctement, por progresser, pour affirmer, pour arriver à la maîtriser [...]” (ZARCA *apud* OSTY, 2010, p. 100).

¹⁶⁷ Do original – “Le mouvement d’appropriation de l’acte recouvre de développement de l’activité dégagée du routinier, du machinal, de l’imposé sans comprendre, pour devenir plus consciente e volontaire. Une activité dont le sujet se sent responsable, qui’il assume en accord avec ses valeurs. Elle ne releve pas seulement d’un choix personnel mais aussi d’actions collectives pour modifier les normes de travail. Ele resulte donc d’un travail individuel et collectif de renormalization.” (LHUILIER, 2013, p. 18).

Em termos de síntese, quer dizer, ao revisitarmos o referido *projeto-ação/ato* mendeliano, encontraremos o gesto como o resultado do processo acima descrito (de *renormalização* individual e coletiva), dos enigmas do encontro com o real. Em suma, podemos inferir que o gesto, em termos psicossociológicos do trabalho, é o resultado de um trabalho de *cultura do métier*, inscrito no corpo, que ultrapassa o processo de satisfação e de conformidade, mas ligado às controvérsias que perpassam a divisão técnica, social, psicológica, moral e cultural do trabalho (LHUILIER, 2013). Quer dizer, ao revisitarmos um determinado *projeto-ação* mendeliano, podemos encontrar atos e gestos no percurso como resultado de debates e enigmas da atividade e do encontro individual e coletivo com o real, o físico e o psíquico, o social, o cultural e o político.

Com relação à Clínica da Atividade, compreendemos que ela se encontra em momento de esclarecimento de seu conceito de gesto – porém, um assunto polêmico e controverso no interior dela mesma. Trata-se de um debate em construção a partir do grupo Gesto, Automatismo e Movimento (GAM) do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Paris, do qual participei por um ano entre outubro de 2014 e 2015. Apresentamos esse diálogo com esta clínica em duas etapas e que ressignificam grande parte de sua teorização e intervenção.

Na primeira etapa, compreende-se o gesto mediante o resultado da inter-relação entre o *gênero* de ofício e o *estilo* de profissão. Um importante debate na tese e que foi abordado no capítulo anterior ao apresentarmos a contribuição da Clínica da Atividade. Podemos dizer que o *estilo* de ser e fazer o trabalho é uma variante do *gênero*. Lá onde existe um coletivo de trabalho, o *gênero* se mostra presente ou em fase de estabilização, onde o fazer diferente a mesma coisa receberia o nome de *estilo*? Um retoque e o desenvolvimento do *gênero*, uma forma de fazer viver e enriquecer a memória coletiva de um *métier*. Uma transformação do *gênero* na medida em que permite a liberdade de expressão e desenvolvimento do *métier*, fabricando recursos coletivos disponíveis para a ação individual. Mas, em que sentido o *estilo* se diferencia de uma transgressão para compreendermos o gesto? Se dizemos que o *estilo* faz reviver o *gênero* em forma de liberdade, ou seja, estilizar é retocar o *gênero*, fazer mobilizar livremente o *gênero*, movimentando *margens de manobras* no curso dessa operação (CLOT; SIMONET, 2015), podemos dizer que o gesto seria a expressão do resultado da somatória desse debate na atividade.

Já a transgressão significa um retorno à tarefa oficial em nível de ultrapassagem da prescrição de trabalho, também uma etapa na construção do gesto. Para ampliar o entendimento, considera-se a *catacrese* (também um meio de acesso ao *real da atividade*), de

início, como uma transgressão, uma vez que ela não funciona conforme à regra, devido ao seu caráter de desvio e contorno dos obstáculos encontrados na atividade, conforme já apresentamos.

Assim, quando uma ação, um ato, uma *catacrese* da atividade se transformam em gesto profissional do *métier*? Uma pergunta essencial para esta tese. Em termos metafóricos, anunciamos e compreendemos *o engendramento de gestos profissionais* como um processo nada simples. Requer, metaforicamente, uma passagem pela “peneira” (tamis) do coletivo, mecanismo de “peneiração” (tamisage) que funciona como um instrumento psicológico de triagem, seleção e (in)validação de *transgressões da tarefa* e decantação em gestos profissionais. Um processo que ocorre na interseção entre os aspectos pessoais e impessoais da atividade, configurando o espaço-tempo do coletivo interpessoal e transpessoal.

O resultado, ou seja, aquilo que ultrapassa as fendas desta “peneira” constitui o *coletivo de trabalho*, ou melhor, o *gênero* profissional como um registro do *métier* em questão. Em outras palavras, o aspecto transpessoal, restituindo a memória do *coletivo de trabalho*. Maneiras de fazer diferente e de dizer estabilizadas momentaneamente em um meio profissional e que desvelam sua invisibilidade no momento de chegada de novos trabalhadores. São regras, signos, senhas, atalhos da ação. O *gênero* que ressignifica o coletivo como um ciclo, um instrumento de triagem de *catacreses* da atividade, um estoque de resultados da ação, uma memória coletiva e um patrimônio de trocas no curso e desenvolvimento da atividade (CLOT, 2010a). E o gesto - uma entidade que vingou, que ultrapassou as fendas dessa operação. De antemão, anunciamos que aquilo que não ultrapassou essa etapa também recebe o nome gesto profissional, mas um gesto diferenciado em sua constituição.

Em outras palavras, podemos dizer que o gesto é o resultado da estilização em liberdade de um determinado *gênero*. O gesto traduz uma intenção singular dentro de um coletivo, um agir em forma de “contra-atividade” na atividade do outro. E é em sua transmissão que ele encontra sua polêmica. Entre gestos alheios, escolher o seu próprio gesto e transmiti-lo é um mecanismo de liberdade do *poder de agir*, do desenvolvimento da atividade e reconhecimento de seu patrimônio no *coletivo de trabalho*.

Sendo assim, considerando seu caráter de ressignificação de um determinado *métier* de trabalho,

Rigorosamente, o gesto profissional de um sujeito é uma arena de significações, além de ser a individuação e a estilização das técnicas corporais e mentais, eventualmente diferentes, em circulação no ofício e que constituem o “toque

social” desse ofício. Tal gesto é apenas a integral das discordâncias e da sustentação entre o gesto prescrito, meu próprio gesto e o gesto dos colegas de trabalho. Eis algumas maneiras pessoais de utilizar um **gênero social transpessoal** – levado a seu termo, à maneira de cada um, em função dos objetivos perseguidos em tal ação [...]. (CLOT, 2010a, p. 122-123, destaques nossos).

Ao observar os gestos alheios, fazemos um diálogo em duas vias - interna e externa. E é por esse mecanismo de debate que compreendemos a formação de um gesto que se descola da individualidade, em conversa com o gênero, para se transformar em gesto coletivo, pronto para ser copiado, transmitido, bem como refeito de forma singular, inclusive em outro *métier*. Quer dizer, o gesto só se torna meu no sentido em que ele possa ser utilizado, refabricado, no desenvolvimento de gestos alheios, reforçando e revivendo a história de um coletivo? Segundo meu ponto de vista, não podemos ser categóricos nesta afirmação, conferindo esse poder aos coletivos, mas compreendemos o engendramento de um gesto singular nos coletivos de trabalhadores.

Por essas razões clínicas, sociológicas e antropológicas, há maneiras diferentes de fazer o mesmo gesto e isso nos explica o seu caráter genérico, sociocultural e político. Quer dizer, várias maneiras de fazer a mesma coisa dentro de um mesmo gesto de ofício, esclarecendo-nos a força de conservação na história de um *gênero* profissional (CLOT, 2010a).

Na segunda etapa, não nos resta dúvidas que o caráter de movimento/ação seja uma parte essencial do gesto. Assim, a Clínica da Atividade compreende o gesto como uma ação que se localiza na interseção *prescrito-real*, mas também como uma entidade na interseção *realizado/real da atividade*, bem como em outros momentos da/na atividade. Do lado da *atividade realizada*, o gesto representa uma amputação de movimentos para a escolha de um determinado movimento específico em sua composição. Do lado do *real da atividade*, o gesto é uma escolha no conjunto de movimentos possíveis do *real da atividade*. É também o local onde encontramos o *real do gesto* que faz parte do conjunto de movimentos, possíveis, impossíveis, sonhados, fracassados, impedidos na atividade, etc.

Compreendemos que a Psicodinâmica do Trabalho também não apresenta um conceito formado de gesto profissional, mas, em diálogo com esta clínica, apresentamos nosso argumento. Dejours (2009) nos apresenta o conceito de trabalho no campo da subjetividade, dos aspectos conscientes (individuais, coletivos e sociais) e inconscientes (ressignificando esses mesmos elementos), justificando a importância da personalidade do trabalhador na apresentação de suas ações e atos no *trabalho efetivo*. O gesto, segundo meu ponto de vista, localiza-se na mobilização de inteligências corporais, metamorfoseando a incerteza das ações

e dos atos, inclusive na passagem do primeiro corpo (corpo biológico) para o segundo (corpo/contexto), ou seja, a *corpropriação*, um corpo subjetivado, simbolizado e erógeno no contexto das relações. Assim, o gesto seria o resultado desse processo, uma entidade produzida nesta interseção no interior da atividade e que se traduz na lida com as incertezas das ações e dos atos e que, ao passar pela *validação/deliberação* coletiva, justificam e reafirmam a sua transformação em gesto do *métier*. O gesto como um mecanismo de *perlaboração* da inteligência corporal, da experiência, visando à transformação de ações e atos em gestos transmissíveis no *métier*. Ou seja, o gesto seria o resultado de ações e atos explicados, justificados, perlaborados, defendidos, de uma inteligência audaciosa (*rusée*), num trabalho de si consigo mesmo e com o coletivo construído ou em construção.

Em termos de singularização da informação genérica no campo da Psiquiatria, o gesto profissional ressignifica a (im)possível atividade em Psiquiatria lá onde a mesma estiver sendo praticada, mobilizando saberes. Não se trata de sustentar a Psiquiatria como uma ciência, antes reforçá-la como um campo de saber (nem humano, nem natural) e contribuindo para uma interrogação epistemológica à mesma, a partir do conceito de gesto profissional.

São reflexões que no fundo nos fazem recolar uma outra mais ampla – o que é a Psiquiatria? Quais os saberes que a compõem e aqueles mobilizados para o tratamento dos desconfortos iniciais desta tese? Dizemos de um gesto que se engendra na confluência de *normas antecedentes*, conforme já descrevemos no capítulo anterior – *a Psiquiatria entre as cinco perspectivas teórico-metodológicas* acima apresentadas. Uma formulação geral, segundo Canguilhem (1995, p. 150), ao dizer que “Não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado numa relação”. Ele critica a Psicologia, conseqüentemente a Psiquiatria, reivindicando uma postura epistemológica de maior proximidade desta com a Filosofia por intermédio da primeira. Uma outra maneira de requalificar, retificando e atualizando o conceito de normal e patológico no campo da loucura.

De outra forma, ao reler autores filósofos franceses como Canguilhem, Foucault, Bachelard e Schwartz, ressitamos a Psiquiatria entre as *normas vitais e sociais*, mobilizando saberes e os retrabalhando a partir das práticas. Com relação às primeiras, as regras de ajustamento das partes entre si são imanentes, ou seja, estão presentes sem, exatamente, serem representadas. Elas são atuantes sem exigência de deliberação, nem cálculo a priori, são dadas pelo organismo. No segundo campo, as normas sociais são inseridas num determinado

contexto, numa organização de regras de ajustamento das partes e que são sempre exteriores ao complexo ajustado. Neste sentido, exige-se um campo de representação, de rememoração para serem aplicadas. Elas são (re)inventadas pelo meio social.

Partimos da atividade psiquiátrica contextualizada e que faz história (SCHWARTZ, 2010), incluindo, em termos dialéticos, os elementos paradoxais da *tradição* e da *inovação*, da biologia e do psiquismo, inter-relacionando a epistemologia dos saberes em Psiquiatria. Frente ao *projeto-ação* que pesquisamos, não promovemos uma oposição de saberes entre os aspectos criativos e não criativos do ato, antes, consideramos e provocamos a dimensão criativa dos mesmos e que se encontra implícita em todo agir humano (JOAS, 1999).

Em termos epistemológicos, apresentamos um panorama sintético dos saberes envolvidos e constituintes da *Psiquiatria Clínica*.

Em primeiro lugar, partimos da interrogação e compreensão da gênese do sofrimento mental. Um *debate de normas* complexo em torno da origem ontológica do sofrimento mental entre os aspectos biopsicossociais, políticos e culturais e que não se esgota nesta pequena síntese. Um mecanismo que considera as descobertas biológicas e psicológicas de origem do sofrimento mental. Tudo isso, visando à composição de uma *Clínica Psiquiátrica* renovada e inventada em gestos – a *Ergopsiquiatria Clínica*.

Em segundo lugar, apresentamos uma tríade de orientação clínica e manobras de tratamento que localizamos mediante nossas análises do *trabalho real* e em entrevista com a Psicóloga Nisia. Dizemos da *destituição de saberes, da valorização da subjetividade e da escuta*. Uma operação que visa ressituar e praticar o encontro na relação com o outro e o social, mobilizando saberes e conceitos (das Clínicas do Trabalho, da Psiquiatria, da Psicanálise e das Políticas Públicas de Saúde Mental, etc.). Uma postura de *desconforto intelectual* ergológico em *(des)aderência* e que valoriza o *acúmulo da experiência* – a movimentação de saberes *constituídos e investidos*, os seis *ingredientes de competência da atividade (IGR)*, as dramática do *corpo-si* (GOMES JÚNIOR, 2013), a *renormalização* singular e universal em um determinado espaço-tempo, codificando e singularizando a relação de encontro do terapeuta com o usuário e com o ambiente. Um movimento que inclui as Histórias de Vida como estratégias de ampliação e qualificação da *Anamnese Psiquiátrica* tradicional entre os aspectos descritivos e dinâmicos, bem como aqueles constituintes de *manobras de permitir o sujeito dizer o que precisa dizer* – que construímos nesta tese. São operações clínicas que não somente compreendem a atividade como *debate de normas*, mas que localizam o sujeito psicológico entre o *realizado e o real da atividade* (CLOT, 2001;

2006), instituindo e sustentando o *conflito*, e considerando o sintoma como um instrumento de desenvolvimento da atividade do usuário e do *métier*.

Em terceiro lugar, a herança da *Psicoterapia Institucional francesa* de tratar a instituição para tratar o paciente, ressignificada à moda brasileira¹⁶⁸ ao tom da produção de gestos profissionais em Psiquiatria nesta tese. Uma operação evidente e provocada pelo psiquiatra catalão radicado na França, Tosquelles (2006; 2009; 2012) ao abordar o usuário como um sujeito ativo, em atividade contra a sua passividade e da instituição. Uma atitude ressignificada por Le Guillant, posicionando-se a favor de que as atividades sirvam para promover uma saída lenta e progressiva do usuário do lugar instituído para o instituinte social, ambiental, cultural, familiar e do mercado de trabalho. Uma posição que se diferencia da proposta de tratar a instituição para tratar o usuário. Nessas duas propostas, percebe-se uma busca por autonomia e respeito ao potencial do sujeito. Propomos uma inversão no sentido de que não se trata somente de promover um cuidado da instituição, de tratá-la para depois tratar o sujeito, mas de um cuidado bilateral (instituição-usuário), um determinando o outro e vice-versa na situação de trabalho, visando o ir e vir real do cidadão em tratamento à instituição, a fim de que ele prescindia da instituição (fechada e/ou aberta), ciando outros laços de vida e de tratamento, mesmo em momentos de crise. Um gesto que ressignifica também a radicalidade clínica e política de Franco Basaglia.

Em quarto lugar, convocamos os saberes das Clínicas do Trabalho na interface com a Psiquiatria – o ponto de interseção central de saberes na tese.

Em quinto lugar, as epistemicidades propostas pela Ergologia, conforme anunciamos, ou seja, uma organização, ordenação de epistêmes disponíveis e aplicadas ao campo do trabalho e aqui ressignificadas no campo da Psiquiatria. Dizem respeito aos saberes possíveis em Psiquiatria que podem ser mobilizados no *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*, independente do *métier* profissional.

5.1.2 Gesto é técnica e tecnologia

Propomos um diálogo plural com Mendel (1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013), Leontiev (1987), Canguilhem (1995), Berthoz (1997; 2009, 2013), Berthoz e Petit (2006), Morris (1978), Guérin (2011b), Mauss (*apud* BERT, 2012), Leroi-Gourhan (1965), Ribault (2011) e Schwartz e Durrive (2007) para melhor esclarecermos a dimensão da técnica no conceito de gesto profissional. Ou seja, partimos da

¹⁶⁸ Vide a presença do corpo na obra de Arbex (2013).

compreensão de que o gesto profissional é, a priori, um gesto técnico. E falar de técnica é também abordar o gesto como corpo, ação, ato, normas e saberes em movimento.

Apresentamos nossa argumentação sobre técnica e tecnologia, localizando o corpo de forma central neste debate. Um diálogo que nos ajudará a compor os elementos constituintes da interseção gesto-atividade, um espaço-tempo que não se desmembra do corpo, portanto, um intercalado biopsicossocial. O momento em que essa estrutura, somada a outros argumentos, faz da atividade um gesto ou do gesto uma atividade.

Em termos gerais, entendemos por técnica algo que cristalizou num determinado espaço-tempo do fazer humano. Aquilo que passou pelo crivo do genérico e permaneceu estabilizado como fazer na cultura. Algo que se encontra sistematizado no *modus operandis* que deu certo ao longo do tempo, que é operacional para resolver determinado problema de vida. A técnica mobiliza saberes no mundo em função das necessidades humanas. E, como estas podem cair em desuso, carecem de ser reformuladas, repensadas regular e singularmente. Portanto, técnicas são instrumentos carregados de temporalidades, como a ciência que foi criada pelo homem para resolver suas próprias questões.

Para melhor esclarecer essas palavras iniciais, propomos uma conversa multidisciplinar sobre a técnica de um gesto, a partir da ideia de Canguilhem (1995) de que a vida é por si só normativa, uma atividade polarizada, produtora de normas, de novas técnicas. A ideia central de técnica reside na consideração do corpo humano como produto de uma atividade individual e social. Se o homem consegue se adaptar a todos os climas, é que, “por meio da técnica, consegue variar, no próprio local, o ambiente de sua atividade” (CANGUILHEM, 1995, p. 142). Inicialmente, as normas técnicas são construções provenientes da industrialização da sociedade, situadas entre os mecanismos de identificação e diferenciação na transição de normatividades biológicas para normatividades sociais. Um espaço-tempo determinado pelo movimento de criação de normas individuais e sociais em decorrência das relações do sujeito com o meio. As normas técnicas são inscritas na normatividade da vida, que não é um movimento retilíneo, conforme já abordamos. Ao viver no meio, o ser vivo enfrenta objetos qualificados e acidentes possíveis e variados, uma variabilidade de acontecimentos que traduzem a *infidelidade do meio* técnico. “A vida é debate ou explicação... com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências.” (CANGUILHEM, 1995, p. 160).

Segundo o autor, acontece com a medicina (arte e técnica), o mesmo que ocorre com todas as técnicas – pois a técnica “É uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do

ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo.” (CANGUILHEM, 1995, p. 188). De outra forma:

Toda técnica humana, inclusive a da vida, está inscrita na vida, isto é, uma atividade de informação e de assimilação. Não é apenas porque a técnica humana é normativa que a técnica vital é considerada como tal, por analogia. **É por ser atividade de informação e de assimilação que a vida é a raiz de toda atividade técnica.** (CANGUILHEM, 1995, p. 99-100, destaques nossos).

Através desses processos de informação e assimilação, a normalização técnica é requisitada nas escolhas e na determinação de uma matéria, de uma dimensão da forma em que o objeto será fabricado, engendrado. Ou seja, a forma de engendramento de um gesto profissional, que requer margens de tolerância, flexibilidades para os desvios das necessidades das normas, dos motivos. A norma técnica remete a uma ideia de sociedade, de hierarquia de valores, assim como uma “decisão de normalização supõe a representação de um conjunto possível das decisões correlativas, complementares ou compensatórias.” (CANGUILHEM, 1995, p. 220). Reflete uma unificação de métodos, de modelos, de processos e de provas de qualificação, validação. São elementos que qualificam as dimensões do processo de engendramento do gesto profissionais que apresentamos neste capítulo.

Conforme apresentamos, Canguilhem (1995) critica a posição positivista de Comte: “saber para agir”. Se Comte acha que a doença substitui as experiências humanas, Claude Bernard nos esclarece que as experiências, mesmo praticadas em animais, nos indicam o (re)conhecimento da doença no corpo humano. Porém, nos dois últimos, compreendemos a noção de técnica como a aplicação de uma ciência. Isso só não basta, foi Leriche quem avançou nesta proposição da técnica entre a fisiologia e a filosofia, ou seja, a patologia como uma fisiologia desviada. Neste sentido, ele estaria fazendo um julgamento técnico, posicionando-se do lado do dinamismo funcional da doença contra o estático. Assim, a técnica seria uma abstração retrospectiva da experiência clínica e terapêutica. Ou seja, “A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de retardamento no normal.” (CANGUILHEM, 1995, p. 185), pois o fim não está na objetividade, mas na satisfação subjetiva engendrada pela norma. É por este caminho que compreendemos que “A ausência de técnicas acompanha a ausência de normas.” (CANGUILHEM, 1995, p. 213).

O conceito de técnica segundo Schwartz e Durrive (2007), muito se aproxima das reflexões de Canguilhem acima anunciadas. Ele apresenta suas argumentações na transição dos processos de qualificação para a lógica das competências - do agir competente -

intermediado por dimensões técnicas. Frente às novas exigências, variabilidades e *infidelidades* dos meios técnicos, novas técnicas exigem competências diferenciadas do ser humano. Ou seja, “ser competente é tirar partido do meio, gerir as relações de antecipação e de encontro em função de valores.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 98).

Por meio da técnica, o que, de fato, se busca? A técnica não é somente uma imposição e/ou aplicação de uma ciência, pois ela reivindica uma invenção local, uma intenção que sempre precede qualquer saber científico, ciência. Intenções que compõem um dispositivo também técnico, onde a relação do homem com o meio é imperativa e se faz em nível de desneutralização. Podemos dizer que “a intenção técnica para a humanidade, ou para os grupos humanos é, certamente, um modo de desneutralizar sua relação com o meio, de ter um domínio positivo.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 98).

Em termos ergológicos, a técnica mobiliza dialéticas importantes, constituintes de si mesma. A primeira delas, de um lado, operações definidas, protocolos a seguir. Pela via da técnica, a situação de trabalho requer a aplicação de regras, normas. Se o gesto é técnica, esta é um paradoxo entre uma situação planificada a seguir e o encontro com uma realidade singular de trabalho. Por isso, dizermos que técnica é encontro. Ao invés de se submeter, assujeitar-se, a técnica tende a instigar a vida em sua normatividade, segundo Canguilhem (1995).

Em outro sentido, as técnicas se inscrevem na história no sentido de várias polaridades. A controvérsia entre neutralizar, generalizar as situações e desneutralizar um meio técnico. A desneutralização requer uma reconfiguração de nosso meio de trabalho, tentando imprimir nele nossa marca, nosso registro, nossa identidade que não se deixa caber numa norma prévia. A dialética clínica *antecipação/confrontação*. Antecipamos saberes, protocolos, funcionamentos, o registro R1, tudo que antecede a atividade, mas não antecipamos a singularidade do registro R2, os debates das organizações de trabalho - o registro dos encontros, o fio condutor da história. Por isso dizermos que praticar uma técnica é mobilizar *encontro de encontros* - “Introdução na história que cria encontros com algo inédito, jamais inteiramente inédito. Alguma coisa que se refere a combinações de grupos humanos com os meios técnicos e materiais.” (SCHWARTZ, 2007, p. 99).

Situação que nos faz entender que a técnica tanto dirige como enquadra a atividade e o gesto profissional. E isso vai depender de diversas operações. A técnica nunca é neutra, ela mobiliza *normas antecedentes e renormalizações* possíveis embasadas em *debates de normas*, valores, escolhas e *renormalizações*. Por isso dizermos que o gesto é uma escolha técnica entre os princípios de tradição e de inovação, invenção local.

Assim, no interior da atividade, encontramos o ato técnico - particular e singular. O primeiro diz de um protocolo, de neutralização de um meio. O segundo, o real encontro com o meio, suas arbitragens próprias, seus valores, normas próprias para fazer funcionar o dispositivo. Ato que desneutraliza e singulariza o meio técnico. Atos que ressignificam um *projeto-ação*, projetando o processo de engendramento de gestos profissionais.

Compreendemos melhor a técnica no sentido ergológico, ao revistarmos os seis ingredientes de competência da atividade (IGR's), em especial a sinergia proposta pelo IGR-3 – que se localiza de forma invertida no triângulo das competências (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Schwartz e Durrive (2007) criticam a seguinte frase emblemática de Mauss - a “técnica é um ato tradicionalmente eficaz”, como de costume, dentro de um desconforto filosófico, instigando e complementando novos debates. “A cada vez que há um novo princípio técnico a empregar, criam-se entidades coletivas para os operar que jamais recobrem exatamente aquelas que tínhamos previsto de maneira dedutiva.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 89). Isso que faz da técnica um ato eficaz de uma tradição. Para fazer funcionar um dispositivo técnico, há coletivos que se apresentam na atividade e que configuram a eficácia do mesmo. Dizemos das *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (ECRP). Há entidades e relações pertinentes que qualificam a eficácia de uma técnica.

Segundo Schwartz, (2000a) e Schwartz e Durrive (2007) há um valor social nas técnicas que se percebe na transmissão de estilos e gestos corporais entre os aspectos tradicionais e de inovações históricas. Gestos produzidos entre uma lógica interna e externa que inclui os seguintes aspectos: biológicos, psicológicos, mentais, antropológicos, sociológicos, culturais, linguísticos, etnológicos, etc. Assim, se essas técnicas são o resultado de uma incorporação de signos de uma sociedade, elas reforçam uma estreita complementaridade entre racionalidades e subjetividades entre o psiquismo e as estruturas sociais. Um mecanismo chamado por Yves Schwartz de *adressage* e que se explica pelo fato de que as condutas humanas são tomadas por submissão às exigências de um modelo e segundo um endereçamento.

Para complementar e ampliar esse debate, Marcel Mauss (*apud* BERT, 2012), a partir de uma conferência realizada em 1934 na Sociedade Francesa de Psicologia, apresenta-nos a ideia de que o corpo humano é uma aventura biopsicossocial. Ele nos abre uma problemática no sentido de que a cultura humana não significa absolutamente uma conversão de uma função e/ou de uma tendência natural, sua transposição ou institucionalização de algo. Ao contrário, a cultura traduz um conjunto de corporeidades originais, uma vez que ela compõe

um novo corpo, contextualizado. Ou seja, as técnicas corporais são rituais que fazem apelo à memória de um velho corpo para projetar um corpo novo. O autor se interessa por práticas, técnicas e tecnologias corporais tradicionais que influenciam nossa maneira de comportar no mundo, recebendo influência social e cultural. Formas de agir que são incorporadas por uma sociedade e transmitidas ao longo da história.

Propõe uma história social do corpo, abordando processos plurais de civilização para defender a tese, cujo corpo revela um conjunto coerente de técnicas representativas de uma sociedade ou cultura. Segundo Mauss (1934), o sentido de um gesto não é dissociado de seu contexto, ele está sempre inserido numa história social e cultural. Se temos uma forma de comportar, de agir, de movimentar, de andar, de gingar, de produzir gestos, segundo ele, é porque isso resulta de um mecanismo de incorporação de práticas culturais e sociais, de modos de educação, de aprendizagem e que influem um determinado espaço geográfico.

Mauss inventa uma nova maneira de falar de nossos gestos os mais cotidianos insistindo sobre as modalidades de aprendizagem ou de socialização, mas também propondo uma articulação nova entre o social e o individual: **“O corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem”.** Ou mais exatamente, sem falar de instrumento, o primeiro e mais natural objeto técnico, ao mesmo tempo, seu meio técnico, é seu corpo. (BERT, 2012, p. 9, destaques nossos).¹⁶⁹

Assim, Marcel Mauss promove uma análise técnica do corpo em forma de dinamismo heterodeterminado por leis de causalidade, fatos concretos e materiais, onde há variabilidades históricas e geográficas. Um determinismo inato e elementos cognitivos adquiridos ao longo do percurso de produção de movimentos corporais. Um mecanismo por ele chamado de *geografia psicológica*. Mas, o que seria uma técnica?

Chamo de técnica um ato tradicional eficaz (e vejam que, nisto, não difere do ato mágico, religioso, simbólico). É preciso que seja tradicional e eficaz. Não há técnica e tampouco transmissão se não há tradição. É nisso que o homem se distingue sobretudo dos animais: pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral. (MAUSS, 1934, p. 217, destaques nossos).

Mauss (*apud* BERT, 2012) posiciona-se contra o poder sobre o corpo, mas aceita o *debate de normas* acerca de influências sócio históricas de hábitos diferentes de viver, de vestir, de comer, dormir, dançar, andar, etc. Da transformação de maneiras de fazer e produzir gestos individuais e coletivos. Quer dizer:

¹⁶⁹ Do original: “Maus invente une nouvelle manière de parler de nos gestes les plus quotidiens en insistant sur les modalités d’apprentissage ou de socialisation, mais aussi en proposant une articulation nouvelle entre le social et le l’individue: “Le corps est le premier et le plus naturel instrument de l’homme. Ou plus exactement, sans parler d’instrument, le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps, moyen technique, de l’homme, c’est son corps.” (BERT, 2012, p. 9).

Para compreender porque um indivíduo, ou um grupo de indivíduos, não faz tal ou tal gesto e decide fazer tal outro, é necessário certamente constatar as razões fisiológicas ou psicológicas, mas é necessário apreciar o lugar que as tradições sociais impõem esses gestos. (BERT, 2012, p. 13).¹⁷⁰

Não se trata somente de conhecer um gesto, mas há que se colocar em questão os aspectos objetivos e subjetivos em relação à cultura e ao social. Razão pela qual as técnicas corporais recebem uma influência do modo de pensar de uma época e de uma cultura. Neste sentido, em síntese, Maus nos apresenta três leis propositivas. A primeira, a técnica do corpo não se limita ao uso de instrumentos, há que se considerar o corpo como um instrumento e todas as dificuldades decorrentes da nomeação desse processo. A segunda, as técnicas do corpo variam conforme a cultura – “há movimentos que convém a certas culturas, outros que convém menos.” (BERT, 2012, p. 136).¹⁷¹ Finalmente, que as técnicas variam conforme o tempo: “Nós não corremos nem nadamos como faziam nossos pais.” (BERT, 2012, p. 136).¹⁷²

Em outras palavras, qual o limite conceitual entre a ação e o ato na composição de um gesto? Mendel (1998) na obra *L'acte et une aventure*, avisa-nos que lá onde procuramos uma ação, encontraremos o ato. Desde que decidimos fazer alguma coisa, corremos os seguintes riscos: do incidente, do acidente, do fracasso e da contingência. E é dentro deste contexto que as técnicas são solicitadas e que ele nos esclarece os dois conceitos de uma forma bastante engajada, inclusive extrapolando o conceito de ato analítico freudiano, conforme apresentaremos em breve.

Leontiev (1987), em *O Desenvolvimento do Psiquismo*, apresenta-nos uma grande reflexão acerca de que o trabalho é uma atividade originariamente social, onde a linguagem funciona como um potente intermediador, confirmando nossa hipótese de compreensão do gesto, passando pela ação. Assim, se no trabalho, os homens se comunicam, suas ações e a comunicação formam um processo único. “Isso significa que as ações do homem têm nestas condições uma dupla função: uma função imediatamente produtiva e uma função de ação sobre os outros homens, uma função de comunicação.” (LEONTIEV, 1987, p. 92). São ações que se separam na produção de movimentos que:

¹⁷⁰ Do original : “Pour comprendre pourquoi un individu, ou un groupe d’individus, ne fait pas tel ou tel geste et décide de faire tel ou tel autre, il faut certes constater les raisons physiologiques ou psychologiques, mais il faut aussi apprécier le place des traditions sociales qui imposent ces gestes.” (BERT, 2012, p 13).¹⁷⁰

¹⁷¹ Do original – “il ya a des mouvements qui conviennent bien à certains cultures, d’autres qui conviennent moins bien.” (BERT, 2012, p. 136).

¹⁷² Do original - “Nous ne courons ni ne nageons comme le faisaient nos pères.” (BERT, 2012, p. 136).

[...] bem como os sons vocais que os acompanham, separam-se da tarefa de agir sobre o objeto, separam-se da ação de trabalho e só conservam a função que consiste em agir sobre os homens, a função de comunicação verbal. Por outras palavras, transforma-se em gesto. **O gesto nada mais é que um movimento separado do seu resultado, isto é, um movimento que não se aplica ao objeto para o qual está orientado.** (LEONTIEV, 1987, p. 93, destaques nossos).

Na mesma linha de reflexão e desmembrando, inicialmente, o gesto da palavra, Leroi-Gourhan (1965), em termos da evolução animal e humana, localiza a ação técnica entre esses dois mundos. No primeiro, o instrumento e o gesto se confundem no mesmo órgão, separando a parte motora da parte do agir sem qualquer solução de continuidade. No homem, a situação se mostra diferente. A relação dialética entre o instrumento e a linguagem promove a exteriorização de projetos e conceitos operatórios diferenciados e complexos, considerando a evolução de territórios corticais do cérebro e a postura vertical do homem em movimento. Assim, entram em cena os aspectos étnicos, construindo uma memória corporal reflexiva sobre as ações entre o instrumento e o gesto, intermediado também por instrumentos psicológicos. Quer dizer, o instrumento só existe de fato no corpo e no gesto que o torna eficaz. Dizemos de elementos transicionais entre a complexidade psíquica e social, aspectos também levantados pela Psicossociologia do Trabalho.

Em outras palavras, segundo o mesmo autor, a ação e o comportamento técnico do humano se desenvolve em três níveis. O primeiro, o aspecto específico, a inteligência técnica vinculada ao grau de evolução do sistema nervoso que determina, geneticamente, as aptidões individuais. O segundo, a inteligência humana que comporta maneiras singulares de agir, estabelecendo conexões sociais e étnicas. Por último, em termos individuais, a espécie humana apresenta a capacidade de ultrapassar essas instâncias anteriores, confrontando as situações através de simbologias e novas invenções no fazer.

Em outro sentido, em sua obra *Le sens du mouvement*, Alain Berthoz (1997), diretor do laboratório de fisiologia da percepção e da ação no Collège de France, apresenta-nos uma concepção não só fisiológica da percepção e da ação, mas filosófica e fenomenológica que observa e prepara o movimento, ampliando nossa compreensão do conceito de técnica. Trata-se de uma apologia ao corpo e seus limites na fabricação de movimentos - “Nós pensamos com o nosso corpo”.

Parte, então, da ideia de que “O cérebro não é uma máquina reativa, é uma máquina proativa que projeta sobre o mundo suas interrogações.” (BERTHOZ, 1997, p. 7).¹⁷³ O cérebro é uma máquina de predizer o futuro e antecipar as consequências da ação. Entre

¹⁷³ Do original - “Le cerveau n’est pas une machine réactive, c’est une machine proactive qui projete sur le monde ses interrogations.” (BERTHOZ, 1997, p. 7).

outras palavras, ele desenvolve mecanismos biológicos internos, a partir do mundo externo. Ele chama de *configurações* o agrupamento de receptores sensoriais e neuronais do corpo que funcionam simultaneamente à programação do movimento. Outro mecanismo que passa pela memória em duplo sentido. De forma representacional, aquilo que é consciente e se localiza no córtex cerebral – para prever a ação futura, a partir da ação passada. A segunda, a memória corporal é localizada nos marcadores sensoriais disseminados pelo corpo e que autorizam o agir sem passar pelo córtex. Uma memória inconsciente. O cérebro é uma máquina biológica que funciona em nível de antecipação, onde o gesto é preparado de acordo com um mecanismo de compensação, técnicas e rupturas de resistências. “É necessário antecipar, adivinhar, apostar em seu comportamento, é necessário se constituir “uma teoria do espírito”, adivinhando quais podem ser as esquivas¹⁷⁴ [...] em função do contexto.” (BERTHOZ, 1997, p. 10).¹⁷⁵

A partir da metáfora que “cada árvore esconde uma floresta.” (BERTHOZ, 1997)¹⁷⁶ – ele desvela uma crítica à ciência que se limita aos gestos que visam assegurar uma manutenção do saber, deixando de lado o patrimônio da experiência humana. “Não é suficiente dizer que há milhões de neurônios.” (BERTHOZ, 1997)¹⁷⁷ – pois detrás de cada neurônio, há toda uma dinâmica de mecanismos que não só são explicados pela biologia e aspectos físicos, mas também psicológicos cognitivos, culturais, inclusive pela crença da existência da alma. O pensamento não se distingue de sensibilidade, pois são “estados de ativação cerebral induzidos por certas relações entre o mundo, o corpo, o cérebro hormonal e neuronal e sua memória de milhares de aquisições culturais.” (BERTHOZ, 1997, p. 9).¹⁷⁸

Além dos cinco captadores de sentidos (a visão, o olfato, a audição, o toque e o gosto), há outros inseridos nos músculos, nas articulações, na orelha interna e que definem o movimento como um sexto sentido. Assim, pelos princípios da psicologia experimental e cognitiva em relação às neurociências, *a percepção, a ação, a emoção e a decisão* são tratados como mecanismos precedentes ao gesto. Ao tomarmos a decisão como uma propriedade fundamental do sistema nervoso, podemos melhor compreender a diferença entre ação e ato em outra perspectiva diferente de Mendel.

¹⁷⁴ Um forma de ressignificarmos o *Éloge de l'esquive* (GUEZ, 2014).

¹⁷⁵ Do original – “Il faut anticiper, deviner, parier sur son comportement, il faut se constituer “une théorie de l'esprit” en devinant quelles peuvent être les esquives... en fonction du contexte” (BERTHOZ, 1997, p. 10).

¹⁷⁶ Do original – “chaque arbre cache une forêt.” (BERTHOZ, 1997).

¹⁷⁷ Do original – “Il ne suffit pas de dire qu'il y a des millions de neurones.” (BERTHOZ, 1997).

¹⁷⁸ Do original – “états d'activation cérébrale induits par certaines relations entre le monde, le corps, le cerveau hormonal et neuronal et sa mémoire de millénaires d'acquis culturels.” (BERTHOZ, 1997, p. 9).

No início não era razão, no início não era emoção, no início não era o corpo, no início era o ato. **O ato não é o movimento, o ato é intenção de interagir com o mundo ou consigo mesmo como parte do mundo. O ato é sempre seguido de um objetivo. Ele é sempre sustentado por uma invenção.** Ele se faz então organizador da percepção, organizador do mundo percebido. (BERTHOZ, 2013, p. 10, destaques nossos).¹⁷⁹

Neste sentido, o deslocamento do ponto onde o sujeito se encontra para o seu objetivo deve ser considerado a partir de técnicas e da experiência sensível, ou seja, do conjunto de relações entre o mundo externo e o interno do próprio sujeito que percebe e age. Por outro lado, a ação seria a base da atividade cerebral, pois ela desencadeia e organiza os processos de percepção. A ação como um movimento não mais só ligado ao repertório de elementos inatos, mas vinculados à intenção e ao meio material e concreto. E isso explicaria a existência de movimentos internos sem o deslocamento do corpo, auxiliando na compreensão do gesto terapêutico, do pensamento, da escuta, etc. Assim, a percepção não é somente uma espécie de regra e simulação interna da ação, mas ela é essencialmente uma decisão. Perceber é um processo de combinar, ponderar e selecionar, antecipando as consequências. Em meio às diversas possibilidades de mundo, o cérebro escolhe aquelas percepções que são pertinentes à ação visada, contextualizada, entre as variabilidades, ele decide por um caminho (BERTHOZ, 2013).

Enfim, o cérebro observa, percebe, apresenta suas intenções, trabalha as emoções e decide, age. Segundo Berthoz (2013), as decisões são definidas por mecanismos inconscientes e conscientes de grande rapidez, intermediadas pelos neurônios. São processos que predizem a ação em função da memória do passado. Não só decide em função de valores absolutos, quantificados quimicamente, mas em função de valores subjetivos, da diferença entre o que se vê e se percebe e o que se faz efetivamente. E isso vai depender de aspectos também socioculturais, emocionais e dos valores envolvidos.

A emoção desenvolve um papel importante na percepção e seleção de objetos. Para escolher entre as diversas possibilidades apresentadas, o cérebro lança mão da emoção como um mecanismo mediador e categorizador da ação e dos gestos, considerando o contexto do acontecimento, instigando a criação de novas conexões cerebrais e subjetivas. Uma espécie de energia é dirigida à ação e ao gesto pela emoção. Há quem diga que as emoções são ações técnicas corporificadas e subjetivadas. No corpo, elas causam mecanismos de associações

¹⁷⁹ Do original – “Au début n’était pas la raison, au début n’était pas l’émotion, au début n’était pas le corps, au début était l’acte. L’acte n’est pas le mouvement, l’acte est intention d’interagir avec le monde ou avec soi-même comme partie du monde. L’acte est toujours poursuivi d’un but. Il est toujours soutenu par une intention. Il se fait donc organisateur de la perception, organisateur du monde perçu.” (BERTHOZ, 2013, p. 10).

habituais úteis, antíteses de movimentos e manifestações cardiovasculares e respiratórias, segundo Darwin (*apud* BERTHOZ, 2013, p 48-49).

Uma outra contribuição do mesmo autor para a técnica reside no conceito de “simplexidade” e “vicariância” que ampliam nossa compreensão de gesto (profissional e ordinário). O primeiro - um neologismo que caracteriza criticamente a necessidade e as consequências dos seres humanos em buscar a simplificação de processos complexos e que ocorre em várias instâncias da vida social e política, da medicina, das ciências, da tecnologia e da vida cotidiana. Para ele, a “simplexidade” não significa simplicidade, “ela é ligada fundamentalmente à complexidade com a qual ela possui uma raiz comum.” (BERTHOZ, 2009, p. 11)¹⁸⁰. Uma vez que simplicidade reenvia-nos à ausência de complexidade e a “simplexidade”, ao contrário, incorpora a complexidade dos processos (de trabalho) para encontrar soluções “simplexas”. São soluções que reduzem a complexidade para permitir o tratamento mais rápido de informações e/ou situações, levando em consideração a experiência passada e a antecipação do futuro e “que facilitam a complexidade das intenções, sem desnaturalizar a complexidade do real.” (BERTHOZ, 2009, p. 11)¹⁸¹. E ainda acrescenta que

A simplexidade é o conjunto de soluções encontradas pelos organismos vivos para que, apesar da complexidade dos processos naturais, o cérebro possa preparar a ação e antecipar as consequências. Essas soluções não são nem caricaturas, nem atalhos, nem resumos. Colocando o problema de outra forma, eles permitem chegar às ações mais elegantes mais rápidas, eficazes. Elas permitem também de manter ou privilegiar os sentidos, mesmo ao preço de um desvio. A simplexidade é aquela complexidade decifrada, fundamentada sobre uma rica combinação de regras simples... que combina a maior variedade de fenômenos com a maior simplicidade de leis, é uma simplicidade complexa. (BERTHOZ, 2009, p. 12, destaques nossos).¹⁸²

Para o autor, simplificar não é um mecanismo simples. Ao contrário, requer técnicas e o conhecimento da complexidade dos processos envolvidos, um domínio do *métier* e um mecanismo de escolhas, de inibição, de seleção, de ligação e imaginação. Considera que a originalidade do ser vivo é aquela de buscar soluções que visam resolver com criatividade o

¹⁸⁰ Do original: “[...] elle est liée fondamentalement à la complexité avec laquelle elle possède une racine commune.” (BERTHOZ, 2009, p. 11).

¹⁸¹ Do original: “[...] qui facilitent la compréhension des intentions, sans dénaturer la complexité du réel.” (BERTHOZ, 2009, p. 11).

¹⁸² Do original: “la simplicité est cet ensemble de solutions trouvées par les organismes vivants pour que, malgré la complexité des processus naturels, le cerveau puisse préparer l’acte et en anticiper les conséquences. Ces solutions ne sont ni des caricatures, ni des raccourcis, ni des résumés. Posant le problème autrement, elles permettent d’arriver à des actions plus élégantes, plus rapides, plus efficaces. Elles permettent aussi de maintenir ou de privilégier les sens, même au prix d’un détour. La simplicité est cette complexité déchiffrable, car fondée sur une riche combinaison de règles simples... qui combine la plus grande variété des phénomènes avec la plus grande simplicité des lois, c’est une “simplicité compliqué.” (BERTHOZ, 2009, p. 12).

problema da complexidade por mecanismos que não são simples, mas simplexos. E ainda avança, dizendo que a solução das doenças (inclusive psiquiátricas) não se resolve somente pela descoberta de genes envolvidos, mas sim por uma variedade de problemas complexos sociais, culturais, materiais e naturais. Ele parte de algumas propriedades características do ser vivo: a separação de funções e a modularidade; a rapidez; a confiança; a flexibilidade e a adaptação à mudança; a memória e a generalização. Em seguida, elenca os princípios da simplicidade: a inibição e o princípio da recusa; o princípio da especialização e da seleção; da antecipação probabilística; do desvio; da cooperação e da redundância; e do sentido.

E é por este caminho que o autor nos apresenta o conceito de “gesto simplexo”:

O gesto animal e humano, é ao mesmo tempo signo e organização, movimento e intenção, obrigação do corpo. Ele nem é simples nem complexo. Ele é simplexo porque, de forma bem sintética e imediata, ele permite ao nosso cérebro construir uma realidade, uma intenção, um pensamento, uma relação social complexa. **No fundo, o gesto é um signo fundamental de cultura.** O desenho, a pintura, a música, a mímica, a arte do ator, o trabalho do escultor, as danças são sempre expressas por gestos. **Não se pode, por esta razão, se contentar com uma psicologia (ou uma filosofia) da ação, é necessário uma filosofia do gesto, da expressão corporal e a relação intersubjetiva.** (BERTHOZ, 2009, p. 123, destaques nossos).¹⁸³

Berthoz (2013) apresenta-nos o gesto como um exemplo de técnica e *vicariância* pela criatividade, a partir da noção de ato. A *vicariância* do uso é explicada por atos sobre o mesmo objeto. Conforme já apresentamos este conceito no nono desconforto de abertura da tese, a *vicariância* abre possibilidades de soluções para uma mesma questão. Funcionalmente, formas diferentes de fazer a mesma coisa. Atos que integram em seu bojo a percepção, ação de diversos componentes e intencionalidades que se traduzem pela motivação, pela emoção e pelo jogo da relação entre o passado e o futuro. Atos que descrevem mecanismos vicariantes desde o espaço mais individual ao mais coletivo, social e cultural. Para o autor, nossos atos se exprimem por gestos: “Aqui, eu gostaria de insistir sobre a inacreditável multiplicidade de funções do gesto e que fazem dele um ator maior de *vicariância*.” (BERTHOZ, 2013, p. 38)¹⁸⁴. Continua dizendo que o gesto é também símbolo, além de ação. “É claro que a

¹⁸³ Do original: “Le geste, animal et humain, est à la fois signe et organisation, mouvement et intention, contrainte du corps et dépassement des possibilités du corps. Il n’est ni simple ni complexe. Il est simplexe parce que, de façon très synthétique et immédiate, il permet à notre cerveau de saisir une réalité, une intention, une pensée, une relation sociale complexe. Au fond, le geste est un signe fondamental de culture. Le dessin, la peinture, la musique, le mime, l’art de l’acteur, le travail du sculpteur, la danse sont toujours exprimés par des gestes. On ne peut, pour cette raison, se contenter d’une psychologie (ou une philosophie) de l’action, il faut une philosophie du geste, de l’expression corporelle et la relation intersubjective.” (BERTHOZ, 2013, p. 123).

¹⁸⁴ “Nos actes s’expriment par des gestes... ici, je voudrais insister sur l’incroyable multiplicité des fonctions du geste qui en font un acteur majeur de la vicariance.” (BERTHOZ, 2013, p. 38).

passagem do gesto/ação ao gesto/significante, signo ou símbolo, lhe confere uma nova propriedade marcante de flexibilidade, de vicariância.” (BERTHOZ, 2013, p. 39).¹⁸⁵

Assim, ao abordar os atos, a percepção, a antecipação, a ação e a decisão em situação, Alain Berthoz não fornece instrumentos essenciais para compor a técnica de um gesto profissional. O autor também se aproxima da teorização ergológica de atividade, não exatamente pelos conceitos de ato e ação, mas de *renormalização e debate de normas*. O cérebro funciona através de um *debate de normas* entre os mecanismos neuronais, o ambiente e o indivíduo. Ele escolhe certos elementos em detrimento de outros em função de seus objetivos. Mas, por outro lado, ele apresenta explicações insuficientes para problematizar aquilo que se passa no aqui-agora das situações de trabalho, nos micro gestos, segundo Lauroua (2004). O cérebro escolhe certos elementos no contexto, antecipando mecanismos variados e simplexos para dirigir a orquestra da ação, a partir daquilo que apresenta valor para ele. E os processos neuronais desempenham um papel de selecionar e predizer as consequências das ações, evocando a memória passada para tratar o presente.

Segundo Berthoz (1997; 2006; 2009; 2013), a memória se inscreve nos neurônios corporais, inclusive em *debate de normas* entre os aspectos cerebrais e comportamentais. Porém, foi Yves Schwartz em toda sua obra que ampliou essa discussão, apresentando-nos em especial a memória sedimentada no *corpo-si* (SCHWARTZ, 2000, p. 664-665), reconfigurando filosoficamente o espaço-tempo da distância ergonômica entre o prescrito e o real, e ressignificando todos os conceitos ergológicos em nível de *aderência e desaderência*.

Finalmente, Guérin (2011), em *Philosophie du geste*, apresenta-nos um debate que compreendemos fazer, filosoficamente, uma síntese de nosso percurso conceitual, apresentando outros esclarecimentos sobre a técnica de engendramento de gestos. Lembra-nos que o gesto é uma ambiguidade de energias duplas, contrárias, círculo de repetição e de começo, inovação, manifestação corporal e intelectual-afetiva, conferindo a existência de alma no corpo que o realiza. Ele escapa de toda “positividade naturalista” ou “positivismo lógico”. Ele não é descritível, nem atitude útil, nem mesmo um signo discreto ou unívoco, nem automação, “Porque o gesto atesta o corpo dotado de memória, ele se dá também, inseparavelmente, como disposição e dispositivo.” (GUÉRIN, 2011, p. 82).¹⁸⁶ O gesto é uma postura de vida, um conjunto profundamente físico e eminentemente metafísico, técnica de combinação de corpo e alma, um esquema de auto moção, gerador de espaços ambíguos e

¹⁸⁵ Segundo Berthoz, “Il est clair que le passage du geste action au geste significatif, signe ou symbole, lui confère une nouvelle propriété remarquable de flexibilité, de vicariance.” (BERTHOZ, 2013, p. 39).

¹⁸⁶ Do original – “Parce que le geste atteste le corps doué de mémoire, il se donne aussi, inséparablement, comme disposition et comme dispositif.” (GUÉRIN, 2011, p. 82).

significativos, atuais e antigos, memória e esquecimento, relacionado ao mundo social, cultural, psicológico, econômico, ético, étnico e político. Ele é ao mesmo tempo incoação (que exprime o começo de uma ação), frequentativo e final. Por esses e outros motivos, o autor nos diz que o gesto é testemunho de uma resistência, uma chave de fechamento e de abertura – uma possibilidade de transformação de um estado em outro.

Considera o gesto como uma *passagem porosa* de intenções técnicas corporais e verbais, intuições, pensamentos, movimentos. Segundo o autor, o ser humano se exprime dialeticamente por gestos e palavras. Quer dizer, em determinados momentos da expressividade, o gesto, a priori, pode dizer por si só, prescindindo de palavras, pois sua tendência é de se liberar delas, ao mesmo tempo estas tentam a se religar a ele. De outra forma, exprimir algo por gestos é diferente de falar com gestos. Dizemos de uma complementaridade, onde o “gesto reforça, enriquece, concede, retira, suprime e principalmente, como se diz, “dá o tom”, quer dizer, sublinha na palavra, de qualquer modo, os realces da expressividade.” (GUÉRIN, 2011, p. 18).¹⁸⁷

Em outras palavras, o gesto opera uma esquematização técnica do pensamento abstrato, revelando uma dimensão utilitária, pragmática, afetiva e expressiva das palavras e do corpo. Ele desenha mundos técnicos e estéticos, compondo-se de dispositivos, de disposições e de composições simbólicas para além das técnicas corporais estudadas por Marcel Mauss, cujas funções da vida se inscrevem em condutas culturais. Segundo Guérin (2011), o gesto prefigura as técnicas através de esforço, segurança e desespero das situações de vida, tendendo à homogeneização do meio em conjuntos relacionais. O gesto é uma espécie de iluminação, de invenção corporal e virtual, iniciando todo tipo de cultura, anunciando que catástrofes e alegrias começam como gestos. De um lado, formando a base de uma tradição, de outro, inovação, ou seja, iniciação e imitação ao mesmo tempo, denotando seu caráter de animalidade e de humanidade. O gesto é uma possibilidade de intervenção social, cultural e também política.

Decisivo entre o corpo animal e o corpo social, entre a natureza e a cultura, **o gesto denota assim todo partido que é retirado por uma espécie iminente “técnica” e “étnica”** de seu dispositivo fisiológico para se fazer, em direção ao meio, uma força de intervenção cujo limite não conhecemos *a priori*. (GUÉRIN, 2011, p. 22, destaques nossos).¹⁸⁸

¹⁸⁷ Do original – “[...] le geste renforce, renchérit, concede, retire, supprime et surtout, comme on dit, “met le ton”, c’est-à-dire souligne dans la parole, quell que soit son mode, les reliefs de l’expressivité.” (GUÉRIN, 2011, p. 18).

¹⁸⁸ Do original – “[...] decisive entre le corps animale et le corps social, entre la nature et la culture, le geste denote ainsi tout le parti qui est tire, par une espèce éminemment “technique” et “etnique”, de son dispositif

O autor faz toda uma reflexão filosófico-prática em torno da análise de quatro gestos, “*quadrature du geste*”, segundo ele, os mais nobres e significativos: *fazer, dar, escrever e dançar* que se relacionam, respectivamente, ao progresso, aquilo que efetua algo, o fazer, o saber-fazer e o poder-fazer; ao retorno, inclusive no sentido econômico do termo, o mais gestual das trocas humanas; à duração e que deposita algo no tempo; ao instante, que mobiliza as artes. São, a priori, gestos elementares (nem ordinários, nem profissionais) que, na relação com o outro e o meio, podem se transformar em instrumentos da construção de gestos técnicos, dependendo da mediação e do determinismo tecnológico do contexto. Chamados de “meta-gestos” porque projetam e desenharam a gestualidade humana, uma vez que eles se multiplicam em gestos mais precisos, instituintes de historicidades na civilização e instaurando um espaço-tempo de criação.

Em Psiquiatria, a técnica é uma dimensão ampla que não se desvincula do corpo, nem da epistemologia de seus saberes. Situamos a técnica psiquiátrica entre as racionalidades e as subjetividades da vida. Entre a normatividade biológica e a normatividade técnica, intermediada por um movimento de criação de normas individuais e sociais, porém, a partir das relações do sujeito-trabalhador com o meio, o protocolo e o caso.

Em termos mais amplos, consideramos a técnica em Psiquiatria como um esforço de dominação do meio, a partir de valores envolvidos numa tensão entre diversas polaridades que apresentamos.

Partimos do olhar crítico de Canguilhem (1995), inclusive de incentivar a aproximação da Psiquiatria com a Filosofia como forma de melhor abordar tecnicamente a loucura. Situamos a Psiquiatria entre, de um lado, o saber para agir sobre o outro, de forma liberal e positivista. De outro lado, uma dinâmica funcional, cultural e sócio histórica, que inclui a Filosofia e o contexto. Entre as normas vitais e sociais, de um lado e, de outro, a singularidade do sujeito.

Com respeito às primeiras, dizemos de um processo de normalização e normatividade biológica, uma necessidade vital de produção de normas que se dá de acordo com as condições de existência do ser vivo. Normas que visam impor uma exigência a uma

physiologique pour en faire, en direction du milieu, une force d'intervention dont on ne connaît pas *a priori* la limite.” (GUÉRIN, 2001, p. 22).

existência, visando retificar o comportamento humano. Um processo de normalização técnica e racionalização dos interesses industriais e que supõem uma unidade de direção, um controle da variedade e variabilidade humana. São valores que expressam as condições ideais e protocolares para a relação do sujeito consigo mesmo, com o outro e com o meio, que padroniza saberes e valores. Valores que - decorrentes de exigências singulares e coletivas, definidos sócio historicamente - passam a ser vividos de forma universal, a-histórica. Situação que faz da Psiquiatria, uma prática adaptadora de ciências, saberes e práticas. Condições que fazem do normal o ser ideal. Coisas que fazem da normalidade um valor no mundo industrial. Saberes que visam adaptar o homem ao meio, padronizar o igual. Se no campo das normas vitais, as normas são criadas pelos próprios organismos, internamente, no campo social, as normas são organizadas externamente.

As normas sociais precisam ser inventadas, ajustadas externamente. Neste sentido, é a sociedade que vai definir quem é normal ou não. Tanto de um lado, quanto de outro, o gesto profissional em Psiquiatria tende a normalizar e questionar a sociedade em valores pré-definidos. Trata-se de uma questão problemática e anunciada por Barreto (2010) - o fato de que, como resultado desse processo, a Psiquiatria, oportunista em sua constituição, aproveita-se dessa produção social da loucura e busca definir um substrato orgânico para esse incômodo, apresentando um diagnóstico médico-neurológico e estabelecendo um tratamento medicamentoso do qual não discordamos, mas problematizamos.

Porém, Canguilhem (1995; 2001), chama-nos atenção para um conceito mais amplo e filosófico de normalização e que prevê margens de tolerância para os desvios das necessidades. Dessa forma, convidando a Psiquiatria a se posicionar de uma forma mais filosófica, ampla e crítica frente a esta normatividade de um lado e, de outro, o sujeito, a singularidade, a experiência, a história do outro, a inclusão do usuário em sua doença e na cena de seu próprio tratamento.

A técnica psiquiátrica que apresentamos não é uma imposição de um saber e poder em determinado *métier*, pois ela exige uma reinvenção local e constante em diálogo com o meio. Ou seja, de um lado, os *saberes constituídos*, do outro, a singularidade - o caso. Ela se inscreve na história da Psiquiatria entre grandes polaridades e paradoxos. É a forma como o trabalhador se posiciona entre os registros R1 da atividade - o protocolo a seguir, generalizar, neutralizar, regras, normas - e o registro R2, de outro, a dimensão do encontro com a atividade humana, os debates locais, a adequação do meio às normas, encontro com o inédito, com os grupos inéditos (a dimensão ergológica do *encontro de encontros*). A técnica dirige a atividade e a enquadra; mobiliza *normas antecedentes* e provoca *renormalizações*; neutraliza

e desneutraliza o meio, respeitando as arbitragens e as normas que os trabalhadores se dão, reconfigurando o meio e permitindo ao trabalhador imprimir sua marca, sua identidade. De outra forma, considerando e incluindo os saberes duros, científicos, imagéticos, diagnósticos. São processos que precisam respeitar o sintoma (o delírio, por exemplo) como uma manifestação do humano, que faz parte da vida do sujeito, como uma outra normatividade e não como um desvio da norma a ser reparado.

Em síntese, a técnica em Psiquiatria situa-se entre a *norma antecedente* e o contexto singular. Conforme já abordamos, dizemos da capacidade e competência de olhar o que é patrimônio genérico e aplicar no caso, ou seja, um exemplo de IGR-3 de competência da atividade em Ergologia. A articulação entre a dimensão protocolar e o caráter singular de cada situação de trabalho, o caso típico e a pessoa singular. Trata-se de ajustar os protocolos em permanência ao que a situação tem de mais singular.

Quer dizer, para ajudar alguém, a Psiquiatria precisa conhecer quais instituições são pertinentes, em que quadro jurídico, psicológico e sintomático a pessoa se encontra, o conhecimento da nosologia das doenças, o IGR-1 da atividade técnica. Mas, isto deve ser colocado em dialética com aquilo que se percebe da pessoa, a sua forma particular de se comportar. E isso é importante, mas não é suficiente para lidar com a particularidade, por isso a dialética entre esses dois registros (R1 e R2) e ingredientes, reconfigurando o terceiro (IGR-3) – uma tomada de decisão frente a esta complexidade – “é a relação entre, digamos, o conhecimento da doença, a nosologia e a forma como ela age sobre tal paciente singular.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 214). A situação é complexa e nos convida a ressignificar os seis IGR's ergológicos em mobilização para compor a técnica psiquiátrica.

Sabemos que a técnica varia conforme a cultura local e as influências sócio históricas e contextuais. No presente, a técnica mobiliza os velhos saberes, tradicionais e projetando outros futuros. Assim, em Psiquiatria, a técnica varia conforme determinada cultura entende e produz sua própria loucura. Normas que definem nosso jeito de comer, andar e, inclusive, comportar no meio. Neste sentido, dizemos que um ato em Psiquiatria para ser eficaz, ele precisa se situar entre os aspectos tradicionais e de inovação de uma época. Referimos ao *atopoder (psiquiátrico)*, segundo Mendel (1998). Ou seja, o poder do ato psiquiátrico do sujeito-trabalhador e o poder do sujeito-trabalhador sobre o ato psiquiátrico. Uma dialética que esperamos ser reconfigurada pela ética, confrontando e problematizando o ato-médico psiquiátrico.

Entendido dessa forma, o ato pode encontrar o seu caminho de *validação/deliberação* individual e coletiva para se tornar um gesto. A técnica do gesto profissional em Psiquiatria é

híbrida, heterodeterminada, que visa mobilizar todos os saberes e ingredientes possíveis na atividade situada. Um gesto *vicariante e simplexo* (BERTHOZ, 2009; 2013) no sentido de que ele é uma postura frente ao mundo da loucura, instigando processos de trabalho e formas diferentes de fazer a mesma coisa, mobilizando quadraturas próprias – acolher, escutar, projetar, medicar, secretariar, conter, conduzir, pensar, encaminhar, internar, liberar, clinicar, etc.

Entre os processos de evolução do estatuto de qualificação para a lógica da competência, os novos meios técnicos exigem da Psiquiatria outras competências, outras formas de trabalhar. Uma nova forma competente de exercer a Psiquiatria, não somente de ser psiquiatra.

5.1.3 Gesto é corpo

Sabemos que nos meios técnicos dos *métiers* de trabalho, é o corpo que se apresenta e se antecipa nas situações de trabalho, ou seja, as evidências do corpo no trabalho e o trabalho com seus registros, incidindo no corpo do sujeito. E isso nos remete a um intenso debate teórico-prático, uma vez que ele apresenta grande centralidade no engendramento de gestos profissionais. O gesto é uma forma técnica e inventada de expressão física, verbal e não verbal do corpo. Referimos ao corpo que aloja o gesto, cuja manifestação é um movimento, deslocamento interno e/ou externo.

Para início de conversa, dizemos de um corpo biopsicossocial como uma unidade na vertente epistemológica dos saberes e das dramáticas de um *corpo-si* em movimento, conforme já apresentamos nas contribuições da Ergologia nesta tese, segundo Schwartz e Durrive (2007) e outros autores. Ou seja, gesto é corpo, *corpo-si*, uma entidade enigmática, transgressiva e multideterminada, que precisa ser objetivada e subjetivada - alma, corpo psíquico e biológico, subjetividade, consciente e inconsciente, paixão e ação, emoção e afeto. O si deste corpo nos remete a três dimensões – o si que é o corpo inserido na vida, inseparável da evolução da vida; o si que é atravessado pela cultura, valores, conflitos e histórias e o si história psíquica que se aproxima daquilo que Freud construiu em toda sua obra. Ou seja, a transformação de um sujeito ao entrar no mundo das normas, dos valores, do inconsciente, onde ele será o tempo todo confrontado a decidir-se frente a seu próprio desejo. Tudo isso em movimento, ressignificando o conceito de atividade em síntese filosófica – o enfrentamento às situações de trabalho, mobilizando todos esses elementos e reconfigurando todas as dimensões constituintes do gesto profissional no sentido genérico e singular.

Ao dizer que o gesto é corpo, dizemos de normas e técnicas de agir de um organismo em determinado meio social. E isso nos faz caminhar no sentido filosófico da vida, onde “A forma e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas à vida pelo meio, mas a expressão dos modos de viver socialmente adotados no meio.” (CANGUILHEM, 1995, p. 244). Algo que nos faz reviver as teorias de Marcel Mauss – cujo corpo é o primeiro instrumento técnico de trabalho.

A partir deste entendimento, apresentamos algumas vertentes de divisão desse corpo. Arriscamos em dizer que em todo *métier*, o corpo é mais ou menos solicitado em decorrência das particularidades do objeto em questão. Dizemos de uma plasticidade corporal regida pelas situações e encontros na atividade. Em primeiro lugar, referimos ao corpo do trabalhador de qualquer *métier*, determinando as divisões de lugares e tarefas no trabalho, para aproximar do mecanismo de delegação de trabalho, ou seja, o *salle boulot* (LHUILIER, 2002a; 2008). O segundo, o corpo do usuário da instituição envolvida e seus processos sintomáticos. O terceiro, aquele definido pelos processos psicodinâmicos de *corpropriação*, de transformação de um corpo biológico em um segundo corpo - contextualizado, situado, psicológico, subjetivado e erógeno na atividade (DEJOURS, 2009). Um corpo que pensa com o meio; a experiência; a improvisação; a criatividade e a inventividade; a ousadia; o corporal da inteligência curva, distorcida, astuciosa, chamada de *métis* pelos gregos. O quarto, o corpo-instituição e desconhecimento, simbolização, imaginação, metáfora, que habita a economia psicológica e social de cada um de nós na estruturação do estádio do espelho em nossa trajetória de vida e de trabalho no sentido de Enriquez (2001) e Castoriadis (*apud* LHUILIER, 2008). Por último, o corpo de saberes constituintes do *métier* envolvido.

Em termos psicossociológicos, evocamos a noção de *Moi-peau* na sustentação do protagonismo do corpo no gesto profissional. Dizemos dos processos individuais e coletivos de trabalho, do espírito corporal, da identidade profissional e do duplo interdito do toque, segundo Anzieu (1995) e Lhuilier (2008). Frente à angústia de encontro com o real, os trabalhadores desvelam diversas nuances da expressão corporal. Existem *métiers* onde a relação corpo-a-corpo é intensamente demandada como, por exemplo nos meios da saúde, dos presídios, dos conventos e da polícia. E isso amplia nossas análises do *processo de engendramento de gestos profissionais*.

Dizemos também da relação do corpo dos trabalhadores nos coletivos de trabalho e que nos faz interrogar acerca da identidade profissional e estratégias de defesa individuais e coletivas e ideologias defensivas (DEJOURS, 2009). Referimos aos modos de funcionamento

do corpo no coletivo e que são determinados por um forte sentimento de pertencimento em oposição ao mundo exterior.

Esta clivagem entre um dentro e um fora é a origem de um espírito de corpo que joga uma função essencialmente de defesa coletiva. Distinguindo um exterior vivido como inseguro e frustrante, e um interior onde a solidariedade e a identidade coletiva são valorizadas, **o grupo profissional se constitui um envelope que faz ficar junto os indivíduos e edifica uma barreira contra o exterior.** (LHUILIER, 2008, p.171, destaques nossos).¹⁸⁹

Trata-se de um corpo imerso num espírito de equipe e identidade profissional que asseguram a cada um, uma função de envelope psíquico que delimita, filtra e protege de riscos associados à atividade e ao gesto profissional. Um conflito entre normas sociais e normas internas, imaginários individuais e sociais, onde o corpo responde, buscando adesão ao coletivo, à comunidade profissional e à sociedade em todos os seus conflitos. O resultado é uma identidade profissional que se faz numa relação corporal profissional que autoriza, valida e legitima na prática, solidariedades, lugares, posições físicas e psíquicas no coletivo. De outra forma, dizemos do coletivo na construção de singularidades, estilos de trabalhar.

Quanto ao duplo interdito do toque, anunciamos que a comunicação tátil é presente no gesto, em especial nos meios de saúde. E isso requer a importante consideração do movimento ativo que coloca em contato o sujeito com uma parte dele mesmo em contato com o outro, considerando as consequências desta operação, conforme já apresentamos. Referimos às metáforas presentes nesta movimentação de um lugar físico e psicológico para outro, do intrapsíquico ao intersubjetivo, do dentro ao fora. Dessa forma, a noção de *Moi-peau* visa comunicar alguma coisa a alguém e de forma diferente e singular. E isso vai depender da forma como se imprime essa metáfora na economia psíquica de cada sujeito na relação. Serve de estimulação ao imaginário e impulsiona o mecanismo de engendramento de gestos profissionais.

Em termos artísticos, resta-nos uma pergunta essencial, segundo Roquet (2011): qual gesto constrói que corpo e o que me emociona no gesto do outro? Que modelo de pensar o corpo encontra-se por trás das práticas e dos gestos? Qual prática constrói que corpo? Referimos à expressividade do gesto, proveniente de um corpo expressivo – que diz como o corpo se mostra disponível de forma psíquica e motora na ação. Ressaltamos a existência de

¹⁸⁹ Do original – “Ce clivage entre un dedans et un dehors est à l’origine d’un esprit de corps qui joue une fonction essentielle de défense collective. En distinguant un extérieur vécu comme insécurisant et frustrant, et un intérieur où la solidarité et l’identité collective sont valorisées, le groupe professionnel se constitue une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus et édifie une barrière protectrice contre l’extérieur.” (LHUILIER, 2008, p. 171).

um corpo que não só toca e se deixa tocar, como pega para transformar utensílios, artefatos em instrumentos nas situações de trabalho.

O corpo ocupa um lugar central na estruturação do trabalho em Psiquiatria. Apresentamos três tipos de corporeidades. O corpo como instrumento de trabalho – o corpo do usuário e dos trabalhadores da instituição envolvida (A1). O segundo, o corpo como objeto de trabalho em Psiquiatria (A2). E o terceiro, um *corpo-síntese* (A3) que articula os outros dois na atividade.

Incluimos neste debate as reflexões da concepção de *Moi-peau*, a interdição do toque e os envelopes psicológicos, segundo Anzieu (1995), conforme abordamos.

A1. O corpo físico – o corpo biológico como primeiro instrumento de trabalho em Psiquiatria e constituinte do gesto profissional. Um trabalho corpo-a-corpo e que considera, de um lado, os aspectos hemodinâmicos e somáticos, de outro, o corpo como linguagem e imagem biopsicossocial, cultural, política e histórica. Uma inter-relação móvel entre o corpo do usuário e dos trabalhadores da equipe multidisciplinar. Uma formatação de trabalho que não desmembra corpo biológico e mente.

A2. O corpo psiquiátrico - elementos históricos, localizando o corpo dos trabalhadores como objeto de trabalho em Psiquiatria e que mobiliza *normas antecedentes* e situadas em sua história. As técnicas corporais construídas sob a influência de uma sociedade e uma cultura psiquiátrica de forma contextualizada e as particularidades e singularidades do caso. Um corpo, essencialmente, presente na história francesa com a *Psicoterapia Institucional e de Setor*¹⁹⁰ e italiana, com a *Psiquiatria Democrática e Desinstitucionalização*. (PASSOS, 2008; 2009).

A3. O corpo em perlaboração na experiência - inicialmente, um corpo que se prepara para projetar movimentos (im)possíveis e que articula os dois outros na atividade situada.

Um corpo que inclui os processos psicodinâmicos de perlaboração e *corpropriação* (DEJOURS, 2009) de transformação de um corpo biológico em um segundo corpo - contextualizado, situado, psicológico, subjetivado e erógeno na atividade, intermediado pelo corpo da Psiquiatria. Corpo que pensa com o meio, a experiência, a improvisação, a

¹⁹⁰ O trabalho de Bernier (2013) é emblemático neste contexto.

criatividade e a inventividade, a ousadia; o corporal da inteligência curva, distorcida, astuciosa, chamada de *métis* pelos gregos.

Trata-se de um corpo que considera a movimentação ergológica (SCHWARTZ, 2000; 2001) de fazeres e saberes em *(des)aderência* epistemológica, instigando a expressividade das dramáticas (conscientes e inconscientes) do *corpo-si* dos trabalhadores (psiquiatras ou não) e usuários no aqui-agora da atividade.

Em termos artísticos, um corpo expressivo que não somente toca e se deixa tocar (atendo ao interdito do toque) (ANZIEU, 1995), como pega (RIBAUT, 2011) para transformar utensílios, artefatos em instrumentos para transformar a situação e o ambiente de trabalho, segundo Clot (2005). De outra forma, um corpo que, ao ser tocado em uma parte específica, sente-se tocado integralmente, respondendo da mesma forma (OLIVEIRA, 2011).

5.1.4 Gesto é semiótica

Referimos ao manuseio da linguagem na atividade pelo gesto. Dizemos que gesto é linguagem, nem sempre falada, oral, nem sempre escrita, mas expressa na relação e subentendida no (in)consciente. Há gestos na linguagem oral e escrita. Compreendemos que o sujeito, na maioria das vezes, é julgado pelos seus gestos em relação à situação e aos instrumentos disponíveis na ação que o meio oferece. Neste sentido, dizemos que a semiótica e a intencionalidade guardam relação e são complementares do gesto profissional, ou seja, a linguagem como intenção da expressividade.

Referimos à linguagem como um exemplo de vida de relação na vertente de Canguilhem (1995). Neste sentido, podemos distinguir dois momentos abstratamente significativos e que compõem não somente a semiótica, mas também a intencionalidade. O primeiro, o momento subjetivo “em que as noções vêm à mente de modo automático.” (CANGUILHEM, 1995, p. 150). O segundo, o momento objetivo “em que são intencionalmente dispostas segundo o plano de uma oração.” (CANGUILHEM, 1995, p. 150). Diz-se da construção da oração, da frase e dos verbos nela utilizados, pois considera-se que o intervalo entre esses dois momentos é bastante variável. Há línguas e povos em que esse intervalo é acentuado e outras diminuído, e isso vai depender da forma e do tempo verbal. O ser humano se exprime por gestos e palavras, um não invalida o outro, mas compreendemos que quando as últimas faltam, as primeiras assumem o protagonismo da visibilidade. Segundo Mauss (1974, p. 5), em situações de comunicação, “é tradição considerar o gesto como apoio, reforço ou substituto da palavra”.

Dentro da semiótica do gesto, consideramos também os símbolos que correspondem aos fenômenos humanos e culturais. São signos e sistemas complexos de significação que se ocupam da dupla percepção de *sintaxe e semântica* na linguagem humana, ou seja, a forma (o significante) e o conteúdo (a significação). Assim, vale ressaltar a importância na sintaxe, das figuras de linguagem, como as *metáforas*, as *catacrese*s, etc., e que dirigem a atividade e o gesto profissional, conforme apresentamos nas Clínicas do Trabalho.

Em outro sentido, dizemos que gesto é dialética entre pensamento e linguagem. Vygotski (2005), influenciado pela concepção marxista sobre a evolução do homem, não descartou a importância da história da evolução biológica, mas foi com a emergência de elementos culturais, do trabalho social, coletivo e da linguagem que permitiu ao homem o seu desenvolvimento e evolução. Quer dizer, é a própria história do ser humano que orienta a passagem de uma ordem natural das coisas para uma ordem cultural e contextualizada. Abordar as funções biológicas não faz a cultura desaparecer, são operações distintas e complementares. Pelo viés marxista, o ser humano transforma e é transformado pela natureza das coisas através do trabalho social e isso se faz em diálogo com a cultura, a ação coletiva e a linguagem.

Entre as várias contribuições de Vygotski nesta tese, conforme apresentamos na Clínica da Atividade, resgatamos a relação pensamento e linguagem para ampliar nossa compreensão do gesto profissional como uma ação situada na atividade em desenvolvimento. Trata-se de uma herança da *Psicologia histórico-cultural* que estuda o desenvolvimento humano não somente em um ambiente físico e social, mas também cultural e simbólico. Ou seja, a linguagem como sistema de simbologia, de signos intercalados. A relação que o ser humano estabelece com o mundo e consigo mesmo não é, segundo Vygotski, uma relação direta, mas sim mediada simbolicamente por elementos de linguagem. Com o advento da linguagem, consegue-se ultrapassar o aqui-agora das situações para atingir eventos passados e futuros, a consciência se modifica, possibilitando a ação para além de momentos presentes. A fala nos permite agir no presente, pensar sobre o futuro, compartilhando nossos projetos. E o gesto profissional é um veículo concreto dessa operação. Quer dizer, pela linguagem, o gesto insere o ser humano no contexto cultural.

Segundo Vygotski, pensamento e linguagem tem raízes genéticas distintas que se encontram em determinados momentos do desenvolvimento. Por exemplo, em termos filogenéticos, através da cultura e do trabalho social e, no nível ontogenético, por volta dos dois anos de idade ocorre essa conjunção. Neste sentido, a linguagem cumpre funções de intercâmbio social, cuja comunicação é o elemento central, de auto-regulação das ações e na

organização e estruturação do pensamento. Por essas razões é que o gesto profissional é ação sociocultural e história, intermediada pela linguagem. Trata-se de um assunto que reivindica maiores aprofundamentos em outros momentos de estudos.

Em termos psiquiátricos, apresentamos um texto em construção e que ressignifica a dimensão de saberes em Psiquiatria. Inicialmente, falar de semiótica, é falar de linguagem no campo da loucura e de doença mental, em especial da psicose, da *Psiquiatria Clássica* e de um trabalho clínico dentro das *Escolas* Psiquiátricas francesa, de Pinel a Clérambault, e alemã, de Griesinger a Kraepelin (BARRETO, 1999; BERCHERIE, 1989).

Segundo a *Psiquiatria Clássica*, a doença mental era uma “afecção do cérebro” (BERCHERIE, 1989). Quer dizer, a ordem da época era demonstrar que as doenças mentais eram doenças cerebrais, porém as bases anatomopatológicas ainda não foram evidenciadas até o momento. Sendo assim, em que base a *Psiquiatria Clássica* teria se apoiado para erguer seu legado teórico? Apresentamos uma possível resposta, segundo três obras de Foucault (1997; 2007; 2008) – *a História da loucura, As palavras e as coisas e o Nascimento da Clínica*.

Segundo Foucault (2007) em *As palavras e as coisas* – quando palavras e coisas coincidem (séculos XVII e XVIII), o louco tinha um lugar lúdico e definido na sociedade. Nesta coincidência de lugares, a expressão corporal era a linguagem do enlouquecimento e isso não parecia um sentido pejorativo, mas sim jocoso de natureza. Neste sentido, os seus gestos se mostravam de forma um tanto mais harmônicos do que desordenados. No momento em que palavras e coisas separaram (séculos XIX, XX e XXI), a humanidade se debruçou em buscar nomear a loucura de doença mental, abrindo espaços para outras multiplicidades verbais e gestuais. Estava aberta a era médico-científica de buscar um substrato orgânico para justificar a origem da doença mental.

Se na *História da loucura*, Foucault (1997) rerepresenta-nos ao moralismo pineliano, no *Nascimento da clínica*, Foucault (2008) desvela Pinel como um grande teórico da Medicina, conforme abordamos. Assim, é exatamente nesta interseção da Psiquiatria com a Medicina que abordamos a linguagem da/na loucura. Ao evocar os fundamentos para uma *Psiquiatria Clínica*, Pinel nos apresenta o seu projeto de abordar a loucura como uma experiência que privilegia o *olhar*, um método rigoroso da *observação* e a linguagem, ou seja, os *signos* do enlouquecimento. Uma situação nomeada por Pinel de *Método clínico*, conforme já apresentamos. Bayle contraria essa situação, correlacionando uma alteração orgânica, uma lesão, com manifestações clínicas, trazendo de volta o sonho da *Psiquiatria Clássica* de

encontrar um substrato anátomo-biológico para a doença mental – o *Método Anátomo-Clinico*. Porém,

A correlação anátomo-clínica jamais desempenhou para a clínica psiquiátrica o papel decisivo que assumiu para clínica médica. Podemos afirmar, por conseguinte, que a categoria das psicoses, e – num contexto mais amplo – as próprias doenças mentais, foram construídas, basicamente, a partir do método clínico. A diferença é crucial. (BARRETO, 1999, p. 128, destaques nossos).

Segundo Barreto, “Quando o doente cerrava os olhos, a clínica médica partia ao encontro de sua verdade. O mesmo, é claro, não se verificava com o doente mental. Quando este cerrava os olhos, e os lábios, nenhuma psiquiatria era possível.” (BARRETO, 1999, p. 128). Se a loucura é estruturada na linguagem, como podemos ter acesso a ela, visando a uma compreensão do louco? Reconhecendo a história da *Psiquiatria Clássica*, sabemos que foi o *Método Clínico* que prosseguiu orientando a relação do louco com o outro até o presente momento. A lógica era observar o fenômeno em sua complexidade, descrevendo-o, sistematizando-o (BERCHERIE, 1989). Um trabalho clínico, cuja finalidade baseava-se na alteração do comportamento e nos distúrbios de linguagem. Em termos mais específicos:

A clínica psiquiátrica fundou-se, em primeiro lugar, na consideração da experiência da linguagem dos pacientes. Com efeito, são constituídos na linguagem, e abordáveis somente por meio dela, fenômenos como os delírios, as alucinações, a fuga de idéias, a melancolia, as fobias, as obsessões, as amnésias, a obnubilação, e assim por diante. **Às vezes, o próprio ato é uma palavra...** (BARRETO, 1999, p. 129, destaques nossos).

A *Psiquiatria Clássica* abordou a doença mental como fenômenos de linguagem decorrentes de danos cerebrais, porém foi a Psicanálise, segundo Freud, que avançou, ultrapassando o impasse do biologismo da primeira, construindo suas três estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão. Segundo Barreto, “Considerar o sujeito do inconsciente não significa desconhecer seu condicionamento biológico. E falar de causa freudiana não significa negar a causalidade orgânica, o cerebral como assento do psíquico.” (BARRETO, 1999, p. 130). No entanto, Lacan sintetiza as Psicoses Clássicas em uma única categoria de Psicose, alegando que a loucura se estrutura como uma linguagem, ou seja, o inconsciente é estruturado como linguagem. Um assunto que não aprofundaremos nesta tese, mas que compõe nosso entendimento da linguagem na lida com o portador de sofrimento mental.

Em termos psicopatológicos, Cheniaux (2013), a linguagem é uma forma de comunicação exclusivamente humana que se exterioriza a partir da fala e da escrita como instrumentos de criatividade. Ela é “um sistema até certo ponto arbitrário de signos –

fonéticos e gráficos (as palavras) -, que funcionam como um processo intermediário entre o pensamento e o mundo externo.” (CHENIAUX, 2013, p. 72). Segundo ele, linguagem e pensamento são intrinsecamente relacionados, mas se tratam de dois processos diferentes. “O estudo da linguagem tem como objeto as palavras, enquanto o estudo do pensamento se refere às ideias. A linguagem molda o pensamento e é fundamental para a sua elaboração e expressão.” (CHENIAUX, 2013, p. 73). Ou seja, há alterações do pensamento sem perturbações da fala, assim como podem existir pensamentos sem linguagem. Entre as várias funções, ampliando nossos estudos sobre o gesto profissional, dizemos que a linguagem opera vivências internas e traduz estímulos externos, descreve coisas, transmite conhecimentos e regula a conduta humana. O assunto é controverso e mereceria um diálogo com Vygotski (2005) que não realizamos nesta tese, deixando em aberto para outros momentos.

Praticamente, como a linguagem opera no aqui-agora das situações de trabalho? Como abordar uma linguagem delirante-alucinatória entre o *prescrito e o real*, entre o *realizado-real da atividade*? Como abordar um *corpo-si* delirante-alucinatório? São questões que as clínicas do Trabalho, cada uma à sua moda, aponta-nos respostas diferenciadas, conforme apresentamos. Podemos dizer que a loucura se manifesta no corpo e na fala. Dizemos de uma linguagem corporal expressa pela história da loucura, na maioria das vezes em termos de estigmatização da imagem do esquizofrênico, por exemplo. Consideramos a complexidade da semiótica na loucura numa relação dialética entre o trabalhador e o usuário, ou seja, a linguagem de um em relação à do outro. Ou seja, a dupla percepção de *sintaxe e semântica* na linguagem humana - a forma (o significante) e o conteúdo (a significação) e as implicações desse processo no acolhimento e construção do caso clínico.

Assim, o gesto profissional em Psiquiatria é um gesto técnico e singular complexo que inclui a história dos saberes desse campo do conhecimento, os aspectos semiológicos, psicopatológicos e fenomenológicos da loucura e que, dependendo da singularidade do usuário e seu sintoma, da forma e do conteúdo do pensamento, e do processo de endereçamento, recebe nomeações diferentes, considerando que a engrenagem básica do gesto é composta pela clínica, pelo movimento e pela atividade do *corpo-si*. Por exemplo: *o gesto profissional político em Psiquiatria; da medicação* - dirigido à escolha da medicação e quanto à atitude e forma de medicar ou não o usuário; *o gesto profissional de seleção/decisão em psiquiatria* - dirigido à escolha entre os diversos elementos em jogo; *o gesto profissional político-ideológico-institucional* - dirigido à Psiquiatria biológica, democrática italiana, de setor francesa e Antipsiquiatria, ao CAPS, ao Hospital Psiquiátrico, etc.; *o gesto profissional administrativo em Psiquiatria* - dirigido à gerência do serviço; *o gesto profissional familiar*

em Psiquiatria - dirigido aos familiares; *o gesto profissional social em Psiquiatria* - dirigido à sociedade, à comunidade; *o gesto profissional histórico em Psiquiatria*; *o gesto profissional de formação em Psiquiatria*; *o gesto profissional* (de ser Técnico de Referência, TR) em Psiquiatria, etc. Exemplos que fazem do gesto profissional em Psiquiatria um misto de possibilidades de intervenções no real.

5.1.5 Gesto é projeto-ação/ato

Dizemos de uma etapa importante de síntese e preparação do *processo de engendramento do gesto profissional*, segundo as Clínicas do Trabalho, a partir de um diálogo com Mendel (1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013), Morris (1978), Krajewski (2011), Guérin (2011b), Mauss (*apud* BERT, 2012), Schwartz (2001) e Ribault (2011). Investigamos os mecanismos transitórios entre a ação, o ato e um gesto, situações pré-existente ao mesmo. São argumentações que inauguram o debate gesto-atividade, porém a partir do momento em que um toque vira um pegar, abrindo um campo de possibilidades de engendramento de um gesto profissional.

Segundo Mendel (1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013), de início, temos a ação como um projeto e, na sequência, os atos que fazem parte e materializam em quantidade, qualidade e forma esta ação de acordo com o meio e com os objetivos a serem atingidos. Trata-se de uma construção operacional constituinte do processo de engendramento de gestos profissionais nesta tese. A operação *projeto-ação/atos*. Quer dizer, o engendramento de um gesto requer que algo seja projetado em ações, intenções de realização, organização de um processo. O resultado é a concretização de atos de diversas ordens de sentido e significação. E este é um mecanismo que requer um *debate de normas* em múltiplas dimensões que apresentamos, configurando um gesto profissional.

O ato para Mendel é um fato que ocorre no encontro do sujeito com a realidade fora dele, que pode ser a natureza, a sociedade ou o outro indivíduo. “O ato se encontra definido como a “execução de uma vontade”, quer dizer muito exatamente a concretização na realidade material de um pensamento voluntário elaborado no tempo anterior que nomeamos de pré-ato” (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 43).¹⁹¹ É no ato que o sujeito mostra seu estar vivo, uma vez que leva em conta a interatividade.

¹⁹¹ “L’acte s’y trouve défini comme l’exécution d’une volonté”, c’est-à-dire très exactement la concrétisation dans la réalité matérielle d’une pensée volontaire élaborée dans le temps antérieur que nous nomons pré-acte.” (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 43).

O que permite o ato é a capacidade humana em manter um projeto de ação, adaptando de maneira inventiva, criativa, na realidade em causa e às dificuldades imprevistas encontradas. Esta adaptação criativa vai modificar o projeto de ação em seu processo construído de maneira antecipadora... (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 35-36, destaques nossos).¹⁹²

Na sequência, diz o autor que o ato apresenta duas significações. A primeira, o movimento voluntário de um ser humano, relacionado à vontade. A segunda, o ato como “resultado da ação”, ou seja, uma manifestação de ser e estar presente aqui-agora.

Levar em conta o ato, é acrescentar aos cinco sentidos uma espécie de sexto sentido. **Com o ato se introduz a interatividade e, por ele, aprendemos em particular que nós não dominamos nunca inteiramente a realidade.** Nas duas significações do termo dominar: nunca um ato engloba a totalidade do real; nunca um ato é completamente determinado antes. (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 387, destaques nossos).¹⁹³

Quer dizer, diversas são as nuances individuais e coletivas a serem consideradas no confronto do sujeito com as normas. O sujeito reage às condições concretas e materiais do meio mediante não somente como elas são, mas como ele as experimenta. Referimo-nos ao posicionamento psicossociológico do autor, acima anunciado, e que se refere à necessidade de um ato interagir com o real, anunciando sua incapacidade de realização inteira, mas sim fragmentos possíveis face ao indeterminismo deste processo na atividade. Em outro sentido, todo ato modifica a realidade, ou seja, dizemos do poder do ato. Referimos ao seu conceito de *actepouvoir* (atopoder), do poder do ato e do poder do sujeito sobre o ato, conforme já apresentamos.

Segundo o autor, encontramos duas formas de pensamento no ato. O primeiro, o pensamento racional-teórico, ou seja, o pensamento da ação, que se coloca desde o pré-ato ao pós-ato. Comporta características conscientes, verbais, intencionais e discursivas. Sem este *projeto-ação*, o sujeito somente reage à realidade que se apresenta. O segundo, traduz o modo de pensar do sujeito no interior da interatividade do ato, o pensamento do fazer.

[...] o pensamento do saber-fazer e aquele da experiência; o pensamento inventivo com sua componente de audácia (a méti dos Gregos). O pensamento

¹⁹² Do original – “Ce qui permet l’acte, c’est la capacité humaine à maintenir un projet d’action en l’adaptant de manière inventive, créatrice, à la réalité en cause et aux difficultés imprévues rencontrées. Cette adaptation créatrice va modifier le projet d’action dans son processus construit de manière anticipatrice [...]” (MENDEL *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 35-36).

¹⁹³ Do original – “Prendre en compte l’acte, c’est ajouter aux cinq sens une sorte de sixième sens. Avec l’acte s’introduit l’interactivité et, par elle, nous apprenons en particulier que nous ne maîtrisons jamais intégralement la réalité. Dans les deux significations du terme maîtriser: jamais un acte n’embrasse la totalité du réel; jamais un acte n’est complètement déterminé à l’avance.” (MENDEL, 1998 *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 387).

do saber – fazer se encontra-se ligado na aquisição de uma técnica. Ele não está nunca completamente à disposição consciente do sujeito, uma parte fica na ordem do implícito. (MENDEL *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 31, destaques nossos).¹⁹⁴

Em discussão com Mendel, Lhuilier (2011) vem nos dizer que:

O ato mobiliza a inteligência prática, fundamentalmente “não consciente, analógica, próxima ao corpo e do sensorial, em parte encarnada na memória dos gestos da prática profissional”... G Mendel diferencia o pensamento teleológico, isto é, racional-prático, consciente e verbalizado, que remete ao projeto de ação, do pensamento do saber-fazer e da experiência, resultante de processos de interiorização-incorporação-aquisição prévios, e ainda do pensamento inventivo, criativo, que se situa além do que já está presente. (LHUILIER, 2011, p. 35, destaques nossos).

E ainda nos adverte para os riscos “do fracasso, do erro, do acidente, da desaprovação, e também, do lado oposto, o risco da inventividade, da criação.” (LHUILIER, 2011, p. 34). Avisa-nos também que as condições da inventividade do gesto “se liga à experiência da primeira infância do sujeito, quando do jogo transicional ao longo do qual ele domina a ausência-presença da mãe.” (LHUILIER, 2011, p. 35).

Segundo Schwartz (2001), o grande desafio é a transposição do fazer individual para o coletivo. Operação que o autor reflete em nível filosófico, entre a *Teoria da Ação* e o conceito de atividade. Uma relação que vai do campo do saber, da epistemologia à produção pela arte e do agir humano. A ação abre o campo de uma filosofia prática, onde a razão é delegada ou se impõe ao governo de nossa vontade, como causa de nossos atos. “A ação é um processo que se agencia e agencia meios e objetivos no tempo.” (SCHWARTZ, 2001, p. 79).¹⁹⁵ O que nos orienta no sentido de compreender a ação como um projeto intencional. A ação intencional no sentido de uma coordenação que ultrapassa o consciente verbalizável, com intenção de movimento em um dado meio ambiente. A ação no sentido filosófico como uma *práxis* intencional e a *poiésis* no campo da ideia de ato de criação que lida com “coisas que podem ser outras que elas não são.” (SCHWARTZ, 2001, p. 70).¹⁹⁶

Morris (1978) afirma que o gesto é um movimento que visa informar, um sinal visual ao observador. “Para tornar um gesto, um ato deve ser visto e comunicar uma informação. E isso porque aquele que faz o gesto decide deliberadamente enviar um sinal – como quando ele

¹⁹⁴ Do original – “[...] la pensée du savoir-faire et celle de l’expérience; la pensée inventive avec sa composante de ruse (la *métis* des Grecs). La pensée du savoir – faire se trouve liée à l’acquisition d’une technique. Elle n’est jamais complètement à la disposition consciente du sujet, une partie reste de l’ordre de l’implicite.” (MENDEL *apud* BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2013, p. 31).

¹⁹⁵ Do original – “L’action est un processus qui s’agence et agence des moyens et des buts dans le temps [...]” (SCHWARTZ, 2001, p. 79).

¹⁹⁶ Do original – “des choses qui peuvent être autres qu’elles ne sont.” (SCHWARTZ, 2001, p. 70).

faz um sinal com a mão – ou simplesmente acidentalmente – como quando ele espirra” (MORRIS, 1978, p. 24).¹⁹⁷ Segundo o autor, o sinal da mão é um gesto primário (intencional), pois ele não tem outra existência ou função, um ato puro de comunicação. Porém, o espirro é um gesto secundário (acidental), pois sua primeira função é mecânica e diz de um problema respiratório, por exemplo. Em um sentido secundário, ele transmite uma mensagem ao outro – de uma possível gripe.

O gesto, em um sentido mais amplo, é uma “ação observada”. Distingue ainda o gesto intencional do gesto acidental. Diz ele que os gestos acidentais são mais reveladores, uma vez que eles escapam à autocensura do observador. Quer dizer, segundo Morris (1978) quem sozinho faria sinais com a mão, senão um sujeito portador de alguma perturbação psíquica? Uma afirmação que, se retirarmos dela sua conotação moral, nos faz compreender a questão da intencionalidade de um gesto.

Ribault (2011) nos apresenta um debate semelhante e maior, refletindo sobre o mesmo processo, a partir de técnicas corporais na passagem de um toque para o pegar e, na sequência, a composição de um gesto como arte de transformação do *métier*. Nesta movimentação, ressignificam-se os conceitos de toque (*la touche*) e do pegar (*prendre*), esclarecendo nosso projeto de compreensão do momento em que uma ação e um ato viram um gesto profissional. Para a autora, existe uma distância entre o tocar e o pegar. Trata-se de um assunto que será melhor abordado e exemplificado em nossas análises do processo de engendramento do gesto de “arrastar a loucura para tratar o sujeito” no último capítulo da tese e que aqui antecipamos algumas explicações teóricas. O toque ressignifica o sentido da presença humana e que nos diferencia dos animais.

Ele é o paradigma do sensível, do sentir, ao mesmo tempo universal e profundamente humano enquanto que emoção. Ele é o mais corporal de todos os sentidos, porque o corpo inteiro é sentido, mesmo se a mão for frequentemente a interlocutora do tocar. **É pelo tocar que o mundo se abre e se desloca de nós, instituindo neste estrago vertiginoso da técnica um toque curioso, diferenciado, observador, manipulador e principalmente, produtor.** (RIBAUT, 2001, p. 8, destaques nossos).¹⁹⁸

¹⁹⁷ Do original – “Pour devenir geste, un acte doit être vu et communiquer une information. Et ce, soit parce que celui qui fait le geste decide délibérément d’envoyer un signal – comme quand il éternue.” (MORRIS, 1978, p. 24).

¹⁹⁸ Do original – “Il est le paradigme du sensible, du sentir, à la fois universel et profondément humain en tant qu’émotion. Il est le plus corporel de tous nos sens, car le corps entier est sentant, même si la main est souvent l’interlocutrice privilégiée du toucher”. C’est par le toucher que le monde s’est ouvert et détaché de nous, instituant dans cet abîme vertigineux de la technique un toucher curieux, différencié, observateur, manipulateur et surtout, producteur.” (RIBAUT, 2011, p. 8).

Quer dizer, o tocar é um ato que acaba com o dualismo entre o corpo e a alma, instituindo um espaço-tempo de compreensão do “Je” (Eu). “Antes de acrescentar que “o “si-corpo” ou “o ser em si do corpo” é o “sujeito”, o “eu” e que “eu” é um toque” (RIBAUT, 2001, p. 9).¹⁹⁹ Ou seja, o “Je” não é outra coisa, senão a singularidade de um toque - a estilização de uma forma de ser e fazer, ressignificando o conceito de *corpo-si* da Ergologia. O corpo como órgão do toque revela emoção e que desencadeia a dinâmica de um movimento, momento este presente na passagem do interior ao exterior - ou seja, ao tocar, o sujeito toca a si mesmo, reproduzindo um processo de produção de conhecimento. Ou seja, “O tocar é em efeito antes de tudo um ser no mundo, uma “superfície pontual” do sentir, tanto revelado em ponto do corpo, quanto ressentido por todo o corpo, que se oferece então como interface com o mundo.” (RIBAUT, 2011, p. 10).²⁰⁰ E essa relação se revela não somente como um pensamento refletido ou de uma decisão voluntária, mas de uma emoção sentida e refletida na matéria e no contexto, constituindo um gesto. Assim,

O tocar nesse momento torna um espelho, vetor, *topos*, lá onde isso acontece, lá onde o “isso” da técnica se esboça num tocar que não é somente tocar, mas já gesto, forma. **O tocar, no ponto de sua evolução em gesto, então em movimento, não é mais na imediatividade, ele se repousa, como o leito de um rio, na matéria, imprimindo-se de todo no espírito.** O tocar revela a sensibilidade de uma película fotográfica sobre a qual se gravam a imagem do mundo, no momento onde se desencadeia um *mecanismo*. (RIBAUT, 2011, p. 9, destaques nossos).²⁰¹

Neste sentido, o gesto é o resultado do trabalho do corpo como uma invenção, uma expressão que, na sequência torna-se um hábito, domínio, tradição, transmissão e imitação. O que torna o gesto uma técnica é a busca pela sua eficácia, a sua capacidade de articulação entre opostos, bem como a sua capacidade de transformação de um *métier*?

Mas, antes de ser tratado como informação, **o gesto é de início uma descoberta “selvagem”, uma emoção, uma comunicação direta e sensual entre o interior e o**

¹⁹⁹ Do original – “Avant d’ajouter que “le “soi-corps” ou “l’être à soi du corps” c’est le “Sujet”, le “Je” et que “Je” est une touche” (RIBAUT, 2011, p. 9).

²⁰⁰ Do original – “Le toucher est en effet avant tout un être au monde, une “surface ponctuelle” du sentir, tantôt révéle en un point du corps, tantôt ressenti par tout le corps, qui s’offre alors comme interface avec le monde.” (RIBAUT, 2011, p. 10).

²⁰¹ Do original – “Le toucher à ce moment-là devient miroir, vecteur, *topos*, là où ça a lieu, là où le “ça” de la technique s’ébauche dans un toucher qui n’est pas seulement toucher, mais déjà geste, mise en forme. Le toucher, au point de son évolution en geste, donc en mouvement, n’est plus dans l’immédiateté, il se dépose, comme le lit d’une fleuve, dans la matière, tout en s’imprimant dans l’esprit. Le toucher relève de la sensibilité d’une pellicule photographique sur laquelle s’enregistre l’image du monde, au momento où l’on déclenche un *mécanisme*.” (RIBAUT, 2011, p. 9).

exterior, a matéria e a carne... mas de uma agressividade e de uma potência, antes de tornar um gesto técnico. (RIBAULT, 2011, p. 7, destaques nossos).²⁰²

Dizemos da realização de uma obra que passa pela forma e finalidade do fazer. Segundo Ribault (2011), o gesto técnico visa o domínio do *métier*. Acrescentamos e defendemos que o gesto é uma arte na medida de seu diálogo com o contexto, com a História de Vida do sujeito, com a criatividade do fazer, do *debate de normas*, valores e *renormalizações* (possíveis e parciais) importantes e necessárias, considerando as emoções e os sentimentos envolvidos.

Por um lado, segundo Maus (1974), o corpo é considerado como o primeiro e mais natural objeto técnico, bem como instrumento, meio técnico, do homem - conforme apresentamos. Por outro lado, é pelo gesto corporal que o homem se atualiza no mundo e exterioriza suas intenções. De acordo com Ribault (2011, p. 7), “não há gesto que seja puramente manual sem uma relação de complementaridade com um trabalho intelectual”.²⁰³ Segundo a autora, a mão que toca pode ser a mesma que toma e pega, porém, incluímos os elementos constituintes do gesto profissional que apresentamos.

Trata-se de um processo artístico na medida em que um toque vira um pegar, revelando a identidade de quem realiza, um modo de agir, na sequência um gesto que diferencia um sujeito de outro e que passa pela linguagem. O gesto é uma arte na medida em que o compreendemos também como um pegar e não somente tocar. Compreendemos que o pegar pode ser mais potente e menos ágil que o tocar, pois ele renuncia as subtilidades do toque e remontam outras complexidades. Ou seja, “A pegada na mão introduz uma sequência ou uma ruptura com relação ao “simples” tocar, um gesto determinado que faz passar por uma sensação atrás da ação.” (RIBAULT, 2011, p. 15).²⁰⁴ Não se trata de um simples toque, antes um pegar (tomar pelo corpo) – um processo *simplexo* (BERTHOZ, 2009), onde diversos debates internos são convocados.

O gesto é uma expressão corporal na linguagem da *Biomecânica Teatral* (Oliveira, 2008), ou seja, se uma parte do corpo é tocada, é o corpo todo que responde. Trata-se de um gesto que ressignifica a dialética gesto técnico-artístico, uma vez que não só nos referimos à sua eficácia, mas ao seu caráter de decisão, vontade emocional e afetiva. Uma mão que

²⁰² Do original – “Mais avant d’être traité comme information, le geste est d’abord une découverte “sauvage”, une émotion, une communication directe et sensuelle entre l’intérieur et l’extérieur, la matière et la chair... mais d’une agressivité et d’une impuissance, avant de devenir un geste technique.” (RIBAULT, 2011, p. 7).

²⁰³ Do original – “il n’y a pas de geste qui soit purement manuel sans une relation de complémentarité avec un travail intellectuel.” (RIBAULT, 2011, p. 7).

²⁰⁴ Do original – “La prise en main introduit une suite ou une rupture par rapport au “simples” toucher, une geste déterminé qui faire passer la sensation derrière l’action.” (RIBAULT, 2011, p. 15).

age como um intermediário entre a consciência e a alteridade, que marca sua presença enquanto experiência, que ultrapassa a corporeidade biológica e que tenta ressignificar a distância que existe entre o outro e o si. Uma mão “que torna o agente privilegiado do sentir, o lugar de passagem entre o presente e o conhecimento.” (RIBAUT, 2001, p. 12).²⁰⁵

Assim, dizemos do gesto como um pegar que não só se localiza entre o *prescrito e o real*, mas que tem, na atividade, o corpo como ponto de partida. Dizemos de um *projeção/ato* que, ao se engajar na atividade, transforma-se num gesto de *métier* prenhe de criatividade e possível de críticas, intencionalidades e transmissibilidade. Não dizemos de um toque mudo. Quer dizer, ao tocar é a consciência que vai alcançar seus objetivos refazendo o mesmo mecanismo, pois:

Tocar é, então, abrir alguma coisa de fechado. Pelo tocar, que é conhecimento de início e transformação em seguida, o gesto desdobra as qualidades ou a tecnicidade contidas na matéria e nela mesma. É sobre esse ângulo que nós abordaremos o presente tocar, como superfície de conexão de uma parte, mas também como risco. (RIBAUT, 2011, p. 8).²⁰⁶

Em outro sentido, as mãos que pegam, também tocam e imprimem uma gestação - que é a marca do trabalho e da atividade que faz história. Que ressignifica o sentido primeiro do gesto, ou seja, *gerere* do latim e que significa “portar sobre si” antes de querer dizer “fazer e executar”. Quer dizer, o *gestus* “é o modo de ação a realizar”, uma atitude corporal - uma arte e não somente uma técnica. De outra forma, “Um gesto é então, antes de tudo expressivo, ele só pode ser expressivo na medida onde ele for efetuado por um ser vivo, um corpo único e singular que lhe dá sua forma e sua função.” (RIBAUT, 2011, p. 16).²⁰⁷ E é por isso que ele é plástico e produtor de sentidos. Em síntese, uma ação, um ato, na sequência uma pegada, um movimento singular de agir que ressignifica a identidade do sujeito, estilizando o processo e singularizando o gesto de cada um no mundo social e do trabalho

²⁰⁵ Do original – “qui devient l’agent privilégié du sentir, le lieu de passage entre le présent et la connaissance.” (RIBAUT, 2001, p. 12).

²⁰⁶ Do original – “Toucher, c’est donc ouvrir quelque chose de fermé. Par le toucher, qui est connaissance d’abord et transformation ensuite, le geste dépoie les qualités ou la technicité contenues dans la matière et en lui-même. C’est sous cet angle que nous aborderons à présent le toucher, comme surface de connexion d’une part, mais aussi comme risque.” (RIBAUT, 2011, p. 8).

²⁰⁷ Do original – “Un geste est donc, avant tout expressif, il ne peut être qu’expressif dans la mesure où il est effectué par un être vivant, un corps unique et singulier qui lui donne sa forme et sa fonction.” (RIBAUT, 2011, p. 16).

5.1.6 Gesto é projeto-herança

Se Mendel (1998) nos orienta que trabalhar é viver e colocar em prática um *projeto-ação* em atos, Schwartz e Durrive (2007) nos apresenta uma outra operação por eles chamada de *projeto-herança*. A atividade é uma tentativa de transformação do adquirido em patrimônio e o gesto é uma cena constituinte desse mecanismo. Se trabalhar é gerir as variabilidade e *infidelidades do meio*, é acumular histórias, a atividade é uma experiência de singularização do fazer e enfrentamento de fracassos e conquistas de inventividades – que ressignificam o encontro o real.

Falamos de dimensões de projeto e de herança na atividade, onde o gesto é um componente desta interseção. Dizemos do estabelecimento de um espaço-tempo para o gesto profissional, a partir de um *projeto-ação/atos* no sentido de Mendel (1998) e o *projeto-herança* no sentido da Ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Uma interseção que confere ao gesto um lugar de centralidade nesta estruturação da atividade.

Compreendemos que o gesto profissional é uma maneira de reinvenção de modos de funcionamento da atividade, seu lugar de atuação também se insere no horizonte de patrimônios que trazemos conosco ao longo do tempo a serem, possivelmente, preservados como herança. Ele faz história na história da atividade social e profissional, ampliando o patrimônio de um *métier*. Ele restaura um espaço-tempo de debate de técnicas, projeta novas maneiras de trabalhar, faz reviver um projeto singular no coletivo e instiga a criação de novos dispositivos, além de desvelar nossas escolhas impalpáveis e imperceptíveis. Trabalhar é muito mais do que a prática de uma técnica, antes viver um *projeto-herança*, considerando que o projeto pode mudar no percurso daquilo que pretendemos transformar em patrimônio e herança.

Quer dizer, na atividade, escolhemos aquilo que nos parece mais conveniente na situação, ou seja, “o mais conforme aos nossos valores e que remete ao que queremos transformar em patrimônio num projeto, na vida futura no seio dessa mesma entidade. Ou seja, o projeto e a herança remetem um ao outro.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 100). Quer dizer, o projeto e a herança se complementam, um remete ao outro. E a atividade de trabalho é um movimento de tentativa de ressignificação de sucessos e fracassos daquilo que fazemos e queremos transformar em patrimônio.

É nesse sentido que o gesto é escolha e faz parte daquilo que em nosso projeto queremos transformar em patrimônio na atividade. Ele é um acontecimento no sentido de uma

unidade, um conjunto e não o resultado deste ou daquele fator isoladamente, uma dialética, pois:

Depois de um acontecimento, depois de um movimento social, depois de transformações organizacionais ou técnicas, é bem possível que mudemos um pouco o que reconhecemos como herança porque mudamos um pouco aquilo que reconhecemos como projeto. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 100).

Todo esse debate nos ajuda organizar uma essencial operação nesta tese. Trata-se de uma construção operacional constituinte do processo de engendramento de gestos profissionais nesta tese. Ou seja, o gesto profissional se situa na interseção entre um *projeto-herança* e um *projeto-ação*, ressignificando o conceito de atividade. Quer dizer, o engendramento de um gesto requer que algo seja revisto na história que trazemos e projetamos em ações, sendo o ato, uma concretização aqui-agora desse movimento. Quer dizer, tomamos o *projeto-ação* como uma organização prévia de um processo, uma potência pensada, projetada, o ato como realizações e movimentos de grande potencial. E, quando essa engrenagem toma forma, ordens de sentido e significação, temos o gesto profissional, ou seja, uma expressão da atividade, um jeito de ser e fazer no trabalho. Trata-se de um processo complexo que requer um *debate de normas* em múltiplas dimensões que apresentamos, configurando um gesto profissional.

Singularizamos esse mesmo processo no campo da Psiquiatria. O que queremos transformar em herança, movimentando o patrimônio da Psiquiatria? Isso vai depender da forma e do *estilo* que trabalhamos, daquilo que compreendemos como projeto neste campo do conhecimento, das ideias em Psiquiatria que mobilizamos, do contexto dessa movimentação, dos movimentos sociais antimanicomiais, de retorno da Psiquiatria em sua tentativa de inscrição na medicina como uma especialidade médica e de contenção do louco em instituições (mais fechadas do que aberta) ao longo da história.

O *projeto-ação/atos* é uma definição e uma postura que adotamos nesta tese para traduzir e apresentar o *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Quer dizer, antes de agir e realizar atos concretos no aqui-agora das situações, a situação demanda a projeção de ações, aquilo que planeja e dirige o ato e que mobiliza aquilo que trouxemos de experiência e queremos fazer de patrimônio como herança.

Dizemos, por exemplo, da construção de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI) que se efetiva, segundo diversas operações práticas, inclusive atos bastante contextualizados e

singulares. Quer dizer, um planejamento de ações que, segundo o (re)conhecimento do usuário - de sua História de Vida, do meio ambiente de vida e de tratamento, das ideias em Psiquiatria e outros saberes -, transforma-se em atos concretos na construção do caso clínico.

5.1.7 Gesto é mobile – intencionalidade

Dizemos de intenções, motivos, razões que dirigem a atividade, conseqüentemente, o gesto. Aquilo que mobiliza, instiga a vida de relação, que se localiza na intimidade dos sentimentos, das emoções, dos afetos. Ou seja, “Qualquer função da vida de relação pode ter vários usos e, particularmente, um uso intencional e um uso automático. Nas ações intencionais há uma preconcepção, a ação é executada em potência, é sonhada, antes de ser efetivamente executada.” (CANGUILHEM, 1995, p. 150). Conforme já abordamos acima, a intencionalidade da técnica se liga ao processo de desneutralização das generalizações de um meio.

Compreendemos a intencionalidade de mesma origem que a criatividade, implica uma força crescente de possibilidades criativas (im)pensadas. Segundo Ostrower (2014), a intencionalidade tem a ver com processos de criação que ocorrem no âmbito da intuição e que integram a experiência possível do ser humano. Uma configuração de trabalho que se expressa, essencialmente, no plano consciente das significações, podendo ter origem no nível subconsciente. Dizemos da percepção de si mesmo no agir, de um acúmulo mental de energia antes da ação e que influencia o ato criador no aqui-agora das situações de trabalho. Um projeto que vem antes da ação e elaborado por escolhas e alternativas. Não anuncia somente soluções, mas antecipa problemas. É neste sentido que podemos falar de intencionalidade da ação humana.

Mais do que um simples ato proposital, o ato intencional pressupõe existir uma mobilização interior, não necessariamente consciente, que é orientada para determinada finalidade antes mesmo de existir a situação concreta para a qual a ação seja solicitada. É uma mobilização latente seletiva. Assim, circunstâncias em tudo hipotéticas podem repentinamente ser percebidas interligando-se na imaginação e propondo a solução para um problema concebido. Representariam modos de ação mental a dirigir o agir físico. (OSTROWER, 2014, p. 10).

Segundo a mesma autora, a intencionalidade requer uma “tensão psíquica”, um acúmulo energético capaz de mobilizar qualquer ação humana. Um fenômeno que extrapola a ordem física para o psíquico, uma vez que existe intenção no agir humano. Da mesma forma

que temos um *tônus físico*, temos outro *tônus psíquico* – um acúmulo energético, um potencial criador para levar a cabo qualquer ação humana.

Não se trata, necessariamente, na tensão psíquica, de um estado de espírito excepcional. Ao criar, ao ordenar os fenômenos de determinada maneira e ao interpretá-los, parte-se de uma motivação interior. A própria motivação contém intensidades psíquicas. São elas que propõem e impelem o fazer. (OSTROWER, 2014, p. 28).

Assim, o gesto reivindica não somente processos de criação e intencionalidade no agir, mas uma integração do ser consciente-sensível-cultural que se dirige ao outro, modificando o curso da ação (LAPLANTINE, 2015).

Dividimos esta dimensão em fontes e ingredientes de intencionalidade, aquilo que motiva a atividade em Psiquiatria.

- a) **Produtivo-laboriosa** - trata-se de uma prática que incorpora os processos de trabalho em equipe multidisciplinar e em nível ergológico de epistême-3bis, que visa não somente conquistar o mundo interno da loucura, mas os aspectos externos e de troca de energia em nível de resistência aos elementos vigentes das forças de antecipação, confrontação e validação dos vários estilos de tratamento. As *atividades industriosas* envolvidas anunciam grande dispêndio de energia e o *protagonismo do corpo* – preparando o acolhimento do usuário;
- b) **Afetiva** – dizemos de um *investimento libidinal* do indivíduo na atividade, na relação terapeuta-usuário, a carga afetiva dispendida, cujos sentimentos e emoções envolvidos definem os estados afetivos do Eu. Uma somatória de sentimentos presentes na consciência que determinam os estados de ânimo, humor e que influenciam a vontade e a iniciativa. Requer um (re)conhecimento de forças vitais internas, *debates de normas* na intimidade da atividade, que mobilizam os aspectos ambivalentes de desejo, de dor e de prazer;
- c) **O coletivo** – consideramos aqui as complexidades e os paradoxos das atividades coletivas e dos coletivos de trabalho dos serviços destinados ao tratamento em Psiquiatria em rede e envolvidos entre os aspectos pessoais e impessoais da atividade. Dizemos de *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (ECRP's) em

Psiquiatria construídas ao longo da história, regras, formas de trabalhar juntos que se constituem em forma de *projeto-ação/ato* e *projeto-herança*;

- d) Institucional** – dizemos da produção secular de estruturas institucionais (abertas e fechadas) para o tratamento em Psiquiatria. No caso de nossa pesquisa, ressaltando que partimos dos Serviços Substitutivos em rede da Reforma Psiquiátrica, em especial, o CAPS. Neste caso, um serviço considerado como um dispositivo de tratamento que convida os trabalhadores ao alargamento das profissionalidades. Ele se abre para o surgimento de *reservas de alternativas*, na inter-relação de trabalho na equipe. Sua própria dinâmica e estrutura mobiliza e desorganiza a equipe, rearticula trabalhos combinados e interativos. As interfaces de trabalho tendem a ser fluidas, e isso libera o gesto profissional de suas amarras mais tradicionais da profissionalização. Se as teorias enquadram o gesto profissional, as práticas o libera, propiciando maior liberdade de reinvenção de si mesmo;
- e) Sociocultural** – em nível de *renormalização* singular e universal (DURRIVE, 2015), há que se considerar a cultura de cada país e a forma como ele determina a produção de novos sintomas psiquiátricos. A forma com cada cultura define aquilo que é normal e anormal;
- f) Histórias de Vida** – consideramos que as inscrições das ações, atos e gestos no campo da Psiquiatria são diretamente ligadas às histórias deste campo do conhecimento, bem como às Histórias de Vida dos usuários e trabalhadores;
- g) Gravidade do problema** – trata-se do motivo determinante do acolhimento do usuário na urgência e que nos conduz à tomada de decisão, reservando o diagnóstico não, exatamente, para segundo plano, mas como um instrumento valioso para se avaliar a forma do acolhimento e os dispositivos de tratamento a serem ofertados, os limites e o alcance da operação clínica a ser realizada e o governo de cada caso;
- h) Informativo-cognitiva** – são aspectos cognitivos que, para dirigirem o (re)conhecimento do mundo externo em relação ao interno da loucura, requerem a compreensão ampla dos saberes híbridos em Psiquiatria, ou seja, dos elementos sem *debate de normas* (a epistême-1) e aqueles cuja atividade se faz presente em *debates de normas* (as epistêmes- 2, 3 e 3bis). Tudo isso visando à comunicação com o outro, um juízo crítico, um bem viver junto, coletivo (o terceiro polo do *Dispositivo Dinâmico a três Polos* - DD3P) e que reivindica um rendimento político, semiótico, técnico, clínico, etc.

5.1.8 Gesto é intuição

Gesto também é intuição e apresento a minha intuição sobre *Gesto é intuição*, uma vez que não tivemos tempo hábil na tese para desenvolver essa dimensão, porém o farei em outros momentos. O que determina uma intuição? Intuímos que algo vai ou pode acontecer baseado em que? Anunciamos que ela também sintetiza o *debate de normas* das múltiplas dimensões genéricas do gesto profissional. Ela não pode ser explicada cientificamente, racionalmente e isso desvela e amplia a complexidade do gesto profissional. Ela não é explicada, mas sentida no aqui-agora das situações, uma vez que não é determinada por uma causalidade específica e evidente. Diz de algo que nos acontece e que não é somente determinado por questões concretas da realidade que se apresenta, mas por outras nuances que escapam à compreensibilidade. A intuição é expressão de sentimentos nada óbvios e não é explicativa. Ou seja, seria ela a capacidade do ser humano de discriminar estímulos não externalizados, não evidentes, mas sentidos no corpo, mobilizando nosso *projeto-ação* em atos, dirigindo o engendramento de gestos profissionais?

Se a existência humana ocupa um espaço-tempo entre o conhecido e o desconhecido, a ciência se insere neste mesmo lugar? Algo, então, autoriza-nos dizer que a intuição é da ordem do inconhecível. Um tipo de saber que não acessamos racionalmente quando queremos ou temos uma intenção definida, uma vez que esta se dirige ao outro, ao objeto, e a intuição se dirige a nós mesmo, num sentido de autopreservação de nossa existência. A partir da intuição, antecipamos determinadas situações no sentido de garantia da sobrevivência. Ela acontece na situação e instiga a movimentação da experiência, de *saberes investidos* que pouco dialogam com os *saberes constituídos*? Ou seja, a intuição se forma ao longo de nossas *Histórias de Vida*. Adquirimos experiências em vários campos da filosofia da vida e do conhecimento, aprendemos alguma coisa, desenvolvendo a intuição. Quer dizer, tomamos decisões a partir de operações complexas que fazemos, aprendizados diversos e que não dizem respeito somente aos saberes tácitos, mas outros tipos de saberes que nos ultrapassam? Coisas que nos fazem prever que algo vai acontecer, ressignificando o misticismo, a espiritualidade?

São questões que também dizem respeito ao *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Frente às hipóteses diagnósticas, muitas vezes intuímos a escolha de uma direção de tratamento, ressignificando todas essas questões acima apresentadas no campo da loucura e que fazem da Clínica em Psiquiatria, também uma intuição em potencial.

E isso requer um domínio dos *saberes constituídos*, a fim de que o investimento de outros saberes, da experiência dos trabalhadores e dos usuários possam ser visibilizados e valorizados.

5.1.9 Gesto é política

Trata-se da dimensão política ampliada do gesto profissional em construção, da qual não há como escapar na atividade, e que não finalizamos nesta tese. Um posicionamento político no sentido de que constitui uma postura pertencente a todo cidadão, mesmo que haja um movimento de recusa. Quer dizer, o estado de isolamento, de não querer saber sobre a política, isso também significa uma tomada de decisão política na atividade.

Mas, do que se trata a política? Partimos das reflexões de Chauí (1999), que considera a política entre três concepções paradoxais. A primeira, como *atividade específica* de alguém que a pratica, um profissional, o político. A segunda, significa uma ação social, um *movimento coletivo*, feito por muitos, com diferentes pontos de vista sobre a atividade, mas mediante um motivo comum. Trata-se da política como ação coletiva e possível quando o assunto é o poder. No sentido, a “política se refere às atividades de governo ou a toda ação social que tenha como alvo ou como interlocutor o governo ou o Estado.” (CHAUÍ, 1999, p. 367). Por último, a política no *sentido institucional*, universitário, da escola, da instituição de saúde, da empresa, do sindicato, etc., constituindo a maneira como tais instituições definem suas regras, seu modelo de participação individual e coletiva. São todos locais possíveis de sede do processo de engendramento de gestos profissionais.

Por essas razões, compreendemos a política como uma *atividade mediadora de relação* e mediatizada por tudo aquilo que envolva relações de poder, tanto no sentido negativo, pessimista, de autoridade sobre o outro, destruidor da relação social democrática, quanto positivo, como jogo de forças essencial à vida, segundo o gesto foucaultiano de pensar na passagem da *Arqueologia dos saberes* para a *Genealogia do poder* e a *Sexualidade* (FOUCAULT, 2007; PASSOS, 2008). Ou seja, no sentido de decisões no aqui-agora das organizações, da administração de grupos de pessoas em diálogo com o contexto macro. Como as atribuições de um governo se ampliam em aspectos heterodeterminados, a política também se amplia, mostrando-se uma *atividade inventada*, dirigida e autônoma, segundo o modo como a sociedade discute, decide e delibera em comum de forma a aceitar e/ou rejeitar determinadas ações, atos e gestos profissionais individuais e/ou coletivos.

No plano específico, esta situação se singulariza, uma vez que pode haver um significado de interesse particular, contrariando as regras gerais do jogo, beneficiando, privilegiando alguns e prejudicando a maioria, constituindo uma visão pejorativa da política. Dizemos de dois sentidos que não somente ampliam, como fazem parte da dimensão de *validação/deliberação* do gesto profissional e que consideram a existência de conflitos e erros que podem ser corrigidos no percurso do gesto. Ou seja, a dimensão da *deliberação/validação* como um gesto político. Uma ação gera conflitos novos, não necessariamente previstos, nem imaginados, exigindo a determinação de novas leis e instituições para responder à problemática que se apresenta. Por isso dizemos que:

A política é inventada de tal maneira que, a cada solução encontrada, um novo conflito ou uma nova luta podem surgir, exigindo novas situações. Em lugar de reprimir os conflitos pelo uso da força e da violência das armas, a política reaparece como trabalho legítimo dos conflitos, de tal modo que o fracasso nesse trabalho é a causa do uso da força e da violência. (CHAUÍ, 1999, p. 376, destaques nossos).

Em termos de práticas políticas situadas, referimos ao modo como cada um participa do poder, dos conflitos, das tomadas de decisões, da aplicação de saberes, nas definições e aplicações de leis e normas. Neste sentido, a política se apresenta também de forma incorporada ou corporificada em alguém detentor do poder, figurando característica no próprio corpo (FOUCAULT, 1997; 2006; 2007). Algo que traduz uma organização social hierarquizada, determinando lugares fixos, dos quais as pessoas agem e militam mais em causas próprias do que coletivas.

Compreendemos a política como uma atividade no sentido ergológico, demandado *debates de normas* e mecanismos de *renormalizações*, de gerir não somente a distância *prescrito-real*, mas também o *encontro de encontros* na atividade. Uma postura de fazer algo para além da prescrição, do previsto pelas organizações de trabalho, partindo do fazer juntos para atingir um estado de bem comum, antecipando e confrontando saberes e situações. O desafio maior, segundo Schwartz (2010), é gerir os riscos dessa situação, uma vez que entram em cena as relações hierárquicas, a subordinação jurídica e o poder que cada um pode exercer sobre o gesto do outro. Tudo isso faz do gesto um saber-fazer político contextualizado e que influencia na economia psíquica, social, cultural e econômica dos sujeitos envolvidos.

Por outro lado, ao revisitarmos o texto da Psicossociologia, encontramos a política em seu aspecto ideológico, ou seja, a ideologia política (ANSART, 1975). Neste sentido, compreendemos também a política no sentido de um discurso redutor de angústias, de organização e canalização de angústias e (des)afetos. Dizemos de uma relação estruturante e

socializante das ideologias políticas, onde os valores mobilizados podem funcionar no sentido de integração a nível coletivo, mas por outro lado, como aparelho estruturador das economias psíquicas individuais e, mais especificamente, como aparelho terapêutico redutor da angústia. Frente ao conflito psíquico, a ideologia tende a propor uma reestruturação das energias dispendidas, tanto de forma positiva como negativa, permitindo escolhas frente às condições e contradições das situações que se apresentam. Quer dizer, contra as imprecisões desses conflitos e frente às escolhas exigidas, a ideologia apresenta sua função terapêutica através de certas formas de estruturação, identificação do eu, além de fornecer uma ordenação de condutas de proteção e realização que interpretam o bem, o perigo e o mal, conferindo uma nova direção para o futuro. Algo que nos remete ao trabalho passional no sentido de considerar os percursos históricos de vida, as lógicas profissionais e organizacionais do trabalho e o contexto de valores envolvidos (LORIOLO; LEROUX, 2015).

O que existira entre um discurso político e um endurecimento ideológico? Fanatismos que partem do amor a uma “causa” que, ao longo do percurso, pode se tornar ódio, inclusive perseguição, tirania. Situação esta que faz o sujeito operar no sentido reducionista, ou seja, se você não está do meu lado, comigo, você está contra mim, sem relativizações intermediárias e necessárias para futuras adesões?

Referimos à capacidade da Psicossociologia de se movimentar entre os aspectos psicossociais, localizando o sujeito do inconsciente, admitindo-o na relação individual, coletiva e social, inclusive de trabalho. Quer dizer, ela incorpora essa dimensão de um jeito disciplinado, porém dentro de uma vertente não somente dentro de uma lógica específica freudo-laciana sistematizada, mas contextualizada no aqui-agora das situações. Neste sentido, algo sempre escapa, apontando para outros caminhos, inclusive aquele do poder e da ideologia que Enriquez (2001, p. 52) problematiza em *Instituições, poder e “desconhecimento”*, em especial ao dizer que “A instituição existe antes de nós (é o que faz com que sejamos seres sociais, tendo aceitado a lei do incesto) e exerce seu poder sobre nossa psique e nossas condutas”. São questões que ampliamos no sentido não somente da psicanálise, mas da psicologia, da sociologia clínica, ou seja, da Psicossociologia no sentido mais amplo, inclusive em sua relação com o trabalho (LHUILIER, 2002a; 2008; CARRETEIRO; BARROS, 2011).

Dessa forma, incluímos também, a dupla faceta da ideologia, de um lado exprimindo as diferenças, de outro, mascarando os conflitos de uma realidade (BARROS, 1998; 2001). Referimos à ideologia política no sentido da angústia que ordena o afrontamento entre as dualidades das instâncias psíquica eros e a pulsão de morte. Ela também fornece ao sujeito,

elementos constituintes das projeções e da identidade, uma forma combinada de apontar, ao mesmo tempo, uma resolução para os conflitos pulsionais e as tensões inconscientes, mobilizando todo tipo de sentimento e seu contrário. E isso, de alguma forma orienta a recepção de um discurso que pode vir a ser dócil, passional, propiciando tanto novas adesões quanto repulsas, indignações de várias ordens no processo de movimentação, de passagem do eu para a política (BARROS, 1998), cuja presente tese é também um esforço neste sentido, porém a partir do processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria. Algo que nos remete ao trabalho como paixão

Por este caminho, compreende-se os deslocamentos internos e externos motivados não somente pelo consciente, mas pela dimensão inconsciente. Algo que nos remete às Histórias de Vida em seu percurso de se promover escolhas teóricas e profissionais, inclusive no sentido de melhor qualificar o gesto profissional em Psiquiatria que espreitamos.

No campo da Psiquiatria, a dimensão política do gesto profissional se amplia, tomando, a priori, um caráter histórico do percurso de constituição de um saber como poder, ressignificando o gesto do pensamento de Foucault na passagem da *Arqueologia dos saberes* para a *Genealogia do poder*:

Essa instância, inacessível, sem simetria, sem reciprocidade, que funciona assim como fonte de poder, elemento da dissimetria essencial da ordem, que faz com essa ordem seja uma ordem sempre derivada de uma relação não recíproca de poder, pois bem, **é evidentemente a instância médica que, como vocês vão ver, funciona como poder muito antes de funcionar como saber.** (FOUCAULT, 2006, p. 5, destaques nossos).

Em termos históricos, este primeiro olhar ao objeto da loucura é marcado pelo protagonismo da figura do médico psiquiatra:

O médico é essencialmente um corpo, mais precisamente, é um físico, em que há a amplitude dos músculos, a largura do peito, a cor dos cabelos, etc. E essa presença física, com essas qualidades, que funciona como a cláusula de dissimetria absoluta na ordem regular do asilo... **é um campo na realidade polarizado por uma dissimetria essencial do poder, que adquire, portanto, sua forma, sua figura, sua inscrição física no próprio corpo do médico.** (FOUCAULT, 2006, p. 6-7, destaques nossos).

Nesta tese, questionamos e extrapolamos o saber-poder médico sobre a loucura e às práticas de tratamento para uma investigação das relações estabelecidas entre os trabalhadores de um serviço, no caso, o CAPS III/CERSAM Betim Central. Neste sentido, diversos são os

corpos envolvidos, mobilizando Políticas Públicas de Saúde Mental, porém, há que se considerar a força e o poder do ato médico que é sobremaneira reivindicado quando o assunto é o trabalho em equipe. Mesmo na ausência física do médico psiquiatra nas equipes, ele deixa de herança a sua onipresença em forma de relações hierárquicas de poder. Neste sentido, o gesto profissional funciona como um dispositivo de regulação da *atividade política* realizada não somente por psiquiatras, mas por todos os trabalhadores que mobilizam os saberes da Psiquiatria, conforme veremos no capítulo 6 da tese ao analisarmos o gesto profissional em Psiquiatria de duas trabalhadoras (Maria e Cássia) na ausência do psiquiatra.

Neste sentido, há que se considerar os aspectos concretos e ideológicos das políticas mobilizadas na inter-relação possível entre Psiquiatrias e Reformas Psiquiátricas. E isso vai depender de quem e como esses saberes híbridos (nem naturais, nem humanos) serão mobilizados.

Os estudos presentes sobre o gesto profissional em Psiquiatria ampliam a política em diversas direções. De um lado, mantendo a estabilidade desse campo do conhecimento frente ao insuportável que o mundo nos apresenta. Por outro, ampliando o lapso existente entre os saberes científicos dessa ordem (*normas antecedentes*) e aqueles da experiência de sofrimento, reivindicados pela relação Psiquiatria-Antipsiquiatria. Este espaço-tempo de desconforto é o campo das possibilidades (im)pensadas da realização de gestos profissionais em Psiquiatria de várias ordens. Dizemos de questionamentos que fazem não somente, de *crises, rupturas e movimentos*, gestos no campo das Psiquiatrias e das Reformas Psiquiátricas, mas também gestos em outros campos, por exemplo: nas lutas de classe, de gênero, do racismo, do sistema prisional, do movimento dos Sem Terra, das pessoas em situação de rua, da religião, da corrupção, do terrorismo, das reformas políticas necessárias em vários países, etc. Conforme afirmamos, segundo Chauí (1999), a ação coletiva é um movimento político de indivíduos com objetivos comuns. Neste campo e contexto, localizamos a Luta Antimanicomial brasileira como uma movimentação política que reivindica a continuidade dos princípios de Reforma Psiquiátrica garantidos em leis nacionais. São movimentos que reivindicam a cidadania, os direitos e deveres dos portadores de sofrimento, reforçando a criação de Serviços Substitutivos não somente ao antigo manicômio e sua lógica segregadora, mas também ao hospital psiquiátrico e sua proposta de tratamento em regime fechado. Este é o campo que escolhemos para estudar o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

Enfim, através dessa dimensão, compreendemos os gestos também como golpes de ordens variadas no curso da história da humanidade.

5.1.10 Gesto é inconsciente

Ao abordarmos o gesto na vertente da clínica, da atividade individual e coletiva, do movimento e da política, pelo viés da Psicossociologia, encontramos a ideologia política como um sistema simbólico, redutor de angústias - em que o sujeito promove escolhas frente ao conflito psicológico que se encontra -, e deparamo-nos com o inconsciente (ANSART, 1975). Ou seja, um “inconsciente político” que nos orienta a fazer dele uma dimensão importante do gesto profissional.

Não concordamos em fundar toda a dimensão antropológica do gesto na Psicanálise. Isso seria relegar todas as outras dimensões ao caráter de coadjuvantes neste processo de engendramento de gestos profissionais. Questionamos a hegemonia da Psicanálise em sua abordagem freudo-lacanianiana ao inconsciente, mas não só compreendemos, como consideramos a sua importância. Dizemos de uma outra cena que comanda esta presente e escapa ao controle do protagonista do gesto profissional. Quando esta dimensão aparece, há que se ter um tratamento específico, diferenciado e ético, modificando sobremaneira o percurso do gesto. E isso nos remete a uma série de tomadas de decisões, em especial, com respeito à compreensão dessa dimensão em si mesmo através de algum processo terapêutico.

As Clínicas do Trabalho não negam essa instância, considerando-a como uma combinação nada fácil de operar, devido ao seu potencial de (des)estruturação de seus princípios clínicos, demandando maior compreensão da teoria do inconsciente, a priori, freudiano, na prática. E elas não recuam deste desafio. Ao contrário, trata-se do espaço-tempo constituinte da Psicodinâmica do Trabalho, ou seja, reivindicando a Psicanálise, o (in)consciente e a subjetividade na abordagem ao trabalho, conforme apresentamos.

Por outro lado, se a ideologia política permite a identificação do eu, inclusive mobilizando, organizando e canalizando os (des)afetos, percebemos neste espaço-tempo outros aspectos mais gerais e constituintes dos ingredientes do gesto profissional. Quer dizer, compreendemos a contribuição da Psicossociologia em considerar o trabalho não somente como um cenário de encenação inconsciente de um ator da Psicanálise, mas como uma movimentação ampliada, incorporando a consciência na materialidade e concretude dos fatos, bem como outros saberes sociais, sociológicos, filosóficos, antropológicos, etc., ampliando nossa lupa de investigação do gesto profissional.

Abordamos e incorporamos esse desconforto e deixamos em aberto essa construção.

A dimensão inconsciente do gesto profissional em Psiquiatria não se faz de forma diferente de todo esse debate acima descrito. Porém, não podemos dizer que a descoberta do inconsciente é apanágio da Psicanálise, segundo Freud e isso estaria de todo estabilizado. Necessitamos de maiores aprofundamentos neste assunto e que nesta tese apenas anunciamos.

É neste sentido que problematizamos a epistemologia freudiana que, ao construir a Metapsicologia, a partir de determinadas instâncias - tópica, dinâmica e econômica – localiza um diálogo com outros saberes (BEZERRA JÚNIOR, 2013). É assim que compreendemos a postura de Freud acerca da ciência. Segundo ele, a ciência é uma só, de origem do natural, não considerando as ciências humanas. Um assunto polêmico e uma situação que nos parece contraditória no projeto freudiano de construção de uma clínica do sujeito (do inconsciente). Percebemos essa polêmica, na maneira como Freud constrói conceitos em Psicanálise em diálogo com a química e a física. Conceitos como sublimação, deslocamento, condensação, mecanismo, investimento libidinal, inércia, constância, etc. Um debate que foge às nossas expectativas teóricas nesta tese, mas compõe o nosso entendimento da história da constituição do inconsciente freudiano.

Segundo Barreto (2016a), Freud em diálogo com Kraepelin anuncia que para a Psicanálise, a clínica fundamental é a psiquiátrica. Uma herança inegável, porém, nada confortável para o legado da Psicanálise. As estruturas clínicas psicanalíticas (neurose, perversão e psicose) derivam de categorias clínicas da Psiquiatria, ou seja, as neuroses, as perversões sexuais e a psicose funcionais, conforme já abordamos (BERCHERIE, 1989).

Em diálogo com Griesinger (o pai da Psiquiatria alemã), compreendemos que, apesar de sua posição anatomista, ele conhecia a Psicologia. E isso lhe fez desenvolver uma teoria da psicofísica, admitindo a existência de um lado psíquico no evento cerebral. Griesinger buscou no filósofo alemão Herbart, as concepções de consciência do eu, recalque e o termo inconsciente. Porém, Freud desenvolveu uma concepção diferente de inconsciente que passa por questões operacionais complexas de herança da fisiologia, da anatomia, da química e da física, conforme apresentamos.

O debate de Freud com Charcot é profícuo (QUINET, 1993). Freud era neuropsiquiatria e desenvolvia seu legado teórico num momento em que a Psiquiatria era de natureza organicista. Porém, ele se dirige ao serviço de Charcot, em Paris, que desenvolvia uma metodologia que, valendo-se da célebre encenação hipnótica, problematizava o comportamento proteiforme de mulheres bizarras em nível de sugestão. Uma forma de fazer (des)aparecer sintomas histéricos. Frente a esta situação, Freud apresentou seu corte de aprofundamentos teórico-práticos. Para ele, o sintoma não é efeito apenas do que acontece

aqui-agora, mas também da influência de um sujeito sobre o outro, a partir dos enigmas dessa enigmática instância chamada de inconsciente. Quer dizer, é o olhar do outro que nos constitui. Aquilo que é recalcado, escondido nas profundezas e obscuridade do inconsciente, pode, mediante retornar ao nível do consciente em formas de sintomas variados. Assim, em termos de síntese, é dentro desse espaço-tempo que o método da Psicanálise foi descoberto (QUINET, 1993, 2005).

Neste contexto, pensar uma Psiquiatria Clínica significa refletir e reconfigurar também o “sujeito do inconsciente”, ou melhor:

Considerar o sujeito do inconsciente não significa desconhecer seu condicionamento biológico. E falar em causa freudiana não significa negar a causalidade orgânica, o cerebral como assento do psíquico. Mas é importante frisar que se tratam de campos distintos, descontínuos e irreduzíveis. Trabalhar a cerca desses limites é o desafio que existe na atualidade para uma psiquiatria que leve em conta o sujeito do inconsciente. (BARRETO, 1999, p. 130, destaques nossos).

Para trazer maior profundidade para esse assunto, teríamos que incluir o debate acerca das origens da doença mental, a partir do VI Colóquio de Bonneval *L'inconscient* – segundo Ey (1966; 1969), especificamente, considerando a resposta de Laplanche às provocações de Politzer (1998). Um debate que reservamos para outros momentos.

5.1.11 Gesto é validação

As Clínicas do Trabalho nos ensinam que, no interior das situações, a atividade é heterodeterminada, dirigida pelo objeto; pelo comportamento do trabalhador; pelas manifestações (in)conscientes; pelo corpo, alma, subjetividade e endereçada em várias direções (CLOT, 2006; DEJOURS, 2009; DURRIVE, 2015; LHUILIER, 2008; SCHWARTZ, 2000). Neste sentido, o gesto também não é diferente. Ele é plural, heterodeterminado e multiplamente endereçado, conforme o contexto e o objeto motor.

No entanto, o gesto profissional (de *métier*) que espreitamos na tese reivindica ser reconhecido, compreendido pelo seu autor e pelo outro. Ele requer processos *vicariantes e simplexos* (BERTHOZ, 2009; 2013) de diálogos individuais e coletivos na atividade em nível de conflitos de critérios, *debates de normas*, valores e *renormalizações* (possíveis e parciais), singulares e universais (DURRIVE, 2015). Dizemos de um mecanismo reconhecido por essas clínicas, ou seja, um mesmo mecanismo descrito por formas diferentes, teórica e praticamente. Se a Clínica da Atividade nomeia esse processo de “peneiração” (*passage au*

tamis), a Psicodinâmica de *validação/deliberação*, a Ergologia de *endereço social* (addressage social) e a Psicossociologia parece nomear de processo psíquico e social de *civilização cultural* do real, segundo nosso entendimento.

Através desse mecanismo, primeiro, o protagonista do gesto visa acertar contas consigo mesmo (VERMERSCH, 2014), explicando-se com seus valores, atitudes, saberes e fazeres. Em seguida, há que se explicar ao grupo, no coletivo, na equipe de trabalho, debatendo e argumentando o gesto em realização ou realizado ou lá onde essa operação for demandada. Um intenso debate de saberes específicos e coletivos, visando à descentralização dos mesmos, um olhar de perto para enxergar de longe, projetando o futuro. Dizemos de uma etapa interna ao nosso objeto de pesquisa, um processo dentro de um outro processo - aquilo que chamamos de *processo de validação (do engendramento) do gesto profissional*.

Neste sentido, o gesto é o resultado de todo esse processo. Quer dizer, metaforicamente dizendo, durante a “peneiração” coletiva, há pedras de todos os estilos e tamanhos diferentes a peneirar. Há aquelas que passam pelas fendas com maior facilidade e outras não, assim como há gestos de todo tamanho, qualidade e forma. Qual seria, então, o critério utilizado nesta seleção para definir o que é gesto ou não? Isso vai depender do coletivo do serviço envolvido e o que está em jogo seriam as nuances do processo de transformação e evolução do *projeto-ação/ato* em gesto profissional.

Explicando melhor, em termos metafóricos, ao passar pelo crivo desta “peneiração” coletiva, aquilo que passa pelas fendas da peneira, recebe o nome de gesto, ou seja, o *gesto-pó*, ou seja *gesto-réstia*. Neste sentido, o gesto é um feixe de luz que passa por um orifício, que evenceu uma barreira estreita, uma situação de trabalho, um lugar de pedras preciosas. Um instante carregado de possibilidades (im)pensadas, um feixe de coisas socioculturais em movimento num determinado tempo. Por outro lado, dizemos do *gesto-resto* no sentido de um material inacabado, mal-acabado, inalterado, tosco, grosseiro, transgressivo, malfeito, melindroso, residual, desatinado, desmedido, deformado, desordenado, descuidado, etc. Ou seja, um *gesto-bruto*, porém significativo, e que não passou pela “peneiração”, que resiste e insiste, reivindicando seu estatuto de gesto profissional. A questão que os diferencia é o trato a ser dado aos dois mecanismos e o retrabalho constante a ser realizado no percurso.

A dimensão da *validação/deliberação* do gesto profissional em Psiquiatria é, intrinsecamente, relacionada à dimensão semiótica, a linguagem do trabalhador e aquela do

usuário. Consideramos esse processo como uma condição básica de transformação de um *projeto-ação/atos* em gestos profissionais em Psiquiatria, tanto no meio aberto como fechado.

Dizemos de um processo que passa pela explicação do sujeito-trabalhador consigo mesmo sobre aquilo que faz norma para ele na atividade, uma justificação, um mecanismo de *renormalização* no aqui-agora da singularidade e subjetividade do agir (a primeira validação). Em seguida, frente a um espaço-tempo universal, do outro, no coletivo (a segunda validação), visando à *deliberação/validação* de atos, catacreses, transgressões, na transformação e transmissão de gestos profissionais em Psiquiatria, dirigidos por endereçamentos possíveis a vários lugares, meios técnicos. A terceira *validação/deliberação* diz respeito a validar a (in)inteligibilidade da linguagem da loucura nas instituições de tratamento e fora delas - a fala do usuário, a sua experiência de sofrimento mental, aos moldes da Antipsiquiatria, por exemplo. Um processo que exige grande domínio do trabalhador das *normas antecedentes* da Psiquiatria e das Reformas Psiquiátricas e dos *saberes investidos* nas situações de trabalho aqui-agora e dos usuários. Um debate que nos remete à *máquina de moer conceitos em Psiquiatria* que apresentamos nesta tese.

Porém, há que se considerar o grau de variabilidade e infidelidade dos serviços envolvidos. Por exemplo no caso do CAPS, como todo meio é infiel, este *métier* nos parece duplamente infiel. Primeiro, pelo seu próprio caráter de composição multidisciplinar, segundo, por se tratar de uma clientela extremamente diversificada, cujos sintomas são invariavelmente (in)suportáveis e proteiformes.

5.1.12 Gesto é movimento

Em que medida gesto e movimento se relacionam? Gesto é um corpo em movimento, um corpo psíquico e físico em deslocamentos. A resposta é polêmica, mas defendemos a ideia de que o movimento é a entidade que faz circular no interstício da atividade, todas as dimensões constituintes do gesto, conforme nosso diagrama das dimensões genéricas do gesto profissional. O gesto é movimento na medida em que ele se estabelece na relação com o outro. Ele não somente coloca em ação o imaginário humano, como engloba, engaja e engendra o aspecto expressivo do movimento.

Sustentamos a controvérsia de que não existe gesto sem movimento e apresentamos nossas argumentações para distinguir um do outro. O gesto desvela em seu pano de fundo um colorido tônico-emocional consciente e inconsciente, produzindo movimentos, deslocamentos internos e externos.

Movimento é aqui compreendido como um fenômeno que descreve os deslocamentos estritos dos diferentes segmentos do corpo no espaço. Já gesto se inscreve na distância entre esse movimento e a tela de fundo tônico-gravitacional do indivíduo, isto é, o pré-movimento em todas as suas dimensões afetivas e projetivas. (GODARD, 2001, p. 17, destaques nossos).

Se o gesto é decorrente de um *projeto-ação/ato* em operação, compreende-se a existência de um corpo físico exigido em movimento de deslocamento externo. Retomamos o *projeto-ação* como um pré-movimento que exige um tônus muscular que prepara as ações e os atos em movimento. Trata-se de atitude postural, pré-movimento, afetividade e expressividade, antecipando o gesto profissional. Quer dizer, é o pré-movimento em todas as suas dimensões afetivas e projetivas que vai produzir a carga expressiva do movimento, que determina o estado de tensão no corpo e define a qualidade e a cor específica de cada gesto. Um estado afetivo que concede qualidade ao gesto profissional. Em linhas gerais, é através do gesto que a atividade desvela sua produção de sentido, qualificando melhor o referido projeto de engendramento.

Para esclarecer melhor esse paradoxo, ampliamos a discussão em nível macro da sociedade, a exemplo da segunda retomada que Canguilhem (1995) faz em sua obra e que inter-relacionamos com as Clínicas do Trabalho ao longo da tese. Ele diz que a sociedade é, ao mesmo tempo, máquina e organismo, conforme anunciamos. Em sendo somente máquina, não haveria uma regulação, mas sim planificação, onde tudo seria executado de acordo com um programa, um modo automático de funcionamento.

Neste sentido, para se realizar um gesto mais eficaz em determinado *métier*, há que se operar um sacrifício na movimentação, a fim de atacar o gênero em questão e promover o desenvolvimento da atividade (CLOT, 2006). Ou seja, a máquina produz movimentos, mas somente o ser humano faz gestos. Não abordamos os automatismos, mas consideramos uma reflexão controversa e ampliada pelo grupo GAM do CNAM/Paris - onde a Clínica da Atividade problematiza essas instâncias, fazendo um debate com o psicólogo infantil Wallon no final do XIX século. O referido psicólogo estabelece uma crítica mais refinada ao Taylorismo do que aquela tão evidente de promover um controle da ação do trabalhador e dirigir a produtividade. A partir da insígnia de que a ciência descobre, a indústria aplica e o homem se submete pelo viés taylorista, Wallon vem dizer de um conflito e uma tensão de duplo sentido. O trabalhador opera uma conformidade para se manter na prescrição e para fazer “gestos” impostos pela organização e, ao mesmo tempo, um esforço contrário à espontaneidade de fazer “gestos” em emancipação. Um esforço de sacrificar o “gesto” possível, voluntário, para fazer o prescrito. Uma luta do sujeito contra si mesmo, gerando

sofrimento físico e psíquico. Quer dizer, em termos tayloristas, prescreve-se um “gesto” e impede o movimento espontâneo. Ao amputar o movimento espontâneo, sacrifica-se a atividade possível. Uma solicitação do movimento e, na sequência, uma amputação do mesmo movimento na realização de um único “gesto” repetitivo.

Por outro lado, vista como um organismo, “a própria necessidade revela a existência de um dispositivo de regulação.” (CANGUILHEM, 1995, p. 225). O que nos faz compreender que o gesto não é somente movimento externo, mas também movimentos internos, mesmo quando o nosso corpo não se desloca de um lugar a outro, exigindo um tônus psíquico (OSTROWER, 2014). Fazemos gestos parados, exemplo disso é o gesto da escuta do analista que inclui o pensamento em movimentos. Segundo Guérin (2011, p. 90), se o gesto técnico se relaciona ao mundo material, o gesto “ablativo” (voluntário) se refaz no social, porém, a essência dos dois reside no contato inter-humano. Exemplificando um tipo diferenciado de movimento interno, ele nos apresenta o *gesto de pensar* - um quinto gesto em sua *quadratura* filosófica. Um conceito que nos faz compreender o gesto como uma postura e não somente uma ação física, antes determinante desta. Não nos colocamos a pensar, uma vez que o pensamento não é pré-definido como as regras de um jogo, a aprendizagem de uma competência ou de uma técnica. O gesto de pensar não vem do exterior, ele é um movimento interno, pois se trata de “maneira de ver”, uma “visão” – uma “visão de mundo” – uma decisão intelectual e que contribui nas etapas de engendramento de gestos possíveis. Apresentamos como exemplo, o gesto de pensar do filósofo Michel Foucault na passagem da *Arqueologia dos saberes* para a *Genealogia do poder* e a *Sexualidade*.

Consideramos essas duas vertentes de movimento e avançamos em nossas conexões teóricas, imprimindo ao engendramento do gesto profissional um caráter artístico (entre o teatro²⁰⁸ e dança), uma vez que ele é expressão das dramáticas do *corpo-si*. Aquilo que faz

²⁰⁸ Gesto é movimento. Foi assim que cheguei em Paris em setembro de 2014 para estudos de doutorado. Logo em seguida, procurei o Théâtre du Soleil para fazer um estágio e procurar compreender a contribuição do teatro para o gesto profissional em Psiquiatria. Fui aceito, desde que entrasse no processo de trabalho da companhia – todos dividem as atividades de trabalho, desde a recepção à cozinha, antes do palco. Não recuei, ao contrário, aceitei o desafio e assumi o trabalho na cozinha. De início, aprendi a fazer a *limonade du desert - du Théâtre du Soleil*. A receita era a seguinte: *dentro de uma grande “marmite” de 30 litros, adicione, primeiramente, dois kilos de “La Perruche” (un goût authentique de oure canne); dois litros de fleur d’oranger; um saco de 500 g de canela em pedaços, mexa e deixe descansando 30 minutos enquanto se estreme 5 litros de limão, excluindo as sementes e recuperando a polpa (essencial). Em seguida, complete com água fria e fazendo os devidos reparos, conservando um gosto particular entre o azedo e o doce.* Foi a partir dessa atividade que assumi outras, inclusive trabalhar no bar, servindo a comida que eu mesmo havia ajuda fazer. Acompanhei uma grande parte do processo de trabalho de produção de *Macbeth*, uma peça de teatro de William Shakespeare (1564-1616). Conheci os atores e pude conversar com muitos deles sobre o conceito de gesto no teatro. O resultado de tudo isso é a produção de um artigo que se encontra em produção. Neste sentido, as minhas argumentações nesta tese também recebem a influência dessa experiência.

cena na cena do outro (as relações entre trabalhadores, usuários e familiares) e nos bastidores (a preparação dos coletivos) do trabalho. Consideramos que há algo de teatral no comportamento humano, inclusive no corpo do trabalhador em atividade.

Sabemos que a arte é um jogo da criatividade, onde corpos, almas e subjetividades se (re)encontram na realização de gestos, sendo a linguagem uma coadjuvante constituinte. Como já dizia Canguilhem (1995, 2005), a arte e a ciência são domínios diferentes que se complementam. Em outros termos, é impossível produzir arte sem se levar em conta a produção histórica de *saberes constituídos e investidos* (SCHWARTZ, 2007). Há que considerar a historicidade dos acontecimentos que, em seu peso e medida, são únicos, transitórios e vinculados a épocas determinadas. Ou seja, dizemos de uma ação física, mecânica, uma *expressão corporal* em movimento. Uma ação informada pelo espírito que é alma, cultura, história, singularidade, experiência, corpo e contexto, conforme nos informa o *corpo-si* em Ergologia. Mas, não um espírito solto, mas aquele enquadrado num espaço-tempo e na relação com o outro. Que resulta num movimento criativo também informado pelo *ser-no-mundo* de cada um. Um movimento fluido que faz do tocar um pegar (RIBAUT, 2011) carregado de intencionalidades e que não está ancorado em nenhum conceito, a priori, mas que (re)aparece na relação. Quer dizer, um espírito em conexão com a materialidade e concretude dos fatos, com o sociocultural que, na vertente do teatro e da dança, chamamos de *Biomecânica* – a análise da expressividade do artista, segundo Oliveira (2008).

Uma outra forma engajada de fazer teatro com e para o público, que articula expressividade e técnica. Segundo Godard (2001), a expressão corporal é uma forma assumida pelo corpo ao existir no mundo. Ao fazermos esta análise, estaremos nos aproximando da arte de ser profissional na realização de gestos (im)possíveis nesta interseção. No m como na dança, o corpo do artista é o cartão de visita e de início de sua atividade. Mas, o que seria esse movimento plástico-expressivo? Tratam-se de mecanismos de compensação e compreensão do processo de criação e atuação do ator, a partir da movimentação do corpo. Inicialmente, um “movimento-conflito” entre duas forças, alma e espírito, e mais tarde, um conflito entre movimento reflexo e movimento consciente, intermediado pela atração.

Apresentamos duas proposições básicas que, segundo a *Biomecânica*, são consideradas parte das *normas antecedentes* da criação de *Movimentos Expressivos*. São elas, segundo Oliveira,

- a) O desenvolvimento do corpo deve ser baseado em movimentos naturais, expressivos, isto é, **movimentos que envolvem o corpo como um todo**, em oposição aos movimentos artificiais; b) o movimento expressivo é entendido como

um movimento-conflito entre duas forças, alma e espírito [...] (OLIVEIRA, 2008, p. 102, destaques nossos).

No primeiro princípio, ao recusar a visão mecanicista do corpo, a *Biomecânica* se descentra da emoção psicológica para tratar o movimento como um gesto, envolvendo o corpo inteiro. Se uma parte do corpo do ator é tocada, significa que o corpo todo foi afetado, chamando-o para uma postura, uma posição frente ao espectador – uma postura no mundo. Assim, o *Movimento Expressivo* é aquele que se (re)faz de acordo com regras de organicidade do movimento e acompanhado por princípios da contradição (o segundo princípio do movimento expressivo) percebida no *trabalho real* e que vai se constituindo como uma exigência primordial. Assim, organicidade e contradição caminhariam juntos na fabricação do *Movimento Expressivo*, inclusive do gesto profissional. A este Movimento Expressivo, acrescenta-se a *atração*. Segundo o autor, todo movimento intencional ideal pode ser considerado um *Movimento Expressivo Atrativo*.

Assim, um *Movimento Expressivo Atrativo* é aquele que estabelece uma relação ator-público, encenação-espectador, valorizando a importância do espectador no trabalho criativo do ator. Não se preocupa somente com a dialética do dentro e fora, interior/exterior, mas sim com a resposta do espectador frente ao *Movimento Expressivo Atrativo* do ator. E para promover esta atração, ele a decompõe em duas formas, dois tempos, apresentando-nos dois outros princípios da *Biomecânica*.

O primeiro, o princípio do *otkas* - um movimento de recuo antes de avançar na cena, uma espécie de pré-movimento - um sinal de prontidão para a realização de outro movimento, como se um movimento preparasse o terreno para o próximo e breve capítulo da encenação. Em termos cotidianos, costumamos dar um passo para trás quando realizamos um salto para frente. Ou seja, quando realizamos um movimento genuíno com gasto de energia, temos antes que fazer um movimento oposto a este. Uma forma de resgate da tensão entre conflito e organicidade, onde o movimento de recusa entra na economia da organicidade do mesmo movimento. Um princípio que se funda na contradição, na via contrária ao fluxo daquele movimento que se realizava. Pelo *otkas*, nossos instintos são preparados e, no momento da ação, “instintivamente, damos alguns passos para trás para só assim encararmos de vez o obstáculo.” (OLIVEIRA, 2008, p. 109).

Por outro lado, a segunda decomposição, o *rakrus* - um outro princípio da *Biomecânica* que consiste em uma ação de ausência de movimento entre uma encenação e outra. Um princípio de movimento utilizado para ampliar a expressividade do movimento do ator e afetar os sentidos do espectador. Um atalho entre um movimento e outro, um resumo,

uma síntese (de *debate de normas*) para continuar, sem se perder e fazer o espectador se confundir. Ao contrário, um ponto de pausa rápido e prenhe de sentido, de basta, entre dois movimentos e que traria a “dinâmica congelada de um momento”. O ator condensa ali a dinâmica de um todo, promovendo sínteses para recomeçar seu movimento. Em outras palavras o *rakrus* é uma ação cheia de intenções – um gesto cheio de motivos de síntese no ponto de mudança entre dois movimentos.

São ingredientes que também entram na composição das dimensões genéricas de um gesto profissional e que se mostra essencial, clinicamente, para o gesto profissional em Psiquiatria . Operamos os mesmos movimentos externos e internos na construção e condução de um caso clínico dentro dos serviços de Saúde Mental. Quer dizer, a ação biomecânica nos faz realizar movimentos de recuo para avançar e de congelamento da cena para melhor compreender e permitir o sujeito nos dizer aquilo que ele precisa dizer, se dizer – conforme veremos em nossa postura analítico-clínica dos quatro casos impossíveis que analisamos na tese.

A dimensão do movimento é considerada a base do gesto profissional. Em Psiquiatria, a situação não é diferente e faz toda a diferença neste contexto do gesto profissional em Psiquiatria que espreitamos na tese. O movimento possibilita a expressão e o encontro de corpos nos serviços de tratamento, proporcionando *esbarrões* de usuários com os trabalhadores e vice-versa, conforme veremos em nossas análises do *trabalho real*. Como resposta da pesquisa, notamos tanto a realização de *projetos-ações/atos* no engendramento de gestos, como percebemos que este mesmo processo é, na maioria das vezes, interrompido pelos próprios trabalhadores em etapas anteriores de pré-movimento. E isso é dependente de uma série de situações conflitantes no processo de trabalho cotidiano do CAPS que estudamos.

Trata-se de compreender a relação da Psiquiatria com o movimento de forma problemática e trabalhosa. Conforme definimos, se não existem gestos genéricos sem movimento, o gesto psiquiátrico não se mostra diferente, mas há que se qualificar este movimento. Em termos de gestos sem deslocamentos externos, historicamente a Psiquiatria fez e ainda faz história na história dos saberes, vide a passagem da Arqueologia dos saberes para a Genealogia do poder de Michel Foucault. Desde a Era Clássica até o momento, a Psiquiatria tem ficado restrita a diversas instituições, ora abertas, ora fechadas. Se antes era

em grandes hospícios, nos manicômios, depois em hospitais psiquiátricos e gerais, hoje, em serviços abertos, dos quais os CAPS são um exemplo.

A Psiquiatria por si só não se mostra nem estática, nem dinâmica, a priori. Compreendemos que seu hibridismo pode funcionar, propiciando seu deslocamento interno e externo à instituição. Tal movimentação vai depender da direção das Políticas Públicas de Saúde Mental adotadas por cada município.

A formatação dos CAPS, por exemplo, alarga as profissionalidades, possibilitando e demandando dos trabalhadores uma movimentação interna e para fora da instituição (o Matriciamento e a visita domiciliar são bons exemplos). E isso exige uma movimentação ético-epistemológica e filosófica dos saberes em Psiquiatria nos meios técnicos na perspectiva de Foucault (2007), Canguilhem (1995; 2001) e outros a pesquisar e problematizar.

5.1.13 Gesto é clínica

Partimos da proposição de que todo gesto profissional é clínico, esclarecendo esta proposta independente do contexto e do campo disciplinar em que ele esteja inserido em seu processo de engendramento. E, para sustentar esta construção, entendemos que o caráter clínico não seja exatamente uma dimensão isolada entre as outras, mas uma postura, uma síntese de relação, um plano de investigação e de captura do gesto profissional.

A clínica não é somente uma forma, um tipo de abordar o sujeito, mas sim uma postura de ser constituinte do gesto. O gesto sempre se movimenta clinicamente para onde quer que seu engendramento dirija o processo. Por isso dizermos que a clínica é antes de tudo um jeito de se aproximar das situações de trabalho e do sujeito, uma maneira de abordar o gesto, um estilo de “pegar” o sujeito em atividade. Neste sentido, eu posso agir, pegando o sujeito da/em atividade não somente pelo ato falho falado e/ou escrito denunciado pela Psicanálise, mas por um olhar multifacetado em movimento e determinado pelo discurso, pelos saberes e valores mobilizados.

Dispomos de vários argumentos para definir a clínica como uma maneira de se debruçar sobre o (leito do) outro, não somente sobre o seu sintoma ou estilo de viver, mas de olhar, compreender o silêncio e o barulho do sujeito e interferir na situação. Uma postura que não está nem no início, nem tampouco no fim deste processo de engendramento de gesto, mas no percurso que perpassa todo esse projeto. Quer dizer, o gesto clínico como um esforço de

poesia.²⁰⁹ Consideramos importantes os *debates de normas* que o operador faz consigo mesmo e com o outro da relação. Isso exige um exercício de *desconforto intelectual*, humildade, ética, filosofia, um olhar arqueológico e epistemológico na movimentação de saberes ao fazer clínica, segundo Michel Foucault e Georges Canguilhem, respectivamente.

Por isso, compreendemos a importância das Clínicas do Trabalho neste contexto clínico, inclusive, considerando suas contribuições na produção, a priori, de conceitos genéricos, singularizando-os na sequência da situação, na informação singular. Em nosso caso – *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Uma forma de considerar a centralidade da atividade, abordando-a de forma clínica em várias perspectivas. Ou seja, de não somente abordar o trabalho como atividade humana no campo dos saberes originalmente *psi*, mas também na concretude e materialidade do aqui-agora das situações de trabalho. E isso requer a construção de um olhar e uma postura clínica ampliada de querer saber algo sobre o outro em suas competências e constituição biopsicossocial, acompanhando o sujeito em sua trajetória de vida.

Dizemos de uma postura clínica frente a todos os saberes (supostamente clínicos) que esta tese tenha mobilizado, dentro de uma perspectiva de rompimento com toda tentativa de estabilização do saber-fazer-poder com e sobre o outro. Um *olhar clínico* construído na relação intersubjetiva, de encontro do trabalhador consigo mesmo e com o outro, mas no sentido de permitir a expressão deste outro em todos os seus aspectos biopsicossociais (conscientes e inconscientes), sem intervenções descontextualizadas. Um olhar ampliado ao aqui-agora das situações, que atinja o “território mental” do sujeito, considerando as *normas antecedentes* e os saberes construídos no tempo e na história dos saberes envolvidos no processo e que atravessam, interferindo neste aqui-agora. Quer dizer, a clínica como um jeito de se aproximar do outro e da situação, que Yves Schwartz considera não como uma aproximação que permite uma redução, circunscrição ao micro, antes um *olhar ampliado* ao contexto macro das situações.

²⁰⁹ Um percurso de natureza poética. Uma situação que se assemelha a uma linguagem de poesia na vertente de um diálogo construído entre mim e um estudante de medicina (Rodrigo Seixas Dourado) do segundo período do curso de medicina da UNIFENAS/BH, 2016, por ocasião de um estágio nos Centros de Convivência da rede substitutiva de Belo Horizonte/MG. Segundo ele: “Entendo, portanto, que a arte do lidar com o outro se assemelha à leitura de uma poesia, não necessariamente vamos entender a mensagem que é passada, e nem tampouco é preciso que se compreenda isso. Afinal, a riqueza de subjetividade com a qual é escrita uma poesia lhe permite ser interpretada de diversas formas distintas, e a essência da poesia assim como de nós seres humanos é o sentimento. A poesia não foi feita para ser compreendida e sim para despertar algum tipo de emoção, seja ela qual for, às vezes melancolia, outras alegrias, independente do que ela cause (e isso varia de pessoa para pessoa), a certeza que nos cabe é que ela vai impactar.”

Ao afirmarmos que o gesto é inscrito na história, isso requer uma clínica ampla, no sentido dialético de uma articulação micro e macro, uma vez que ela é captada no aqui-agora e nos remete às variáveis e determinantes antecedentes. Isso nos reforça que o gesto é inscrito na história, produzido no presente e que se desloca entre o passado e o futuro das situações. Por isso, pensarmos o gesto clínico de forma ampliada e em movimento, em direção à situação, ao meio e aos sujeitos envolvidos.

Em síntese, dizemos do encontro de quatro dimensões nobres do gesto: *a atividade, a clínica, o movimento e a política*. Ou seja, o movimento da atividade do *corpo-si* no gesto profissional é clínico, mobilizando outras dimensões na situação. Por exemplo, o movimento e o jeito de sentar anunciam um uso singular do corpo que extrapola os saberes, propriamente, psi (psicológicos e psicanalíticos). Neste sentido, o gesto vai ser sempre clínico e movimento, deslocamento interno e externo. A abordagem do gesto sempre reivindica um movimento clínico de ajuntamento de tudo que se sabe genericamente para se aplicar (singularmente) no caso. Em termos ergológicos, referimos aos seis ingredientes de competência da atividade (IGR's), em especial o IGR-3, de percepção das contradições engendradas entre aquilo que se sabe (do patrimônio-herança) de determinado campo do conhecimento e aquilo que o caso demanda. E isso requer uma disposição ético-filosófica e epistemológica para se colocar hipóteses que representam aberturas no campo do trabalho.

Neste sentido, podemos dizer que o gesto é clínica, atividade e movimento num posicionamento político, na intencionalidade, no corpo, na linguagem, na técnica, no (in)consciente, na mobilização de saberes, no *projeto-ação/ato* - patrimônio-herança e na validação. Um deslocamento que requer uma dialética entre um tônus físico e psíquico.

Afirmamos que todo gesto profissional em Psiquiatria é clínico e tratamos de questões constituintes desta proposição específica. Para este projeto, consideramos a clínica no sentido amplo do termo e do movimento que extrapola o posto de trabalho, a instituição, e a situação envolvida – que pretendemos aqui esclarecer. Um assunto importante neste contexto da tese, uma vez que o gesto profissional que construímos reivindica uma clínica em movimento, que não se contente em oferecer uma resposta estabilizada para questões complexas da loucura. Neste sentido, anunciamos a necessidade contemporânea de construção de gestos profissionais que vão ao encontro da loucura lá onde ela estiver. Principalmente, em se tratando de apresentar respostas (im)possíveis para os diversos desconfortos de abertura da tese.

Compreendemos a clínica na relação entre pares e que não se limita à tecnicidade da Psiquiatria ou de qualquer outro saber. Ela convoca em antecipação todos os saberes possíveis na interface, os protocolos, as *normas antecedentes* em confrontação com a materialidade e a concretude dos fatos e das singularidades pessoais – a dimensão do encontro (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Trata-se de uma dimensão plural no sentido de que ela mobiliza outras dimensões, em especial a corporal e aquela dos saberes constituintes desse campo do conhecimento. Quer dizer, para fazermos clínica, precisamos lidar com o *corpus* teórico da Psiquiatria para além dela mesma, ou seja, “a clínica jamais vai poder ser pensada como ela é na medicina em si, naquele protótipo de etiologia, doença e tratamento” (Marco Polo). Para realizar esta operação, requer considerá-la em seu próprio hibridismo (nem natural, nem humano), uma vez que “Pela raiz própria da loucura, então, eu acho que a psiquiatria se desenvolveu em torno da concepção da loucura. E, como a concepção da loucura, ela tem uma enorme vertente filosófica e humanística, quer dizer, a humanidade se põe a pensar a loucura” (Marco Polo). Compreendemos que esta dimensão exige uma reconfiguração de saberes psiquiátricos, um corpo em evidência e movimento e um olhar ampliado:

[...] isso me é muito interessante, por exemplo, na **relação dos trabalhadores com os usuários... sobre o corpo, quais as expressões corporais dos trabalhadores que podem calar a loucura dentro ou fora do hospício?** Com quais olhos, por exemplo, que a gente pode fazer uma ação antimanicomial? Que olhos que podem ter um olhar antimanicomial? **O que é um olhar antimanicomial?** Talvez seja **um não olhar tanto, um olhar menos... menos pretencioso, menos querendo dar um jeito... querendo suportar mais o jeito do sujeito... talvez seja essa a nossa maior dificuldade** [...] (Marco Polo, destaques nossos).

Uma operação nada simples, antes desconfortável e que considera a clínica como uma *práxis* biopsicossociocultural, ou seja, que relativiza os saberes híbridos em Psiquiatria, porém, na direção de um olhar antimanicomial, conforme espreitamos na tese. Uma clínica na perspectiva da *Nova Clínica*, segundo Louis Le Guillant – ou seja, que mobiliza o político, o trabalho, o social, a cultura, o jurídico, o psiquismo, a cidadania, a autonomia, a biologia, o consciente e o inconsciente, etc. Quer dizer, contra os aspectos psicológicos da terceira pessoa, segundo Politzer (1998). Em outro sentido, uma postura clínica que nos faz repensar os lugares de tratamento, uma vez que:

[...] há uma expectativa nossa que as pessoas ocupem o lugar que a gente constrói... mas ainda pode não ser o lugar de preferência... pode ser a rua, pode ser a atenção

primária... podemos pensar uma coisa não cersâmica...²¹⁰ um outro lugar que não seja uma instituição parada, mas talvez uma instituição ambulante no sentido do cuidado, mas não no sentido de eu vou te colocar em tal lugar. (Marco Polo, destaques nossos).

Concordamos com esta fala no sentido de que ela amplia a polêmica dessa dimensão clínica do gesto profissional em Psiquiatria em nível de *debates de normas e renormalizações* possíveis e parciais. Dizemos de uma relativização da instituição fechada com a aberta, cujo caminho é a promoção de uma clínica ambulante, uma Psiquiatria de extensão, comunitária, aberta, em movimento e que vá ao encontro do sujeito em sofrimento lá onde ele demandar. Uma clínica e um gesto profissional que respeita o tratamento como ética e direito, não um dever, nem mesmo obrigação, “imposição”. São exigências, a priori, incompatíveis com o hospital psiquiátrico, tal como com o reconhecemos e que também não se garantem, necessariamente, dentro do CAPS (SILVA, 2010).

Para esse debate, além dos diversos aportes teóricos apresentados nesta interseção, resgatamos a herança brasileira de Saúde Pública e Coletiva, em especial, com Campos (2007a; 2007), Merhy (2005), além de outros autores como Goldberg (1996), Tenório (2001), Amarante (1995; 1996; 2003).

Não consideramos a clínica somente como uma motivação situada no aqui-agora, mas um acontecimento, um meio, uma estratégia essencial de acolhimento, um dispositivo de (re)construção da inter-relação terapeuta-usuário e com a rede de atenção psicossocial, de construção do *Projeto Terapêutico Individual* (PTI), da condução do caso e do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*.

Partimos do conceito de “posicionamento clínico” desenvolvido por Lévy (2001) ao considerar a clínica como uma *démarche* muito mais do que um conjunto de métodos e de técnicas, mas um posicionamento global em relação ao outro, ao saber e sua elaboração, como uma ação, uma *práxis* entre a teoria, a prática e a experiência. A abordagem clínica de um sujeito em específico ou de um conjunto de sujeitos envolvidos numa determinada instituição em torno da crise. “O clínico supõe sujeitos vivos, desejantes e pensantes, falando igualmente, tanto para nada dizer quanto para se fazer reconhecer, ou para encontrar um sentido para suas emoções, para suas lembranças ou para suas histórias que eles constroem a cada instante” (LÉVY, 2001, p. 20).

²¹⁰ Para maiores esclarecimentos, ao dizer Cersâmica, ele se refere a uma postura de centralização do CERSAM - sugerimos um retorno ao dado empírico do mestrado (SILVA, 2010) que localiza o CAPS num processo perigoso de institucionalização enquanto um lugar estático de tratamento.

É dentro desse sentido que (re)apresentamos a *Clínica da Reforma Psiquiátrica*, ampliando e ressignificando seus princípios normativos. Uma clínica bastante teorizada e pouco polemizada frente à concretude e a materialidade das condições de trabalho dos novos Serviços Substitutivos. Segundo Tenório (2001), trata-se de resgatar “formas renovadas” de aproximação da loucura, considerando a tensão entre a tutela e o cuidado, visando ao tratamento sem segregação. Diz da reformulação de dispositivos clínicos, resgatando ações clínicas e extra clínicas – de difícil diferenciação.

Dizemos de questões que nos trazem de volta à problemática da (não) consideração da loucura não somente como doença mental. De um lado, o respeito à existência do *ser-no-mundo* do usuário, delineando uma grande discussão entre: gerenciamento da vida e autonomia, reabilitação e contratualidade. De outro, a reconfiguração das noções de cura e tratamento e que nos remetem à escuta, à diversidade humana, ao vínculo, aos aspectos (contra)transferenciais da chama *Clínica Ampliada* (CAMPOS, 2003). Considera também a contestação da instituição psiquiátrica tradicional, reconfigurando novas práticas e serviços de tratamento dos quais a Reforma Psiquiátrica brasileira se ocupa há mais de trinta anos.

Apresentamos alguns princípios essenciais dessa *Clínica Psiquiátrica renovada*. Inicialmente, dizemos de quatro vertentes. Por um lado, dizemos das políticas que propõem uma consideração e superação do paradigma clínico na *Desinstitucionalização italiana*, a especificidade da clínica aos moldes da *Psicoterapia Institucional francesa*²¹¹ e a *Antipsiquiatria*. Por outro, a Reabilitação Psicossocial que juntos contribuem para ampliar o campo teórico-prático da *Clínica da Reforma Psiquiátrica*.

Na primeira vertente, a instituição que se nega, não é, exatamente, o hospital psiquiátrico, mas sim a doença mental com limitante da existência humana. Se a operação fundante da *Clínica Psiquiátrica* é a apreensão da loucura pelo conceito de doença, estaremos diante do desafio de interrogar essas instituições em seus limites. Para tal, é preciso promover um rompimento com o paradigma clínico psiquiátrico clássico, criando novas instituições territoriais como os CAPS que estudamos. Inventar instituições e mobilizar dispositivos.

A segunda, que visa afirmar a positividade da clínica como campo de trabalho dentro da instituição para tratar o usuário, um posicionamento polêmico e um debate que abordamos na tese.

²¹¹ Não se trata de nosso objeto de estudos na tese, mas incluímos o extenso debate de Passos (2009) acerca de seu posicionamento quanto a desmistificar alguns mal-entendidos nesta interseção clínica-desinstitucionalização, ou seja, o falso dilema *político* versus *clínico*.

A terceira, a Antipsiquiatria como uma postura clínica de visibilizar a experiência de sofrimento mental, que não somente a Esquizofrenia.

Na última vertente, trata-se de romper com a noção ortopédica de reabilitação como restituição à normalidade anterior. São quatro vertentes que, a priori, se misturam na transformação do campo brasileiro de Reforma Psiquiátrica. Melhor dizer, segundo Tenório (2001) e Amarante (2003), o campo da *Atenção Psicossocial* que requer outro paradigma clínico de Saúde Mental, solicitando a relação com o usuário em múltiplas interações psíquicas, socioeconômicas, políticas e culturais. Em outras palavras, propomos uma superação dos termos: psiquiátrico, psicológico e psicanalítico no aqui-agora das situações de trabalho. Isso demanda um *Trabalho Clínico* que ampliamos o diálogo com as *Clínicas do Trabalho*.

Para este trabalho, reservamos atenção especial para a Antipsiquiatria no sentido de promover e superar a anulação da fala, da experiência do usuário de sofrimento mental (COOPER, 1967), bem como a prática indiscriminada da internação psiquiátrica tradicional. O que está em jogo é a forma de fazer e pensar a Psiquiatria. Não nos parece que ela se mostra interessada em transformar seu próprio destino, ou seja, “não parece estar ao alcance da psiquiatria romper esse ciclo de repetições.” (TENÓRIO, 2001, p. 56). Neste sentido, torna-se original o nosso projeto de espreitar o gesto profissional em Psiquiatria na interface de saberes, instituições e fazeres práticos neste campo do conhecimento. Para atingir esse objetivo, há que considerar as possíveis *crises, rupturas e movimentos* porque passaram a Psiquiatria, localizando o *gesto profissional* como *matéria estrangeira* (CANGUILHEM, 1995) e possibilidade de transformação do modelo institucional e sintomatológico de tratamento. Sair da lógica do sintoma para atingir o sujeito. Para isto, não se trata de considerar a saúde no silêncio dos órgãos como dizia Leriche (CANGUILHEM, 1995). Ao contrário, trata-se de positivar o barulho do sintoma do sujeito e buscar nele uma direção de cura, assim também como nos ensinou Freud.

Pensar uma clínica móvel é o objetivo desse diálogo, projetando ações, propondo e realizando atos e engendrando gestos profissionais em Psiquiatria, dentro e fora da instituição. Neste sentido, estaremos estabelecendo condições subjetivas e objetivas para os usuários enfrentarem seus sofrimentos e prosseguir na vida, mesmo psicóticos, por exemplo, segundo as orientações clínicas dos trabalhadores. Dessa forma, abordaremos a necessidade de superação do sintoma como limitação e que demanda alguns princípios para uma *Psiquiatria Renovada* (TENÓRIO, 2001). O primeiro deles, a abordagem ao sofrimento mental como condição de existência, um outro *ser-no-mundo*, uma outra normatividade na linguagem

canguilhemiana. A cura não como fim, mas como um meio – o próprio tratamento como caminho de cura. Ajudar e sustentar o usuário em suas escolhas, tomadas de decisões, gerenciando e secretariando o usuário na perspectiva lacaniana do termo. E isso exige a reconfiguração dos conceitos de autonomia, reabilitação e contratualidade como equivalentes de cura. Autonomia como capacidade de ser normativo, de ajudar o usuário restituir a força de normatividade da vida, enfrentando as *infidelidades do meio* (CANGUILHEM, 1995) e o constrangimento da doença e normas de vida. Dessa forma, a exclusão da loucura estaria colocada em cheque em seu sentido de negação da contratualidade, da capacidade de assumir e refazer novos contratos de vida. Reabilitar na compreensão de reconstruir o poder contratual, criando um espaço-tempo de autonomias entre terapeutas e usuários. Um princípio que tem como *atividade clínica*, o acompanhamento do sujeito em sua vida, em seu tratamento. Um desafio que ampliamos na proposição de *DD3P ergopsiquiátricos de contra-poder*, como por exemplo, a criação de GRT para se discutir a construção clínica de *Projeto Terapêutico Individual* (PTI) – como um dos valores essenciais para as novas práticas em Psiquiatria.

O segundo princípio, a direção de tratamento segundo as orientações do próprio usuário. Um outro desafio clínico, “o de tomar a fala do paciente não no registro da patologia, mas como índice de sua condição existencial.” (TENÓRIO, 2001, p. 67). Um assunto debatido por ocasião do debate entre a Psiquiatria e a Antipsiquiatria, intermediado pela Ergologia. Há que se considerar os aspectos transferenciais e de vínculo do usuário. Dizemos da relação individual e singular com o usuário, mas também da criação de espaços coletivos como dispositivos de tratamento.

O terceiro princípio, um outro tipo de instituição que inclua a diversidade, a inventividade e o acolhimento longitudinal. Em nossa pesquisa, referimo-nos ao CAPS, ultrapassando-o. Segundo diversos autores, teorizar sobre o sofrimento mental é teorizar, historicamente, sobre a instituição de tratamento. O CAPS tem caminhado numa direção centrípeta de institucionalização no processo de reforma do que se posicionando de forma instituinte da novidade (SILVA, 2010). Segundo nossa pesquisa, a equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central tem trabalhado no sentido de resgatar e ressignificar suas missões, garantindo os princípios básicos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Definimos a *Atenção Psicossocial* como uma interferência consentida no cotidiano habitacional da cidade e compreendemos o conceito de *território* como um espaço-tempo construído socioculturalmente e que vai além da noção de regionalização administrativa (AMARANTE, 1995; 2003; TENÓRIO, 2001). É dentro dessas considerações teóricas que

reconfiguramos uma *Clínica da Reforma Psiquiátrica* que “não restringe a priori seu campo de pertinência, devendo se tornar maleável ao manejo de circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas.” (TENÓRIO, 2001, p. 72). Se a lida com o sofrimento mental grave (a psicose, por exemplo) demanda uma série de competências, faz-se necessária uma mudança no escopo das ações e amplitudes clínicas, tecnicamente pensadas e praticamente desafiantes para os saberes estabelecidos em Psiquiatria.

Trata-se de uma situação clínica que requer uma ideia que não dispensa a tradição, o saber, os instrumentos da Psiquiatria dominante, mas incorpora outros saberes, outros instrumentos, outras práticas. Neste sentido, “No universo da reforma psiquiátrica brasileira, adotou-se, para designá-la, a expressão “Clínica Ampliada” (TENÓRIO, 2001, p. 72). Uma ampliação do conceito de clínica que questiona a prática indiscriminada da internação psiquiátrica e, sobretudo, o sistema de equivalência entre farmacologia e nosografia que, juntos, promovem um desaparecimento da *Clínica Psiquiátrica*. Ou seja, “A psiquiatria deixou para trás sua clínica e isso que se está descrevendo como clínica ampliada é tão-somente seu resgate.” (TENÓRIO, 2001, p. 72). Abordamos esse conceito de *Clínica Ampliada*, a partir de uma proposição Basagliana de se colocar a doença em parênteses para se ocupar do doente (AMARANTE, 1995), deslocando a ênfase do “processo de cura” para processos de invenção da saúde e “reprodução social do paciente”. E estendemos esse debate para o campo da Saúde Pública e Coletiva, incluindo a filosofia da vida de Canguilhem (1995) retrabalhada por Yves Schwartz na vertente de não desconsiderar as diversas facetas constituintes de um problema, uma *matéria estrangeira*. Neste caso, por exemplo, não se trata somente de colocar a doença entre parênteses para atingir o sujeito, mas de considerar os processos de adoecimento em seus diversos níveis explicativos, epistemologicamente, sem desconsiderar o encontro com o sujeito em seus *debates de normas*. Quer dizer, “pôr a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida... voltar o olhar também para a doença do doente concreto.” (CAMPOS, 2007, p. 55). É dentro deste contexto que achamos pertinente se promover uma ampliação da clínica ao encontro do sujeito e seu sofrimento mental.

Dizemos de uma clínica centrada nos sujeitos e nas pessoas reais, em suas existências materiais e concretas, não permitindo a redução dos loucos aos seus sintomas. Ou seja, não permitindo a doença ocupar todos os espaços do corpo do indivíduo. Dizemos de uma nova dialética entre sujeito e doença. Esta polêmica só poderia, então, ser sustentada por um novo tipo de clínica reformada e ampliada. Quer dizer, contra o “empobrecimento da clínica” (o primeiro desconforto de abertura da tese), um novo fazer clínico que inclui a ampliação do

objeto de saber e de intervenção. Incluir na enfermidade como objeto de intervenção, o sujeito e seu contexto de mundo. “Entretanto, tratar-se-ia de ampliação, não de troca. O objeto a ser estudado e a partir do qual se desdobraria um Campo de Responsabilidades para a Clínica, seria um composto, uma mescla, resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e sua Doença.” (CAMPOS, 2007, p. 57). Uma clínica que ressignifica a medicina e a relação terapeuta-usuário como técnica e arte (CANGUILHEM, 1995). Diz-se da reconstrução do conceito de clínica, resgatando diversas clínicas para o conceito de clínica que não pode se fazer única neste campo da Saúde Pública e Comunitária.

Uma clínica que crítica o imediatismo e reducionismo queixa-conduta, convocando os processos de promoção, prevenção da saúde e reabilitação biopsicossocial. Atitude que extrapola os procedimentos técnicos protocolares para outras competências técnicas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Um espaço-tempo de investimento de afetos, esperanças, valores, culturas, etc., e que visa romper com a especialização progressiva, superando a alienação, o tecnicismo e a fragmentação de saberes biológicos, subjetivos e socioculturais. Segundo Campos (2007), um projeto de recentramento no vínculo, na transferência, dialetizando os conceitos de *Núcleo* e de *Campo* de saberes, articulando-os ao trabalho em equipe, de construção e de referenciamento de casos clínicos. Uma clínica que se amplia em ações para aumentar a capacidade de resolução de problemas de saúde individuais e coletivas. Dizemos de uma *atividade clínica* que requer a reformulação de processos de trabalho em dois sentidos, segundo Campos (2007). O primeiro, a própria ampliação do conceito de clínica, uma vez que todo profissional de saúde que acolha, atenda ou cuide do usuário, faz clínica, ou seja, há diversas clínicas: aquela do enfermeiro, do psicólogo, do psiquiatra, do porteiro, do terapeuta ocupacional, do técnico de enfermagem, do gerente do serviço, etc.

Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”. Considerar que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. (CAMPOS, 2007, p. 157).

O segundo, a ampliação de ações práticas em saúde no nível do *território* local como por exemplo, a visita domiciliar, a criação de grupos ou núcleos de apoio multiprofissional, junto às equipes de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde.

Se antes da Psicofarmacologia, segundo Bercherie (1989), havia uma direção clínica de relação com o usuário, porém de forma tradicional, a aparição de Freud neste cenário reabriu outras nuances mais subjetivas. Neste sentido, a *Clínica da Reforma Psiquiátrica*

reesclarece seu objetivo principal: de reconfigurar o lugar da internação psiquiátrica, não contra a mesma, mas a favor de outra forma de contenção, o que nos CAPS III, por exemplo, passou a ser chamado de pernoite ou hospitalidade noturna.

Nesta tese, não pretendemos aprofundar na contribuição da Psicanálise para a *Clínica da Reforma Psiquiátrica*, mas anunciamos esse debate em sua importância na transição de Pinel a Freud. Efetivamente, localizamos um tempo antes de Freud e outro depois, apontando para o nascimento diferenciado da clínica do sujeito, ampliando o espaço-tempo de compreensão da *Clínica Psiquiátrica*. Trata-se de uma outra leitura do gesto de Pinel que se faz presente para além daquela de desacorrentar a loucura (e isso seria clínica e pronto), em forma de “revolução”, apontando uma direção de “curabilidade” para a loucura. Dizemos de dois caminhos de interpretação do percurso de Pinel. Um deles, uma tímida proposta de prática multiprofissional de aproximação da loucura por Pinel com o tratamento moral, anunciando o nascimento da Psiquiatria. Por outro lado, a passagem do Método Clínico de Pinel à invenção freudiana da Psicanálise e do sujeito do inconsciente - o que nos esclarece um outro posicionamento crítico e clínico para o referido gesto pineliano.

Se o processo que antecedeu o nascimento da psiquiatria foi de negatização social da loucura, **o gesto de Pinel, ao mesmo tempo em que apostava na relação com o louco, mantinha a loucura e a desrazão como antinômicas à plena realização do sujeito.** A invenção freudiana, por sua vez, consistiu justamente em **positivar o que poderia ser chamado de desrazão.** (TENÓRIO, 2001, p. 78, destaques nossos).

Se Pinel reconhece um resto de razão na loucura, uma reserva de vivência subjetiva, foi somente a partir de Freud que a ética da positividade do sujeito e do convite à subjetivação aconteceram de fato em palavras. Em outro sentido, o tratamento moral fundou um espaço de interlocução com a loucura. “Assim, se a clínica psiquiátrica nasce com a marca de um mandato social de negatização e exclusão da loucura, paradoxalmente nasce também positivando na loucura uma razão e uma possibilidade de encontro com o louco.” (TENÓRIO, 2001, p. 77). As histórias das reformas apresentadas, inclusive a brasileira, estimulam os processos de valorização da existência de razão na loucura. Quer dizer, a anulação social do sujeito denunciada, encontra-se ancorada num processo histórico de oposição entre sujeito e desrazão, sujeito e loucura, cuja Psicanálise aponta outra direção.

Penso que só se pode falar propriamente de razão na loucura a partir de Freud, pois se na leitura freudiana o delírio é uma forma particular de o sujeito dizer a verdade, para Pinel, ao contrário, era um afastamento da verdade da razão. **Em virtude dessa concepção, o tratamento moral se constituía em uma espécie de pedagogia, de métodos às vezes criativos, mas muitas vezes violentos, para demover o louco de seu erro.** (TENÓRIO, 2001, p. 78, destaques nossos).

Segundo Pinel, compreendemos o delírio como o negativo do sujeito, diferente de Freud, onde o sujeito se localiza, exatamente, em sua própria loucura. Segundo Quinet (2001), antes de Freud, os fenômenos eram tomados no registro do erro. E, mesmo que Freud não tenha teorizado o sujeito, sua reformalização por Lacan “nos permite dizer que, para a psicanálise, o sujeito existe não apesar desses desvios, mas neles mesmos.” (TENÓRIO, 2001, p. 78). Neste sentido, o delírio deixa de ser o patológico da loucura, assumindo um lugar de tentativa de cura. Um debate que fazemos com a Clínica da Atividade no sentido de considerar o delírio como uma atividade e não um sintoma de algum sofrimento mental na interseção *realizado-real da atividade*, conforme abordamos.

Todas essas questões acima componentes da *Clínica da Reforma Psiquiátrica*, somadas às *normas antecedentes* da Psiquiatria Clássica, esclarecem o campo do engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria, reforçando seu caráter clínico. Trabalhamos o conceito de clínica no sentido de abertura, de coletividade e de ampliação prático-conceitual. Clínica que convoca saberes na interface, resgatando a *Clínica da Referência*, conforme abordaremos, face ao empobrecimento clínico desses serviços anunciado nos desconfortos iniciais de abertura da tese.

Na interseção dessas duas últimas clínicas, resgatamos alguns princípios para uma *Clínica Antimanicomial*. Segundo Lobosque (1997), trata-se de um movimento clínico em prol da cidadania no convívio social e que pretende desconstruir muros reais e simbólicos de contenção da loucura. O primeiro deles, o *princípio da singularidade*. Interessa à clínica antimanicomial “uma concepção de singularidade que não se confunda com o privado, nem com o individual.” (LOBOSQUE, 1997, p. 22). Trata-se de uma singularidade como atributo de um coletivo, ou seja, uma maneira de ser singular na coletividade. E isso assegura e convida o sujeito a sustentar sua existência, seu estilo de ser. O segundo, o *princípio do limite*: “que denuncia como excludentes todos as espécies de limites que nossa cultura impõe ao que a loucura possa ter de excessivo ou desordenado.” (LOBOSQUE, 1997, p. 23). Neste sentido, o imperativo clínico se faz na construção de um limite de forma lógica e não a partir de “um imperativo moral”. Trata-se de um exercício de buscar “fazer caber” não como um exercício puro e simplesmente de inserção. Quer dizer, “fazer caber” o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites.” (LOBOSQUE, 1997, p. 23). Por último, o *princípio da articulação* que visa mobilizar os saberes de reformas de forma antimanicomial não somente no campo da saúde, mas também no campo das interfaces com a medicina em geral,

as artes, o direito, a economia, a política e da ideologia da sociedade. Cabe também, o estabelecimento de parcerias com outros movimentos da mesma ordem de contra-poder.

Uma tal clínica deve manter uma interlocução interdisciplinar, ou seja, deve manter-se atenta às descobertas mais recentes de diferentes disciplinas, **sem confundir-se ou subordinar-se a elas; deve indagar-se quanto às condições de possibilidade de uma elaboração teórica rigorosa**, procurando construí-la para si mesma no horizonte do pensamento contemporâneo. (LOBOSQUE, 1997, p. 24, destaques nossos).

Por este último princípio, ressignificamos o rigor metodológico de Canguilhem (1995; 2001; 2005) ao localizar no campo interdisciplinar de saberes (orgânicos e humanos), *matérias estrangeiras* capazes de fazer movimentar e evoluir, epistemologicamente, qualquer campo do conhecimento humano.

Construímos um gesto clínico composto por tecnologias, técnicas e características específicas que ressignificam todas as dimensões genéricas, bem como os saberes híbridos em Psiquiatria e a história constituinte dos mesmos, inclusive de reformas. Conforme já teorizamos, gesto que se compõe de elementos cognoscíveis variados que dirigem a sua composição e que, segundo o mecanismo de *validação/deliberação* (DEJOURS, 2009), recebem denominações adicionais conforme as situações, o contexto, o campo de saberes envolvidos e os endereçamentos variados.

Segundo Guérin (2011), tecnicamente, o gesto profissional flutua entre substantivos e adjetivos: o belo e o útil; a tradição e a inovação; o econômico e o eficaz, o rápido; o bem e o mal, etc. Ele induz à transformação de artefatos em instrumentos (conforme nos ensina a Clínica da Atividade), provocando o desenvolvimento do *métier*. Dizemos de técnicas produtoras de objetos ou indutoras de maneiras (de gerir *quadraturas* possíveis) que conspiram a favor da restauração de um corpo biológico em outro erógeno e subjetivado (DEJOURS, 2009).

Ressignificamos e ampliamos a *quadratura* de Guérin (2011) no campo clínico do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Ou seja: uma *postura de desconforto intelectual*, somada a toda essa reflexão clínica que realizamos até o momento e à tríade de orientação clínica: *destituição de saber, escuta e respeito pela subjetividade*. Incluímos nesta interface, diversos elementos técnico-específicos e outros pares determinantes dessa mesma operação: *crise-ruptura-movimentos*, tratamento, Serviços Substitutivos, hospital, internação, pernoite, acolhimento, reabilitação, moradia, Matriciamento, escuta de Histórias de Vida e subjetividades, decidir, medicar, acompanhar, construir, intervir, secretariar, formar, e outros tantos.

Para este projeto clínico do gesto profissional em Psiquiatria, convocamos aqui todo o debate realizado no capítulo 3 da segunda parte da tese acerca da contribuição das Clínicas do Trabalho, ressignificando as suas possibilidades e particularidades clínicas neste contexto específico.

Conferimos atenção especial à postura clínica da Ergologia em nossos estudos sobre *o gesto profissional em Psiquiatria*, especificamente, na produção de conceitos de relação prática entre terapeuta-usuário no campo da Saúde Mental e da Psiquiatria, não somente médico-usuário. Assim, valemo-nos das *renormalizações* das situações que se apresentam e que trazem em seus bojos a noção de *uso de si* por si e pelo outro, promovendo interferências no meio e fazendo história. Quer dizer, conforme anunciamos, fazer história na história da Psiquiatria e das possíveis reformas pelo viés do *debate de normas* na atividade em Psiquiatria.

A Ergologia nos ensina articular diversos campos do saber em torno da resolução de determinado problema, fazendo alusão à *matéria estrangeira*, conforme herança da filosofia da vida de Canguilhem (1995). É dentro dessa perspectiva que inter-relacionamos o debate clínico-não clínico da Ergologia com a Psiquiatria e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Um projeto de (re)abertura epistemológica possível da Psiquiatria em seu hibridismo. Uma abordagem que nos ajuda repensar, de forma clínica, os nove desconfortos, bem como “a atividade científica, o governo do trabalho e o viver em comum no território das cidades.” (CUNHA, 2014, p. 14).

Consideramos a relação usuário-terapeuta como um lugar de encontro que é inseparável da vida social. Um encontro histórico e de histórias, de autonomias²¹² e que escapa a toda tentativa de antecipação. Diversas interrogações de várias ordens se fazem presentes nesta atividade terapêutica, a partir da abordagem ao usuário para além de seu sintoma psiquiátrico, considerando que não faz parte do projeto da Ergologia prescindir da abordagem psicofísica do adoecimento humano. Assim, quais os *debates de normas* e valores envolvidos do lado do terapeuta e do usuário? Como cada um renormaliza o encontro com o real? O que é o sujeito singular e político? Qual o *corpo-si* do usuário e do terapeuta? O que é e quais são as *normas antecedentes* envolvidas na interface disciplinar? Quem faz o que e como quem na situação que se apresenta? Qual o conceito de saúde/doença mental envolvidos? Quer dizer, parte-se do princípio de que o encontro humano é sempre uma

²¹² Almeida *et al.* (2004), fazendo alusão a demanda por saberes em parceria na prática da Clínica da Redução de Danos (RD) das atuais políticas nacionais de reforma psiquiátrica no campo álcool e outras drogas.

aprendizagem prenhe de imprevisibilidades. Portanto, há que se considerar as infidelidades no campo singular do terapeuta frente às *infidelidades do meio* e do usuário.

São operações importantes e difíceis de serem ativadas, uma vez que o que está em jogo é também a atividade de colocar em palavras a experiência (SCHWARTZ, 2010). Neste sentido, a Ergologia não se furta em nos ajudar, inclusive frente ao processo da *dupla antecipação* que se propõe. Quer dizer, se o saber formal visa antecipar a experiência, esta denuncia a incapacidade dessa operação, ampliando as variabilidades envolvidas no trabalho compreendido como atividade humana. De outra forma, trata-se de gerir aquilo que antes deveria, mas não foi gerido. Assim, para se fazer escolhas do caminho a tomar, requer que trabalhem nós mesmos na atividade. Quer dizer, pelas dramáticas mobilizadas, “descobrimos a nós mesmos e nos descobrimos *vis-à-vis* dos outros.” (SCHWARTZ, 2010, p. 45).

Comprendemos que os princípios ergológicos rimam com os objetivos clínicos das Reformas Psiquiátricas que visam à descentralização de todo tipo de saber e poder, à singularização e à humanização do tratamento, possibilitando a criação de *Dispositivos Dinâmicos a três Polos* (DD3P) em diálogo com a Psiquiatria e alternativas de tratamento ao antigo manicômio e sua lógica segregante, bem como ao hospital psiquiátrico. Uma situação bastante possível de aplicabilidade nos processos de trabalho dos CAPS brasileiros, uma vez que a crise do usuário é singular e requer (re)posicionamentos singulares dos trabalhadores e um retrabalho constante de reconfiguração de saberes clínicos a serem geridos no aqui-agora das situações de trabalho.

E isso vai ao encontro do desenvolvimento que esta tese pretende - a produção de *saberes de tipo novo* em Psiquiatria, uma vez que, através do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*, há um fundo epistemológico importante que aponta para uma outra possível prática em Psiquiatria. Uma nova Psiquiatria que não se deixa caber em lugares confortáveis. Quer dizer, não está na Antipsiquiatria, nem na Psiquiatria Democrática italiana, nem mesmo na Psiquiatria francesa de Setor, etc., mas sim na experiência emergente de novas práticas coletivas. Algo que aponta para um além da administração institucional como um espaço alternativo.

Para tanto, sugerimos a interrogação à Psiquiatria conforme o “planetário epistemológico” proposto por Yves Schwartz. Ou seja, uma relação em nível de antecipação de conceitos em epistemicidades 1, 2, 3 e 3bis entre a Ergologia, a Psiquiatria e as possíveis Reformas Psiquiátricas em confrontação com os trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central, usuários, familiares e gestores locais. Ao estabelecermos esta conexão, estaremos

contribuindo para o conceito de *gesto profissional em Psiquiatria* e desenvolvendo o nosso manifesto inicial de tese por uma nova Psiquiatria – a *Ergopsiquiatria Clínica*.

Entre outras palavras, apresentamos a *Ergologia Aplicada* ao campo da Psiquiatria e reformas, promovendo uma cartografia de *Dispositivos Ergopsiquiátricos* entre os saberes formais em Psiquiatria, a atividade dos trabalhadores (que não somente psiquiatras e usuários), a experiência de sofrimento mental e a ética do bem comum em formas de DD3P, conforme apresentamos por ocasião do debate Psiquiatria-Antipsiquiatria, resultando na criação de *Dispositivos Tripolares Ergopsiquiátricos*, conforme apresentamos. É dentro deste viés que pretendemos retrabalhar diversos conceitos no campo da *Clínica da Reforma Psiquiátrica*, considerando as dimensões genéricas singularizadas no *gesto profissional em Psiquiatria*. Para atingir esse objetivo, propomos uma conversa e uma aplicação de conceitos ergológicos em *(des)aderência* na atividade psiquiátrica clínica industriosa.²¹³ Neste sentido, propomos também, por exemplo, um debate prático com os seis IGR's de competência da atividade, mobilizando conceitos ergológicos mediante a demanda da situação. Ou seja, uma utilização e validação dos conceitos ergológicos em tempo real de trabalho com a loucura ao longo do tratamento.

Em suma, dizemos que a singularização do gesto profissional em Psiquiatria tem a atividade dos trabalhadores (que não somente psiquiatra e usuários) em Psiquiatria no centro, a clínica e o corpo dos mesmos em movimento como base.

5.2 Gesto é Síntese de Debate de Normas em Múltiplas Dimensões

Dizemos do momento em que gesto é atividade, fazendo síntese de *debate de normas* em múltiplas dimensões que se entrecruzam. Um debate que extrapola a racionalidade, operando no aqui-agora das situações de trabalho. Descrevemos cada dimensão em separado, mas compreendemos que o gesto ressignifica o conceito de atividade em sua vivacidade que não tem uma ordem definida de acontecimentos das operações que a compõem. É um processo dinâmico, operativo e em movimento. Essas múltiplas dimensões se conectam entre si num *debate de normas* que não acontece numa ordem prévia e definida. Isso vai depender da complexidade da situação que se apresenta e do objeto em questão. Pode ser uma única dimensão operando, pode ser um debate entre duas, três ou mais dimensões, inclusive todas elas se debatendo. Trata-se de um embricamento heterológico de dimensões onde a

²¹³ Um trabalho próximo daquele realizado por Holz (2014, p. 71-107) ao mobilizar os seis ingredientes de competência da atividade de forma clínica.

validação/deliberação nos parece a única etapa que se diferencia das outras, propondo uma síntese e uma conclusão do referido gesto em engendramento.

E isso faz do gesto uma postura frente às coisas do mundo em seus aspectos micro e macro, individual e coletivo, etc. Neste sentido, levantamos a ética não exatamente como uma dimensão do gesto, mas um posicionamento que atravessa todas as dimensões envolvidas naquele gesto em específico. Dizemos da ética do sujeito, dos *debates de normas* e valores em síntese e que dialogam com as situações reais de trabalho na atividade, não no sentido de controle, mas de limites estabelecidos pela subjetividade e pelo corpo na evolução do conhecimento.

Um posicionamento criativo que tem origem na atividade, um agir contextualizado, mobilizando a história e os aspectos socioculturais, “pois toda forma é forma de comunicação ao mesmo tempo que forma de realização.” (OSTROWER, 2014, p. 5). O gesto é o resultado do desconforto produzido ao longo da evolução histórica, epistemológica, antropológica e filosófica da vida. Uma resposta, uma atitude não somente imediata, mas preparada, mediada, calculada, subversiva, organizada, pensada, refletida e desvelada num espaço-tempo convocado por um *métier*.

Gesto é agir no presente e na interface de *normas antecedentes* e saberes mobilizados e/ou retrabalhados à luz de dramáticas do uso de um *corpo-si* às voltas com um mundo de valores. Uma mescla de técnicas e tecnologias do corpo entre diversos aspectos: os *saberes constituídos e investidos*, o *gênero* e o *estilo*, a técnica e a arte, o físico e o psíquico, o material e o espiritual, o tocar e o pegar, o psíquico e o social, o consciente e o inconsciente, o individual e o coletivo, o micro e o macro, o cultural e o político, etc. Dizemos de *debates de normas e renormalizações*, considerando, a priori, a articulação de saberes entre as Clínicas do Trabalho e outros saberes envolvidos.

Aceitamos o desafio de não escolher uma única dessas clínicas para nos ajudar a conceituar o gesto – pois tal escolha implicaria numa atividade *impossível e invivível*. É uma troca de experiências e uma posição estratégica, uma tomada de partido conceitual, uma vez que lá onde visitarmos as atividades, encontraremos o agir em competências, ações, operações, atos e gestos. Um conflito de normas conceituais com proposições mais convergentes e complementares do que divergentes, reconhecendo que nossas articulações de saberes foram tendencialmente ergológicas.

Em que sentido referimos e determinamos o momento em que o gesto é uma atividade e vice-versa? A partir desse debate teórico, chegamos a um ponto essencial: qual a relação entre gesto e atividade? Em que sentido um se diferencia do outro? Qual a mensagem

produzida e transmitida por um gesto na atividade? Qual a relação existente entre ação e atividade? Um assunto polêmico e que nos faz ressignificar todos nossos argumentos conceituais de gesto e retornar aos enigmas da atividade.

De início, defendemos nossa posição, conforme o diagrama da figura-11 que apresentamos no início deste capítulo, considerando a centralidade da atividade do *corpo-si* no engendramento do gesto, ressignificando a teorização das Clínicas do Trabalho e valorizando a experiência e nossas pesquisas bibliográficas, em especial, as francesas. Trata-se de dois conceitos diferentes e, ao mesmo tempo, bastante complementares e intrínsecos. Entendemos que o conceito de gesto não só ressignifica e amplia o conceito de atividade, como também melhor o requalifica, reciprocamente, nas situações do *métier* de trabalho.

Estudar o gesto é também uma tentativa de desvelar a opacidade da atividade, aceitar que o destino desses dois conceitos reside no retrabalho de saberes e valores. Ao contrário da ação, a atividade não exhibe condições-limites, ou seja, nenhuma sequência a partir de elementos claramente isoláveis. Neste sentido, podemos dizer que na atividade residem ações intencionais, pois é um conceito dinâmico que rima criatividade com subjetividade individual e o agir coletivo.

A noção de atividade como superposição de saberes e fazeres mobiliza as dramáticas do uso do *corpo-si*. Um espaço-tempo sócio histórico que demanda dialéticas variadas: do local e do global, do micro e do macro. São diálogos que reforçam o gesto como uma expressão da atividade, onde ações, operações e atos são elementos constituintes. O gesto é o *corpo-si* em atividade,

Cujas pessoas devem tentar fazer a cada momento de sua vida uma coerência, uma sinergia sempre mais ou menos problemática, atravessando o corpo e a alma, o fazer e os valores, o verbalizável e o extralinguístico, o consciente, o não-consciente e o inconsciente, o coletivo e o social [...] (SCHWARTZ, 2001, p. 89).²¹⁴

Dizemos de uma dialética ação-atividade que não se opõem, mas que inclui a dimensão da *práxis* neste esforço de relação e escolha, que fazem do gesto e da atividade um encontro – que demandam aquilo que a Ergologia chama de DD3P - *Dispositivo dinâmico a Três Polos*.

Krajewski (2011), segundo as reflexões de Guérin (1999; 2011) e Morris (1978), parte de questionamentos essenciais acerca da influência de tecnologias e técnicas sobre o gesto,

²¹⁴ Do original – “dont la personne doit essayer de faire à chaque moment de sa vie une mise en cohérence, une mise en synergie toujours plus ou moins problématique, traversant le corps et l’âme, le faire et les valeurs, le verbalisable et l’extralinguistique, le conscient, le non-conscient et l’inconscient, l’individuel, le collectif et le social [...]” (SCHWARTZ, 2001, p. 89).

ajudando-nos a melhor defender nosso posicionamento na interseção gesto-atividade. Segundo ele, por exemplo, andar, comer, ler, dormir, paquerar, jogar, fazer amor, pagar, plantar... são verbos de ação que indicam, a priori, ações constituintes de atividades (ordinárias) e não gestos (nem ordinários, nem profissionais). Quer dizer, são atividades que reivindicam “técnicas do corpo”, no sentido de que “A atividade é uma resposta do indivíduo a uma necessidade,” (MAUSS *apud* BERT, 2012, p. 2) e, por outro lado, que “O gestual é, então, a encenação-no-corpo de uma atividade, a passagem ao ato de uma função.” (MAUSS *apud* BERT, 2012, p. 2).²¹⁵ Em outros termos:

O gesto é propriamente a maneira de uma atividade. Nesse olhar, ele é contingente mas não arbitrário. **Em uma dada atividade, podem responder diversos gestos distintos.** E um dado gesto pode ter vários sentidos e reenviar a diversas atividades. **Há, ao mesmo tempo, uma relação forte e não necessária entre uma atividade e seu gesto. Ler não se acompanha dos mesmos gestos se você estiver numa biblioteca ocidental, em um metrô japonês, ou em uma sinagoga.** E há uma ligação formal, mas não objetiva entre atividade e seu gesto. (KRAJEWSKI, 2011, p. 2, destaques nossos).²¹⁶

Se o gesto e a atividade são sócio-culturalmente dependentes, os motivos podem ser comuns aos dois, constantes e dotados de uma animalidade. Assim, o autor nos apresenta três fontes de motivos, constituintes de gestos e atividades: a *motivação produtiva, laboriosa, energética* – que visa conquistar o mundo externo, enfrentar e dominar pela força; a *motivação informativa, comunicativa e cognitiva* – que tende a conhecer o mundo exterior, compreendê-lo e o reger por signos; a *motivação afetiva, emotiva e erótica* – que visam organizar os estados internos, diminuir a tensão, as angústias, as dores e enaltecer os prazeres.

Assim, o gesto seria: “o tornar-corpo da expressão de uma dessas três motivações primeiras.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 3), além de ser “a personalização de um esquema dito pertencimento do indivíduo em seu meio sociocultural.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 4).²¹⁷ Por isso, podemos dizer que o gesto é a expressão da atividade, uma vez que “fazer um gesto” significa desvelar a linguagem da mesma, dar um sentido, uma segunda cor às coisas do

²¹⁵ Do original – “L’activité elle-même est la réponse de l’individu à un besoin” (KRAJEWSKI, 2011, p. 2), “La gestuelle est donc la mise-en-corps d’une activité, le passage à l’acte d’une fonction.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 2).

²¹⁶ Do original – “Le geste est proprement la *manière* d’une activité. À cet égard, il est contingente mais non arbitraire. À une donnée, peuvent répondre plusieurs gestes distincts, Et un geste donné peut rester équivoque et renvoyer à diverses activités possibles. Il y a, à la fois, un rapport fort et non nécessaire entre une activité et son geste. Lire ne s’accompagne pas des mêmes gestes selon que vous êtes dans une bibliothèque occidentale, dans le métro japonais, ou dans une synagogue. Et il y a une liaison formelle mais non bijective entre une activité et son geste.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 2).²¹⁶

²¹⁷ Do original – “le devenir-corps de l’expression d’une de ces trois motivations premières.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 3); “la personnalisation d’un schème dit l’appartenance de l’individu à son milieu socioculturel.” (KRAJEWSKI, 2011, p. 4).

mundo, fazê-lo seu, à luz de seu próprio corpo. Coisas que fazem também da atividade um olhar em movimento.

Se há gestos diferentes numa mesma atividade, o autor nos apresenta a noção de *esquema gestual* – ou seja, um diagrama ou uma esquematização de efetividade e de eficácia. Ele toma como exemplo, a ação – *pagar* como uma atividade. Uma atividade que nasce no interior da economia (mas pode tomar outros sentidos metafóricos, modificando o curso dos gestos), cujos esquemas gestuais, gestos decorrentes dela nos explicam sua própria evolução. No início, sacava-se do embornal uma moeda; depois eram notas de tamanhos e cores com timbres, identificando o valor dimensionado e o país de origem; depois notas e moedas; em seguida, folhas de cheque, cujo gesto é preencher e assinar; cartões de créditos, cujo gesto é digitar um esquema de signos para efetuar a operação, etc. No futuro, podemos inferir que não mais existirão gestos de pagar, pois tudo será perfeitamente ordenado virtualmente?

Para contribuir, compreendemos que Guérin (2011), ao falar da filosofia do gesto, em termos de sentido, ele o distingue entre duas funções: física e metafísica. Quer dizer, ao analisar a “quadratura” (o fazer, o dar, o escrever e o dançar) como gestos de significações nobres, que cada entidade dessas funciona numa pluralidade de manifestações gestuais, ele nos faz entender cada um desses verbos como verbetes constituintes de atividades informadoras de gestos. Quer dizer, na atividade, cada um deles engendraria *projetos-ações*, atos e gestos e memórias corporais.

Lá onde procurarmos o interstício da atividade, encontraremos debates, *projetos-ações*, operações, atos e gestos de formas, tamanhos, conteúdos e significações variadas, determinados por movimentos internos e externos do corpo. Quer dizer, gestos diferentes dentro de uma mesma atividade, mas em determinadas situações, os gestos desvelam suas diferenças, intencionalidades, exuberâncias, amplitudes e potências de revolução e transformação, tudo isso confundindo-se com a atividade em questão.

Em outras palavras, o gesto não é diferente da atividade, antes um familiar próximo, na medida em que ele é informado pela atividade. Uma forma que a atividade assume em determinada situação de trabalho. Gesto é uma maneira debatida de expressão da atividade. Conforme já dissemos, ele é o resultado da síntese de debates de normas do/no *corpo-si*. Por isso, dizemos que gesto é sincronia e também diacronia, devido ao seu caráter heterodeterminado de constituição e *validação/deliberação*, de forma singular e coletiva, micro e macro. Neste sentido, o gesto faz síntese no aqui-agora, no presente da atividade, mas, ao mesmo tempo, ele é síntese do passado, projetando a atividade futura. Ou seja, o

gesto é passado, presente e futuro, experiência, *normas antecedentes* e normatividades possíveis.

Por todas essas razões, mediante a complexidade do real e a velocidade dos debates e dramáticas internas e externas, a realização de um gesto depende das nuances e complexidades da atividade, inscrevendo-se numa temporalidade e contexto. Ele pode durar minutos, dias, meses ou até mesmo anos (como, por exemplo, o gesto de Pinel e Lopes Rodrigues no contexto da Psiquiatria), dependendo do contexto sociocultural, lembrando que um gesto sempre ressurgiu de um outro precedente, preparando o terreno para outros futuros e fazendo apelo ao percurso de vida de cada profissional - se quisermos melhor ainda qualificá-lo.

Em suma, o gesto é uma entidade múltipla que sintetiza condições e contradições ambivalentes, basicamente física e, iminentemente, metafísica, cuja manifestação é o resultado da síntese de *debate de normas e renormalizações* singulares e universais possíveis e parciais que ocorrem em dois níveis. Tanto no espaço interno (invisível e não verbal), quanto externo (visível e verbal) ao indivíduo e a outrem, mas corporal nos dois sentidos. Uma dialética entre doação e recepção de instrumentos cognitivos e afetivos. Um gesto tem como base o movimento, enquanto deslocamento físico-externo e interno do corpo, onde a atividade do *corpo-si* é central, reivindicando uma postura clínica.

Em termos de movimentos internos, o debate das *dramáticas do uso do corpo-si* por si. Dizemos de valores, em especial aqueles sem dimensão, das *renormalizações* possíveis e parciais, singulares e universais. Em outro sentido, da *dupla antecipação* e confrontação internas, da expressividade objetiva/subjetiva do *corpo-si*, do *encontro de encontros*, do pensamento, do reconhecimento da biografia e das idiossincrasias de percursos históricos de vida de cada um. Situações que fazem do gesto profissional uma arte, muito mais do que uma técnica somente. Na vertente de Guez (2014), um drible da/na ordem normativa do viver sociocultural e político.

Em termos de movimentos externos, as *dramáticas de uso do corpo-si* pelo outro - uma manifestação diferenciada no nível de movimento externo, de deslocamentos do corpo todo, mesmo que uma parte seja tocada. Que começa no espaço micro de determinada situação de trabalho e ganha amplitude, potência e diferenciação ao longo de sua constituição na atividade. Mas, qual seria o momento em que essa dialética de debates internos e externos na atividade vira uma ação e, na sequência, um gesto? O momento em que esta ação, ao dialogar com os atos possíveis, vence esse debate e se torna um embrião possível de movimento. Em outras palavras, na interseção entre gesto-ação e gesto-ato/agir aqui-agora nas

situações de trabalho. O momento em que o corpo biológico se subjetiva na situação e que faz da atividade um gesto. Um pôr-se no mundo e uma tomada de posição da/na atividade.

Dizemos de um processo plural que nomeamos de *engendramento do gesto profissional* - o momento em que um *projeto-ação* em/na atividade diferencia seus motivos, *transgressores* ou não, passando pelo coletivo (com suas perspectivas pessoais e transpessoais) e instaurando um espaço-tempo por meio de um ataque ao *gênero* em questão. Em resposta a esta provocação, o mesmo *gênero* pode ou não assumir tal desenvolvimento. Um processo nada simples, pois requer o mecanismo de *validação/deliberação* e *endereçamento social*, coletivo e cultural daquilo que se produz de forma singular no espaço micro da atividade.

Em outro sentido, um gesto profissional não é simplesmente uma ação, nem um ato isolado, mas um conjunto desta dialética em forma de *projeto-ação/ato/agir* e que reivindica a ressignificação dos debates internos em relação ao meio em que se desenvolvem para se externalizar, constituindo um *projeto-herança*. Conjunto este que, ao ser colocado em evidência na atividade, mobiliza as dramáticas do *corpo-si*, é debatido em termos de normas e valores, e recebe influência da afetividade e seus componentes – afetos, sentimentos emoções. Inseridos na concretude e materialidade deste meio em que se encontra e recebendo intervenções de *saberes constituídos e investidos* da/na experiência, abre um campo propício para a expressão corporal e o aparecimento de singularizações decorrentes do livre diálogo com o gênero, exprimindo sua *simplicidade e vicariância* em forma de estilos variados, intencionalidades e inventividades possíveis, novas formas de fazer a mesma coisa. Ao passar por este debate, diferencia-se do automatismo, reivindicando um espaço-tempo de *repetição sem repetição*, conforme nos ensina a Clínica da Atividade.

Sendo assim, o gesto profissional é um movimento físico-corporal, psicológico e sociocultural, portanto contextualizado e sintetizado. Uma postura frente às coisas do mundo, que requer um posicionamento contra a amputação taylorista do movimento espontâneo, resistindo e reivindicando sua expressividade e singularidade.

Desta forma, ele também se expressa em forma artístico-teatral, segundo o *Movimento Expressivo Atrativo* (OLIVEIRA, 2011), desvelando, de um lado, sua faceta *otkas*, de recuo para se configurar na sequência o movimento objetivado e, de outro, em forma de *rakrus*, expressando sua vertente de movimentos internos. Movimentos estudados de doação e recepção que fazem do gesto uma relação com o outro.

Depois desta síntese, resta-nos algumas considerações críticas a fazer. A primeira, segundo nossa construção teórica, aquela de que o gesto e a atividade se inter-relacionam

intrinsecamente, na medida em que o primeiro é a expressão do segundo, reivindicando o movimento e a clínica em sua constituição básica. A segunda, a inexistência de gesto sem movimento e considerando este como um deslocamento externo e interno. A terceira, a não dependência e coincidência absoluta entre gesto e palavra. O gesto não ocorre somente quando a atividade proíbe ou inibe o verbal. Gestos e palavras podem tanto coexistirem no mesmo projeto, como também se desmembrarem, conferindo aos primeiros uma visibilidade maior.

A quarta consideração crítica, o lugar do coletivo no processo de *validação/deliberação* do gesto profissional. Ou seja, trata-se do resultado de um debate estreito realizado com as Clínicas do Trabalho, entendendo que mesmo que haja algum desvio epistemológico de percurso, o efeito deste processo é o mesmo, ou seja, argumentar com o *métier* a aceitabilidade ou não de um *projeto-ação/ato* transgressivo ou não no percurso da atividade.

Chamamos atenção para um posicionamento crítico com relação à importância do coletivo de trabalho neste processo. Segundo nossas análises do *trabalho real* desta pesquisa e compreensão crítica das teorias, não existe coletivo perfeito, nem um *métier* filosoficamente perfeito. Ao contrário, os coletivos são imperfeitos, variáveis e vicariantes, segundo a história, a cultura, o social, o contexto, etc. Ele ancora a interface das relações entre pares. Assim, dizemos de um mecanismo duplo, onde o gesto é o resultado de uma conversa estreita com o coletivo, reivindicando os processos de “peneiração” coletiva, *endereçamento social, deliberação/validação e civilização cultural* do real, conforme já abordamos.

Finalmente, o gesto é uma tomada de posição no mundo, fazendo história na história dos saberes envolvidos e de determinado meio. Um gesto que dialoga com uma diversidade de saberes e se realinha sob a orientação mendeliana mais próxima de um atopoder de transformação. Ele não somente é inovador, decisivo, conclusivo, mas corre o risco de funcionar como uma repetição com e/ou sem repetição. E isso vai depender do *estilo* e da forma que o operador mobiliza todas as dimensões acima trabalhadas.

Argumentamos a dialética gesto-atividade profissional no contexto da Psiquiatria, no sentido deontológico da (im)possível atividade em Psiquiatria. Considerada como um enigma entre a visibilidade e a obscuridade do fazer, em termos gerais, a atividade é estruturada na relação entre o organismo e o meio.

Trata-se de uma dialética que se encontra na interseção *prescrito-real*, mobilizando as *normas antecedentes* da Psiquiatria (desde a Era Clássica até às Reformas Psiquiátricas) e a experiência dos trabalhadores, possibilitando a mobilização de saberes híbridos, inclusive, possibilitando a produção de regras comuns, para o bem viver e fazer Psiquiatria no contexto. Partimos de um ponto de vista político-clínico no interior do processo real de trabalho deste serviço entre as engenhosidades individual e coletiva, o nível de cooperação dos trabalhadores, de solidariedade, da invenção e da criação de espaços formais e informais de *deliberação/validação*. Ou seja, uma *Psiquiatria Política, Comunitária*, aberta no sentido de seu posicionamento frente às organizações de trabalho e suas consequências nos âmbitos: individual, coletivo, social, cultural e político das dramáticas do *corpo-si* da atividade psiquiátrica.

A atividade em Psiquiatria²¹⁸ é dirigida pelo sujeito (usuário e/ou trabalhador) e seu comportamento, pelo objeto (no caso a loucura) e pelo outro. Ela é multideterminada e depende do *projeto-ação/ato* a ser endereçado e engendrado na perspectiva de um gesto profissional. É uma luz que ilumina aquilo que se faz aqui-agora na relação com o usuário, sua loucura, a equipe de trabalhadores e os valores envolvidos, mas também desvela aquilo que não se faz, que sonhamos fazer e não conseguimos, que somos impedidos de fazer, que fracassamos ao fazer e que não fazemos para fazer aquilo que devemos, ou seja, o *real da atividade* (CLOT, 2006). Ela extrapola o fazer aqui-agora para se ocupar de outras dimensões – históricas, do pensamento consciente e inconsciente, da imaginação, dos saberes envolvidos, do lazer, do movimento interno e externo, dentro e fora de serviços, dos sentimentos, dos afetos, da linguagem, da política, da cultura, do contexto social, da intencionalidade, ampliando as dimensões do gesto profissional em Psiquiatria.

A atividade em Psiquiatria é uma postura frente à loucura produzida ao longo dos tempos pela sociedade, pela biologia, pelo psiquismo, pela cultura. Em termos gerais, a atividade deontológica psiquiátrica compõe-se de ações, atos e gestos profissionais. Ela é terapêutico-clínica ampliada no sentido político, social, cultural, filosófico, econômico, jurídico, mobilizados em termos do acolhimento do usuário, da escuta, da construção do caso clínico, do secretariamento, da pesquisa, do ato de medicar, das contenções variadas, de relacionar com o outro frente à demanda do usuário e à evolução da demanda de trabalho não somente em sobrecarga.

²¹⁸ Sugerimos a retomada de minha dissertação de mestrado, pois é José..., para ampliar a compreensão da atividade em Psiquiatria, a partir da análise que fizemos da atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS (SILVA, 2010).

E o gesto profissional em Psiquiatria é um gesto híbrido, seguindo a vertente do próprio hibridismo desse campo do conhecimento. Porém, reforçamos que os gestos que eu discuto nesta tese são aqueles que estão na linha de frente da construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Abordo os gestos que insistem na prática de aberturas, construindo a Reforma e enfrentando todas as dificuldades que o *trabalho real* apresenta, incluindo a insuportabilidade de lidar com casos impossíveis.

Um gesto que interroga a Psiquiatria em suas *normas antecedentes* (desde a *Era Clássica* às Reformas Psiquiátricas) e aquelas construídas e aplicadas neste Serviço Substitutivo. Partimos de um ponto de vista político-clínico no interior do processo real de trabalho deste serviço entre as engenhosidades individual e coletiva, o nível de cooperação dos trabalhadores, de solidariedade, da invenção e da criação de espaços formais e informais de *deliberação/validação* (DEJOURS, 2009; 2015). Ou seja, uma *Psiquiatria Política* e aberta no sentido de seu posicionamento frente às organizações de trabalho e suas consequências nos âmbitos: individual, coletivo, social, cultural e político das dramáticas do *corpo-si* da atividade psiquiátrica.

Nesta segunda parte da tese, apresentamos as Clínicas do Trabalho, inclusive nosso *debate de normas* no interior das mesmas e do conceito genérico de gesto profissional, construindo aquele de gesto profissional em Psiquiatria. Abordamos a complexidade das semelhanças e diferenças dessas clínicas, mas anunciamos que algo nos escapa, mas compreendemos que introduzimos nelas (em forma de instituição), um conflito de normas com a temática da loucura (inclusive em crise) neste processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria. Convidamos todas para se responsabilizarem pela loucura. Lá onde uma clínica se mostrou mais científica e psicológico-psicanalítica, reivindicando sua primazia clínica (a Clínica da Atividade), a outra, de fato, partiu da subjetividade e da psicanálise com ponto de base (a Psicodinâmica do Trabalho), deixando espaço para a terceira (a Psicossociologia do Trabalho) em sua capacidade de articulação psíquica, social e multidisciplinar, sem desconsiderar a (in)disciplinaridade de duplo advento da última (a Ergologia) que, ao abordar a atividade como *debate de normas*, ampliou em visibilidade a experiência humana e de sofrimento mental nesta tese.

Passaremos à terceira parte da tese – aquela de apresentação da perspectiva evolutivo-constitucional dos saberes da Reforma Psiquiátrica brasileira, segundo *normas antecedentes*, a fim de melhor detalharmos o contexto teórico-brasileiro para melhor qualificarmos o nosso

objeto de pesquisa – o *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Apresentaremos também o nosso campo de pesquisa, o território da Saúde Mental em Betim e o CAPS III/CERSAM Betim Central, resultado desse movimento de confrontação de saberes e invenção de novos serviços de tratamento. Analisaremos o *trabalho real* e o resultado das seis seções do GRT em nosso ponto de vista. Em todo esse movimento, estarão presentes os processos de engendramento de quatro gestos profissionais em Psiquiatria, segundo os trabalhadores.

TERCEIRA PARTE: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DE SERVIÇOS NO TRABALHO REAL

Trata-se de um retorno à *questão central e a problemática da pesquisa* da primeira parte da tese, porém aplicadas ao contexto brasileiro, ao município de Betim e ao território do CAPS III/CERSAM Betim Central. Ou seja, compreendemos a Reforma Psiquiátrica brasileira como um gesto profissional singular decorrente de vários outros gestos na história da Psiquiatria.

A construção nacional desse processo tem origem histórica em meados do século XIX e início do XX (efetivando-se no final deste século e início do XXI), onde assistimos à configuração de um “corpo psiquiátrico” brasileiro entre os saberes da Medicina, da Psiquiatria, da Neurologia, da Psicopatologia à Ergoterapia, da Psicofarmacologia, da Psicologia, da Psicanálise, da Instituição, etc. Fazemos uma síntese deste percurso brasileiro com os seguintes autores, a priori: Amarante (1995; 1996; 2003), Costa (1989), Pessotti (2004), Mota e Marinho (2012); Doyle (1961); Birman (1978); Melo (1986), Miguel *et al.* (2011), Bezerra Júnior *et al.* (1987), Barreto (1999; 2010, 2016a), Arbex (2013), Lobosque (1997; 2001), Silveira (2008), etc.

No Brasil, desde o período colonial até o início do século XIX, a sociedade não cuidava de forma efetiva de seus loucos, sendo os mesmos reclusos de formas diversas e punitivas, submetidos a um incipiente aparelho de contenção e controle social. Data de 1852, o primeiro estabelecimento psiquiátrico com a inauguração do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro.

A partir dessa época, diversos outros estabelecimentos foram sendo criados em todo o país, porém todos voltados para a mesma filosofia de fechamento como forma de tratamento. Em São Paulo, o Hospital do Juqueri em 1852; na Bahia, em 1874, o Hospital João de Deus; no rio Grande do Sul, em 1879, o Hospital São Pedro; em Pernambuco, em 1883, o Hospital Tamarineira; em Minas Gerais, o Hospital da Colônia, em Barbacena, em 1900 (ARBEX, 2013); em Belo Horizonte: o Hospital Raul Soares, em 1922; o Hospital Psiquiátrico de Oliveira, em 1924; o Hospital Galba Veloso, em 1962; etc.

Longos anos se foram em torno de uma centralidade hospitalar em busca do estabelecimento (mesmo que forçado) da Psiquiatria no campo das especialidades médicas, mesmo que as normas de definição do (a)normal fossem ditadas pelo social (BARRETO, 2010). Uma situação presente até momento, porém camuflada pelo discurso da ciência e da

contemporaneidade. Assim, com e a partir de Phillippe Pinel (1745-1826), diversas Psiquiatrias foram se constituindo, visando à normatização do comportamento humano.

No contexto brasileiro, tal discussão se acirra a partir de algumas legislações do início do século XX, visando restabelecer um corpo reflexivo do que viria a ser a Reforma Psiquiátrica depois dos anos 1970. Segundo a história, a primeira lei que regulamentava a assistência aos loucos data de 1852 e somente regulamentada em 1903 – o que propiciou a construção do aparato hospitalar brasileiro. Em 1925, uma nova lei reestrutura o modelo assistencial e a criação e alguns primeiros serviços semiabertos. Ao ser revisada em 1934, recebe influência da filosofia, em especial europeia, a Liga de Higiene Mental (BILLIARD, 2001), criando em São Paulo, em 1926, a primeira Liga Paulista de Higiene Mental, cuja regra era a eugeniização social – que redirecionava as instituições psiquiátricas, segundo os moldes de limpeza social da loucura.

Apresentamos de forma mais ampliada algumas nuances sobre a Ergoterapia. Desde Philippe Pinel (1745-1826), o trabalho tem sido utilizado como efeito terapêutico para o doente mental (BARRETO, 2010; AMARANTE, 1995). No início da história francesa, acreditava-se que a origem da doença era de causa moral e que o tratamento deveria passar pelo trabalho como uma outra possibilidade terapêutica, mas desde que o louco se mantivesse internado. Trata-se de um assunto que anunciamos e deixamos em aberto para outros momentos, dada a complexidade do assunto. No Brasil, desde o período colonial, contava-se com a laborterapia como proposta terapêutica, como por exemplo, oficinas de sapataria e marcenaria, porém, no sentido de manter o usuário dentro da instituição.

Considerando que o primeiro gesto profissional da história da Psiquiatria seja o de Pinel em meados do século XIX, conforme já mencionamos, localizamos no percurso brasileiro – de forma bastante ilustrativa nesta tese - o gesto (híbrido) profissional em Psiquiatria do psiquiatra baiano Hermelino Lopes Rodrigues (1898-1971) no cenário da Psiquiatria brasileira e de Minas Gerais. Uma trajetória de *crises-rupturas-movimentos nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)*, tema central da tese de Silveira (2008).

Segundo Silveira (2008), Hermelino Lopes Rodrigues (1898-1971), no início do século XX já utilizava no Hospital Raul Soares do trabalho, através das oficinas de colchoaria, costura, carpintaria, horta, sapataria e fabricação de adobes, revolucionando o ambiente hospitalar, porém, da mesma forma que no início do percurso francês, mantendo o usuário dentro da instituição.

Em termos históricos, Lopes Rodrigues parte do contexto histórico de introdução do conceito de esquizofrenia no Brasil, a partir de 1929. Ou seja, em 1896, Émil Kraepelin (1856-1925), psiquiatra alemão, influenciado por Benedict Augustin Morel (1808-1873), lança os fundamentos dos estados mórbidos caracterizados por distúrbios da vida efetiva e da vontade, de evolução progressiva e precoce, além da desagregação e degradação da personalidade, nomeados de *Demência Precoce*, conforme já mencionamos.

Lopes Rodrigues era partidário de Bleuler (1857-1939) que discordava de Kraepelin, apresentando o seu projeto conceitual de esquizofrenia. Dizia Bleuler que o surgimento do quadro esquizofrênico nem sempre iniciava em idades precoces, destituindo o referido termo - “precoce”. De outra forma, que a condição de “demência” também não se aplicava, uma vez que tal situação não acontecia com todos os usuários. Além de constatar que em seu conceito de esquizofrenia, a memória e a consciência não se alteravam e que as “alterações das funções de associação e afeto acabariam alterando a relação do esquizofrênico com o mundo, que por dificuldades na sintonização afetiva se tornaria apático e distante.” (SILVEIRA, 2013, p. 37). Essa não era a única admiração de Lopes Rodrigues por Bleuler, mas também na inclusão de aspectos psicológicos da vida cotidiana na descrição de fenômenos psicopatológicos.

Isso passaria a ter implicação assistencial: faria Rodrigues entender que o atendimento dos doentes não ficaria lotado apenas na descrição rigorosa das formas patológicas, mas também nos **mecanismos de síntese do pensamento e nas interações com o ambiente**. Esses aspectos o levariam, a partir de Bleuler, a **valorizar a história progressiva do paciente**. (SILVEIRA, 2013, p. 38, destaques nossos).

Quer dizer, Lopes Rodrigues, no interior da instituição, como método terapêutico, também se ocupava de “entrevistar cada doente, recolhendo e anotando impressões acerca das afinidades entre o universo dos pacientes e as atividades que poderiam ser sugeridas em cada caso” (SILVEIRA, 2013, p. 39). Tal percurso histórico desvelou a condição suficiente para Lopes Rodrigues - em se valorizando a fala do usuário e a inclusão de aspectos psicológicos na fenomenologia em Psiquiatria, em 1929, depois de tomar posse como novo diretor do Instituto Raul Soares - realizar o seu gesto profissional em Psiquiatria:

Após desamarrar os pacientes e retirá-los dos quartos que funcionavam como celas, Rodrigues preconizou o “serviço aberto”, onde os pacientes poderiam transitar livremente pelas dependências do Instituto. A defesa que Lopes Rodrigues fazia de um serviço sem pacientes amarrados partia da argumentação de que uma parte da agitação psicomotora dos doentes provinha da agressividade dispensada a eles no tratamento. (SILVEIRA, 2008, p. 151-152, destaques nossos).

Tal gesto de liberação da loucura repercutiu de forma bastante crítica e contrária dentro da mesma instituição. Proporcionou avanços não somente nas práticas assistenciais mais humanizadas, mas também na formação dos novos médicos “alienistas”. Como consequência, várias modalidades de tratamento foram implantadas em substituição à *balneoterapia e clinoterapia*,²¹⁹ como por exemplo a Ergoterapia – o trabalho como recurso terapêutico.

Uma outra temática importante na tese, com respeito às *Terapêuticas Ativas* no contexto da Psiquiatria Social francesa em meados do século XX. Se Kraepelin teria incluído o trabalho, mas para romper com a ociosidade do usuário interno, Bleuler teria compreendido o trabalho como parte do cotidiano de vida do usuário, também hospitalizado, fazendo parte dos aspectos psicológicos da vida – o que nos parece um avanço na evolução do trabalho como recurso terapêutico e que mais se assemelhava à proposta adaptativa de Sivadon, do que da terapêutica institucional de Tosqueles (EY, 1951). Porém, mais distante ainda da proposta de Le Guillant, Daumezon e Basaglia que, de forma mais ou menos radical, propunha a saída do usuário do Hospital, valendo-se da Ergoterapia como possibilidade e preparação para esta saída.

Dessa forma, compreendemos que o referido gesto (híbrido) profissional em Psiquiatria contribui não somente com as práticas assistenciais brasileiras, mas também propiciou um avanço nos rumos da assistência ao portador de sofrimento mental em seus fundamentos ergoterápicos, epistemológicos e da formação profissional. Sem dúvidas, uma contribuição para o que viria a ser chamada, depois dos anos 1970, de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em síntese, o gesto profissional é a expressão da atividade do *corpo-si* em *debates de normas*. Neste sentido, dizemos que o gesto profissional em Psiquiatria de Lopes Rodrigues é um gesto híbrido, uma vez que a sua atividade profissional era prenhe de nuances plurais que partiam, desde as práticas assistenciais, ao contexto das denúncias dos maus tratos aos usuários internos, passando pela Ergoterapia, à formação do novo profissional em Psiquiatria. Não descrevemos as dimensões genéricas e singulares do gesto profissional por ele mobilizadas, pois teríamos que escrever uma outra tese. Porém, fizemos uma síntese, a partir da tese de Silveira (2008), argumentando que Lopes Rodrigues teria mobilizado todas as dimensões por nós teorizado, incluindo uma outra – a dimensão da transmissão, da formação profissional.

²¹⁹ Explicando – tratava-se do banho prolongado e da contenção no leito como terapêuticas desumanizadas de tratamento que se praticava na época.

Depois de apresentarmos esse debate acima de constituição e problematização de saberes em Psiquiatria, intensificaram-se os desconfortos mundiais quanto às práticas tradicionais de tratamento em Psiquiatria, possibilitando a proposição de outras denúncias ao aparato manicomial brasileiro nos últimos trinta anos. A visão superestimada das competências biológicas de tratamento vigentes era criticada frente à desumanização dos tratamentos. Diz-se de um questionamento da Psiquiatria em seu próprio hibridismo, ressituaando-a no campo de interseção entre os saberes das ciências naturais e humanas (PAIM, 1991). Uma forma de resgatar e perscrutar a composição (epistemológica) da Psiquiatria na contemporaneidade – interrogando-a (por ela mesma) ao longo dos tempos. Um movimento de contracultura e que denunciava as autoridades, austeridades e atrocidades no tratamento em Psiquiatria, em especial a desconstrução dos saberes médicos sobre a loucura. Uma visão que, mundialmente, marcou as obras de Michel Foucault, Ronald Laing e David Cooper, Erving Goffman, Franco Basaglia e outros.

Segundo Amarante (1995), somente em meados dos anos 1960 e 1970, inicia-se uma crise do sistema hospitalar no Brasil e com ela a criação de instituições psiquiátricas privadas com a mesma filosofia de fechamento como premissa de tratamento. Assim, depois de diversas denúncias nacionais e internacionais aos maus tratos manicomiais, há cerca de 35 anos (e mais precisamente 20 anos em Betim) teve início a Reforma Psiquiátrica brasileira como forma de resposta ao percurso secular de segregação da loucura. Uma discussão importante na composição de nosso objeto de pesquisa - *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*, tendo em vista que o gesto que espreitamos caminha na direção da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Conforme apresentamos, abordamos alguns detalhamentos do percurso das Reformas Psiquiátricas francesa, inglesa e italiana (PASSOS, 2009; COOPER, 1967; BASAGLIA, 2007; BERNIER, 2013), para melhor ressituar a questão brasileira. Trata-se de um assunto bastante teorizado por diversos autores brasileiros e que aqui apenas sintetizamos.

A Reforma Psiquiátrica brasileira permitiu a criação de diversos serviços e práticas diferenciadas de tratamento em regime “aberto”. Foram construídos serviços em rede e que visam promover a substituição progressiva de práticas psiquiátricas tradicionais e hospitalares. Em nosso contexto sobre trabalho e clínica, normas foram se estabelecendo em plano macro - político-sociais - um tanto desarticuladas daquelas estabelecidas no nível micro de direção do *trabalho real* para melhor recompor as hipóteses constituintes de nosso objeto de pesquisa apresentadas no início da tese.

Constatamos no cenário nacional das Políticas Públicas de Saúde Mental, a presença de um grande conflito de normas acerca das práticas assistenciais em Psiquiatria. De um lado, as grandes associações psiquiátricas como a Associação Brasileira e Mineira de Psiquiatria (ABP) e (AMP) - que defendem uma Psiquiatria (Clássica) mais voltada para a biologia da mente, a Psicopatologia, a Fenomenologia e a Psicofarmacologia. De outro lado, a existência de diversas associações de cunho psicológico e psicanalítico, freudianas e lacanianas. São entidades que, a meu ver, contribuem muito timidamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, mas contribuindo para mobilizar a epistemologia dos saberes em Psiquiatria. O mesmo não podemos dizer do Conselho Regional de Psicologia (CRP) de Minas Gerais que desempenha um importante papel, questionando os saberes tradicionais em Psiquiatria e propondo avanços na Reforma Psiquiátrica. Vale ressaltar também, o papel político-militante desenvolvido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, além de algumas associações como a Associação dos Usuários dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental de Minas Gerais (ASSUSAM), a *Vida que te quero vida* em Betim, e outras. Também, a comemoração do 18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Dentro dessa situação, compreendemos que em Minas Gerais, o campo da Reforma Psiquiátrica até o presente momento não mede esforços em confrontar a “tradição” hospitalar em Psiquiatria e apresentar “novas” práticas e novos serviços abertos como substituição ao modelo manicomial, conforme apresentamos na tese.

Apresentaremos, em seguida, a construção de um lugar aberto para o tratamento da crise de sofrimento mental. Ou seja, a composição da rede de Saúde Mental de Betim, especificamente o CAPS III/CERSAM Betim Centra. De antemão, anunciamos que não pretendemos, a partir desse campo, polemizar um estilo de tratamento contra o outro, o velho contra o novo, o fechado contra o aberto, uma clínica contra a outra, uma Psiquiatria contra a outra, o ideal contra o real, mas focamos um debate, a partir da prática, entre os aspectos da tradição e da inovação, constituintes da Nova Clínica em Psiquiatria que também espreitamos – a *Ergopsiquiatria Clínica*.

Antes, visamos estabelecer uma inter-relação entre possibilidades de tratamento, mas dirigimos nossa pesquisa e o gesto profissional em Psiquiatria na direção da Reforma Psiquiátrica brasileira, partindo do contexto de Betim. A proposta é estabelecer um corpo reflexivo epistemológico como forma de aceitar o desafio de interpelar a Psiquiatria e promover o desenvolvimento do *gênero* psiquiátrico, a partir dos serviços da Reforma Psiquiátrica brasileira, em nosso caso, o CAPS, espreitando o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

6 A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR ABERTO PARA A CRISE

Apresentamos este texto a fim de anunciar o contexto sociocultural e político da constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Betim. Uma cidade que se situa a 30 km de Belo Horizonte e compõe o complexo industrial de Minas Gerais junto à cidade de Contagem e Belo Horizonte. Historicamente, considerada como uma cidade de passagem e de acesso à capital mineira, além de ser entrecorta por grandes rodovias.

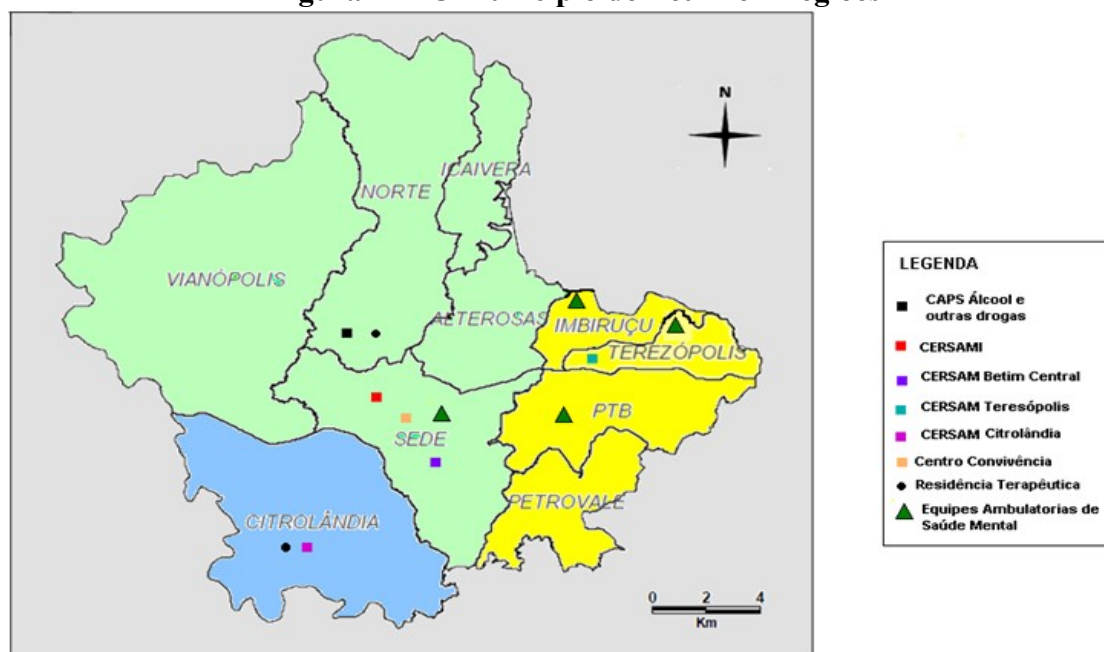
Em 1754, era um povoado que foi reconhecido como Arraial da Capela Nova de Betim. Em 1797, Bernardo José Lorena, assumiu o governo da Capitania de Minas Gerais, criando vários distritos, dentre eles a referida Capela de Betim. Em 1938 os betinenses receberam a denominação de município, uma independência político-administrativa.

Em meados de 1941, começa a ser habitada por uma rede industrial, despertando elites econômicas e desmembrando-se de Belo Horizonte e Contagem. Até esta data, o município contava com a agricultura como fonte de renda. No final de 1940, foram criadas as primeiras indústrias - cerâmicas e algumas siderúrgicas de ferro-gusa. A Rodovia Fernão Dias foi pavimentada em 1958, reforçando a invasão industrial. Na verdade, o maior salto de sua economia aconteceu em 1960 com a inauguração da Refinaria Gabriel Passos, fazendo parte, então, do quadrilátero ferrífero de Minas Gerais, bem como em 1976 com a chegada da FIAT Automóveis. Conseqüentemente, houve um grande aumento populacional e, nesta época, a cidade já contava com uma população de 35.174 habitantes, chegando a 169.756 habitantes em 1991. Recentemente conta com uma população de 406.474 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013. Encontra-se vinculada ao tráfico de drogas da grande Belo Horizonte e inserida numa grande vulnerabilidade social, contando com algumas regiões de grande periculosidade, como por exemplo, a grande favela da região do Jardim Teresópolis de frente à FIAT, onde também se localiza o segundo CAPS III da cidade – o CERSAM Teresópolis.

A partir de 1993, Betim recebeu transformações em seu cenário social, inclusive com a chegada da Frente Política Popular, sendo implantados, então, serviços nas áreas da saúde, educação e infraestrutura administrativa. O município nunca contou com a existência de Hospitais Psiquiátricos, valendo-se dos Hospitais Psiquiátricos de Belo Horizonte em momentos de internação integral do usuário em crise. Em 1994, foram criados os primeiros serviços com a finalidade principal de prestar assistência às pessoas em sofrimento mental, inaugurando o CAPS II/CERSAM Betim Central em um espaço antes ocupado por um consultório odontológico em um pequeno Centro de Saúde da regional centro da cidade.

Nesta época, aconteciam cerca de 654 internações psiquiátricas por ano em Belo Horizonte. Com a criação deste CAPS II, as internações de reduziram significativamente, chegando a praticamente zero com a abertura 24 horas do mesmo CAPS em 1997, tornando-se CAPS III, conforme a Portaria Nacional nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002). A política nacional de Saúde Mental tem como uma de suas diretrizes, a construção de serviços abertos, visando à inversão paulatina da estrutura hospitalar e manicomial de atenção ao portador de sofrimento mental. Assim, propõe a criação de uma rede de grande complexidade de serviços para o portador de sofrimento mental grave neurótico, psicótico e usuário de múltiplas drogas, composta da seguinte forma: CAPS I, II e III para o acolhimento da crise (com a variação do CAPSad – Álcool e outras drogas e CAPSi – infanto-juvenil), o Centro de Convivência, o ambulatório e o trabalho de Matriciamento em Saúde Mental, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), destinado à desospitalização de ex-moradores de hospícios, uma associação de usuários, trabalhadores, familiares e amigos da Saúde Mental – *Vida que te quero vida*. Recentemente, o município de Betim conta com os seguintes serviços, distribuídos entre as seguintes regionais da cidade, vide a figura abaixo.

Figura 12 - O município de Betim em regiões



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim (2014)

CAPS III/CERSAM Betim Central/CAPSIII – trata-se do serviço sede de nossa pesquisa. Iniciou suas atividades em 1994, porém, sua inauguração oficial ocorreu em 1996 com o nome de CERSAM Susana Nara Osório (em homenagem a uma usuária). A partir de 1997, passou a funcionar 24 horas, de segunda a domingo. É referência para as urgências das

seguintes regionais da cidade: Alterosas, Norte, Sede e Vianópolis. Dentro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (Cismep), este CAPS III oferece retaguarda para as urgências provenientes dos seguintes municípios: Bonfim, Crucilândia, Florestal, Igarapé e São Joaquim de Bicas.

CAPS III/CERSAM Teresópolis – iniciou suas atividades em 1996. A partir de 2011, recebeu ampliação para 24 horas, de segunda a domingo. É referência para a região do Teresópolis, PTB, Imbiruçu, Petrovale e Icaivera, assim como para as urgências dos municípios de Mateus Leme, Juatuba, Sarzedo, Esmeraldas e Brumadinho.

CAPS II/CERSAM Citrolândia – fruto da ampliação e reestruturação da equipe ambulatorial existente na Unidade Básica de Saúde (UBS) Citrolândia. O início de seu funcionamento ocorreu em um prédio cedido pela FHEMIG em novembro/2003, ganhando sede própria em setembro de 2006. Atendimento de segunda a sexta de 7h às 17h. É referência para a região do Citrolândia e para os municípios de Piedade das Gerais, Mario Campos e Rio Manso.

CAPS II/CERSAMi – Infanto-juvenil (para menores de 18 anos). O início de seu funcionamento ocorreu em 1994. Atendimento de segunda a sexta, das 8h às 18h. É referência para as urgências infanto-juvenis de todo município e para toda a Microrregião II. Quando o usuário necessita de assistência noturna, a referência é o CAPS III/CERSAM Betim Central. Caso não tenha vaga noturna, o CAPS III/CERSAM Teresópolis assume o acolhimento, porém a criança, ou o adolescente deverá ser acompanhado a estes serviços por um responsável legal e maior de idade, como preconiza na Lei Federal 8069/1990 do estatuto da criança e adolescente - ECA.

Centro de Convivência Estação dos Sonhos – inaugurado em agosto de 2001, fazendo parte da rede de inclusão social do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Atende não só aos portadores de sofrimento mental, mas também a população em geral, fornecendo uma série de atividades terapêuticas: de arte, cultura, lazer, educação, política, cidadania, geração de trabalho e renda.

Residências Terapêuticas – Betim inaugurou sua primeira Residência Terapêutica em agosto de 2002. Em 2006, foi implantada a segunda na região do Citrolândia. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dispositivo estabelecido pela Portaria Nacional GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000) e destinado para os usuários egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e portadores de transtornos mentais severos e persistentes que perderam os vínculos sociais e/ou familiares. Porém, o município de Betim, renormaliza, singulariza essa lei para o funcionamento de suas duas

residências, uma vez que a maioria dos moradores não são egressos de hospitalização de longa permanência, mas sim usuários que perderam seus vínculos familiares.

CAPSIII/CERSAM AD (Álcool e outras drogas) – um serviço criado segundo as políticas normativas nacionais de Redução de Danos (RD) para o tratamento de usuários de múltiplas drogas. Iniciou suas atividades em 2012 e, logo em seguida, ampliou seu funcionamento para 24 horas, porém em regime de Hospitalidade Noturna (HN). Ou seja, o pernoite é destinado para usuários que foram acolhidos durante o período diurno, porém, à noite não conta com a presença local do psiquiatra. Quando há necessidade de avaliação psiquiátrica, o usuário é deslocado para os CAPS III/CERSAM Betim Central e/ou Teresópolis.

Oito (08) equipes de Atenção Primária em Saúde Mental – são serviços ambulatoriais e que se encontram em reestruturação para funcionarem, segundo a lógica do Matriciamento de Saúde Mental: Regional PTB/PETROVALE (4 profissionais) - Equipe Adulto e Infanto-juvenil; Regional Teresópolis (3 profissionais) - Equipe Adulto e Infanto-Juvenil ; Regional Imbiruçu (4 profissionais) - Equipe Adulto e Infanto-juvenil ; Regional Citrolândia (3 profissionais) - Equipe Adulto e Infanto-juvenil ; Regional Centro (5 profissionais) - Equipe Adulto ; Regional Vianópolis (2 profissionais) - Equipe adulto e infanto-juvenil ; Regional Alterosas (5 profissionais). Regional Norte (3 profissionais).

DUAS RESIDÊNCIAS²²⁰ – MULTIPROFISSIONAL E DE PSIQUIATRIA – trata-se de um sistema novo de formação de novos trabalhadores de Saúde Mental, dentro dos princípios de Reforma Psiquiátrica, do SUS e da Luta Antimanicomial. Vale ressaltar que o MEC não apresenta até o momento uma normatividade específica para dirigir o funcionamento da residência em Psiquiatria nas redes substitutivas de Saúde Mental, valendo, então, de normas já existentes que dirigem as tradicionais residências médicas e psiquiátricas dentro do meio hospitalar. Um conflito de normas evidente na formatação teórico-prático de estágios em rede.

Conforme já apresentamos, nossa proposta metodológica foi localizar o CAPS III/CERSAM Betim Central como uma situação de trabalho e analisá-lo em termos micro e macro, como um dispositivo territorial de tratamento da crise e articulador do trabalho em rede. Para tanto, realizamos essas discussões de acordo com a compreensão teórico-prática da criação de *Dispositivos Dinâmicos a Três Polos (DD3P)*, segundo a Ergologia - aplicados ao campo da Saúde Mental (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; SCHAWARTZ, 2009). Assim,

²²⁰ Atualmente, o município conta somente com uma residência em Psiquiatria.

reconhecemos o campo da Saúde Mental de Betim, o funcionamento normativo e o histórico de criação do referido serviço, segundo nosso processo de pesquisa – que apresentaremos.

Com respeito ao CAPS III/CERSAM Betim Central, apresentamos uma trajetória histórica de sua implantação, a composição de equipe, o funcionamento, visando compreender a cultura desse *métier*, ou seja, o gênero profissional em Psiquiatria existente e/ou em construção. Na sequência, visamos localizar as atividades em Psiquiatria, perscrutando ações e atos constituintes do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

6.1 O CAPS III/CERSAM Betim Central: Construindo Gêneros Em Psiquiatria

Em diálogos com as Clínicas do Trabalho, consideramos o *métier* como um espaço-tempo que mobiliza um sistema de histórias, regras, normas, valores, representações em comum e que visam identificar sociocultural e politicamente um coletivo. Um local que coloca em visibilidade o corpo em movimento de trabalhadores, de articulação de saberes práticos, renormalizado-os em termos singulares e universais. Um palco de ações, atos e gestos profissionais (OSTY, 2010; LHUILIER, 2008; BERNIER, 2013; SCHWARTZ, 2000; DURRIVE, 2015).

Em outras palavras, uma instituição que se localiza entre os conflitos do instituinte e do instituído, que estabelece o mesmo espaço-tempo em nível de desenvolvimento psicológico do sujeito e um diálogo entre o social, o psíquico, o cultural e o político. O *métier* se compõe a partir de uma relação conflitante entre quatro registros. O primeiro, o *registro pessoal*, singular, da intimidade, do corporal, da subjetividade, avisando-nos que cada um exerce o seu trabalho de maneira bastante particular. O segundo, o *impessoal*, oposto ao primeiro, constituído como prescritor de tarefas de trabalho, submetido a determinadas condições generalizantes do comportamento normativo do homem. São registros que intercalam dois outros: o terceiro, o *interpessoal*, que traduz o trabalho coletivo, as atividades coletivas que mobilizam o quarto registro *transpessoal* - o gênero profissional (CLOT, 2010). Conforme já definimos, constitui o estoque, a memória de formas diferentes de fazer a mesma coisa, que atravessa e religa todas as atividades e sintetiza o coletivo de trabalho. O *gênero* é o que nos informa não só a maneira com devemos nos comportar nas relações, mas também formas específicas de trabalhar, de dizer, atribuições, obrigações, independentes das características individuais de cada membro.

Apresentaremos o *trabalho real*, a partir de uma perspectiva de compreensão e pesquisa do *trabalho coletivo*, do *coletivo de trabalhadores* e o (re)conhecimento do *gênero*

profissional psiquiátrico do CAPS III/CERSAM Betim Central. Propomos um retorno às situações de trabalho de forma a interrogar a instituição, porém, lembrando que a maior instituição que também se interroga é a própria Psiquiatria como campo de saber/poder. Também, levantar a possibilidade da emergência de *reservas de alternativas e margens de manobras*, a partir de conflitos de critérios e *debates de normas* tanto no espaço micro (individual) do serviço, quanto macro (coletivo, político, sociocultural e histórico) da Reforma Psiquiátrica brasileira – um desafio para as Clínicas do Trabalho. Quer dizer, esta tese se situa na interseção da passagem de uma política psiquiátrica antiga e tradicional para uma nova política de Saúde Mental, novas práticas marginais e concretas de trabalho com a loucura - espreitando o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

Apresentamos a composição da equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central e seu funcionamento, a fim de compor nosso ponto de vista sobre o *gênero* psiquiátrico deste serviço. A história de um *métier* pode ser considerada como uma memória genérica ou transpessoal, um instrumento de ressignificação do singular de forma coletiva, ressignificando a experiência e sedimentando instrumentos para viver novas experiências.

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 aponta uma possível composição de equipe, algumas estratégias básicas de funcionamento, deixando, assim, seus processos de trabalho, diretrizes micro de funcionamento a critério de cada município para fazê-lo.

É assim que Betim apresenta seus conflitos e *debates de normas* na implantação e implementação de sua política de Saúde Mental, inclusive na formatação de seu CAPS III/CERSAM Betim Central e, em 2011, da abertura 24 horas do CAPS III/CERSAM Teresópolis, com a presença do psiquiatra como norma de trabalho.

Atualmente, o CAPS III/CERSAM Betim Central conta com a seguinte equipe multiprofissional:

Quadro 2 - Composição de trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central

Cargos	Quantidade de Funcionários	Vínculo	Carga Horária Total
Gerente de Unidade	01	Comissionado	44 horas semanais
Médico Psiquiatra	07 (sendo 02 contratados)	Efetivo e Contratado	05 Efetivos – 128 horas semanais 02 Contratados – 24 horas semanais cada um- 48 horas semanais
Enfermeiro	06	Efetivo	144 horas semanais
Farmacêutico	01	Efetivo	20 horas semanais
Assistente Social	02	Efetivo	64 horas semanais (01 apostilado)
Terapeuta Ocupacional	02	Efetivo	48 horas semanais
Psicólogo	06 (Sendo 01 do CAPS AD - álcool e drogas)	Efetivo	150 horas semanais
Administrativo	06 (sendo 01 apostilado)	Efetivo	05 efetivos com carga horária de 30 horas semanais e 01 efetivo (apostilado - de 40 horas semanais)
Auxiliar de Farmácia	04	Efetivo	120 horas semanais
Agente de higienização	08 (sendo 05 terceirizados – SETSYS)	Efetivo e Contratado	03 Efetivos – plantonistas 12h x 60h e 05 Contratados, sendo: – 01 diarista (40 horas semanais) e 04 plantonistas 12 x 36
Copeira	01	Efetivo	Plantonista 12h x 60h
Guarda Patrimonial	04	Efetivo	Plantonista 12h x 36h
Técnico em enfermagem	31 (sendo 02 diaristas)	Efetivo	Plantonista 12h x 60h e Diaristas – 30 horas semanais cada um.
Auxiliar de Enfermagem	11	Efetivo	Plantonista 12h x 60h

Fonte: O autor com a equipe, 2014

O serviço conta com uma média de 11.900 usuários inscritos, dos quais 5.600 são usuários incluídos no sistema de triagem - que passaram no serviço somente para atendimentos mais pontuais -, além de 6.300 usuários inscritos no serviço que contêm registro específico de prontuário. A média diária de acolhimentos na urgência é de sete (07) usuários e de ambulatório, quarenta e cinco (45) usuários.

Com relação ao funcionamento, trata-se de um processo complexo de trabalho em equipe que visa desfocar, a priori, todas as especificidades, a fim de que os trabalhadores possam participar das atividades em geral (SILVA, 2010). Quer dizer, é o princípio de atender a crise, descentrando espaços. Segundo Lobosque (2001, p. 89), “O sistema é montado independentemente da formação acadêmica dos membros da equipe: assim, conforme escala, pode ou não haver o psiquiatra atuando na recepção”. Neste sentido, dizemos da *Clínica da Referência*, onde o caso clínico é construído coletivamente, mas conta com uma dupla de profissionais na condução, espera-se que um deles seja um psiquiatra.

Em termos de pessoal, há os chamados de Técnicos de Nivel Superior (TNS) – que são os psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros; os técnicos de enfermagem; o Técnico de Referência (TR) - aquele que constrói o caso clínico e gerencia o tratamento do usuário. Em termos de dispositivos de tratamento internos: o Projeto Terapêutico Individual (PTI); o dispositivo da Permanência-Dia (PD), de Pernoite (PN), de Hospitalidade Noturna (HN); a *Rota* - a busca ativa, o transporte diário de usuários; as oficinas terapêuticas, os passeios externos, as assembleias de usuários e familiares, a reunião de equipe, etc.

Vale ressaltar que o psiquiatra ainda continua numa posição de privilégio nesta equipe, mesmo que todos os princípios de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial o convoquem a assumir outras posições. Existem os TNS e os psiquiatras, esta é a fala dos próprios trabalhadores ao apresentarem a composição da equipe em nossas entrevistas. Um assunto central desenvolvido no mestrado (SILVA, 2010).

6.2 A Estrutura do CAPS III/CERSAM Betim Central em Debate

Qual a configuração do gesto profissional em Psiquiatria, a partir das práticas de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central? Incorporamos aqui os nove desconfortos inaugurais desta tese, compreendendo que eles reconfiguram o significante *crise-ruptura-movimento* em várias perspectivas. Eles serão reabordados oportunamente em nossas análises, porém, podemos dizer que eles são desconfortos construídos no espaço micro do serviço no *trabalho real* e macro das políticas nacionais de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. De um lado, dizemos de usuários que desafiam a instituição, da crise dos trabalhadores frente às condições de trabalho que lhes são impostas, da medicalização da loucura, da insuficiência/prevalência de saberes mobilizados em Psiquiatria para responder à insuportabilidade, da formação profissional, etc.

De outro lado, uma crise que se faz presente no cenário social, dos processos de fabricação da loucura, de estigmatização da mesma, de problematização dos limites entre o normal e o patológico, bem como de uma exigência por contenção (criação de um espaço-tempo institucional) daquilo que perturba a ordem das cidades – que também interpelam a Psiquiatria em seu saber-poder sobre a loucura (FOUCAULT, 1997).

É dentro desse cenário que investigamos a tríade – *projeto-ação/ato* e gesto profissional. Quer dizer, lá onde nossa pesquisa quer saber sobre o gesto profissional em Psiquiatria, no *trabalho real*, nossa lupa se ampliou para as *práxis* de trabalho, as relações de trabalho e as atividades dos trabalhadores, visando localizar nelas, ações e atos que preparam a realização de gestos profissionais. Referimos a um corpo²²¹ no trabalho, um corpo em ação, que (re)produz movimentos e atos situados, que vive a divisão do trabalho e suas consequências. Sabemos que o sentido do trabalho não se prescreve e que o mesmo tem dupla inscrição, nos desejos (in)conscientes e na validação social. Um espaço-tempo que se constitui na interseção da energia pulsional e da sublimação, sendo esta, um processo intermediário para a socialização das pulsões. Também sabemos que:

[...] o sentido da ação não pode ser exclusivamente construído por aquele que o realiza. Ele é certamente ligado à história individual, mas ele é sempre o produto de uma construção intersubjetiva. Isso necessita de trocas, debates, confrontação permanente ao mesmo tempo de identificação do contexto organizacional, posições ocupadas por cada um e modalidades de ação sobre esse conjunto. (LHUILIER, 2008, p. 91).²²²

Sabemos da indissociabilidade entre trabalho e ação e avançamos no sentido de que trabalhar não é somente realizar uma atividade, mas, essencialmente, estabelecer relações com os outros, trocas de experiências, coordenação e cooperação entre pares, determinações de lugares a ocupar e tarefas a cumprir, “confrontar os pontos de vista, experimentar e dar visibilidade às capacidades e recursos de cada um, transmitir saberes e saber-fazer, validar as contribuições singulares [...]” (LHUILIER, 2008, p. 98).²²³ Um processo que requer um

²²¹ Dizemos de um conjunto de reflexes trabalhadas por Dejours (2009), Lhuilier (2002a) e Bernier (2013) – principalmente com respeito ao acolhimento da transferência e o *lugar transicional* da passagem do corpo anatômico para um corpo vivido, subjetivado, erógeno nas situações de trabalho. Uma situação bastante trabalhada na vertente da Psicoterapia Institucional francesa, aproximando-se de nosso objeto de estudos – a loucura, *a crise, a ruptura, o movimento* e a produção de gestos.

²²² Do original: “[...] le sens de l’action ne peut-il être exclusivement construit par celui qui la réalise. Il est certes lié à l’histoire individuelle mais il est aussi toujours le produit d’une construction intersubjective. Celle-là nécessite échanges, débats, confrontation permettant à la foi le repérage du contexte organisationnel, des positions occupés par chacun et des modalités d’action sur cet ensemble.” (LHUILIER, 2008, p. 91).

²²³ Do original: “[...] confronter les points de vue et les pratiques, expérimenter et donner de la visibilité aux capacités et ressources de chacun, transmettre savoirs et savoir-faire, valider les contributions singulières [...]” (LHUILIER, 2008, p. 98).

estudo clínico das situações de trabalho, que ressignifica e retrabalha nosso objetivo de pesquisar e analisar as atividades, ações, atos, visando ao *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. A clínica do/no trabalho reivindica uma dupla inscrição da subjetividade – a simbolização na cadeia de atividades socioculturais e na materialidade e concretude do encontro com o real, seus conflitos e resistências (LHUILIER, 2008; DEJOURS, 2009; CLOT, 2006; SCHWARTZ, 2007; 2008; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Neste sentido, abordaremos o encontro de corpos no trabalho, nas atividades, nas ações e nos atos dos trabalhadores, definindo posições, divisões de tarefas a cumprir. Dizemos de relações diversificadas dos usuários entre si e com a equipe de trabalhadores, etc., mas, especificamente, da confrontação corpo-a-corpo usuário-trabalhador.

Dizemos da constituição do *corpo-si* (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) dos trabalhadores e usuários no *trabalho real*. Com relação ao trabalhador, um sujeito dotado de um corpo biopsicossocial que constitui sua primeira inscrição identitária. Com relação ao usuário, dizemos de um *Moi-peau* em constante conflito, um corpo histórico marcado pela exclusão social, por sintomas diversos, pela estigmatização e, muitas vezes, pela dificuldade de habitar seu próprio corpo, mostrando-se despedaçado frente ao olhar do outro na relação.

Em outras palavras, um encontro de *corpos-si* diferenciados, promovendo um movimento plural na relação usuário-trabalhador, considerando os aspectos (in)conscientes, a alma, o espírito, o físico e a subjetividade, além da concretude e materialidades do meio de trabalho.

No CAPS, às vezes, há uma cronificação da permanência-dia, mas pelo menos aquela presença do paciente perto de nós, nos angustia mais. No hospital, é fácil esquecer um paciente dentro da enfermaria, é só trancar uma porta. **No CAPS não, a gente tropeça no paciente, a gente tropeça no problema dele, o problema dele tropeça na gente. Quer dizer, esse esbarrão, ele ajuda a gente a ser mais criativo, entende?** (Psiquiatria 12 *apud* SILVA, 2010, p. 54, destaques nossos).

Resgatamos a fala acima como emblemática em nossas análises do *trabalho real*. Ou seja, dentro do CAPS III/CERSAM Betim Central, quais as ações, os atos e os possíveis gestos profissionais em Psiquiatria produzidos concretamente no cotidiano frente a estes esbarrões?

Segundo nossas análises, esse contato pode ser evitado ou aceito, de toda forma, gerando angústias de ordens variadas. Se todos vivenciam essa experiência, são os técnicos (auxiliares) de enfermagem, aqueles trabalhadores que mais experimentam estreitamente no

corpo esse contato. E foram eles quem mais denunciaram as contradições do *trabalho real*. A começar pelo preconceito:

Problema da dependência e o preconceito... a pessoa acha que aquele paciente é só dependente químico... que ele não tinha que tá aqui, que deveria estar lá no CAPSad... Então, o profissional da equipe, eu acho assim... que ele separa o problema psiquiátrico da dependência química. E, às vezes, tá muito ligado os dois. **E tem profissional que não sabe muito bem separar essa questão da dependência e o problema mental...** e, às vezes, ele tem um outro problema... então, assim, tem essa dificuldade. O profissional da enfermagem, às vezes, num sabe separar, e eu vejo preconceito por este lado. (Maria, destaques nossos).

Uma outra problemática resume a falta de comunicação entre os trabalhadores do CAPS:

Acho que eu falei de tudo que acontece... dos problemas que acontece... **acho que é comunicação... que é muito fala e ainda precisa ser melhorada... comunicação é muito importante**, nós já tivemos um monte de problema aqui, por falta de comunicação... **nem é falta da prescrição em si, mas da comunicação...** (Maria, destaques nossos).

Se o CAPS convoca os trabalhadores a responderem por esse contato, constatamos uma relação corporal ambivalente, chamado atenção, inclusive, para a proibição do toque (ANZIEU, 1995). Os trabalhadores da saúde mais vivenciam o prazer do contato corporal do que falam desse contato. Referimos também à resposta e à postura dos trabalhadores, em nível transferencial na passagem do corpo biológico ao corpo vivido na relação transicional (LHUILIER, 2088; BERNIER, 2013). Ou seja, entre outras palavras, dizemos do contato corporal e verbal, onde “A comunicação tátil é uma componente essencial de várias atividades (cuidadoras, educadoras, terapêuticas) mas sobre as quais pesa um silêncio que amplifica as ressonâncias fantasmáticas.” (LHUILIER, 2008, p. 144).²²⁴ Segundo Dejours (2009), é a passagem de um corpo físico para um corpo erógeno, subjetivado na atividade, e suas implicações na economia psíquica dos trabalhadores.

Os trabalhadores enfrentam também a angústia gerada pela confusão de papeis e lugares a ocupar no cuidado com a loucura. Limites do encontro com a norma e a possibilidade de resignificá-la, inclusive pelo viés da transgressão. Angústia da ameaça da perda de identidade frente à constante despersonalização e despedaçamento corporal impressos pelo encontro com a loucura, principalmente, a psicose, refletidos no corpo dos trabalhadores. Frente a esta vulnerabilidade, diversos são os *envelopes psíquicos* (ANZIEU,

²²⁴ Do original: “La communication tactile est une composante essentielle de nombre d’activités (soignantes, éducatives, thérapeutiques) mais sur laquelle pèse un silence qui amplifie les résonances fantasmatiques.” (LHUILIER, 2008, p. 144).

1995) criados contra a violência: envelopes de defesa, de distanciamento, de separação, estigmatização, protegendo contra a contaminação moral e psíquica da loucura. Por outro lado, envelopes de ressignificação da neurose, da psicose e da criação de outras formas de abordagem à loucura. Todos contribuindo para a qualificação das ações, atos e gestos profissionais em Psiquiatria.

Inicialmente, faremos uma análise de dados provenientes da primeira etapa de observação e compreensão das *variabilidades e infidelidades* do *trabalho real* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), analisando o CAPS III como situação de trabalho e fazendo uma inter-relação com as *normas antecedentes* da história da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica. Partimos dos processos normativos de funcionamento e estruturação do serviço, dos diversos dispositivos e estratégias de tratamento oferecidos, desde o acolhimento à *Rota* que inclui a busca diária de usuários para a Permanência-dia (PD) - (e outras atividades, por exemplo aquela de medicar usuários em domicílio) – realizada pelos técnicos de enfermagem. Assim, conseguimos elencar e categorizar alguns achados que nos chamaram a atenção e, inclusive, ressignificados nas entrevistas que realizamos.

Na segunda etapa, continuaremos a análise do real, a partir da resposta da equipe à demanda dos familiares ao serviço.

A terceira etapa, a análise das seis seções de GRT como forma de indexação de questões também evidenciadas no primeiro processo de observação e análise do *trabalho real*. A intenção é localizar nas atividades dos trabalhadores, ações, atos e possíveis gestos profissionais em Psiquiatria. Passaremos à primeira etapa.

6.2.1 Em termos estruturais

Em termos de *normas antecedentes*, há uma normatização (Portaria nº 336/2002) que sugere que a estrutura física do CAPS seja diferente do hospital psiquiátrico e que, inclusive, pudessem ser casas localizadas em bairros da cidade. Em termos ergonômicos (GUÉRIN, 2001), constatamos que, esteticamente, o serviço se diferencia do hospital psiquiátrico, porém apresenta uma infraestrutura precária, que não facilita o acolhimento e a circulação do usuário em crise. Também, faltam salas/consultórios para os atendimentos ambulatoriais, oficinas terapêuticas, reuniões de familiares e assembleias de usuários, etc. A pintura das paredes em péssimo estado de conservação. Área externa pequena para os usuários, banheiros em situação precária de conservação e higiene, salvo em alguns momentos depois da limpeza no período

matinal e noturno. Banheiros dos trabalhadores em situação um pouco melhor, mas há quem diga “que num tem nem jeito de fazer um xixi com dignidade” (Cássia, GRT).

Faltam cadeiras, tanto para os atendimentos dentro dos consultórios, quanto na sala de espera da porta de entrada. Os sete leitos de pernoite do serviço são camas de aço, todas em péssimas condições de funcionamento.

Não existe um lugar específico destinado para os usuários guardarem seus pertences, nem mesmo para aqueles em PD e PN. Frequentemente, escutam-se conflitos entre usuários e trabalhadores acerca do desaparecimento de objetos pessoais dos primeiros. Trata-se de uma situação que traduz um sistema muito empobrecido de hotelaria para os usuários, porém, recentemente, verificamos a existência de roupas de cama e toalhas em melhor estado de conservação, mas sem travesseiros.

Em conversas pelos corredores, entrevista com um trabalhador e debates em reunião de equipe, ouvimos que o CAPS III já esteve muito mais bonito há cerca de dez anos atrás. Fato este que não dizia respeito a um ou outro partido político, gestores da saúde, mas ao engajamento de alguns trabalhadores em forma de *projetos-ações* e atos individuais de grande solidariedade quanto ao embelezamento do serviço e melhoramento dos leitos.

A reflexão que se escuta é que o espaço físico do CAPS III já se encontra bem pequeno e inadequado para o tamanho da demanda, mesmo que ele tenha sido (re)construído em 1995 para exercer tal função, especificamente. Há aqueles que refletem, dizendo que ele precisa ser reconstruído em um outro local mais distante da BR 381 – rodovia de grande velocidade e periculosidade para o público, uma vez que presenciamos diversos momentos em que os trabalhadores saem correndo em busca de usuários que evadiam dos serviços em direção ao centro da cidade ou à referida BR.

6.2.2 A ergoterapia dentro e fora do CAPS III/CERSAM Betim Central

Em termos normativos pelas políticas e leis de Reforma Psiquiátrica, espera-se que no CAPS, haja oficinas diversas (internas e externas), visando à *Reabilitação Psicossocial*, respeitando e priorizando a fragmentação psíquica do usuário em crise e reservando o Centro de Convivência para aqueles mais organizados psiquicamente. Constatamos que, na prática, poucas oficinas são desenvolvidas durante a semana – atividades de pintura em tecido, tela e papel; filmes e debates; assembleia de usuários, oficina de inglês (gerenciada por residentes em Psiquiatria) e alguns passeios externos. Atividades estas que não acontecem

rotineiramente. Verificamos também uma polêmica em torno de quem estaria apto para realizar tais oficinas além do terapeuta ocupacional (SILVA, 2010).

Presenciamos também a organização, confecção de alegorias para o desfile do dia 18 de maio - *Dia Nacional de Luta Antimanicomial* - que aconteceu no dia 19/05/2014. Estivemos presentes na passeata em Belo Horizonte, onde se reúnem a maioria dos Serviços Substitutivos de Minas Gerais em torno de uma passeata carnavalesca no centro da cidade. Um momento macro-político de compressão da atividade profissional em Psiquiatria – um trajeto que iniciou na praça da Liberdade e finalizou na praça Sete de Setembro/Belo Horizonte.

Nossas análises se ampliam e comparamos tais atividades terapêuticas ao *Clube Terapêutico* proposto pela *Psicoterapia Institucional francesa* (BERNIER, 2013). Podemos dizer que, teoricamente, as duas situações se assemelham em objetivo, de promover, de fato, a emancipação do usuário, a partir de atividades terapêuticas. Mas, apresentamos críticas aos dois sistemas. Os *Clubes* exercem um papel de tentativa de quebra da hierarquia institucional, abrindo espaços para a voz ativa do louco, porém, prevalecendo um movimento mais voltado para dentro da instituição²²⁵ do que para fora da mesma. Por outro lado, eles funcionam de forma autônoma na gestão do material e realização das oficinas, bem como outras atividades, contribuindo para a quebra da passividade institucional. As atividades terapêuticas do CAPS III/CERSAM Betim Central, salvo algumas poucas exceções, encontram-se também voltadas para dentro, em pouco contribuindo para a autonomia e emancipação do usuário.

6.2.3 A clínica e a reunião de equipe no processo de trabalho

Partimos da escolha da reunião de equipe como ponto de partida em nosso processo de observação do *trabalho real* e análise da atividade, inclusive por compreendermos ser ela o único dispositivo de *validação/deliberação* coletiva (DEJOURS, 2009).

Presenciamos algumas *reuniões de equipe* e tivemos grandes surpresas desveladoras de conflitos de normas e *renormalizações*. Trata-se de uma reunião que se espera ser destinada às discussões clínicas, à construção do caso clínico e à democratização das informações e de saberes circulantes. Ela é um momento em que todos os trabalhadores se reúnem para discutir assuntos administrativos e clínicos. A reunião demanda a presença de

²²⁵ Isso, vimos de perto em uma visita à Clínica La Borde em agosto/2015. Momento de festa, onde pude participar da organização em uma jornada de 9:30 às 20 horas, desde a cozinha até o almoço conjunto, o debate político, a venda de artesanatos, o teatro, as vozes de usuários gravadas em diversos locais da clínica, o desarmamento de infraestruturas, etc.

todos os trabalhadores, mas os auxiliares de enfermagem, na maioria das vezes, estão ausentes ou pouco representados nos debates por motivos mais evidentes de escala de trabalho 12 por 36 horas de folga, dificultando a presença dos mesmos.

Por exemplo, aquela reunião que tem aqui toda sexta, é... eu acho que deveria ter dois técnicos lá e só tem um... lógico que parece que num dá levar dois, mas eu acho que deveria ser dois lá nesta reunião de técnicos... porque eu já vi, participei de uma reunião que era, praticamente, uma guerra com os técnicos... de enfermagem. Os técnicos de superior praticamente numa guerra com a gente, como assim? As vezes critica muito a enfermagem, o quê fazer? (Maria, destaques nossos).

Presenciamos situações de grande *debate de normas*, de divergência de opiniões e confrontação entre trabalhadores, ressignificando a reunião de equipe como um espaço-tempo de *validação/deliberação* coletiva formal, de construção de *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (ECRP's), segundo Schwartz (2007). São entidades que se faziam presentes em momentos de debates clínicos, formas coletivas de construção de caso clínico. A reunião de equipe é um momento de compartilhar teorias, *saberes investidos e constituídos*, pontos de vistas sobre as condutas tomadas ou a serem tomadas. Presenciamos também vários momentos de intensa fragmentação de coletividades, fugindo do princípio clínico primordial desta reunião. Na prática, presenciamos um rodízio de lanches semanal entre os TNS's, que toma grande parte da reunião e que, ao mesmo tempo, compreendemos ser um momento de encontros e trocas de gentilezas profissionais, onde se percebe a natureza de um coletivo possível de trabalho em refazimento (CLOT, 2010; DEJOURS, 2009; SCHWARTZ, 2007). Há quem diga ser uma forma de se desviar do assunto que precisa ser trabalhado, onde se diz muito e pouco se resolve, ou se decide coletivamente.

Por outro lado, constatamos também a existência do mesmo espaço se fazendo de forma informal na cozinha, nos corredores, na sala de plantão de urgência (DEJOURS, 2009). Uma forma de construir e evoluir o caso clínico verbalmente e anotando em prontuários. Também, foi, a partir desta reunião de equipe que nasceu a proposta de criação do GRT que apresentaremos em breve.

Encontramos diversos atos defensivos individuais e coletivos, aproximando de uma ideologia defensiva no sentido psicodinâmico do trabalho:

Na medida onde trabalhar, não é somente produzir, mas é também se proteger você mesmo contra os riscos do trabalho, as estratégias de defesa que é necessário construir podem deformar em profundidade a mobilização da inteligência individual

e mesmo entrar em concorrência com a inteligência coletiva. (DEJOURS, 2009, p. 57).²²⁶

A reunião nos pareceu um fórum onde as verbalizações são mais administrativas do que clínicas, mas percebemos uma grande movimentação e preocupação do gerente em reforçar a prática da *Clínica da Referência* e sustentar pactuações/decisões dos acontecimentos cotidianos.

Para funcionar como um espaço de *validação/deliberação*, Dejours (2009) chama atenção para que haja um processo de renúncia de inteligências em prol de outras, ou seja, um trabalhador se conter, a fim de que o outro se pronuncie. Um desafio prático de trabalho:

Nós já sinalizamos, se todas as inteligências individuais, todas as engenhosidades, todas as genialidades se darem livre curso, não teria obra comum possível porque as genialidades, pelo fato da alta singularidade que caracteriza cada uma dentre elas, têm um poder considerável de divergência e de desorganização, de criação de desordem. (DEJOURS, 2009, p. 125).²²⁷

Percebemos uma prevalência de discussões vazias de sentido, programando ações coletivas que pouco ou quase nunca aconteciam, ilustrando a fragmentação de coletivos em coleções de trabalho. Em outros momentos, presenciamos momentos bastante instituintes de *validação/deliberação*, onde a inteligência de um trabalhador se continha para dar espaço a outros posicionamentos, reforçando nossa hipótese de que a reunião de equipe do CAPS funciona como um espaço deliberativo.

A reunião acontece sem a presença dos técnicos de enfermagem (que são convidados) e que não têm como prescrição de trabalho (assim como todos os TNS), a participação nesta reunião. Esta foi somente a primeira constatação, nada simples, porém de grande polêmica, pois, se de um lado, eles reclamam de não serem ouvidos em suas questões pela equipe de nível superior, por outro, os mesmos pouco se interessam em estar presentes. Poucas vezes, alguns estiveram presentes e percebemos um grande descompasso de sintonia entre as atividades desenvolvidas por eles e a coletivização das mesmas em equipe.²²⁸

²²⁶ Do original - "Dans la mesure où travailler, ce n'est pas seulement produire, mais c'est aussi se protéger soi-même contre les risques du travail, les stratégies de défense qu'il faut bien construire peuvent venir gauchir en profondeur la mobilisation de l'intelligence individuelle et même entrer en concurrence avec l'intelligence collective." (DEJOURS, 2009, p. 57).

²²⁷ Do original - "Nous l'avons déjà à plusieurs reprises signalé, si toutes les intelligences individuelles, toutes les ingéniosités, toutes les génialités se donnaient libre cours, il n'y aurait pas d'oeuvre commune possible parce que les génialités, du fait de la haute singularité qui caractérise chacune d'entre elles, ont un pouvoir considerable de divergence et de désorganisation, de création de désordre." (DEJOURS, 2009, p. 125).

²²⁸ No mestrado (SILVA, 2010), verificamos uma riqueza enorme de dados empíricos – debates em torno das atividades dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Em resumo, de um lado, eles são os trabalhadores que mais respondem aos *esbarrões* no plano do corpo-a-corpo. Eles passam maior tempo junto aos usuários,

Em outros momentos, percebemos um certo tensionamento e divergência entre os TNS quanto à *orientação clínica* de usuários. Por exemplo, constatamos que apenas *duas psicólogas* apresentavam um posicionamento claro e consistente quanto a uma orientação clínica, neste caso, do ponto de vista da Psicanálise e que desenvolviam o trabalho de TR de forma mais próxima das exigências da Reforma Psiquiátrica. Constatamos também a presença de um terapeuta ocupacional e duas assistentes sociais mais voltadas para a Psicologia Sistêmica e desenvolvendo o mesmo processo de referenciamento de casos. Presenciamos alguns poucos momentos conflitantes entre os psiquiatras com o restante da equipe, em especial quanto à condução de casos e ao uso da medicação. Quando ausentes, a equipe se mostrava mais à vontade para fazer suas críticas quanto ao distanciamento dos mesmos da maioria das questões do serviço e mais voltados para posicionamentos pontuais com respeito ao diagnóstico, à medicação e à escassez de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para os encaminhamentos de usuários na rede.

A partir da reunião de equipe, reconhecemos algumas nuances do processo de trabalho, estivemos presentes durante as passagens de plantões que ocorrem três vezes por dia. A primeira, do noturno para o dia, às 7:30 da manhã. A segunda, às 13 horas e a terceira, às 19 horas. Todas muito esvaziadas de trabalhadores e, na maioria das vezes, sem a presença do psiquiatra.

Em termos do acolhimento clínico, na maioria das vezes, os usuários comparecem espontaneamente. Muitas vezes são levados por familiares. Aqueles mais em crise, em sua maioria são levados pela polícia e/ou pelo SAMU. Estivemos presentes em vários desses momentos do acolhimento da crise, além de acompanhar muitas consultas individuais e conversar com os familiares. Mostrou-se evidente o sofrimento das famílias que também eram acolhidas e logo eram envolvidas no tratamento, porém, com grandes resistências. Percebemos com evidência as expectativas dos mesmos com respeito ao CAPS e ao tratamento. Entre outras demandas, eles esperam que o usuário seja internado, que o médico o avalie e que tome um remédio, conforme abordaremos melhor em breve.

Também, percebemos que os usuários mais graves, mais agitados, *passavam a maior parte do tempo contidos em leitos* com faixas de contenção bastante precárias e mediante um

assim, eles ouvem, escutam, trocam, relacionam estreitamente com os usuários. Assim, em suas atividades, verificamos que eles mobilizam *saberes investidos e constituídos*, fabricam saberes novos em tempo real de trabalho, mas reclamam que não são ouvidos e nem suas reflexões são levadas em conta pela equipe de TNS. Por outro lado, verificamos uma pluralidade de estratégias de regulação da atividade que ressignificam muito, nossa teorização pelas Clínicas do Trabalho. São achados importantes e recorrentes nesta atual pesquisa. A questão é que, ao pesquisar o gesto profissional, localizamos a tentativa de um auxiliar de enfermagem em engendrar seu gesto profissional em Psiquiatria. Analisaremos este processo por etapas, visando decompor suas ações e atos neste percurso, a partir de sua presença no GRT.

processo esvaziado de observação, tanto pelos TNS, quanto pelos técnicos de enfermagem. Também, não percebemos uma norma padrão de contenção, cada um faz de qualquer forma, mas é uma atividade sempre delegada ao técnico de enfermagem, em nível de *sale bulot* (LHUILIER, 2005, 2009). Muitas vezes os usuários contidos conseguiam se desconterem ou eram descontidos por outros usuários para a surpresa da equipe.

Compreendemos que muitos usuários eram contidos também para se evitar as fugas do serviço que eram muito frequentes, em especial nos momentos de passagem de plantão. Situação esta que nos faz compreender e analisar o muro de forma clínica e não apenas como uma barreira física. Uma situação que ressignifica o oitavo desconforto e que analisaremos em breve. Por outro lado, o “leito-chão” que não é uma exceção, contribuindo para precarizar ainda mais as condições de assistência.

Constatamos também que muitos usuários são conduzidos somente por médicos psiquiatras, sem a participação do TR, conforme o prescrito pela Reforma Psiquiátrica. Não são todos os TNS que desenvolvem essa tarefa de TR – de construção coletiva do *caso clínico*. Há uma crítica de que este processo de convite ao TNS para exercer o trabalho de TR levaria a uma *pulverização da especificidade* (SILVA, 2010). Ou seja, como se trata de um trabalho que exige tempo e competências clínicas diferenciadas, articulações internas e externas ao CAPS III/CERSAM Betim Central, inclusive familiares, etc., o trabalho específico ficaria relegado a outros planos no cotidiano.

A partir da reunião de equipe, compreendemos que existem espaços para *validações/deliberações* individuais e coletivas para a discussão de ações e atos, visando ao *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Porém, constatamos uma complexidade de situações que abortam esse processo na etapa de *projetos-ações*, reforçando a realização de atos individualizados, muitas vezes sem qualquer teor clínico e tentativa de *validação/deliberação* no coletivo da equipe.

6.2.4 A formação em tempo real de trabalho

O assunto é polêmico e apresenta um diálogo original com os terceiro e quarto desconfortos iniciais da tese – o desajuste da formação do novo trabalhador em Saúde Mental, que não somente o psiquiatra. Tradicionalmente, a formação deste tem sido dentro do modelo hospitalar. Ao deixar a residência e ganhar a rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo o CAPS, ele não se adapta facilmente ao novo estilo de trabalho em equipe, gerando um mecanismo intenso de alta rotatividade (SILVA, 2010)

Em 2012, o município de Betim assume, inicialmente em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP), em Belo Horizonte, a formação do novo trabalhador de Saúde Mental, criando uma Residência Multiprofissional e de Psiquiatria na sua própria rede. Uma forma de antecipação e resposta à dificuldade de adesão e despreparo do psiquiatra, do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro e do terapeuta ocupacional para a complexidade dessa nova configuração de trabalho.

Verificamos a presença de diversos residentes de Psiquiatria e Multiprofissionais no *trabalho real*, entrando e saindo do CAPS III, vindo de seminários teóricos e participando das estratégias de tratamento. Presenciamos diversos debates em nível de grandes controvérsias acerca da formatação normativa das residências, em especial a de Psiquiatria.

De início, a primeira polêmica – aquela da dicotomia entre essas duas residências à revelia de todo esforço dos coordenadores da época (2013) em articulá-las, reservando diferenças e reafirmando semelhanças entre as duas residências. Como se o psiquiatra não fosse um trabalhador multiprofissional, mas sim uma categoria diferenciada de todas as outras. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) não dispõe ainda de uma normatização específica da residência médica em Psiquiatria para os serviços abertos e em rede no SUS – o que gera não só grandes conflitos de normas e critérios, mas dificuldades de renormalizações quanto à presença ou não do preceptor o tempo todo ao lado do residente, dentre outras questões.

Percebemos entre os psiquiatras preceptores uma divergência de pontos de vista da atividade psiquiátrica entre *saberes constituídos e investidos* – o que nos pareceu, a priori, um debate interessante e desejável para a formação não só do novo psiquiatra, mas de todos os profissionais. De um lado, uma dificuldade em ajustar a grade temática, localizando eixos comuns para todos os residentes. De outro, o processo inverso, eixos temáticos comuns sendo localizados, proporcionando debates acirrados entre residentes, trabalhadores e preceptores em torno dos saberes em Psiquiatria. Mecanismo este oportuno no contexto da formação, uma vez que, segundo nossa teorização, o engendramento de gesto profissional em Psiquiatria, requer um debate no coletivo e um mecanismo de *validação/deliberação* individual e coletivo, inclusive endereçamentos da mesma ordem, a fim de que seja transmissível. Percebemos uma tentativa dos preceptores em Psiquiatria em resgatarem os saberes híbridos da história desse campo do conhecimento, quer seja, a Psiquiatria Clássica, das Grandes Escolas, focando a Fenomenologia Jasperiana e debatendo o modelo “ideologizado” da Reforma Psiquiátrica. Uma proposta de formação que mobiliza a Psiquiatria entre as

epistemicidades-2 e 3, algumas vezes em nível 3bis, ou seja, articulando os conceitos às práticas, de forma contextualizada.

Presenciamos um debate acirrado com respeito à entrada de residentes em Psiquiatria em outros campos da rede onde a presença em tempo real do psiquiatra era tímida. Em suma, pode o residente ser supervisionado à distância? Ou, pode o residente passar mais ou menos dois dias sem a presença do preceptor de seu lado e, na mesma semana, acontecer uma supervisão presencial?

Apresentamos outros questionamentos. Em termos críticos, compreendemos que a formação precisaria tomar uma dimensão de educação continuada para todos os trabalhadores da rede de Saúde Mental, incluindo os novatos. Uma reflexão extraída também de nosso estreito contato na pesquisa com os técnicos de enfermagem e a reclamação dos mesmos de pouco saber sobre a psicose e muito ter que viver e fazer juntos aos usuários não somente psicóticos. Em que nível, os mesmos compreendem a complexidade da clínica que se pratica nos CAPS?

São questões e debates importantes que deixamos em aberto, em especial a primeira, para outros momentos e oportunidades.

6.2.5 Quanto ao psiquiatra

Neste contexto, nossas análises são complementares àquelas que realizei no mestrado (SILVA, 2010). O serviço conta com um número²²⁹ suficiente de psiquiatras, segundo diálogos com os trabalhadores. A questão é que os psiquiatras reclamam o tempo todo de serem muito solicitados pela equipe, com respeito ao diagnóstico e à medicação, à revelia do discurso da Reforma Psiquiátrica de descentralização de seus trabalhos. Há psiquiatras que convidam para si mesmos a centralização, mesmo que não o façam de forma consciente. Mas, por outro lado, percebemos novamente uma forte força centrípeta de centralização do psiquiatra e da Psiquiatria Biológica, vinda da equipe, em especial de trabalhadores mais novatos (SILVA, 2010).

²²⁹ Uma afirmação polêmica de abordar, mas em considerando a portaria 336 de 2002 (Brasil, 2002), esta preconiza 3 psiquiatras para a composição de um CAPS II, para os CAPS III, não evidenciamos uma normatização evidente, ficando, então a critério de cada serviço, a referida normatização. No Caso do CAPS III/CERSAM Betim Central, outras variáveis se somam, ou seja, o serviço inaugurou 24 horas com a previsão da presença do psiquiatra integralmente. Por outro lado, percebemos uma grande dificuldade da equipe em manter seus princípios de longitudinalização da informação, de construção de caso clínico em equipe, de coerência com os princípios da Reforma Psiquiátrica, inclusive aquele de descentralização de saberes e poderes para a construção coletiva do trabalho.

Por outro lado, também constatamos diversos períodos sem o psiquiatra e que ampliaram nossa investigação de práticas cotidianas, ações e atos da equipe na tentativa de renormalizar sua ausência – o que ampliou nossa lupa de investigação de gestos profissionais em Psiquiatria.

Qual é a Psiquiatria veiculada pelo psiquiatra e pelos TNS's? Algumas respostas para essas questões não se mostram prontas, mas em construção longitudinal nesta tese. O discurso da Psiquiatria se presentifica de forma mais evidente e singular na ausência do psiquiatra. Quando presente no serviço, depois de mais ou menos de 24 horas de sua ausência, por exemplo, por motivos variados, seu trabalho específico (de diagnosticar e medicar) é o tempo todo *otimizado*, gerando nele grande desconforto, estresse e reclamação quanto ao excesso de tarefas específicas a realizar em meio à precariedade das condições de trabalho.

Na intenção de melhor compreender os saberes psiquiátricos mobilizados, ampliamos nosso olhar para o GRT que realizamos e para o acompanhamento de aulas teóricas da residência multiprofissional onde os psiquiatras também eram professores. Escutávamos a maneira pelas quais os residentes reproduziam e veiculavam os saberes psiquiátricos em aprendizagem, ampliando nossa avaliação. Percebemos, então, um diálogo saudável entre as seguintes orientações clínicas da Psiquiatria: *a Biológica, a Psiquiatria Clássica, das Grandes Escolas, da Classificação Internacional, da Fenomenologia Jasperiana*, porém uma prevalência de abordagens mais biologicistas em termos práticos e bastante crítica ao ensinamento da Psicanálise (freud-lacanianana) e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, mais voltados para a vertente italiana.

As falas abaixo nos direcionam para a compreensão de que no CAPS III/CERSAM Betim Central haja uma hegemonia de um discurso médico-psiquiátrico-centrado, mesmo à revelia do desejo dos psiquiatras do serviço e da normatização em leis ministeriais e do discurso da Reforma Psiquiátrica.

Ai meu Deus...eu vou falar da experiência... **o que compõe esses saberes da psiquiatria... ? Olha... eu acho que tem um discurso que é mais ligado a essa questão antimanicomial... um discurso... de não internar**, alguma coisa neste sentido, mas na prática mesmo... **acho que é outra coisa que orienta mesmo na psiquiatria... muitas vezes eu percebo que o que orienta mesmo é mais a medicação... sabe, assim... como medicar? Conter pela medicação...** Então, isso é muito forte e se o psiquiatra muitas vezes cai nisso aí... **é porque a própria equipe em geral reforça isso, esse pedido...** me dá um remédio pra ficar quieto... pra ele ficar quieto, mas esse paciente não melhora, será que o remédio num tá funcionando? (Nisia, destaques nossos).

Na nossa prática no Betim Central... **eu percebo que essa coisa médica é muito, muito forte, principalmente a médica da medicação...** é o que sobressai, inclusive também do diagnóstico... porque se a gente for falar de saberes, tem a CID 10, o

DSM, é isso que orienta, num é...? É um diagnóstico que é solicitado até pelo ministério da saúde... você faz os procedimentos e tem que colocar aquele diagnóstico... da classificação, e as pessoas se orientam por aí... e como é um diagnóstico muito pulverizado, fragmentado, eu acho que isso fragmenta ainda mais aqueles que não tem nenhum saber... (Nisia, destaques nossos).

Se por um lado, há psiquiatras que antecipam mais o diagnóstico e a medicação, há outros que os problematizam ao fazê-lo, além de outros que criticam o nosologismo e a medicalização da loucura. Presenciamos um debate no Congresso²³⁰ Mineiro de Psiquiatria em 2013: aquele de que os psiquiatras toparam, no percurso da Reforma Psiquiátrica, a desospitalização, mas não a desmedicalização da loucura. Em pouco tempo de observação do *trabalho real* no CAPS III/CERSAM Betim Central, percebemos uma grande preocupação dos psiquiatras com a desospitalização de usuários crônicos dos asilos, mas também da cronificação de usuários internados repetida e longamente no serviço, sobrecarregando a PD. Percebemos também uma tímida ou inexistente contribuição dos mesmos no *trabalho real* com respeito a participar efetivamente dos processos práticos do trabalho de desospitalização.

6.2.6 Os saberes constituídos sobre a Saúde Mental

Verificamos outras complexidades desveladoras do processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria ao abordarmos o conceito de Saúde Mental e os saberes que a compõem. Retornamos nosso olhar para o processo de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central, observando os saberes mobilizados pelos trabalhadores da Enfermagem, da Assistência Social, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, da Psiquiatria – o que de fato ampliou nossa investigação e crítica acerca da composição dos saberes que compõem a Saúde Mental. Foi dentro desta perspectiva que a fala abaixo nos guiou de forma crítica na composição deste espaço-tempo.

[...] tô falando da clínica, né... por exemplo, o enfermeiro muitas vezes não tem um saber constituído em relação com uma clínica que dê conta do psi... aonde, então, que essas pessoas vão se agarrar? O assistente social... o terapeuta ocupacional que também chega com nenhuma... bagagem desse campo da clínica da saúde mental... eles se agarram nisso... nesses diagnóstico de CID 10... (Nisia, destaques nossos).

²³⁰ Trata-se de uma discussão que surgiu no momento de uma intervenção feita por mim no último Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, 2013. Durante o Congresso, estive presente com uma cesta colorida de papel reciclado feita por uma usuária da Saúde Mental de Betim. Dentro desta, havia uma série de targetas, onde os psiquiatras congressistas podiam manifestar suas opiniões acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira e em Minas Gerais, bem como responder a uma pergunta sobre a composição dos saberes em psiquiatria. Fato este que compõe o oitavo desconforto de abertura da tese.

Quer dizer, de um lado, a fala é problemática e reveladora de sentidos, uma vez que em sendo os campos do conhecimento humano acima elencados nesta fala (a enfermagem, a assistência social e a terapia ocupacional) constituintes da Saúde Mental, era de se esperar que eles contassem com algum referencial clínico no interior da epistemologia de seus saberes. O que não nos parece uma verdade.

Por outro lado, concordamos que a Psiquiatria seja um dos saberes componentes do campo da Saúde Mental, conforme o conceito abaixo, mas apresentamos um posicionamento crítico, incluindo a reflexão acima.

O campo da saúde mental é o resultado de uma reorganização do campo da psiquiatria. Entraram em cena outros saberes, outros profissionais, outros serviços. **A Psiquiatria, enquanto disciplina, é hoje uma parte importante, mas, apenas uma parte do campo da saúde mental.** Talvez sua importância maior seja esta: **fornecer a descrição e a classificação dos transtornos mentais e comportamentais. Definir o que deve ser tratado e a que objetivo o tratamento deve visar.** (BARRETO, 2010, p. 172, destaques nossos).

Discordamos em partes deste conceito. Ou seja, *descrever e classificar* o transtorno mental tem sido o movimento da Psiquiatria desde a *Era Clássica* à contemporaneidade, *definir o que de ver tratado e a que objetivo o tratamento deve visar* não pode ser apanágio da Psiquiatria, nem mesmo do psiquiatra no *trabalho coletivo* (CLOT, 2010) das Políticas Públicas de Saúde Mental. Ao contrário, em sendo a Psiquiatria um saber híbrido, ela por ela mesma, não pode ser considerada um saber clínico, segundo meu entendimento, uma vez compreendemos a clínica como uma *práxis* situada, onde os conceitos produzidos em *desaderência* precisam ser capitalizados em *aderência* ao aqui- agora das situações que se apresentam.

Em termos ergológicos, na falta de espaço ou desejo para apresentarem seus pontos de vistas, seus *saberes investidos e constituídos*, os trabalhadores se agarram, (des)confortavelmente, à prescrição de trabalho, aos códigos mais evidentes, no caso em questão, aqueles da Psiquiatria da CID 10 e dos DSM's IV e V, etc. Situação esta que amplia e, de alguma forma, explica a limitação acima apresentada. Quer dizer, onde estaria a função humana, cultural, social e política (segundo o *desconforto intelectual* do terceiro polo do DD3P da Ergologia) da Psiquiatria no campo da Saúde Mental para além das funções acima estabelecidas para ela no campo da Saúde Mental? Uma pergunta que esta tese se debruça, deixando em aberto também esse debate para outros momentos.

Neste sentido, o nosso convite é que todos esses saberes se interroguem epistemologicamente, num mecanismo de descentralização (não somente da Psiquiatria)

acerca de seus referenciais teórico-clínicos, a fim de que possa, de fato, haver possibilidade de avanços neste campo híbrido e plural da Saúde Mental.

6.2.7 A orientação clínica real e a relação Psiquiatria-Psicanálise

Segundo nossa compreensão, verificamos um descompasso na orientação clínica do CAPS III/CERSAM Betim Central. No real, constatamos a existência de um discurso psiquiátrico-centrado na medicação e na classificação diagnóstica - que a fala seguinte nos ajuda compreender:

[...] **na falta de uma orientação clínica...** eles ficam nesse diagnóstico da CID, no discurso da Reforma, vamos dizer, da cidadania, **alguns dos psiquiatras até tentam pegar alguns significantes da psicanálise pra orientar minimamente, por exemplo, a transferência... até tentam, mas o que eu percebo é que a medicação é muito forte... não que não seja necessário a medicação...** é necessário, **mas será que vai ser sempre o primeiro carro-chefe que a gente vai lançar mão sempre?** Isso não é só dos psiquiatras, falo da equipe como um todo... eu percebo que o que orienta é isso, o diagnóstico... o DSM, cada vez mais os medicamentos **novos**, essa prática dos medicamentos novos que vêm dessas pesquisas de psiquiatria contemporânea... eu acho que isso ajuda também nessa leitura pulverizada, sabe? Da clínica mesmo.

Eu tô falando de minha experiência na psicanálise... uma orientação clínica, **a minha orientação clínica é a psicanálise...** pra definir o papel do TR... agora, os que não têm... tem uns que até têm, por exemplo, profissionais que fizeram formação... que mexe com família...

Agora, aqueles que não têm uma orientação clínica, que só têm uma orientação política... o discurso da reforma, da cidadania... vai embarçar nesses saberes da psiquiatria atual... dos diagnósticos... até mesmo porque são exigidos pelo ministério... Então, o TR... ele fica mais perdido, ele entra num campo geral, **se ele não tem uma orientação... clínica clara... que pode ser a psicanálise, pode ser a sistêmica... a psiquiatria, mas que tenha uma orientação clínica... que não é política... é até possível conduzir melhor...** (Nisia, destaques nossos).

Compreende-se também que até mesmo os princípios da Reforma Psiquiátrica têm deixado de existir, em especial quando se analisa a forma e o discurso dos trabalhadores mais novatos. Uma situação que nos remete para outro nível de interpretação no campo da formação acadêmica e em nível de residências Multiprofissionais e de Psiquiatria em rede.

[...] **esse discurso não existe mais, mais da Reforma e tal, não existe tanto mais, existe muito eu percebo esse discurso que não é tão dito, sabe... que orienta mais, DSM, CID, a psiquiatria contemporânea mesmo...** isso tá chegando com muita força e as outras categorias acabam embarcando porque elas num tem nenhum saber constituído no campo da Saúde Mental.

Por isso que eu acho que o que falta é... principalmente o povo novo que chega... que entra pra ser TR... **atualmente hoje falta tanto uma orientação mais política... da cidadania, quanto clínica...** mas entender mesmo o que que é isso, sabe? Disso que se fala da reabilitação psicossocial... o que é isso uma orientação clínica... O que você escolheu pra te orientar na condução do caso... de seu campo de trabalho...? (Nisia, destaques nossos).

Com respeito à relação Psiquiatria-Psicanálise, nossa intenção é partir dos debates estabelecidos em tempo real de trabalho entre esses dois campos de saberes na (re)composição da *Clinica Real* que se pratica no CAPS III/CERSAM Betim Central. Porém, essas falas iniciais deixam claro o empobrecimento da orientação clínica (confirmando o segundo desconforto de abertura da tese) deste serviço e reafirma a Psicanálise como uma possibilidade de diálogo – o que não se mostra um consenso na equipe.

A maioria dos teóricos sobre o assunto, inclusive Freud já anunciava no início do século XX, a inexistência de querelas entre esses dois saberes, situação que se refaz na relação entre psiquiatras e psicanalistas com seus saberes frente à Psicanálise.

Confirmamos a existência de um debate acirrado em torno da falta de uma orientação clínica definida pelos trabalhadores, facilitando e ainda conduzindo-os ao reforço do discurso psiquiátrico da categorização diagnóstica e da medicalização de sintomas. Retomamos à fala acima para aprofundar neste debate: “[...] alguns dos psiquiatras até tentam pegar alguns significantes da psicanálise pra orientar minimamente, por exemplo, a transferência... até tentam, mas o que eu percebo é que a medicação é muito forte...” (Nisia). Não focamos este debate entre psiquiatras e psicanalistas, mas na inter-relação entre esses dois campos.

Na escassez de posicionamentos clínicos, agarra-se numa “psiquiatria do diagnóstico, ou... da cidadania... aí não se considera tanto o trabalho do manejo clínico... do vínculo, como você vai manejar um vínculo?” (Nisia). Quer dizer, se por um lado, o discurso da Psiquiatria que prevalece é aquele das ciências naturais, duras, por outro, há uma tentativa de convivência pacífica, salvo alguns momentos de divergência, inclusive quando o trabalhador tem claro consigo mesmo os conceitos teórico-práticos da Psicanálise e os confronta com aqueles da Psiquiatria.

Há um movimento de utilização dos saberes da Psicanálise que vão ao encontro de escutar e singularizar o tratamento como *normas antecedentes* da Reforma Psiquiátrica.

Se você tomar como princípio a condução de um tratamento... que é diferente monitorar um tratamento do que conduzir um tratamento... **Conduzir um tratamento, você precisa então das ferramentas... da escuta**, eu tô falando da psicanálise, dos conceitos... da escuta de algo que não tá tão evidente... **você precisa trabalhar as suas questões subjetivas...** pra não se misturar ali com o paciente... com a situação que você tá conduzindo, **você precisa considerar o vínculo... que é a psicanálise dá esse nome de transferência...** as estruturas clínicas, as especificidades de cada... aí você vai ver que não tem tantos diagnósticos assim... (Nisia, destaques nossos).

Inclusive existe um debate crítico à Psiquiatria, contrapondo um menor número de diagnósticos psicanalíticos aos psiquiátricos (considerando as subcategorias dos dois lados).

Neurose, psicose e perversão na Psicanálise e os diversos transtornos em Psiquiatria: “Você dá uma outra orientação pro seu trabalho do que pegar só um transtorno de personalidade ali... por isso que um diagnóstico mais pulverizado é complicado” (Nisia).

No debate estabelecido em torno do diagnóstico do “autismo” e do “déficit intelectual puro”, percebemos uma clara divergência entre Psiquiatria e Psicanálise.

[...] eu nunca tive problemas, no passado, um ou outro... essa coisa do diagnóstico complica um pouco mais... eu faço o diagnóstico assim, o povo me critica... dizendo que **tudo pra psicanálise é psicose... e aí o psiquiatra num consegue ir por aí, vai pra uma coisa mais.... por exemplo, do retardo mental, do déficit intelectual puro... eu num sei o que isso, pra mim tem que ser numa neurose ou numa psicose... transtorno de personalidade...?** (Nisia, destaques nossos).

Assim, quais seriam as orientações da Psicanálise que podem contribuir para ampliar os saberes em Psiquiatria? Esclarecemos melhor este debate mais no âmbito dos conflitos entre Psiquiatria e Psicanálise do que entre psiquiatras e psicanalistas no CAPS III/CERSAM Betim Central:

[...] é a psicanálise freud-lacaniana... **que orienta no sentido de que é o sujeito que dá a direção**, a escuta... dos saberes das especificidades, **da transferência...** da constituição de cada um... isso orienta... pra eu conversar com a psiquiatria, com a medicação e tal... eu já com essas ferramentas... não tenho como ir com outras, vou a partir disso daí... que eu consigo conversar... a psiquiatria é muito importante também.... (Nisia, destaques nossos).

E ainda há um apontamento em nível de incorporação de outras Psicanálises, que somente aquela lacaniana mais testemunhadas pela trajetória da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais. Há aqueles que

[...] partem de uma psicanálise diferente... teria que estudar... o Benilton Bezerra também, ele... trabalha essa coisa da **clínica ampliada**... tem um discurso mais da Saúde Mental, ai fica mais fácil de encontrar um norte... não são discursos da psicanálise lacaniana, por exemplo... ele parte... o Benilton é pós-freudiano, sei lá... mas lacaniano ele não é, ele critica muito. **Lacaniano é mais é aqui em BH**, no Rio, algumas experiências isoladas, agora em São Paulo nada disso.... (Nisia, destaques nossos).

Neste sentido, apontamos algumas diretrizes importantes e provenientes desta relação Psiquiatria-Psicanálise. Primeiro, a *subjetividade*:

Sim... **a escuta clínica no sentido da subjetividade**, tá... e não da clínica da medicação, tem várias clínicas... tem a clínica da patologia num é?... que olha só a doença no sentido negativo... clínica orientada pelos sintomas da psicanálise, **que o sintoma entra enquanto criatividade, que sustenta a pessoa na vida... é diferente dele ser um sintoma patológico... de sintomas somente como patologia.** (Nisia, destaques nossos).

Em segundo lugar, a *destituição de saberes prévios*, a fim de que o usuário possa saber de si e nos dar a direção de seu tratamento.

Se a gente souber exercitar aquele papel de destituição do saber... prévio, que é o sujeito que dá uma orientação... mas que seja uma orientação, mas com uma escuta clínica tá? **Destituição do saber prévio, das disciplinas mesmo, por exemplo, eu tenho um saber da psiquiatria, eu vou aplicar como? Eu tô fazendo uma crítica da psicanálise mais ortodoxa... que é a que Baságlia fazia uma crítica...** e fica numa disputa pra saber qual disciplina é melhor... que é provar por a e b que eu... tô certo, a minha disciplina tá certa... (Nisia1, destaques nossos).

Finalmente, a *escuta*:

O princípio de escuta não é só da psicanálise...mas cada um tem que definir, eu sei definir pela psicanálise.. mas cada campo tem que definir... que escuta que tá falando, **eu tô falando de escuta do inconsciente...** desse sujeito do inconsciente, pode ser... psicótico ou não, num é?... **como que esse inconsciente fala em mim...a escuta do sujeito do inconsciente, que tá nas entrelinhas... que num tá tão explícito.... mesmo na psicose.** (Nisia, destaques nossos).

Portanto, foi neste debate entre Psiquiatria e Psicanálise no *trabalho real* que localizamos essas três importantes diretrizes que compõem a dimensão clínica do gesto profissional em Psiquiatria, conforme apresentamos. Um encontro nada simples, mas possível, ou seja: “Dá pra essas clínicas existirem se elas não ficarem disputando... aquela briga... quem tem hegemonia do saber? Eu sei mais que fulano, agora isso é difícilimo de acontecer né?” (Nisia).

Quer dizer, essas são diretrizes, segundo nosso entendimento, construídas pela experiência da Psicanálise, mas que serve de base para outras orientações clínicas, inclusive para a Psiquiatria. Compreendemos que elas funcionam, dirigindo a construção do caso clínico. Porém, no *trabalho real*, constatamos grandes limitações na prática das mesmas, não somente por psiquiatras.

6.3 Quando a Família Demanda

Referimo-nos à segunda etapa de análise do *trabalho real* no CAPS III/CERSAM Betim Central, seguindo as demandas reais dos familiares e as respostas da equipe. Ao observarmos a circulação da família, tanto na porta de entrada, quanto em visitas na PD, PN, e em reuniões de familiares, percebemos uma tríade de expectativas dos mesmos quando procuram o CAPS III. Evidenciamos que, mesmo que não esteja tão explícita, a demanda é pelo *Técnico de Nível Superior - médico* (e não por um TNS – não médico), pelo uso de

medicação e pela internação – que o CAPS III nomeia de PN. Não somente um dia de pernoite, mas pernoites indeterminadas.

Resta-nos saber como a equipe se organiza, quais as ações e os atos colocados em cena para responder a essas demandas e expectativas, inclusive propiciando um espaço-tempo de realização de gestos? Foram questões que nos guiaram na compreensão e categorização dos achados empíricos que apresentamos ao longo do *trabalho real*, visando espreitar pesquisar, estudar e compreender o *processo de engendramento de gestos profissionais em psiquiatria*.

6.3.1 A resposta da equipe – normas, tarefas e atividades em debates

A resposta da equipe será apresentada através das seguintes tarefas: *o acolhimento do usuário em crise e da família, a visita domiciliar, o relatório de tratamento, a busca ativa, o atender o telefone, a discussão do caso clínico diariamente, a passagem de plantão, o acompanhamento ambulatorial, a reunião de equipe (que já relatamos) e de família, as oficinas terapêuticas coletivas e individuais, a contenção no leito, o cuidado da PD, a organização de eventos sociais, o registro em prontuário, a Rota e a função-TR*. Em seguida, como elas são renormalizadas, compondo as atividades dos trabalhadores.

Frente a essas tarefas, tivemos maior compreensão das atividades (em Psiquiatria) dos trabalhadores e nelas, a história, os *debates de normas*, as ações e os atos, as dramáticas de *uso de si* por si e pelo outro, os valores, o *corpo-si*, o individual e o coletivo, o social, bem como o *real da atividade* dos mesmos (CLOT, 2006; SCHWARTZ, 2008).

Se a tarefa primeira é acolher todos os usuários que chegam no serviço, a atividade desvela enigmas materiais e concretos, mostrando-se uma enorme heterodeterminação. O acolhimento no CAPS III se faz em cenas, ações e atos longitudinais, desde a porta de entrada, à PD, ao pernoite e às oficinas terapêuticas, por exemplo. Trata-se de um princípio norteador do trabalho. Referimos à ação de acolher, coletar, receber, informar, dirigir, entre outras palavras. Ele não é determinado por uma única ação ou um ato especial, uma única entrevista, mas sim de um encontro no campo individual e coletivo dos ambientes construídos cotidianamente. Refere-se à disponibilidade para a escuta de particularidades do usuário.

Assim que o usuário chega na recepção, na maioria das vezes, o recepcionista leva a “ficha” do acolhimento à sala de plantão onde, teoricamente, encontra-se o trio de plantonistas daquele turno. Segundo normas por eles mesmos estabelecidas, um dos três plantonistas é destinado para o primeiro atendimento no acolhimento, mas a dinâmica das demandas faz, rotineiramente, uma alteração nesta ordem. Assim, na maioria das vezes, percebemos uma

grande demora nesta operação, ou os três estão ocupados com outras atividades extras, ou estão discutindo um caso em conjunto, etc. E o usuário permanece esperando na recepção um bom tempo. Se por um lado, há alguém que antecipa a ação em atos de acolhimento, há outros em que este debate se faz de forma mais demorada.

De outra forma, quando se trata de um acolhimento barulhento por motivos da crise que acabou de chegar, o trabalhador destinado ao acolhimento logo aparece e age rápido, inclusive praticamente todos os trabalhadores se mobilizam em torno da situação. Na maioria das vezes, o psiquiatra é acionado depois deste primeiro acolhimento. Neste momento, ele é convidado a apresentar e/ou compartilhar seu ponto de vista. Acompanhamos momentos onde diversos saberes psiquiátricos foram mobilizados, em especial a Psicopatologia dos fenômenos psiquiátricos, passando pela nosologia e semiologia, além de princípios de transferência e contratransferência. Em outros momentos, o psiquiatra somente apresenta um ponto de vista rápido com relação ao diagnóstico, apresentando uma prescrição medicamentosa. No acolhimento, começa-se a construção do caso clínico, inclusive com a determinação de um Técnico de Nível superior – Técnico de Referência (TNS-TR) para o caso, aquele que vai tecer o percurso do usuário na instituição.

Com respeito ainda ao acolhimento e/ou consulta ambulatorial agendada, percebemos um certo desconforto dos trabalhadores frente ao pedido de relatório no final de uma consulta, mostrando ser este o objetivo inicial do usuário, porém, não verbalizado. Compreendemos que, mediante a dificuldade de se conseguir um relatório com o profissional particular clínico e/ou psiquiatra de convênio, muitos usuários procuram o acolhimento do CAPS III para um relatório de seu estado mental e que será utilizado para fins particulares.

Com relação aos usuários da PD e/ou PN no serviço, a situação mostrou-se quase uma regra a escrita de um relatório do tratamento realizado e com um código (CID), demandado por familiares no momento da alta. Outras vezes, trata-se de um relatório para fins de aposentadoria, bastante comum no meio psiquiátrico. E isso gera ações e atos mais por parte do psiquiatra do que dos outros trabalhadores.

Disseram a maioria dos trabalhadores que no início de implantação dos CAPS, o ato de visitar o usuário de urgência para convencê-lo a ir ao serviço e/o levá-lo contra a sua vontade era uma atividade frequente e que se perdeu ao longo das demandas excessivas de acolhimentos e outras atividades. A referida busca ativa hoje é uma atividade praticamente inexistente no CAPS III, ela tem sido delegada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), à polícia e com um grande agravante – um debate enorme em torno de poder ou não tocar, involuntariamente, o corpo do usuário. Diversas vezes, presenciamos esse

debate feito por telefone entre os familiares e essas duas instâncias. Algumas horas depois, chegava o usuário, muitas vezes contido de forma inadequada com faixa de crepom, ou seja, um exemplo de catacrese da atividade (CLOT; GORI, 2003; CLOT, 1997b).

Na recepção e na sala de plantão, os telefones tocam praticamente o dia todo. Na maioria das vezes, demandando informações sobre o tratamento de usuários, ligações das UBS para encaminhar e/ou discutir um caso por telefone. Também, ligações de outros CAPS da mesma cidade, demandando uma interconsulta telefônica com o psiquiatra ou encaminhamento para o pernoite. Muitas vezes, o SAMU liga para avisar à equipe que chegará em breve. Percebemos uma grande movimentação e irritação do trio de trabalhadores plantonistas neste momento. E, quando a equipe de plantão está desfalcada de um profissional, os outros dois dividem todas as tarefas por turno de seis horas, complicando a qualidade das atividades desenvolvidas.

Estivemos presentes nos três momentos de passagens de plantão diários. Um encontro entre trabalhadores que estão deixando o plantão com aqueles que estão assumindo o mesmo, com a presença do gerente do serviço. Uma conversa ora tranquila e rápida, ora bastante trabalhosa e imprevisível. Na maioria das vezes, ela ocorre entre dois profissionais, outras vezes, nem ocorre frente às variabilidades e *infidelidades do meio* de trabalho. Desta forma, recorre-se às anotações do livro de plantão.

Frente ao acolhimento inicial do usuário, a família é sempre abordada e escutada. Mas, quando se percebe a necessidade de um acolhimento diferenciado, marca-se um outro horário. Funciona de acordo com a urgência do caso clínico, onde os próprios profissionais demandam um outro espaço de escuta individual da família dentro da construção do caso clínico. Também, o convite para a participação em uma reunião mensal com a presença de vários familiares – momento onde se compartilha e esclarece questões em comum.

Dentro do CAPS III, existe dois tipos de atendimento ambulatorial. Um deles chamado de ambulatório-crise, destinado para aqueles usuários que estão em crise, mas ainda necessitam ser acolhidos antes de serem encaminhados para a Unidade Básica de Saúde (UBS). Outro, aquele ambulatório tradicional, onde, frente à ausência de uma rede básica estruturada, os usuários saem da crise e acabam sendo acompanhados ali mesmo pelos TNS. São consultas agendadas e que tomam grande parte do tempo dos trabalhadores.

As atividades de oficinas terapêuticas ocorrem em grupos e em diversos momentos da semana. São oficinas de artes, de desenhos livres, de colagem, de música, de vídeo, na maioria das vezes, gerenciadas pelos terapeutas ocupacionais do serviço. Depois de vários dias de observação do *trabalho real*, presenciamos uma oficina de jornal gerenciada por um

enfermeiro e uma oficina de inglês ministrada por dois residentes R1 de Psiquiatria e também um debate em torno de recuperar a oficina de rádio que existia no serviço. As atividades terapêuticas coletivas de PD são criadas inventivamente e nada pré-organizadas.

Vivenciamos um ato bastante instigante de sentido no momento em que um auxiliar de enfermagem compartilhou seu violão com um usuário e ali mesmo na PD desenvolveram juntos suas habilidades com a ajuda de usuários e alguns outros trabalhadores.

O ato de medicar usuários pelos técnicos de enfermagem é muitas vezes coletivizado com os plantonistas frente à dificuldade do usuário em aceitar a medicação. Momento em que se utiliza de todo tipo possível de estratégia de convencimento. Presenciamos vários momentos dessa natureza.

Em meio aos diversos acontecimentos, percebemos que a organização de festa dos aniversariantes do mês mobiliza desde a copeira ao porteiro do serviço. Um momento de grande coletividade, onde se faz presente claramente um dos objetivos do serviço de humanização e singularização do tratamento.

Uma outra situação é a organização do desfile do 18 de maio, cuja movimentação começa por volta do mês de março. Primeiro, diversos momentos de preparação coletiva dos figurinos, conforme a ala estipulada para o “carnaval”, onde já iniciavam as discussões acerca de explicar o significado da passeata. Alguns compreendiam, curtiam e polemizavam. Outros nadam entendiam, aparentemente, mas participavam. Presenciamos um forte debate na reunião de equipe em torno do motivo e da forma de transportar diversos usuários de ônibus de Betim a Belo Horizonte para tal comemoração, passeata antimanicomial. O que significa deslocar com os usuários? Qual efeito teria a passeata na vida dos mesmos?

Existem também demandas por oficinas terapêuticas individuais, ou seja, atendimentos individuais em oficinas que ocorrem, a priori sem uma marcação prévia e são, em sua maioria, desenvolvidas por terapeutas ocupacionais.

Em meio a todas os acontecimentos que apresentamos, os profissionais notificam os atendimentos em forma de documentos em prontuários. Ao presenciarmos esta situação, verificamos um intenso conflito e *debate de normas*. Percebemos um grande empobrecimento da escrita da *Anamnese* dos usuários, apesar de haver relatos consistentes de casos clínicos apresentados em reunião de equipe. Há um mecanismo de notificação dos acontecimentos em prontuário, muito mais frequente do que a escrita de uma História de Vida. Uma notificação atrás da outra e que os próprios trabalhadores fazem um esforço enorme para compreender o relato escrito da trajetória do usuário no serviço. Por outro lado, os trabalhadores preenchem com grande resignação um instrumento de produtividade que é bastante negligenciado e

cobrado pela gerência do serviço. A solução foi a informatização dos dados que são geridos por um agente administrativo.

A *Rota* foi um espaço-tempo bastante instituinte de dilemas e polêmicas. Trata-se de uma atividade de grande particularidade e importância no CAPS III/CERSAM Betim Central. O serviço conta com uma Kombi terceirizada pela prefeitura e que promove a busca domiciliar diária de usuários ao serviço para o sistema de PD. São usuários que não apresentam condições financeiras para se deslocarem ou se encontram fragilizados para se locomoverem por motivos de crise. O transporte faz uma *Rota* enorme pelos bairros da cidade no período da manhã e no período da tarde, levando e trazendo de volta os usuários. Este CAPS III apresenta uma particularidade, pois conta com uma expansão desta *Rota* para o período noturno. A intenção é levar em casa às 20 horas aqueles usuários que ainda estão em crise e que requerem maior supervisão do serviço, mas que contam com o acolhimento noturno dos familiares. Esse mesmo carro noturno também medica em casa muitos usuários resistentes em tomar medicamentos.

Esta mesma *Rota* foi palco de outra pesquisa, frente às variabilidades e estratégias de regulação desta tarefa pelos auxiliares de enfermagem (SILVA, 2010). Mesmo que a escala de trabalho seja previamente construída, os auxiliares de enfermagem dividem entre si grandes controvérsias frente às infidelidades deste trabalho. Estivemos presentes algumas vezes e presenciamos situações, ações, atos e, inclusive, uma inquietação de um auxiliar de enfermagem que nos apresentou o seu *processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria* de inclusão de saberes produzidos e/ou mobilizados nesta *Rota*, a partir do *trabalho real* e do GRT que apresentaremos.

Diversas vezes, escutamos várias discussões acerca da função TR em tempo real de trabalho. Há uma série de ações que compõem o trabalho de TR. A primeira delas, a de construir o caso clínico frente ao coletivo de trabalhadores. Uma construção que, na maioria das vezes, acontece por uma dupla de trabalhadores, sendo um deles um psiquiatra. Uma construção que não contém uma regra geral, nem ações padronizadas, pois respeita a singularidade de cada caso, visando à construção do PTI. Verificamos muitas atividades dinâmicas acontecendo ao mesmo tempo e que visam pavimentar caminhos com e para o usuário. Desde atendimento individual, inserção em oficinas internas e externas ao CAPS III, visita domiciliar, discussão com o psiquiatra e em equipe, atendimento familiar, participação em eventos sociais, etc. Tudo isso dependendo das demandas do usuário e das expectativas da família.

O profissional TR se movimenta o tempo todo, visando articular e gerenciar as demandas do usuário. Porém, verificamos que grande parte dos usuários ficam sobre a responsabilidade de psiquiatras que acabam por funcionar somente como médicos, raramente, como TR. Uma polêmica por mim bastante trabalhada no mestrado (SILVA, 2010).

6.3.2 Condições materiais e concretas de trabalho envolvidas

A estrutura física do CAPS III/CERSAM Betim Central convida o usuário para a proximidade e confrontação corpo-a-corpo com os trabalhadores, porém, as condições de trabalho para esta confrontação são complexas. A falta de recursos materiais é frequente e a crise muitas vezes “destrói” o serviço e isso requer também uma constante reposição de mobiliário que não acontece com a mesma velocidade da crise do usuário. Os leitos são camas pouco resistentes, que se fragilizam cotidianamente, inclusive, frente à demanda por contenção.

Ergonomicamente, percebemos uma grande inadequação do espaço físico e distribuição de mobiliário para o acolhimento da crise (GURÉRIN, 2001). Porém, se por um lado alguns criticam negativamente a circulação de usuários em crise grave com outros ambulatoriais, por outro lado, há aqueles que defendem, dizendo se tratar de uma situação desejável, de trocas de percepções de mundo daquele que acabou de chegar em franca crise delirante, por exemplo, com aquele que ultrapassou essa fase. Situação que ressignifica nosso debate com Bernier (2013) na criação de espaços-tempo transicionais e transferenciais. Os usuários levam e trazem alterações de comportamento, brigam entre si, demandam atenção singular, como também se ajudam em momentos de crise. Assim, o que isso reflete sobre a economia psíquica dos trabalhadores, nos processos clínicos e infraestruturais e no engendramento de gestos profissionais? É dentro desse contexto que as competências clínicas são exigidas e as estratégias de regulação das atividades são recolocadas a trabalho. Em termos de valores sem dimensão, não constatamos um investimento da maioria dos trabalhadores em cuidar e preservar a estrutura física, salvo algumas ações individuais de alguns trabalhadores.

Porém, verificamos uma enorme indignação dos trabalhadores frente às péssimas condições de trabalho que ultrapassam a infraestrutura do serviço, atingindo o social, o político e o econômico. Recentemente, assistimos a um grande corte de elementos básicos da assistência, que elencamos abaixo:

- a) Desabastecimento e/ou irregularidade no fornecimento de itens básicos, tais como: copos descartáveis, papel higiênico e papel toalha, açúcar, café, material de limpeza, material de oficinas, álcool gel, sabonete, fraldas, absorventes, creme dental, esparadrapos;
- b) Alimentação de baixa qualidade nutricional para a complexidade dos quadros clínicos dos usuários;
- c) Falta de manutenção nas dependências físicas do CAPS – consultórios com paredes sujas, portas e janelas com fechaduras estragadas, iluminação precária, goteiras incontroláveis, falta de lâmpadas, torneiras com vazamentos;
- d) Dificuldades na assistência cotidiana devido aos sucessivos cortes no transporte que realiza a busca e leva de usuários ao serviço, corte na quilometragem do veículo, inviabilizando o acesso de usuários graves e resistentes ao tratamento diário, inclusive as visitas domiciliares;
- e) Rotineira falta de medicamentos de uso básico;
- f) Em termos de valores dimensionados - os trabalhadores vivenciam uma defasagem de salários, além de pagamento escalonado ao longo do mês.

Desde que iniciei os estudos de doutorado, já existia um movimento de fragmentação de coletivos em coleções de trabalhadores (CLOT, 2006, DEJOURS, 2009), gerando não somente sofrimento psíquico de trabalhadores, mas abandono e alta rotatividade (SILVA, 2010). Porém, recentemente, assistimos a uma tentativa das equipes da rede de Saúde Mental, não somente deste CAPS III/CERSAM Betim Central, de criação de movimento de trabalhadores, visando se criar um coletivo de denúncias em defesa de melhoramento das condições de trabalho e assistência ao usuário.

6.3.3 Tratar o CAPS para cuidar do paciente - a perspectiva da Psicoterapia Institucional por François Tosquelles

Trata-se de um assunto que nos remete ao nosso legado teórico dos saberes psiquiátricos da *Psicoterapia Institucional francesa*, segundo Tosquelles (2009), Chaigneau (2011), Bernier (2013). Conforme já apresentamos, o pensamento central diz respeito às reflexões sobre o cuidado com a instituição, onde as atividades terapêuticas para os usuários funcionam no sentido de torná-los ativos (através de *Terapêuticas Ativas* e de uma Psiquiatria de extensão). Ou seja: “Compreendemos, então, o lugar da ergoterapia no conjunto teórico e prático concebido por Simon. Não se trata de “fazer trabalhar o doente” para diminuir tal

sintoma ou outro. Trata-se de fazer trabalhar os doentes e o pessoal cuidador para cuidar da instituição (TOSQUELLES, 2009, p. 79).²³¹ Segundo Bernier (2013), trata-se da socioterapia, onde o *Clube Terapêutico* opera um importante papel nessa inversão de lógica. Uma situação criticada por Basaglia (2007), ao interrogar o posicionamento da *Psicoterapia Institucional*, contraponto e dizendo que esta instituição, mesmo que se promovam cuidados sobre ela, não apresenta qualquer possibilidade de cura.

Fazendo alusão a esta premissa, em nosso campo de pesquisa, problematizamos a ideia de que não se trata somente de demandar do poder público melhorias das condições materiais e concretas de trabalho, mas também de promover um trabalho compartilhado no CAPS III entre trabalhadores, usuários e familiares, responsabilizando-os pelo cuidado, frente às condições materiais e concretas, incluindo os aspectos infraestruturais e de embelezamento do mesmo. Uma situação que também se mostra terapêutico-clínica, dependendo da forma de operação dessas atividades na construção e condução de casos clínicos.

Enfim, escutando os trabalhadores e considerando minha experiência, de um lado, defendemos a existência de um cuidado recíproco (instituição-usuário), instigando o desenvolvimento dessa instituição para uma posição instituinte e não instituída contra o hospital psiquiátrico, convidando e sustentando o protagonismo de usuários e familiares nesta operação bilateral de cuidados. Uma postura que ressignifica os posicionamentos da *Psicoterapia Institucional francesa* e a *Psiquiatria Democrática Italiana*. Por outro lado, incentivando a formação e a participação ativa de todos os trabalhadores.

6.3.3.1 O trabalho da Enfermagem e da Psiquiatria

Segundo Letourneau (2010), a enfermagem nasceu atrelada aos cuidados médicos e a história da Psiquiatria é um exemplo típico. Ao revisitarmos a história da *Psicoterapia Institucional francesa*, percebe-se que o enfermeiro sempre ocupou um lugar singular e central de articulação dos cuidados frente ao corpo médico-psiquiátrico. Tosquelles (2009) também nos chama atenção para que o trabalho da enfermagem seja um trabalho de parceria com o médico²³² psiquiatra, mas da forma mais ativa possível. Na direção de uma clínica ativa

²³¹ Do original – “On comprend donc la place de l’ergothérapie dans un ensemble théorique et pratique conçu d’après Simon. Il ne s’agit point de “faire travailler les malades” pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s’agit de faire travailler les malades et le personnel soignant pour soigner l’institution...” (TOSQUELLES, 2009, p. 79).

²³² Do original - “Si l’aide du médecin – et surtout celle del’infirmier – est indispensable, le processus de guérison ne s’instaure avec efficacité que si l’ensemble des participants à l’ouvrage, et chacun d’eux, prend un vrai caractère de soignants, notamment si le malade deviant, parmi d’autres, un soignant de lui-même.” (TOSQUELLES, 2009, p.44).

que ultrapasse os cuidados por eles mesmos, mas que seja um processo de contribuir com o usuário no sentido de que ele venha a se responsabilizar pelo seu próprio cuidado. Uma forma de reinterrogar os saberes clínicos, criticando toda espécie de objetivismo, moralismo e de maternagem no cuidado do usuário dentro do hospital (BERNIER, 2013). Porém, Coupechoux (2006) nos apresentou uma situação de enorme crise nesta proposta original frente à atual condição política do setor francês.

A situação brasileira de Reforma Psiquiátrica se diferencia, conforme já anunciamos mediante à influência da lógica italiana democrática que visa romper com qualquer corporativismo, incluindo todas as especialidades no processo de cuidado. Compreendemos o funcionamento prescritivo do CAPS III como um exemplo ideal desta proposta, mas nossa pesquisa denuncia o empobrecimento de recursos clínico-terapêuticos da maioria dos enfermeiros para a condução de casos clínicos, salvo exceções significativas. Em outro sentido, localizamos a existência de um movimento por parte dos técnicos de enfermagem em praticar a clínica, escutando os usuários da PD, do pernoite e/ou aqueles que são, rotineiramente, buscados em casa pelo transporte do serviço. Abordaremos esse assunto por ocasião do engendramento de dois gestos profissionais em Psiquiatria que apresentaremos. Um deles, *O discurso da Psiquiatria sem ele: um gesto no conflito de normas*. O outro, *Entre a delegação e a inclusão de um sale boulot*.

No real, o que verificamos é uma prática de parceria que se estabelece mais em nível de uma intermediação do enfermeiro na relação do médico com o usuário. Inclusive, em nosso CAPS III estudado, verificamos um processo de corporativismo se fazendo cada vez mais forte entre, de um lado, a equipe de enfermagem, e de outro lado, os psiquiatras e os TNS (não médicos).

Exige outras coisas, outras disciplinas... outros entendimentos aí... **quanto menos as pessoas tem um sedimentação teórica, a clínica vem sustentada, mais ela se apega a normatização... você vê a enfermagem o que está acontecendo hoje?** Se apega na normatização, num posso medicar porque num tem enfermeiro aqui... num tem o médico, ah eu não posso fazer nada porque num tem enfermeiro aqui, ah o serviço num pode ficar sem enfermeiro.... **então, vai pegar na normatização que é do conselho, da categoria... o conselho regional de cada classe...** (Nisia, destaques nossos).

Trata-se de uma situação que desvela um processo não de psiquiatrização, mas de enfermeirização da assistência ao usuário. Novamente uma outra constatação teórica de que na ausência de *reservas de alternativas e margens de manobras*, recorre-se à normatização, aos protocolos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). E mais ainda, verificamos que durante os primeiros cinco anos de implantação do período noturno, não existia a figura do enfermeiro de

plantão, mas sim o psiquiatra²³³ e uma média de três auxiliares de enfermagem que dividiam as atividades. Por uma demanda normativa dos próprios enfermeiros, conforme relatamos - *Na carona de um gesto profissional em Psiquiatria* -, houve uma denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), exigindo a presença deles 24 horas em parceria com o médico psiquiatra – conforme a normatização de todo serviço de urgência em saúde. E o CAPS III não ficou fora desta normatização. Assim, parece ter ocorrido um aumento da fragmentação do coletivo de trabalho na equipe, antes existente no início da implantação do serviço.

Assistimos, recentemente, à existência de alguns grupos de trabalho, coleções de trabalhadores, dentro do serviço, por exemplo, uma equipe do noturno, outra do final de semana, outra do diurno. Percebe-se que os enfermeiros do noturno, pouco se integram no trabalho diurno, nem mesmo frequentam as reuniões semanais de equipe (salvo poucas exceções), nem trabalham, em sua maioria, referenciando casos clínicos na vertente da Clínica da Referência, a partir do trabalho clínico do TR e da construção de PTI.

6.3.4 A função-TR e as (im)possíveis Psiquiatrias de um trabalho real

Revisitando as *normas antecedentes* da Psiquiatria, analisando o *trabalho real* e as atividades dos trabalhadores, percebemos um debate explícito e outro implícito acerca da forma e do lugar que essas normas são renormalizadas, singularizadas e mobilizadas no real. Em consequência disso, compreendemos a existência de diversas Psiquiatrias, a partir de situações conflitantes de trabalho. Localizamos duas situações importantes: a primeira, a função-TR, a segunda, momentos de ausência do psiquiatra, deixando a Psiquiatria de representante em meio a um trabalho realizado por muitos. Trata-se do momento em que localizamos um conflito de normas e um acirrado debate entre duas trabalhadoras - Cássia, psicóloga, e Maria, técnica de enfermagem – no engendramento de gestos profissionais.

Quando a psiquiatria foi tomada como modelo médico e a loucura se converteu, então, em doença mental pelo ato pineliano, eu acho que... isso de certa forma ajudou algumas pessoas a localizarem a psiquiatria confortavelmente em um ramo da medicina. **Mas, isso é conforto, porque ela não é por si só tão confortável já que a loucura pelo seu fascínio, desloca a sociedade de seu lugar.** Eu diria que a loucura desenvolve um papel grande ao propor uma diferença radical de expressão de comportamento. E que toda a sociedade tenta se adequar a essa reação – como reagir a

²³³ Aqui, há que se fazer um parêntese, apresentando meu ponto de vista, segundo minha experiência de trabalho. Durante 15 anos, fui plantonista noturno e, na época, contava-se com a presença de dois ou três auxiliares de enfermagem, sem o enfermeiro. Assim, inexistia qualquer tipo de intermediação entre mim e os auxiliares, ao contrário, o trabalho acontecia numa relação de proximidade e discussão acerca das decisões a serem tomadas. Não se trata de um consenso, antes um assunto de grande polêmica e controvérsias.

isso? **E que quando os médicos, então, tomam a psiquiatria, isso é apenas uma das possibilidades que existe de pensá-la, mas não é a única.** (Marco Polo, destaques nossos).

A fala nos ajuda a pensar quais seriam as (im)possíveis Psiquiatrias praticadas neste CAPS quando a família demanda? Ou seja, compreendemos que para se promover um tratamento com a coisa mental, é preciso, então, extrapolar o próprio campo da saúde e localizar, por exemplo, a cultura, a filosofia, o direito, etc. A família traz a loucura e com ela, a insuportabilidade de várias formas. E como a Psiquiatria responde? Não respondemos a esta pergunta de forma ideal e teórica, mas sim decorrente dos conflitos do *trabalho real*, compreendendo-a como uma *práxis* situada, ou seja, “Eu acho que a psiquiatria, antes de tudo, é um exercício de tolerância com a diferença” (Marco Polo).

Quando a família demanda, a função-TR se apresenta, mobilizando diversos saberes, inclusive psiquiátricos, denunciando também outros conflitos do *trabalho real* que apresentamos. Trata-se de um trabalho clínico que se faz tanto na presença, quanto na ausência do psiquiatra. Ele é um trabalhador de grande centralidade na ressignificação da *Clínica Psiquiátrica* real que se faz no serviço. Em termos funcionais, esse trabalhador é TNS de Saúde Mental, psiquiatra ou não e que teria como funções: praticar a *Clínica da Referência*, construir o caso clínico, a escuta, o gerenciamento da frequência de idas e vindas do usuário, a permanência-dia e noite, a forma de transporte, as oficinas a serem realizadas, etc. Um trabalho que visa à descentralização de qualquer saber apriorístico. Uma forma de gerenciamento do caso, de secretariar o louco (VIGANÓ, 1999), porém um secretário diferenciado que precisa, segundo a equipe, apresentar princípios claros de orientação clínica definida. Um secretário que tem como missão prestar contas dos saberes utilizados e mobilizados em sua prática (LOBOSQUE, 2001; SILVA, 2010).

A fala seguinte nos orienta para uma grande polêmica acerca dos *saberes constituídos e investidos* necessários para o trabalho de TR. Um trabalho que desafia o modelo médico tradicional da saúde e que caracteriza a lógica proposta pela Reforma Psiquiátrica de descentralizar a direção de tratamento dos saberes médico-centrados sobre a loucura.

Compreendemos ser um espaço-tempo rico de possibilidades de movimentação, de proposição de *projetos-ações*, atos e, possivelmente gestos profissionais em Psiquiatria. Porém, no *trabalho real*, percebemos uma frágil mobilização de saberes não somente híbridos em Psiquiatria, limitando esse trabalho clínico. Percebemos também que o trabalhador TNS-TR se movimenta psíquica e fisicamente o tempo todo quando em atividade, visando articular e gerenciar as demandas do usuário. Porém, no real, verificamos que grande parte dos

usuários ficam sobre a responsabilidade de psiquiatras que acabam por funcionar somente como médicos, raramente, como TR e/ou como *trabalhador-coletivo-anômalo-TR* (SILVA, 2010).

A seguinte fala nos ajuda nesta compreensão, ou seja, não importa o discurso para a realização desta tarefa, uma vez que a sua ausência é mais problemática:

Olha... pra mim é muito difícil falar de outras clínicas...eu sei que precisa sim da medicação, tá... claro que a gente precisa da psiquiatria, da medicação... a gente precisa até desse discurso da cidadania, mas você precisa saber... como manejar isso daí, você não pode tomar isso como um princípio único que aquilo ali que é o certo... mas você pega pelo sujeito... a orientação quem dá não é o sujeito? E, muitas vezes, ele fala assim, eu quero ser livre pra fazer o que eu quero... enquanto ele tá dizendo é o contrário...!!! (Nisia, destaques nossos).

Como manejar esta situação e quais os saberes aí mobilizados? Para que o sujeito se sinta livre para se movimentar na vida, o TR precisa se movimentar, abrindo espaços para o mesmo, articulando saberes de várias ordens e projetando ações e realizando atos, inclusive gestos profissionais. O assunto é complexo e tem sido muito abordado no campo da formação do novo trabalhador-TR. Quais seriam os saberes envolvidos e requisitados para a formação desse trabalhador no campo da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, considerando as exigências deste real que se apresenta, segundo, por exemplo, os nove desconfortos iniciais da tese?

Compreendemos que a função-TR passa pelo acolhimento do usuário grave e em crise, além da crise da família. Quem são os usuários graves? Podemos dizer que são aqueles agitados ou silenciosos, aqueles outros que estiveram internados por longa permanência em manicômios, os moradores de rua, os usuários de múltiplas drogas, as crianças e o adolescentes em crise, os usuários de benzodiazepínicos e que procuram o serviço angustiados, solicitando tal medicação, etc. Compreendemos que esses são usuários, chamados de impossíveis e que ampliam a insuportabilidade do primeiro desconforto de abertura da tese.

A função-TR também passa pela compreensão do lugar que a instituição ocupa para o trabalhador. Sabemos que cada município apresenta uma leitura diferenciada desta situação, dirigindo a formatação de estruturas de serviços e processos de trabalho para a clientela escolhida. Assim, não podemos, de imediato, concordar com a ideia de que CAPS bom é aquele que se encontra vazio, compreendendo que todos os usuários estejam bem acolhidos e em direção de tratamento na rede. Assim, os trabalhadores de Betim, poderíamos assim dizer: CAPS melhor seria aquele que atende a crise, que prescinde do hospital psiquiátrico? CAPS

bom não seria aquele, cuja função-TR acontece, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica e da singularidade do sujeito (SILVA, 2010)?

Segundo nossa compreensão do *trabalho real*, o CAPS III/CERSAM Betim Central encontra-se muito fechado em si mesmo, pouco articulando com os outros dispositivos da rede de saúde e outros da cidade. E isso pode ser medido também pelo trabalho clínico do TR em articular o espaço dentro com o fora, de construir com o usuário, outros lugares de circulação na cidade, para além do CAPS.

Em termos de saberes, percebemos uma enorme polêmica acerca da clínica que orienta essa atividade. Convocada a atuar repetidas vezes, então, a Psiquiatria vai se mostrar em seus saberes (híbridos), interferindo na equipe, na condução do caso, no diagnóstico, no processo de trabalho, ressignificando a função-TR.

Mas interfere, orientando uma prática... de forma hegemônica, e acho que é porque as pessoas não têm muito conhecimento e entra até essa coisa do Técnico de Referência... eles não têm uma orientação clínica... Então, o TR... ele fica mais perdido, ele entra num campo geral, se ele não tem uma orientação... clínica clara... que pode ser a **psicanálise, pode ser a sistêmica... a psiquiatria**, mas que tenha uma orientação clínica... que não é política... é até possível conduzir melhor...

O TR, ele fica... sem orientação clínica clara, que só têm uma orientação política... o discurso da reforma, da cidadania... **vai embarcar nesses saberes da psiquiatria atual... dos diagnósticos... que são até exigidos pelo ministério... ele embarca... sem orientação clínica clara, ele embarca na psiquiatria do diagnóstico e da medicação... nos diagnósticos, isso exerce um poder incrível... e a fala da psiquiatria contemporânea, ela é muito... sedutora, ela dá nome pra tudo, ela nomeia tudo, num é? Qualquer desconforto que você tenha, tá nomeado ali** (Nisia, destaques nossos).

Há que se fazer um parênteses nesta fala, localizando-a frente ao hibridismo da Psiquiatria. Dizemos das epistemicidades ergológicas-1, a Psiquiatria da medicação; a epistemicidade-2, a Psiquiatria do diagnóstico, a Contemporânea, ou seja, a Psiquiatria da Classificação Internacional; a epistemicidade-3, outros saberes humanos que dialogam com a Psiquiatria: a Psicanálise, a Psicologia Sistêmica, segunda a tradução epistemológica da fala acima.

Para fazer diferente esse trabalho, quais seriam as competências clínicas em Psiquiatria dessa atividade de TR?

Agora, o TR é isso que eu tento sempre trabalhar com a equipe, é que o TR não quer dizer que ele seja um psicoterapeuta, é diferente... já começa uma diferença aí... é diferente... **o TR, ele pode cair numa posição simplesmente de monitorar... um trabalho médico, se tomou remédio, se tá indo pra permanência-dia... num é isso, só monitorar aquilo ali a partir de um outro saber que já tá dado... e não se lançar ali na criatividade, na inventividade... acho que é essa a função do TR.**

Se você tomar como princípio a condução de um tratamento... que é diferente monitorar um tratamento do que conduzir um tratamento... **Conduzir um tratamento, você precisa então de ferramentas...** da escuta, eu tô falando da psicanálise, dos conceitos... da escuta de algo que não tá tão evidente... você precisa trabalhar as suas questões subjetivas... pra não se misturar ali com o paciente... com a situação que você tá conduzindo, você precisa considerar o vínculo... **que é a psicanálise dá esse nome de transferência... as estruturas clínicas, as especificidades de cada... aí você vai ver que não tem tantos diagnósticos assim...** (Nisia, destaques nossos).

De um lado, localizamos nesta fala, a Psicanálise também como possibilidade de mobilizar saberes psiquiátricos requisitados na atividade, uma possível orientação clínica para a função-TR, além de outros saberes, conforme apresentamos. Por outro lado, se o TR não tem orientação clínica clara, ele “embarca” no caminho da centralização de uma só parte dos saberes da Psiquiatria:

É muito importante assim pra ser TR... ter uma orientação clínica... seja ela qual for, a minha é da psicanálise... a orientação que eu busco... é embasada na psicanálise laciana... **pra eu conversar com a psiquiatria, com a medicação e tal... eu vou já com essas ferramentas... não tenho como ir com outras, vou a partir disso daí... que eu consigo conversar com a psiquiatria... ela é muito importante também...** (Nisia, destaques nossos).

Mas dentro do contexto da saúde mental... não tem como exigir isso de todo mundo... uma formação clínica X, cada um tem que escolher... uma... para aqueles... o assistente social, o pessoal da enfermagem... qualquer um... que num tem o mínimo de bagagem clínica, de condução clínica... eu acho que o TR pode monitorar sim o caso e quando for necessário assim uma condução... clínica, de fazer psicoterapia mesmo... encaminhar... pra um psicólogo por exemplo, ou alguém que tem uma formação... ele pode monitorar o caso e lançar mão de alguns recursos... num quer dizer que seja o psiquiatra... (Nisia, destaques nossos).

Segundo as falas acima, localizamos, então, dois tipos de TR²³⁴: o *monitor* que, destituído de uma orientação clínica, mais centraliza o psiquiatra do que convoca a Psiquiatria em seu hibridismo de composição. Por outro lado, o TR *condutor*, portador de competências clínicas que apresenta armas e ferramentas de (re)abertura da Psiquiatria em seu hibridismo. Situação que requer um trabalho de resignificação do *desconforto intelectual* restaurador da tradição e da inovação, visando à criatividade do agir (JOAS, 1999).

[...] sem estar fechado né?... se fechar num tem debate... a formação desse trabalhador que caiu ali, que quer estar, ou que caiu ali.. A escuta clínica e a subjetividade sua e do outro é que norteiam... Flexibilizar as normas²³⁵... da

²³⁴ Trata-se de um dado empírico de grande semelhança em minha pesquisa de mestrado (SILVA, 2010) – com respeito às diversas funções e tipos de psiquiatras: psiquiatra consultor, coadjuvante, condutor, trabalhador-psiquiatra, trabalhador-psiquiatra-coletivo e trabalhador-psiquiatra-coletivo anômalo (que corresponderia ao psiquiatra-TR).

²³⁵ Flexibilizar as normas, compreendemos no sentido da *renormalização* individual e coletiva que propõe a Ergologia Segundo a teorização, ser normativo significaria falta de *reservas de alternativas* para fazer

psiquiatria e ordem pública... os trabalhadores da Saúde mental caem facilmente na função de polícia... **de legislar sobre a subjetividade do outro... da norma...** (Nisia, destaques nossos).

A fala abaixo nos aponta uma outra direção para se pensar a Psiquiatria para além da direção proposta no texto acima, de uma Psiquiatria Biológica. Um debate que reconstitui a hipótese inicial da tese quanto à insuficiência/prevalência de saberes psiquiátricos para a lida com casos impossíveis e insuportáveis.

Eu acho que o mundo ocidental tomou um rumo onde a predominância de outros saberes acabaram moldando mais pra um lado do que pro outro... **eu acho que vários autores como Foucault berraram isso pra nós.** Eles insistem e até hoje tem muita gente que insiste nisso... em pensar a psiquiatria pra além de uma coisa apenas biológica. **O problema é que a loucura fascina e assusta... então, a psiquiatria se vê seduzida a dar uma resposta como sempre à sociedade...** uma resposta que acalme, que classifique, que ajeite essa ideia na cabeça das pessoas.

Então, eu não acho que foi insuficiente, eu acho é que há um discurso predominante, simplista... que é mais fácil de se transmitir, do que você arregaçar as mangas e pensar ali num sujeito... **psicótico, por exemplo, a partir de uma outra referência que não seja só uma referência de um doente mental.** Que talvez seja o nosso maior desafio hoje pra fazer reforma... Acho que não houve uma falta de vigor, **houve uma preferência social por discursos mais simplistas... uma coisa que a gente vê em várias outras áreas.** (Cássia, destaques nossos).

Quer dizer, essa fala reforça nossa postura de tese, de *desconforto intelectual*, de reabrir problemas, aparentemente estáveis, em nível de *matéria estrangeira* (CANGUILHEM, 1995), e buscar caminhos nada estabilizados e simples para responder a esta complexidade da loucura que fascina e assusta. Frente a este susto, propomos a construção de *Dispositivos Dinâmicos Tripolares* (de moer conceitos) que ajudem a produzir saberes novos para se pensar, por exemplo, a psicose por outros referenciais. Compreendemos também que as Clínicas do Trabalho inseridas neste campo da Psiquiatria contribuem para ampliar esse espaço-tempo.

6.3.5 Por uma Clínica real em debates e (re)construção

Fazendo uma relação dos saberes que compõem a dimensão clínica do gesto profissional em Psiquiatria com o *trabalho real*, não encontramos uma única clínica constituinte das possibilidades de construção do caso clínico.

Inicialmente, Nisia apresenta seu ponto de vista, desvelando-nos que a clínica que se pratica no CAPS é uma *Clínica Ampliada* (conforme teorizamos ao apresentar a dimensão

diferente a mesma coisa, de mobilizar saberes e *margens de manobras*? Em outro sentido, podemos compreender esta situação do lado da mobilização da inteligência astuciosa (*rusée*) e do segundo corpo, segundo a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2009).

clínica do gesto profissional em Psiquiatria) com a seguinte composição: *a biologia, o social, a cidadania, o sujeito do inconsciente, a subjetividade, a alimentação, a moradia, a autonomia.*

A clínica psiquiátrica, a biológica, social... a clínica que tá colocada para os CAPS é a chamada clínica ampliada, que tem várias... o Jairo, a Ana Marta Lobosque, clínica ampliada que é uma clínica que não é única, mas ela tem alguns pilares para nossa atuação... o pilar, o sujeito do inconsciente.... uma subjetividade... a gente acredita que esse sujeito é um cidadão, direito de ir e vir... direito de circular, de ter vida social e familiar... isso é difícil de se construir, direito de cidadania ao trabalho, a votar, à alimentação, à moradia... o Projeto Terapêutico Individual... onde mora, relações sociais, de trabalho, da autonomia do sujeito.... (Nisia, destaques nossos).

São princípios que, segundo Nisia, compõem os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ou seja: “vamos dizer da Reforma, os princípios da Reforma, da cidadania, da reabilitação, se fala em clínica ampliada... talvez você possa pegar esse conceito – quem sabe ele dá conta disso que você está procurando?” (Nisia).

Além dessas diretrizes iniciais que compõem e orientam qualquer clínica dentro do CAPS III, surge uma outra situação, a existência de outras clínicas emergentes: *a psiquiatria, a psicanálise, a sistêmica*, problematizando a falta de referencial teórico-clínico da *enfermagem*. Podem elas coexistirem no *trabalho real*?

No Betim Central, a gente tem a sistêmica, a psicanálise, a psiquiatria... o problema é que todos falam dessa escuta inconsciente, se você for conversar com eles... mas que no fundo não é isso que rege... no discurso, mas na prática é diferente... a sistêmica tem uma orientação? Pra família talvez ela ajude... tá vendo como a composição vai ajudando de alguma forma... de não ser um saber só, mas também num dá pra ficar uma guerra... de saberes dentro de um serviço. Dá pra essas clínicas existirem se elas não ficarem disputando... aquela briga – quem tem hegemonia do saber? Eu sei mais que fulano, agora isso é difícil de acontecer né? É cada um tentando, você vê a enfermagem ultimamente, o que que é aquilo? Eles nem sabem que saber que eles têm né?... tipo assim, esse é melhor, esse é pior... (Nisia, destaques nossos).

Porém, ainda em diálogo com Nisia no *trabalho real*, a clínica que faz neste CAPS é uma clínica centrada no médico, à revelia dessa movimentação emergente, segundo a fala abaixo:

Agora, no BC, Betim Central, eu num sei se a gente tem muito isso não sabe... O Betim Central é médico... Foi o Gastão Vagner é que começou... uma forma de dizer que nenhuma disciplina só dá conta... se agrega coisas ali... que é necessário – o discurso do SUS, ... da cidadania, dos discursos estabelecidos sociais... de tudo isso pra determinado sujeito.... é do sujeito, da subjetividade... (Nisia, destaques nossos).

De outra forma, Mateus, ao debater a atividade em Psiquiatria no GRT, apresenta-nos a *clínica do manicômio* em contraposição aos saberes em transdisciplinaridade, ampliando a composição dessa clínica real que se pratica no CAPS: *o psicofármaco, a oficina, a atividade esportiva, a enfermagem, o saber popular da família*.

A clínica do manicômio não tem esta ideia de autonomia, isso foi o que se passou por mais de 300 anos, mas a gente veio a dizer outra coisa, podemos trabalhar a autonomia dele, mas a gente precisa acreditar nessa perspectiva. **Os saberes, valorização de cada saber** para o PTI, **do psicofármaco, da oficina, da atividade esportiva, da enfermagem, esses saberes são colocados a favor do sujeito, a transdisciplinaridade**, sem verdade absoluta, **o saber popular, que a família traz**, o que o sujeito nos prescreve... são rumos do meu trabalho... dividir essa concepção e esse entendimento, e saber se tem gente que tem outras visões... (Mateus, destaques nossos).

Quer dizer, compreendemos que não se trata de colocar uma clínica contra a outra, nem mesmo um saber contra o outro, nem tampouco de um Serviço Substitutivo contra o Hospital Psiquiátrico. Ou seja, o CAPS do lado do bem e o Hospital do lado do mal, conforme abordaremos no GRT. Uma situação nada razoável. Clinicamente, melhor seria relativizar uns aos outros.

Frente a todo esse debate, propomos uma outra clínica ao longo da tese - a *Ergopsiquiatria Clínica* -, construída na interseção de saberes plurais em epistemicidade-3bis, mobilizando saberes híbridos em Psiquiatria, com esses saberes e clínicas reais, incluindo as Clínicas do Trabalho e os saberes constituintes da Metodologia de pesquisa em Histórias de Vida.

6.3.6 A Clínica da exceção - a contenção física (des)necessária

A contenção física do usuário no leito faz parte da caixa de ferramentas do trabalho no CAPS III. A Linha Guia de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais define este procedimento como uma medida involuntária:

As situações muito graves, envolvendo risco eminente para o paciente e com recusa radical do mesmo em relação às providências terapêuticas necessárias, podem justificar o recurso a medidas involuntárias. **Contudo, tais medidas devem ser consideradas e utilizadas sempre como medidas de exceção, cabíveis apenas quando esgotamos verdadeiramente todos os meios possíveis para convencer ou persuadir o paciente.** (MINAS GERAIS, 2006, p. 154, destaques nossos).

À revelia de qualquer determinação prescritiva de que a contenção tenha que acontecer quando outros meios se esgotarem, no *trabalho real*, a situação se mostra bastante

controversa. Na maioria das vezes, quando a urgência chega (e o psiquiatra encontra-se absorvido em outras atividades e/ou ausente), a equipe conta com a contenção física do usuário de forma imediata e com grande frequência. A contenção exige uma prescrição médica, mas, na maioria das vezes, ela ocorre sem tal prescrição e na ausência do psiquiatra. Ela é mais comumente realizada pelos técnicos de enfermagem em nível de delegação de *sale boulot* do que qualquer outro trabalhador. Segundo os técnicos de enfermagem, trata-se de um procedimento que exige um Procedimento Operacional Padrão (POP) que o CAPS não tem:

O enfermeiro é que faz o POP... baseado em referências bibliográficas, de matérias, por exemplo, de conhecimentos específicos de enfermagem, **por exemplo, qual que é a forma de contenção? Como que vai conter o paciente? Vai colocar lá... quem que vai prescrever? Quem que vai conter? Quem que vai monitorar esse paciente contido? Qual é a forma de contenção? O que é usado na contenção? Quais são as consequências de uma contenção? Entendeu?** (Maria, destaques nossos).

Na maioria das vezes, as contenções que presenciamos não foram determinadas por uma prescrição médica:

Mas, nós podemos ser punidos, se o COREN chegar aqui... a enfermagem pode ser punida por isso... isso é comum, já foi discutido e a gente já brigou muito por isso, às vezes contém o paciente e nem prescreve... nós enfermeiros... da enfermagem podemos ser punidos por isso... mas é igual eu te falei, pode conter, mas tem que prescrever depois... se é um caso de urgência tá acontecendo ali, mas depois precisa ser prescrito... precisa agir rápido, num tem como parar e o médico prescrever, precisa agir rápido, mas depois tem que prescrever... é igual uma parada, mas depois tem que prescrever... só o médico pode prescrever... se tiver uma auditoria do COREN... **se o paciente tá agitado, quem mandou conter? Pra nós tem essa questão... Então, eu acho que muitos profissionais não estão preparados. É importante ter capacitação** (Maria, destaques nossos).

Constatamos que os muros do CAPSIII/CERSAM Betim Central são baixos e, para se manter o usuário mais grave e agitado dentro da instituição, internado do CAPS III, por exemplo, quando a abordagem verbal e a ocasião de palavra esgotam, o recurso da contenção físico-química se mostra frequente. Seria uma atitude punitiva, defensiva dos muros baixos, ou utilizada de forma clínica, quando o usuário pede ou necessita devido ao seu quadro psíquico? Vale ressaltar que o gesto profissional em Psiquiatria do *usuário-porteiro/porteiro-usuário* (vide capítulo 7 da tese) é um exemplo diferenciado dessa situação.

Verificamos também que as faixas de contenção encontram-se em precárias condições e, muitas vezes, os usuários são contidos por lençóis. Segundo informações, o lençol é mais largo, mais consistente, mais confortável e resistente para uma contenção torácica do usuário. Neste caso, trata-se de uma catacrese da atividade, uma outra via de existência para o lençol

na atividade. Uma forma de uso de determinado objeto, ou seja, dando uma “segunda vida” ao lençol na atividade em desenvolvimento (CLOT, 2006, p. 182; CLOT; GORI, 2003).

Nossas análises vão além no sentido de compreender também que a escassez e/ou falta de recursos humanos e de orientação clínica dos trabalhadores, medidas duras como essa se tornam oportunas mais na vertente punitiva ou de controle do insuportável. Quer dizer, na ausência de competências clínicas que ampliam o *poder de agir* e a capacidade de *renormalizações* em tempo real de trabalho, lança-se mão da contenção como protocolo de trabalho.

Porém, mesmo com a presença de trabalhadores coletivos e com orientações clínicas claras, tal medida de contenção física acontece e toma todo o seu caráter clínico e renormalizador da atividade, longe da punição e do silenciamento da loucura, mas um recurso terapêutico possível e muitas vezes necessário. Quer dizer, a contenção só pode ser (des)necessária se a clínica vier antes. Neste sentido, compreendemos a contenção com um ato possível dentro de um *projeto-ação* terapêutico. Quando realizado de forma clínica, contextualizada, passando por um processo de *validação/deliberação* individual e coletiva, pode assumir um caráter de gesto profissional em Psiquiatria, mobilizando diversas dimensões do gesto genérico.

6.3.7 O muro clínico

Os muros do CAPS III/CERSAM Betim Central são baixos e, segundo muitos trabalhadores, condizentes com as normas que os próprios gestores e trabalhadores militantes construíram no início do movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Nossas explicações se somam à *Clínica da exceção* acima descrita. Em pouco tempo de observação do *trabalho real* e análise das atividades do CAPS III, constatamos que as fugas são frequentes. Em sua maioria são usuários graves e que resistem ao tratamento e que fazem parte da clientela insuportável que definimos no primeiro desconforto de abertura da tese. Se não evadem pelos portões de entrada, em breve poderão evadir por pontos estratégicos da unidade, inclusive, pulando os muros.

Compreendemos também que o objetivo da Saúde Mental é reintegrar o indivíduo à comunidade social. E, segundo o autor, neste contexto, são os trabalhadores que operam esse processo e decidem se os usuários podem ou não circular pelas ruas, “ou se pode sair de casa para ir ao hospital-dia, ou se não pode sair do hospital psiquiátrico” (MILLER, 1999, p. 21).

Ou ainda, “E fica por decidir se há de estar amarrado, porque, em alguns casos, a periculosidade é rebelde à medicação” (MILLER, 1999, p. 21).

Apresentamos algumas reflexões. Em primeira instância, é depositado no muro um ideal de barreira física contra a evasão. Há aqueles trabalhadores que, inclusive, desejam que o mesmo seja mais alto, alegando que não conseguem, nem estão ali para fazê-lo com o próprio corpo:

E o que a gente acabava ouvindo é **que a gente tinha que fazer o muro com o próprio corpo. O muro do manicômio com o próprio corpo!** Ora, nós não somos... nós somos humanos, a gente não consegue fazer um muro com o próprio corpo. Isso é muito pesado. **Um muro é uma estrutura muito pesada pra sustentar com o próprio corpo, né?** (Psiquiatria 3 *apud* SILVA, 2010, p. 83, destaques nossos).

Para esse grupo de trabalhadores, a contenção no leito é frequentemente desejada, indicada e praticada. O que se vê é que muitos usuários acabam sendo contidos indiscriminadamente e por tempo maior que o desejado. Chegamos a evidenciar usuários contidos no leito a noite toda e de forma desordenada e urinados, lembrando o desleixo de vários manicômios – *uma repetição do velho no novo modelo* (SILVA, 2010).

A situação não é nada simples. Por um lado, muitas famílias acabam reclamando dos muros baixos. Que levam seus parentes para o tratamento no CAPS por causa da crise e que, antes mesmo de chegarem em casa, recebem a notícia da fuga dos mesmos ou os reencontram em casa. Quer dizer, a questão é de grande polêmica e gera diversas interrogações e controvérsias por parte de trabalhadores e familiares. Por exemplo, se o usuário estiver em franca atividade delirante-alucinatória e evade, corre-se o risco de passagem ao ato de forma violenta? A resposta é positiva e abre todo um *debate de normas* acerca da responsabilização de quem pelo acontecimento, inclusive dizendo que é o plantonista psiquiatra que será responsabilizado muito mais do que os outros trabalhadores da equipe. Por outro lado, se o usuário encontrava-se insuportável para a equipe devido às ameaças de violência, há aqueles trabalhadores que entendem a fuga como um alívio, não só para o usuário, como também para a equipe, anunciando a internação psiquiátrica hospitalar como uma saída possível, frente ao fracasso do CAPS.

Entendemos que a fuga pode fazer parte da clínica e que não se trata de uma situação desejável, mas recorrente e demandante do direito de se tratar com liberdade. Uma forma do usuário anunciar seu limite de tolerância? Essa questão é central em nossas análises do *trabalho real*. Os trabalhadores com orientações clínicas definidas fazem cálculos clínicos (mediante *saberes constituídos e investidos*), prevendo determinados riscos, fazem

antecipações importantes na atividade. Muitas confrontações clínicas impedem o mecanismo da evasão, antecipando tal acontecimento e tomando outras medidas. Quer dizer, compreendemos que o usuário pode anunciar sua fuga através de seus próprios sintomas aparentes ou silenciosos, restabelecendo sentidos clínicos para os trabalhadores de “fazer o muro com o próprio corpo”. Mas, para tal, há que se apresentar uma postura de cuidado e um posicionamento clínico definido que, segundo nossas análises teóricas, também passam pela transposição do primeiro corpo (biológico) para o segundo corpo (subjetivado, erógeno e sensibilizado pelo contexto), pronto para agir no aqui-agora das situações de trabalho pelo viés psicodinâmico. Uma espécie de inteligência ou méis corporal (DEJOURS, 2009). Tal procedimento exige competências variadas dos trabalhadores, mediante *margens de manobras* e mobilização de *reservas de alternativas* que não se adquirem no primeiro dia de trabalho no CAPS III, nem tampouco somente na antecipação acadêmica, mas considerando a experiência e os *saberes investidos* (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Para este grupo de trabalhadores, o muro (baixo) é relativizado e a contenção física no leito é uma possibilidade no horizonte da construção do caso clínico.

Se o muro não entra na economia clínica do CAPS III, as contenções físicas podem, possivelmente, funcionar como ato de punição e apaziguamento de sintomas dos trabalhadores da equipe. Em suma, se o muro (alto ou baixo) é visto de forma clínica, as contenções físicas também funcionam como possibilidades terapêuticas.

Carlo Viganó (1999), em sua teorização sobre a *construção do caso clínico*, apresenta-nos grandes esclarecimentos clínicos sobre a fuga e a construção do *muro clínico* – o muro que faz movimentar a clínica. Ele nos apresenta o caso de um usuário que evadiu de um determinado serviço. Em um movimento de gesto profissional, a equipe vai ao encontro do mesmo e, ao vê-lo na rua, decide por nada fazer, somente lhe dizer um “até amanhã”. Na verdade, houve aí uma mudança de discurso. Uma substituição do saber do mestre (importante na clínica) por um saber democrático e a construção de um saber fazer clínica – uma autoridade clínica. Ele nos explica que os operadores da atividade fizeram um diagnóstico de discurso e não do sujeito, apostando na relação do sujeito com o *Outro*. Quer dizer, se antes o usuário não estava no discurso, o seu *Outro* era apenas o muro da instituição.

Assim, a atitude dos operadores possibilitou um enigma na situação, um terceiro encarnado na presença não punitiva dos operadores, propiciando a entrada do usuário em outro discurso – da autoridade e da alteridade clínica. De outra fora, se tomamos os sintomas como uma atividade, a reintrodução de conflitos visa promover uma ressignificação da cadeia delirante, por exemplo, promovendo um desenvolvimento da atividade inicial em outra

atividade (CLOT, 2006). Segundo Miller (1999), mediante reflexões da Psicanálise entre e a *Saúde Mental e Ordem Pública*, e no contexto da fuga de usuário dos serviços, nos diz que: “Voltar, depois de haver saído, é essencial à ordem pública. Voltar para casa para dormir, por exemplo, pode evitar um divórcio. O problema central, na prática da saúde mental, é quem se pode deixar sair e que, podendo sair, volte para tomar a medicação (MILLER, 1999, p. 21). Quer dizer, ele volta por motivos muito singulares e que precisam ser escutados pelos trabalhadores na construção e direção do caso clínico. Uma operação que requer um aprendizado clínico prático-acadêmico e pelo compartilhamento de experiências. Mas, para que os trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central possam operar da mesma forma, há que se ter uma orientação clínica clara e definida. E, a problemática que analisamos no CAPS é exatamente esta – um conflito de orientações clínicas, tendendo ao empobrecimento (o nosso segundo desconforto) e que possibilitam a realização de gestos clínicos na atividade.

Em outras palavras, se compreendemos o muro e a ameaça de evasão como uma oportunidade de fazer clínica, estaremos diante da possibilidade do ato de contenção virar um gesto profissional em várias direções dos saberes em Psiquiatria, inclusive da Reforma Psiquiátrica.

6.4 As Histórias no Território

Apresentamos quatro histórias que nos ajudam reconhecer as variações de um *gênero* em Psiquiatria e *estilos* diferentes de construir *projetos-ações* e realizar atos, visando ao engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. As três primeiras são decorrentes de nosso encontro com o *trabalho real*, a quarta será apresentada em seguida às nossas análises do GRT, ou seja, um gesto profissional construído no mecanismo de indexação do real por esse grupo. Em outras palavras, “A história de um meio de trabalho continua se - e somente se - ela é representada pelas contribuições estilísticas acrescidas ao patrimônio (CLOT, 2010, p. 127). O *gênero* de um meio de trabalho se desenvolve na medida em que ele consegue se revitalizar e renovar, mediante suas próprias variações ao longo de sua história.

6.4.1 A mariposa negra e um gesto profissional

Apresentamos as etapas constituintes do processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria no contexto da formação multiprofissional do novo trabalhador em Saúde Mental. Um gesto engendrado por dois residentes multiprofissionais – um R1 de

Psiquiatria (o Martin) e uma R2 de Terapia Ocupacional (a Chamone) – trabalhadores de referência do usuário envolvido. Ela, a Técnica de Nivel superior – Técnica de Referência (TNS-TR) do caso, ele o TNS-psiquiatra e ambos mobilizando diversos saberes na intersectorialidade, em especial saberes híbridos em Psiquiatria. Conversamos com os dois, mas realizamos uma entrevista em profundidade com Chamone e acompanhamos seu raciocínio na construção do *Projeto Terapêutico Individual* (PTI), esclarecendo-nos as etapas do processo de engendramento deste gesto profissional em Psiquiatria.

6.4.1.1 Identificando o usuário, suas crises e apresentando o diagnóstico

Apresentamos um breve histórico de tratamento do usuário no CAPS III/CERSAM antes do acolhimento que gerou o referido gesto. Trata-se de AAS, que chamaremos de Adê, 51 anos, solteiro, pai de uma filha de 24 anos e uma neta de 4 anos, trabalhador da construção civil (pedreiro), negro, residente em casa própria em Betim, natural do interior de MG, sem religião definida. Seu primeiro acolhimento no CAPS III/CERSAM Betim Central aconteceu no dia 19/05/2008. Dizia ele: “eu não tenho família aqui...”. Depois de vários acolhimentos, onde não houve qualquer reclamação acerca de colecionar “lixo”, recebeu as seguintes hipóteses diagnósticas: Psicose a esclarecer (F29)?, Retardo Mental (F70)? Epilepsia (G40)? Foi indicada a Permanência-Dia (PD) e prescrito Lorazepan 2mg (1+0+1), Ácido Valpróico 500mg (1+0+1) e Fenobarbital 100mg (0+0+1). Porém, ele não seguia o projeto proposto, nem era encontrado em casa na maioria das buscas programadas. Talvez até ele já tivesse iniciado o processo de colecionar “lixo” nesta época.

No início de 2013, ele retorna, anunciando uma outra crise. Encontramos relatos no prontuário de passado de crise de violência sexual na infância e envolvimento homossexual aos 10 anos de idade, sendo recompensado por dinheiro. Foi repreendido pela mãe que o confrontou, pensado que ele tivesse roubado de alguém. Porém, nada se evidenciou com respeito ao seu hábito de se vestir de mulher, de “mariposa negra”. Nesta mesma data, localizamos a seguinte descrição psicopatológica:

Vigil, abordável, alcoolizado, parcialmente orientado no espaço, orientado no tempo, memória preservada, inteligência faz suspeitar de retardo leve. **Humor lábil, predominantemente exaltado, ora choroso, afeto síntone, curso de pensamento normal, talvez algo acelerado.** Crítica ausente. Delírios concordantes com humor exaltado de grandeza e importância. Alterações de vivência do eu? “Eu sou ASS... Mariposa...”. (Notificação de prontuário, não identificado, destaques nossos).

As hipóteses diagnósticas se ampliaram em complexidade: Hipertensão Arterial descontrolada; Alcoolismo; Epilepsia (relacionada à abstinência alcoólica ou sequela de Acidente Vascular Cerebral?); Sintomatologia maníforme de Esquizoafetivo?, Transtorno Afetivo Bipolar (fase maníaca/episódico misto?). Nova proposta de PD, sendo prescritos: Haloperidol 5 mg (0+1+0), Ácido Valpróico 500mg (1+1+0), Diazepan 10mg (1+1+1) e Enalapril 10mg (1+0+0). Como se percebe, nestes dois momentos de crise relatados, não houve uma outra abordagem psicossocial para além do acolhimento no CAPS III/CERSAM Betim Central, inclusão na PD e prescrição de medicamentos.

6.4.1.2 A primeira etapa - um acolhimento biopsicossocial

Dizemos do movimento de Chamone e Martin em atividade, a partir de um *projeto-ação*, ou seja, projetando ações, realizando atos, no sentido mendeliano, e apresentando as etapas do *processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria*. Quer dizer, é cada residente em atividade, em sua relação com as coisas singulares e coletivas da loucura, expressando-se em seus gestos profissionais, a partir de várias ações contextualizadas, como por exemplo, as visitas domiciliares.

No final de 2013, o motivo principal que disparou o engendramento deste gesto profissional que apresentamos foi uma denúncia da vizinhança dirigida ao Centro de Saúde de referência de um sujeito que juntava todo tipo de “lixo” em casa. Logo em seguida, uma TNS-TR-psicóloga desta equipe mobilizou-se em uma visita domiciliar, certificando-se da loucura de Adê e da insalubridade da situação. Ele morava sozinho numa pequena casa, onde juntava todo tipo de entulho que, para ele, não era “lixo”, mas sim um material de trabalho de uma suposta obra a ser construída, a expansão de sua casa, segundo ele mesmo. A trabalhadora, incomodada com a complexidade da crise de Adê, procura pessoalmente o CAPS III/CERSAM Betim Central, demandando uma ajuda na intervenção desta situação.

Na verdade, ele chega ao Betim Central mediado pela Unidade Básica, a psicóloga de lá... num momento de crise dele... de fragilidade social, ele entra em crise por causa dessa fragilidade social e os vizinhos começam a reclamar, bater na porta dele, **porque ele é acumulador, né...** ele entrou em crise num final de semana e as pessoas roubaram umas coisas dele... **e ela demandou uma intervenção aqui do Betim Central. Chega pra gente com essa interface da Unidade Básica.** (Chamone, destaques nossos).

O acolhimento de Adê no CAPS III/CERSAM Betim Central foi realizado por Chamone e Martin que, rapidamente, começaram a construir um PTI, mobilizando colegas de

trabalho e preceptores das residências envolvidas. Ao escutá-lo, evidenciaram uma crise e um demanda implícita de tratamento no acúmulo de “lixo”. Em seguida, um *projeto-ação* foi sendo projetado e atos foram sendo realizados de forma intersetorial ao longo do tempo constituindo um gesto profissional com etapas clínicas de engendramento que apresentamos.

Na primeira etapa, a ação foi resgatar a história de passagem de Adê pelos dispositivos de PD, PN e ambulatório de crise do CAPS, sem efeito terapêutico, conforme acima descrito, visando compreender o atual momento de crise.

Ele veio numa crise, mas tinha uma demanda... a questão toda dos vizinhos... desse incômodo dele dos vizinhos brigar com ele... **ameaçaram até de morte se ele não desse um jeito naquele lixo... tinha ratos, bichos e lá as casas são coladas... tinha máquina de lavar velha, sofá velho... tinha geladeira velha... porta de geladeira... tudo que ele achava na rua ele levava pra casa, coisas de todo tipo de tamanho...** tinha coisas absurdas lá, coisa de ferro velho... a prefeitura desapropriou ele e deu pra ele essa casa... nunca tivemos contato com a família... (Chamone, destaques nossos).

Se antes ele foi chamado de acumulador patológico²³⁶, ao longo da construção do caso clínico (VIGANÒ, 1999), esse material coletado toma uma direção de obra, de construção apaziguadora de uma possível atividade delirante. Em termos psicanalíticos, frente à falta simbólica do nome-do-pai, há um reforço do eixo real-imaginário constituinte da psicose, onde o hábito de colecionar “lixo” entraria fazendo uma suplência necessária? (QUINET, 1997). O assunto é complexo e não aprofundaremos nesta tese.

Os debates se intensificaram entre mantê-lo no CERSAM, correndo o risco de somente medicalizar seus sintomas ou promover uma atenção em domicílio, tentando realizar um diagnóstico situacional e biopsicossocial (LE GUILLANT, 1984; LIMA, 2006). Ou seja, a mesma vertente refletida por Canguilhem (1995), com respeito ao conceito de saúde/doença. Uma convocação ao sujeito para protagonizar as cenas de seu próprio sofrimento mental, sem desconsiderar os aspectos biológicos do adoecimento.

E a gente assume o caso no plantão, atende essa crise e começa a conduzir... as visitas elas vão surgindo na medida em que a gente vai percebendo que se a gente não fizer uma intervenção no domicílio, pra entender um pouco dessa história, o caso dele vai ficar muito solto, só medicalizar... só fazer uma escuta aqui no CERSAM também só não né?... estar com ele lá... escutar as questões dele naquele ambiente em que ele vive... era muito mais produtivo que, às vezes,

²³⁶ Trata-se do Acumulador Compulsivo, Patológico ou Síndrome de Diógenes ou Síndrome da Miséria Senil. Geralmente são pessoas que colecionam bens ou objetos que parecem inúteis para a maioria das pessoas e que apresentam incapacidade de se livrar de cada um desses objetos e/ou bens recolhidos, desenvolvendo um estado de aflição ou perigo permanente. Em termos de códigos, podem ser um sintoma decorrente do Transtorno Obsessivo Compulsivo, CID-10 – F42.9. Porém, o DSM-V caracteriza de forma mais detalhada como Transtorno de Acumulação – 300.3 (F42) (AMERICAM PSCHYATRIC ASSOCIATION, 2014).

só medicar... uma escuta aqui e depois várias visitas, uma duas, três... visitas... e ajudar a pensar como que a gente ia resolver toda essa questão porque o maior incômodo dele era esse... os vizinhos não davam conta da situação... desse acúmulo de lixo lá... e pra ele desfazer disso era muito sofrido pra ele... (Chamone, destaques nossos).

Se o pedido da vizinha era de evacuação não somente do lixo da casa que exalava e incomodava em longas distâncias, mas também do próprio sujeito, o trabalho desenvolvido pelas equipes envolvidas acontecia em outra direção. Chamone e Martin escutaram o sujeito, respeitando seu tempo, suas limitações e sua obra em construção. O que estava em jogo era o pedido de higienização não exatamente da área, mas da loucura, retirando-a de cena do ambiente social para caber dentro de alguma instituição, no caso, o CAPS III/CERSAM Betim Central, não mais o hospital psiquiátrico, nem tampouco o antigo manicômio.

Compreendemos que existia uma preocupação das equipes envolvidas com o negativo psicossocial em termos psicossociológicos (LHUILIER, 2002a; 2009), ou seja, a posição sempre de negatividade ocupada pelo louco ao longo de sua própria história. O novo lema era tentar positivar a loucura de Adê, respeitando a sua individualidade e, ao mesmo tempo, secretariando-o, providenciando a limpeza da casa e cuidando de sua (re)inserção no território e adesão ao tratamento proposto em regime aberto.

Depois de alguns acolhimentos dentro de seu PTI, ficou claro para Chamone e Martin que ele trouxe não somente uma crise psicossocial e psicopatológica, mas também de identidade. Ele era conhecido na vida noturna por “mariposa”, pelo fato de se vestir de mulher nesses momentos de desestruturação psíquica e sair de casa para se prostituir

Mariposa loura ainda, assim bem diferente né... porque ele tem uma pele negra mesmo... na realidade assim... e aí ele sai pra se prostituir, quando eu vinha fazer oficina no sábado pela residência... e na oficina ele ainda estava muito desorientado e ele ficava falando pros pacientes... **ele estava muito desorientado... que ele ia chegar em casa à noite e ia vestir, que ele ia sair pra fazer programa... pra se prostituir... os pacientes ficavam assim pra ele... um negão daquele, assim bem machão, vestido de mariposa,** causava até um certo deboche assim no grupo, entendeu? **Tinha que dar uma manejada naquilo ali,** ele estava extremamente delirante e tal... **ele viajava nesta história... e depois isso foi sumindo assim na verdade. Ele deu conta de jogar essa peruca fora...** uma peruca mesmo toda desgranhada mesmo... tava lá na casa dele o dia eu fui lá... (Chamone, destaques nossos).

Nesta primeira etapa, percebemos que o foco dos residentes não era somente questões naturais da Psiquiatria (epistemicidade-1 da Ergologia), das hipóteses diagnósticas em debates, mas sim de secretariar, manejar essa inadequação, apresentando respostas nada confortáveis para a insuportabilidade e fragilidade biopsicossocial que o caso apresentava.

Uma etapa que amplia a Psiquiatria para outras epistemicidades ergológicas, 3 e 3bis, reconfigurando o gesto profissional.

6.4.1.3 A segunda etapa - a ROTA e o olhar intermediado por uma técnica de enfermagem

No processo de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central, está prevista a visita domiciliar como parte da construção do PTI do usuário. Na maioria das vezes, é o TNS-TR do usuário quem realiza esta ação, a priori, visando ao estabelecimento de um vínculo clínico-terapêutico. Uma ação pouco realizada pelos psiquiatras do serviço. Quer dizer, a visita domiciliar é uma ação que entra na construção do PTI de acordo com a necessidade. Ela costuma ser programada, na maioria das vezes consentida, não sem intencionalidades e clínica.

Porém, percebemos que a visita domiciliar ficava muito mais no plano de um *projeto-ação* do que efetivada em atos concretos, nem tampouco em forma de gestos profissionais em Psiquiatria na atividade de trabalho, conforme nossas argumentações teóricas. De outra forma, por ocasião da busca de usuários na *Rota* pelos técnicos de enfermagem, muitos entram nas residências dos usuários para medicá-lo e/ou convidá-lo para comparecer à PD, mas não exatamente com uma proposta de visita domiciliar programada, fazendo parte do PTI.

Em 26/08/2013, por ocasião da *Rota* de busca diária de Adê em domicílio para a PD por um técnico de enfermagem, o mesmo faz a seguinte notificação no prontuário:

Paciente indicado pra vir na busca, **encontrei-o muito sujo de cimento, disse que não viria porque estava fazendo massa pra sua construção, estava na companhia de 4 pessoas da SEMAS²³⁷, foi medicado, voltaremos à tarde.** Em tempo: o lugar onde mora é quase inabitável, muito lixo, restos de material de construção, **buraco enorme no piso com apenas algumas ripas para atravessá-lo, É de impressionar...** (Técnica de enfermagem, destaques nossos).

De volta ao CAPS, ao fazer este relato escrito e verbal, contrária à reclamação de que os técnicos de enfermagem não são ouvidos, os residentes agiram diferente. Ao escutarem o relato acima, além da demanda de ajuda da psicóloga da UBS, eles mobilizaram, clinicamente, a atividade do *corpo-si* em várias ações, atos e operações (im)possíveis. Ou seja, dizemos da efetivação do *projeto-ação (projeto-herança)* idealizado em atos concretos e materiais na interface da relação entre saberes e serviços, reivindicando um gesto em suas várias dimensões genéricas, singularizadas no *métier* da Psiquiatria praticada neste serviço.

²³⁷ Secretaria Municipal de Assistência Social.

6.4.1.4 A terceira etapa – o que antes era um projeto-ação

Neste sentido, se antes a visita domiciliar era um *projeto-ação* no sentido mendeliano, configura-se como um ato aqui-agora no *trabalho real*. Incomodados com a realidade apresentada, Chamone e Martin agilizam o PTI que conta com a realização de uma primeira visita de reconhecimento de toda a situação, que consideramos um ato instituinte deste gesto profissional. Na verdade, ele realizaram três visitas domiciliares sequenciais - que apresentamos em forma de atos operacionais no processo de engendramento deste gesto profissional -, inclusive pela complexidade da situação que se apresentava.

Alguns dias antes da primeira visita, em nível de *validação/deliberação* do gesto profissional, compartilharam o *projeto-ação* em nível de *debates de normas* e valores na reunião de equipe, mobilizando angústias, receios, antecipando problemáticas e saberes, confrontando-os no coletivo de trabalhadores. Dúvidas quanto à forma de realizar uma visita domiciliar a um sujeito psicótico grave, resistente ao tratamento, porém, já conhecido do serviço e deles mesmos por juntar “lixo” em sua casa. A intenção da visita era reconhecer o ambiente denunciado e se apresentar ao Adê. Tudo isso, dentro de uma perspectiva clínica, respeitando a sua singularidade. Ligaram para o setor de transporte da prefeitura, agendaram e realizaram a visita.

Era eu, o psiquiatra e a psicóloga do posto... a gente assumiu enquanto plantão e assumimos o caso... o psiquiatra foi comigo, muito prestativo, fomos juntos várias vezes... muito participativo, muito cuidadoso com a medicação... as visitas eram com o transporte sanitário, nós dois com o motorista. A gente ficava uma meia hora... **a gente não avisou na primeira visita, mas nas outras sim...** (Chamone, destaques nossos).

Encontraram o Adê trabalhando que, gentilmente, convidou-os para entrar, porém com um certo receio. Impressionaram-se com a gentileza dele e com o enorme buraco, uma “cratera” entre o portão de entrada da casa e a porta da sala. Existia uma passarela, uma “pinguela” da qual ele se movimentava com grande destreza.

E outra coisa, a construção da casa enquanto parede, a logística é uma loucura, é uma loucura aquilo lá... **a casa é assim, cheia de lixo e quando você entra no portão, ele fez um buraco enorme... um pouquinho da entrada do portão até onde dá acesso na entrada da casa, da sala da casa... ele cavou esse buraco**, ele ficou dias cavando esse buraco... **ai você tem que passar numa pinguelinha...** fina assim... até você conseguir entrar no primeiro cômodo... aí abre um tanto de cômodo e o quartinho onde ele dormia era pequeno lá no fundo... que tinha uma cama, um armário e uma televisão... **tudo limpinho, diferente do resto da casa...** (Chamone, destaques nossos).

Quando interrogado sobre o buraco, ele não tecia palavras claras de sentido, mas lhes fazia entender que frente às crises psicóticas, ele respondia cavando, alargando e aprofundando o buraco. Uma forma de apaziguamento contra as invasões delirantes e defesa do outro?

Ele furava, segundo ele, **porque ele num tava bem e cavava o buraco... eu entendi que era o momento dele... uma fuga né? talvez...** ele cavava o buraco, desprendia energia e ficava melhor... tinha meio que essa função... um buraco entre ele e o outro, exatamente. **Um distanciamento do outro...** (Chamone, destaques nossos).

A visita foi assim notificada em seu prontuário: “O domicílio nos é assustador a princípio, entre paredes que se fundem em labirintos e pela quantidade de lixo espalhado. Porém nos é revelador como o Adê se transpõe naquele ambiente... como tentativas de ressignificar sua existência” (Martin). Evidenciaram que aquele buraco parecia ter um sentido na construção do caso clínico. Seria uma saída para lidar com a sua própria psicose? Quer dizer, metaforicamente, tiveram a compreensão de que saltar obstáculos difíceis era uma constante em sua trajetória de vida. Quer dizer, juntar “lixo” e saltar de um lugar para outro (como uma “mariposa”) de dentro de sua casa para a vida, porém de uma forma alcoolizada e prostituída, a priori.

Segundo a Clínica da Atividade (CLOT, 2006), podemos dizer que a ação de coletar “lixo” e cavar buraco denunciava a existência de um sujeito psicológico entre o *realizado-real de sua atividade* delirante. Não se trata de simples artefatos, antes instrumentos de trabalho nesta interseção, promovendo um possível deslizamento na cadeia delirante, abrindo espaços para outros tipos de atividades.

O projeto de visitas domiciliares continuou e as ações se intensificaram, confirmando o estabelecimento de uma transferência às duas referências, em especial, dirigida a Chamone. Um estado de autorização, segurança, possibilidade de intervenção e direção na vida:

As ações, na medida em que você vai tendo contato assim com ele, e essa relação vai se construindo, vai aparecendo as demandas e a gente vai fazendo... construindo possibilidades de intervenção... **Eu entendo assim que ele mesmo foi ditando que caminho que a gente ia... os caminhos que a gente percorreu, foi ele próprio que nos deu... até a própria visita pra entender...** porque quando ele falava, a gente não tinha dimensão do que era... e eu falei com o psiquiatra, a gente precisa ir lá pra ver o que acontece lá... e fomos... (Chamone, destaques nossos).

Uma situação confirmada na atitude de Adê frente a uma visita programada, dentre várias:

Teve um dia que a gente foi lá e ele não estava lá, mas tinha um recado assim pra gente lá de fora... **que bonitinho, ele pregou no portão:** Dr. Fulano e Fulana, eu só ali só fazer num sei o que e volto, não vão embora, me espere... oh meu Deus que lindo isso né... quase morri do coração né... **uma resposta muito bacana.** Quando eu saí do CERSAM e fui pro Centro de Convivência, eu levei ele comigo, ele fazia duas oficinas lá... horta... **às vezes eu ia buscar ele de carro porque ele não tinha dinheiro pra passagem... eu fiz um vínculo muito grande com ele durante a residência.** (Chamone, destaques nossos).

6.4.1.5 A quarta etapa - a visita de retirada do “lixo” e o reencontro com o buraco – um outro ato

O *projeto-ação* desta visita domiciliar aconteceu de forma bastante organizada e argumentada, envolvendo o Centro de Saúde, o CAPS III e o CRAS - serviço de assistência social do município. Logicamente, depois de um intenso trabalho de escuta e escolha entre aquilo que realmente poderia ser lixo e aquilo que fazia ou poderia fazer parte de sua obra mental. Juntos, os serviços envolvidos combinaram com a coleta de lixo da cidade e lá foram fazer a operação, vide foto do anexo E.

A gente conseguiu aos pouquinhos ir trabalhando com ele... o que era possível jogar fora... a psicóloga muito perto lá da situação, do caso, **e ele foi jogando fora as coisas aos pouquinhos**, hoje uma coisa, amanhã outra coisa, um saco de cimento... essas pedras, essas garrafas, amanhã numa outra intervenção, eu posso jogar fora essas outras coisas aqui... **foi assim por diante... a cada visita nossa... e aos pouquinhos a gente foi limpando a casa...** isso durou oh... muito tempo. Foram caminhões de lixo, várias coletas... **mas teve um dia que foi uma caminhão cheio de coisas...** era pouco a pouco e isso ia garantindo que ele não se desestabilizasse. (Chamone, destaques nossos).

6.4.1.6 A quinta etapa - o lugar do CAPS, parcerias e respostas possíveis

Compreendemos, segundo algumas normatizações²³⁸ da Reforma Psiquiátrica que o CAPS, além do acolhimento do portador de sofrimento grave em crise, tem a missão de articulador da rede intersetorial e territorial. Ele realiza um tratamento longitudinal, desde o primeiro acolhimento da crise até o momento da alta para a Unidade Básica de Saúde, incluindo a família no tratamento (SILVA, 2010). E isso não quer dizer que o usuário tenha que permanecer o tempo todo vinculado a ele.

Ué, ele é um ser biopsicossocial, ele não é só do CAPS, ele é da comunidade onde ele mora, ele faz parte de outras dimensões, a gente não podia ver ele assim só como um paciente aqui do CERSAM não... a gente precisava ultrapassar esses limites pra gente poder... ver que aquela medicação... que a escuta que eu fazia... da TO ou fora disso, ela seria mais eficaz se a gente buscasse outros recursos... a gente precisava ajudar ele, **secretariar ele pra ele dar conta de fazer**

²³⁸ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

na nossa ausência né... ele entraria em crise de novo se a gente não fizesse isso. **Durante dois anos ele não teve nenhuma crise quando a gente tava junto dele...** (Chamone, destaques nossos).

Um gesto profissional diferenciado, uma vez que, no *trabalho real*, percebemos uma enorme força de centralização deste serviço na rede, tendendo à institucionalização. Ao contrário, o CAPS precisa funcionar, pavimentando a trajetória do sujeito na rede, promovendo e facilitando determinadas ações de maior complexidade.

O quarto dele era tudo arrumadinho.. não tinha acúmulo de lixo... todos os cômodos tinham lixo e lá não tinha... **ele cozinhava com dois tijolos assim, não tinha fogão... a luz estava cortada... a água, a copasa... dividiu tudo... e nós ajudamos em tudo... Nós dividimos as conta dele e ele mesmo foi pagando assim...** ele tem um benefício, eu não me lembro qual... (Chamone, destaques nossos).

E, para realizar essas operações, o CAPS precisa contar com outros dispositivos de atenção psicossocial, “O CRAS veio, a assistente social veio aqui... ele tinha sido roubado, todos os documentos, ele não tinha nem identidade... foi roubo na casa dele... eles ajudaram muito... e ele foi na cidade dele e trouxe outra carteira de identidade” (Chamone).

Os vizinhos reclamavam em momentos em que a crise chegava e ele intensificava a coleta de “lixo”, tornando o ambiente mais insalubre e vulnerável ainda. Porém, fora da crise, ele era outra pessoa gentil, um sujeito trabalhador: “Ele faz bico de todo jeito, o povo chama ele, por isso que ele tava muito chateado com as reclamações do povo de lá mesmo... o povo tava muito agressivo com ele e a gente limpando, melhorou muito a relação deles, da vizinhança com ele...” (Chamone).

Como resposta ao PTI proposto e às ações coletivas, se ele cavou o buraco, foi ele também quem o tampou.

Ele fez esse buraco ... ele é pedreiro né? Então a construção toda foi ele quem fez... ele fez, em momentos de crise, **ele fez esse buraco e a gente conseguiu tampar, mas no final de tudo... eu dizia que ia cair, eu ficava com medo e ele tampou o buraco...** eu fiz visitas lá depois da residência, e ele já tinha tampado todo o buraco... nem tinha mais a pinguela e ele já tinha jogado um tanto de lixo fora... (Chamone, destaques nossos).

E mais, um tanto mais organizado psiquicamente e, frente ao secretariamento proposto pelos dois residentes, ele até jogou a peruca fora. “Tinha que dar uma manejada naquilo ali, ele estava extremamente delirante e tal... e depois disso foi sumindo assim na verdade. Ele deu conta de jogar essa peruca fora... uma peruca mesmo toda desgrehada mesmo” (Chamone).

6.4.1.7 Um gesto profissional em Psiquiatria engendrado - como e por que?

O que faz de todos esses acontecimentos um gesto profissional em Psiquiatria? A razão de ser desta tese. Compreendemos que todas essas ações e atos deliberados ou não, constituem etapas do engendramento deste gesto profissional. Tivemos a oportunidade de conversar com Chamone sobre o nosso percurso de conceituação do gesto profissional (em Psiquiatria), a partir deste caso clínico, possibilitando-me melhor compreender, na prática, este conceito que construímos.

Um gesto engendrado em várias etapas e que começou por um acolhimento biopsicossocial diferenciado. Em seguida, diversos acontecimentos que deixaram de ser somente um *projeto-ação* para serem realizados em atos, operações concretas e materiais, requisitando diversas dimensões que apresentamos. “Foi gradual né... sim... nesta concepção de gesto que você me explicou assim, eu acredito que a gente fez um gesto sim... uma conceituada sim...” (Chamone).

O que teria este gesto contribuído na trajetória de vida de Adê?

Sim, a gente conseguiu contribuir pra que o Adê pudesse reconstruir essas coisas da vida dele que estavam perdidas com o adoecimento, com o isolamento... **desconstruir algumas coisas para construir outras... mais positivas na vida dele né? Porque na verdade quando a gente desconstrói um pouco aquela lixaiada e que ele reconstrói esse buraco, isso vai dando uma organizada pra ele poder caminhar pra outros lados, entendeu?** Ele usou o CAPS num momento que ele precisou e deu continuidade na vida dele fora do CAPS ali... o CAPS foi um momento naquela crise e ele conseguiu... isso é muito bacana. **Isso pode ser considerado como um gesto. Acho que isso é uma contribuição, entender isso como um gesto, num sei...** (Chamone, destaques nossos).

A engrenagem *clínica – atividade do corpo-si – movimento*, a partir de um *projeto-ação* efetivado em atos, visitas domiciliares, compuseram o referido gesto profissional em Psiquiatria como uma postura frente às coisas e à *História da loucura* (FOUCAULT, 1997). Um processo de engendramento, requisitando, a priori, as dimensões do movimento e da clínica. Um corpo em movimento, ampliando a *Clínica da Referência*, ou seja, a construção do caso clínico na vertente de Viganó (1999) e da *Egopsiquiatria Clínica* que construímos nesta tese.

Em se tratando do fazimento de um gesto, quais seriam as outras dimensões genéricas mobilizadas e singularizadas neste processo de engendramento? A partir dessa primeira engrenagem, outras dimensões se fizeram presentes, sem ordem determinada de importância. Logo de início, ela convoca a dimensão da intencionalidade, do desejo (o mobile da atividade), da paixão (LORIOU; LEROUX, 2015) com o assunto da Reforma Psiquiátrica.

Uai... eu acho que precisa de ter uma iniciativa, uma vontade, um desejo, porque se você não tiver motivado por um desejo, assim... igual eu tô falando, entre a gente e ele foi uma empatia enorme assim... ele foi muito solidário, naquela humildade toda e ele é muito cativante sabe... tem caso que cria uma certa contratransferência que não cria tanto esse desejo.

Eu acho que o que motivou a gente foi esse desejo de acreditar que dentro desse contexto todo da reforma, do projeto hoje de um CAPS né?... a gente podia avançar, de uma parte assim da reforma que motiva a gente assim... extramuros do CERSAM... pra garantir que o sujeito seja um cidadão, e essa coisa assim que o sujeito te mobiliza né... ele te cria... sei lá dá uma coisinha assim dentro de você que thium... thium... assim... de dentro... eu acho que isso é um amor assim... ele é um diamantezinho assim sabe... (Chamone, destaques nossos).

Chamone diz de paixão pela profissão e pela história de Adê que, a priori, passa pela intencionalidade, por questões reais de querer transformar a vida de Adê por motivos conscientes, inconsciente, mobilizando novas ações e atos concretos e materiais, afetos, simpatias, humildades e possibilidades de caminhar juntos, valorizando a experiência de enlouquecimento, segundo a Antipsiquiatria (COOPER, 1967).

Eu apaixonei com ele, ele é um negro gordinho assim, fofinho... uma gracinha... cativante, muito humilde na fala... ouuu... ele é gracinha demais viu... eu passava na casa dele, tomava um café com ele... e eu percebi que ele às vezes se deprimia... era meio bipolar... eu ajudava enquanto eu tinha pernas e estava na residência... depois eu num sei como ficou... (Chamone, destaques nossos).

A dimensão dos saberes também foi bastante mobilizada, em especial por este gesto se localizar dentro de um processo de formação multiprofissional, movimentando diversos saberes, em especial, psiquiátricos. Uma resposta instável e interessante, extrapolando qualquer tipo de saber estável para lidar com esta insuportabilidade. Aliás, um gesto profissional que traz de volta, praticamente, todos os nove desconfortos de abertura da tese.

Saberes? Que pergunta difícil, não sei, mas a gente lançou mão de tudo que a gente tava aprendendo assim... de patologia, de psiquiatria, de psicopatologia, de... de outras áreas também, a gente foi fazer parceria com o serviço social, que é outra área né... a gente foi buscando uma coisa bem multi mesmos, assim multissaberes... entendeu?, de várias ordens, não só psicopatologia, só isso num dava pra conduzir o caso, buscamos até outros dispositivos né?, inclusive o CREAS... não era uma linha assim psicanalítica ou dentro da TO só, a gente foi buscando assim como o caso ia pedindo... muitos saberes... bem multi... (Chamone, destaques nossos).

Contrária à nossa hipótese de que a *deliberação/validação* seria, mais comumente a última dimensão a ser requisitada, esta aconteceu no início do engendramento deste gesto profissional, momento em que as dúvidas quanto à direção e condução do caso eram mais evidentes. Este espaço-tempo de *debates de normas* e valores que se faziam tanto em nível formal, na reunião de equipe, como informalmente, em corredores do serviço, na sala de

plantonistas, nos seminários temáticos semanais das residências integradas, etc. Nestes momentos, a discussão central não era de aprovação ou reprovação do gesto profissional, mas da delicadeza clínica que o caso demandava.

Enquanto ele esteve em PD, a gente até teve discussões na reunião... a gente discutia muito as ações que fazia... depois as ações foram ficando muito isoladas dessa discussão... com o andamento do caso e ele melhorando, **a gente não continuou a dar muito retorno pra equipe sabe...** enquanto ele estava muito aqui dentro, a gente levava as coisas pra reunião... mas depois não... (Chamone, destaques nossos).

A dimensão política foi também mobilizada no sentido de reivindicar uma compreensão crítica, não somente da História da loucura (Foucault, 1997), mas também da epistemologia dos saberes em Psiquiatria, da Nosologia e da Reforma Psiquiátrica. Um gesto que convoca a Psiquiatria em deslocamento de seu lugar de saber-poder, de conforto para um estado de desconforto, uma zona de instabilidade produtora de novos saberes e fazeres de tipo novo em seu próprio núcleo epistemológico. Uma Psiquiatria que se locomove, politicamente, lá onde a demanda se fizer presente.

Não resta dúvidas que a dimensão corporal esteve presente. Dizemos, a priori, da *perlaboração* da experiência na passagem de um corpo biológico para um outro corpo-erógeno e subjetivado na situação (DEJOURS, 2009). De outra forma, são corpos multiprofissionais em movimento, mobilizando técnicas e tecnologias do atendimento e das relações em interface. Ou seja, a arte, a técnica e a criatividade (CANGUILHEM, 1995; MENDEL, 1998; BERT, 2012; OSTROWER, 2014). Um *corpo-si* presente em termos conscientes, concretos, materiais, objetivos, subjetivos e inconscientes. Um corpo movimentando e ampliando a *Clínica da Referência e a Ergopsiquiatria clínica* numa atitude clínica de construção coletiva de um caso e engendramento de um gesto profissional.

Este gesto não somente mobilizou diversas dimensões, mas se inscreveu na sistemática de um *Dispositivos Dinâmicos a Três Polos* (DD3P) no campo da Psiquiatria-Antipsiquiatria, reivindicando ações e atos diferenciados como as visitas domiciliares e outras parcerias. Ou seja, um gesto produzido no contexto da *máquina de moer conceitos* que apresentamos. Lembrando que o lugar central cabe à experiência de sofrimento mental de Adê na vertente da Antipsiquiatria (COOPER, 1967; BOSSEUR, 1976), apontando a direção de seu próprio tratamento. Por outro lado, uma posição de *desconforto intelectual*, ético-filosófico e epistemológico dos trabalhadores, neste caso, protagonizado por Chamone e Martin no campo da formação multiprofissional. Um gesto-feixe de luz extremamente potente de iluminação da atividade clínica no CAPS. De outra forma, um gesto transmissível (PAOLIELO, 2009) e

desejável no campo da formação de novos trabalhadores para os serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, ressignificando o quarto desconforto de abertura da tese – *a formação como saída e como problema*.

Em termos de síntese, um gesto profissional que desvela as dramáticas da (im)possível atividade em Psiquiatria na lida com casos insuportáveis, a exemplo deste que apresentamos e de outros que apresentaremos. Gesto este que desafia as instituições psiquiátricas não somente fechadas, como também aberta, fazendo-nos concluir que este insuportável se dirige, interrogando a Psiquiatria enquanto instituição de saber e poder sobre a loucura. Ao convidarmos a Antipsiquiatria para operar nesta situação, ressitua-nos no campo desconfortável do fazer dialogar Psiquiatria com Antipsiquiatria e Clínicas do Trabalho - um caminho possível e desconfortável para lidar com este desconforto e insuportabilidade que o caso denuncia.

Um gesto instituinte da novidade e de novos saberes de tipo novo. Que contribuiu para que a “mariposa negra” tomasse outros voos, outras direções de vida, não somente jogando fora a peruca louca, deixando a prostituição, como também tamponando o buraco de chegada em sua casa, escutando as proposições clínicas de Chamone e Martin e possibilitando o encontro com o outro.

Apresentaremos o percurso histórico do CAPS III, mediante um percurso metodológico de pesquisa de análise documental e entrevista com um trabalhador. A intenção foi conhecer o cenário e o panorama social que abriga a construção de variações de gênero em Psiquiatria e estilo de criação de ações, atos e novos gestos profissionais. Em outras palavras, “A história de um meio de trabalho continua se - e somente se - ela é aprovionada pelas contribuições estilísticas acrescidas ao patrimônio” (CLOT, 2010, p. 127). O gênero de um meio de trabalho se desenvolve na medida em que ele consegue se revitalizar e renovar, mediante suas próprias variantes ao longo de sua história.

Por isso consideramos, de acordo com nossa teorização, o seguinte relato como um exemplo de *gesto profissional em Psiquiatria* dirigido à história constitucional do serviço.

6.4.2 Na carona de um gesto profissional em Psiquiatria

Tomei posse, em 94... pra onde você quer ir? Eu quero ir pra Saúde Mental... ah, tem uma vaga porque vai abrir o CERSAM, isso na prefeitura, você é o primeiro (enfermeiro) a ir pra lá... aí, eu subi a rua Santa Cruz, perguntando onde ficava o Betim Central, ninguém sabia... porque na verdade o Betim Central... (Abraão, trabalhador do CAPSIII/CERSAM Betim Central).

Abraão, trabalhador-enfermeiro, apresenta-nos seu *projeto-ação* em etapas e atos históricos, engendrando seu *gesto profissional em Psiquiatria* – que apresenta um forte endereçamento à equipe e à história deste serviço. Diz do percurso de implantação do CAPS estudado e que, segundo nossas avaliações, ao nos contar este percurso histórico, o passado se faz presente, refazendo e esclarecendo os conflitos do presente, projetando o futuro e apresentando o percurso de um gesto, pois:

Trata-se de dinamizar a reflexão sobre os processos de institucionalização de um grupo no tempo, de favorecer uma dinâmica reflexiva plural, associando o conjunto dos atores implicados neste processo. Há aí o funcionamento de **uma democracia participativa concreta que deveria servir de modelo para a ação coletiva**. (GAULEJAC, 2010, p. 17, destaques nossos).²³⁹

E, dentro dessa implicação, conseguimos compreender seu engajamento como trabalhador, seus conflitos e *debates de normas*, a mobilização de seus saberes, as *reservas de alternativas e margens de manobras* na proposição de *projetos-ações* em atos, resignificando este serviço no contexto de um *projeto-herança*. Um processo psicossociológico de articulação micro e macro, individual e coletiva.

Um percurso que, a priori, resignifica em partes os processos históricos franceses de *Psicoterapia Institucional* nos anos 1950/1960 (TOSQUELLES, 2009; CHAIGNEAU, 2011) com respeito à postura presente da enfermagem na construção do setor psiquiátrico. Uma situação que amplia nossa compreensão da importância da atividade e do *olhar clínico* para os mecanismos de criação de dispositivos substitutivos. Conforme já abordamos, na perspectiva ergológica, este olhar é aquele captado no aqui-agora das situações, mas também determinado por normas de outro aqui-agora, em outros tempos e contextos, e que determinam e interferem na presente situação clínica de trabalho.

Isso não significa que não haja uma influência da desinstitucionalização italiana neste mesmo gesto profissional em Psiquiatria. O assunto é polêmico e, segundo Passos (2008), trata-se de um falso dilema a desmistificar – aquele de que a reforma francesa teria sido mais clínica e menos político do que a italiana e que esta teria agido de forma somente política e destituída da perspectiva clínica. O que se percebe é que a radicalidade da proposta democrática italiana de desinstitucionalização da loucura (Amarante, 2003), influenciou sobremaneira a transformação do aparato manicomial brasileiro. Porém, ao longo do processo

²³⁹ Do original – « Il ‘agit de dynamiser la réflexion sur les processus d’institutionnalisation d’une groupe dans la durée, de favoriser une dynamique réflexive plurielle, associant l’ensemble des acteurs impliqués dans ce processus. Il y a là une mise en oeuvre d’une démocratie participative concrète, qui devrait servir de modèle pour l’action collective » (GAULEJAC, 2010, p. 17).

de implementação das redes substitutivas no Brasil (em especial em Belo Horizonte e Betim/MG, Campinas/SP, etc.), percebe-se uma influência dessas duas políticas de reformas na formação de suas redes. Trata-se de um assunto importante que esta tese somente aborda em possibilidades de debates, deixando em aberto para outros momentos.

6.4.2.1 A escrita de um projeto-ação substitutivo – a primeira etapa

De acordo com Abraão, a história deste CAPS começa com a escrita de um projeto em 1993 por alguns trabalhadores participantes da frente política popular do Partido dos Trabalhadores – o PT. Uma proposta de criação de redes substitutivas decorrentes deste mesmo movimento que teve início na cidade de Bauru, SP, em 1987. A história que aqui se conta é resultado de uma pesquisa documental (de herança foucaultiana) de vídeos resgatados, artigos não publicados, panfletos informativos, conversas informais em reunião de equipe e entrevista em profundidade com o protagonista deste gesto.

O referido CAPS nasceu dentro de um espaço pequeno de um antigo Centro de Saúde na região central da cidade. Uma equipe mínima de trabalhadores (02 enfermeiros, 2 psiquiatras, duas psicólogas, 01 faxineira e 01 porteiro, 01 assistente social).

Em 1994, passou rapidamente de CAPS I para CAPS II – que funcionava de segunda a sexta-feira, de 8 às 5 horas da tarde. Nesta época, como o serviço era muito novo, discutia-se a proposta, suas bases políticas nacionais, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, mediante um estreito contato entre os gestores, os trabalhadores e os usuários. Na época, a conversa inicial girava em torno da necessidade de transporte de usuários de casa para o CAPS e vice-versa, garantindo o tratamento.

6.4.2.2 Identificando a Referência Técnica – a segunda etapa

Entre 1994-1996, criou-se no município, o cargo público de *Referência Técnica em Saúde Mental*. Na época, uma trabalhadora-psicóloga militante antimanicomial assume esse cargo e começa a promover grandes e significativas articulações de aberturas de espaços na cidade para a loucura. Momento também em que o serviço foi reconstruído, ou seja, recebeu uma ampliação do antigo Centro de Saúde. As tarefas foram se complexificando, como por exemplo, o cuidado de enfermagem, as refeições diárias e básicas, a busca ativa em domicílio do usuário em crise, uma vez que naquela época ainda não existia o SAMU (nem a polícia se

mostrava parceira desta atividade), além do planejamento de atividades coletivas dentro e fora do serviço.

Em 1995, os trabalhadores concursados foram se apresentando, compondo a rede de Saúde Mental, inclusive a equipe do CAPS II. Na mesma época, nascia o CAPSi (infanto-juvenil) com uma equipe mínima, assim como outro CAPS II na região Teresópolis, em frente à empresa multinacional automobilística - FIAT.

6.4.2.3 Fragmentos de vida, um ato e uma situação – a terceira etapa

Abraão nos apresenta dois fragmentos de vida significativos na construção de seu gesto profissional em Psiquiatria, um em forma de ato e o outro, uma situação de trabalho. Em termos históricos de vida, Francisco foi o primeiro usuário que mobilizou a abertura do CAPS II e uma série de atividades. Naquela época, ele residia na casa da mãe que procurou o serviço, reclamando que ele somente “berrava” trancado em seu quarto. O barulho chegou com o usuário ao CAPS II depois de um ato de busca ativa em uma das diversas visitas domiciliares realizadas pelos trabalhadores. Este ato mobilizou de forma intensa e militante os trabalhadores na construção de um PTI, visando romper com a segregação, incluindo os familiares nesta construção. O usuário se encontra em tratamento até o presente momento.²⁴⁰

O segundo fragmento de vida é uma situação de trabalho. Trata-se de Suzana, uma usuária com uma longa e grave história de neurose e depressão, marcada por diversas tentativas de autoextermínio. Numa dessas crises, foi acolhida no Hospital geral da cidade, sendo encaminhada de volta ao CAPS. Continuava apresentando comportamentos suicidas, passagens ao ato e/ou *actings out* de difícil compreensão e que confundiam o entendimento da

²⁴⁰ Vale ressaltar, e para anunciar a análise crítica de minha própria prática, fui médico psiquiatra deste sujeito em parceria com sua TR-psicóloga por cerca de 10 anos, entre 2004-2014. A marca dessa parceria não foi o estabelecimento de um diagnóstico (de psicose esquizofrênica paranoide) e a prescrição do antipsicótico atípico - Olanzapina 10 mg (0+0+1). Diversas outras variáveis foram mobilizadas, respeitando a singularidade do caso clínico. A mais evidente, como ele não tolerava a proximidade com qualquer pessoa, recusando entrar no consultório, durante dez anos de condução, os atendimentos aconteciam por cerca de 5 mim em vários locais do serviço, nos corredores, nas escadas do serviço, etc. A equipe informava que, na minha ausência, ele se referia a mim da seguinte forma: “aquele pederasta, não, não, deixa pra lá sô...?”. Quando me encontrava, mantinha-se uma certa distância, mas verbalizava palavras cordiais. Com seu TR-enfermeiro, a situação era um pouco mais diferente e receptiva, possibilitando importantes construções terapêuticas. No início de 2014, por ocasião de minha viagem para Paris/FR em estudos de doutorado, ele se apresenta de forma mais afetiva, inclusive entrando no consultório, porém, mantendo-se de pé e controlando o tempo da consulta. Para se despedir de mim, aproxima-se demandando um aperto de mão afetivo. Entre várias questões técnicas e teórico-práticas, o caso nos apresenta especificidades quanto ao conhecimento e funcionamento da psicose, inclusive de respeito à singularidade – ou seja, a construção e condução do caso, a partir daquilo que o sujeito nos apresenta de subjetividade, aquilo que o ele precisa dizer e não o que precisamos saber para compor nossos diagnósticos. Uma inversão terapêutica que compõe os gestos profissionais em Psiquiatria apresentados na última parte da tese.

equipe. Foi, então, levada pela família, sem a anuência do profissional de referência, para o Hospital Psiquiátrico Mantiqueira em Barbacena, onde faleceu. Em seguida, na reinauguração do mesmo CAPS II, este recebeu o seu nome oficial de CERSAM Suzana Nara Ozório. Os trabalhadores, voltam a se interrogarem sobre a missão coletiva do serviço e os elementos substitutivos necessários para o acolhimento de situações de natureza semelhante. Foi dentro desse raciocínio que, ao longo de nossas análises, compreendemos a construção de um saber-fazer da equipe com a crise do portador de sofrimento mental em regime aberto.

6.4.2.4 Ações em debates, um coletivo de trabalho e a abertura do 24 horas – a quarta etapa

Evolutivamente, o CAPS II/CERSAM Betim Central passa a ser mais reconhecido na cidade pelas suas ações e atos antimanicomiais, por exemplo, a busca ativa e passiva de usuários em domicílio e em situação de rua. Os trabalhadores se interrogavam sobre os 600 usuários que ainda se internavam por ano nos Hospitais Psiquiátricos de BH e foram tecendo reflexões, *tramas e urdiduras* (SCHWARTZ, 2007) da atividade de trabalho entre esses três anos – 94/96. A saída frente à situação foi o retorno para os processos internos de criação de estratégias de tratamento, ou seja: a reunião de equipe semanal – administrativa e clínica; a participação atuante do gerente; a articulação da Referência Técnica dentro e fora dos serviços; a articulação entre serviços – CAPS II/CERSAM Betim Central, Teresópolis e Infantil. De acordo com os princípios de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: a garantia de porta aberta para a comunidade, em especial em crise; um serviço, a priori, alternativo; perspectiva de não mais encaminhar para BH; acompanhar o usuário longitudinalmente – desde à urgência, passando por um ambulatório-crise dentro do CAPS II aos processos de inserção psicossocial na cidade.

Em 1995, os vários usuários que chegavam aos Hospitais Raul Soares e Galba Veloso de Belo Horizonte eram reencaminhados para a rede de Betim, mesmo à revelia de familiares. Nessa época, o CAPS II já contava com quase 5.000 usuários inseridos nas estratégias de permanência-dia (chamado de Hospital-dia), oficinas e ambulatório de crise. Um desconforto se apresentava – abrir ou não à noite? Uma vez que a crise não tinha hora para surtar e continuava chegando em Belo Horizonte, a equipe toda se mobilizou nesta direção. O usuário, mesmo em crise, continuava sendo levado para pernoitar em casa no final da tarde, garantindo e justificando a necessidade de um transporte noturno. Um risco, uma escolha e uma *renormalização* do processo de trabalho: ou se articulava o pernoite de usuários na UAI's –

Unidade de Atendimento (Clínico), ou no Hospital Regional. Foi nessa época que novas ações foram projetadas. Alguns grupos de discussão foram criados: da urgência, do ambulatório e da reabilitação psicossocial. O primeiro grupo visitou algumas cidades onde a Reforma Psiquiátrica também se instalava: em Campinas, Santos, São Paulo, Barbacena, e alguns trabalhadores em Trieste/Itália, a fim de conhecerem novas propostas de funcionamento. Trouxeram reflexões, inclusive aquela de abertura do serviço 24 horas que se intensificou politicamente.

Na mesma época, criava-se o sistema “dose única” - a farmácia do município se instalou dentro do mesmo CAPS II, dispensando medicamentos para toda a cidade e organizando doses para os usuários inscritos no serviço. Muitos diziam que esta era uma posição centralizadora (que muito contribuiu para a construção do significante central da instituição em forma de apelido – CAPS II/CERSAM Betim Central). Cada usuário tinha sua dose individualizada, organizada diariamente. Uma folha de prescrição padronizava a medicação e as diretrizes básicas de tratamento. Nesta época, foi eleita uma pessoa para ser o coordenador da PD (um trabalhador transversal), mas a equipe não aceitou a proposta, retornando ao desconforto da necessidade de abertura 24 horas do serviço.

Ao mesmo tempo, preocupava-se com a Reabilitação Psicossocial dos usuários inseridos em tratamento e aqueles crônicos, internado por longa permanência em hospícios metropolitanos. Neste sentido, Abraão nos apresenta várias ações (desvelando a complexidade da atividade real) gerenciadas pelos usuários, trabalhadores e oficineiros, que começavam dentro e terminavam fora do CAPS, inclusive da cidade, refletindo o atual modelo de funcionamento do serviço.

- a) *Limpeza urbana em parceria com a Transbetim* – pintar muros e praças da cidade e do CAPS, de pontos de ônibus. A intenção era embelezar a cidade e o CAPS II;
- b) *Trabalho no setor de agricultura da prefeitura* – deslocar ao setor de mudas da cidade, lá adquirir o saber/fazer e transportá-los para o CAPS II, mudas e experiências;
- c) *Secretaria de obras* - e trabalho de pedreiro, servente de pedreiro, e a devida remuneração negociada;
- d) *Oficina de “Altos Cuidados”*- de auto a altos e incríveis cuidados, o CAPS II tinha uma parceria com um Salão de Beleza da cidade que não só disponibilizava matéria prima, como recursos humanos - estagiários. Ora os usuários se deslocavam ao salão, ora estes se deslocavam ao CAPS para ensinar;

- e) *O Teatro do Oprimido* – encenações teatrais para “desoprimir” o CAPS II;
- f) *A Rádio do CERSAM Betim Central* – o CAPS disponibilizava um lugar para localizar a aparelhagem. Distribuíam-se caixas de som pela unidade. Os usuários eram acolhidos e se ouviam conversas diversas, brincadeiras e advertências quanto ao tratamento, sempre de confrontação com a lógica manicomial. Coisas do tipo – “fulano de tal, parabéns pelo seu aniversário, cuidado...não fique aí parado, cuidado pra não ser um amarrado e um internado...”;
- g) *Biblioteca Municipal* – os usuários tinham entrada monitorada na biblioteca para ler, pesquisar, etc.;
- h) *Oficina de percussão* – copos e canecas de alumínio (que mais lembravam o hospício), bem como colheres tomavam outra função em nível de catacrese da atividade (CLOT, 2006; 2003, 1997b);
- i) *Alfabetização no Fei Stanislaw* – um Centro Popular Cultural que dispunha de diversas atividades educativas para a população do Teresópolis e do resto da cidade;
- j) *O jornal Cuca Fresca* - primeiro jornal do usuário de Saúde Mental de Betim. Tiveram quatro exemplares ao longo de 94 a 97, sendo que o quinto foi publicado em 2014.

Vale ressaltar que todas essas ações tinham previsão de acontecimento em dias e horas diferentes. O serviço não contava ainda com um Centro de Convivência. Uma polêmica de criação, até porque muitos trabalhadores entendiam que tais tarefas não deveriam ter um endereço único, mas sim habitar a cidade toda.

Todas as ações acima descritas aconteciam também intermediadas por algumas comissões de usuários e técnicos, bem como na *Assembleia* de Usuários e Trabalhadores que acontecia mensalmente. Da seguinte forma: Comissões de Cultura, Eventos, Educação, Transporte/Lazer e Limpeza. Sempre se tinha um Técnico de Nível Superior (TNS) como facilitador/animador dos processos e sempre visando ao coletivo na/da cidade. As comissões se reuniam rotineiramente para se discutir estratégias de ação, escolhas de lugares de passeio, de oficinas externas, etc. Em época de passeata de 18 de maio (dia nacional da Luta Antimanicomial), lá estavam nas ruas de BH e Betim, os grupos e suas comissões animando o carnaval. O teatro simulava o choque elétrico na avenida Afonso Pena, por exemplo. De volta ao CAPS II, os tocos de cigarros tinham um destino de uma lixeira construída pelos usuários e os anúncios internos da rádio denunciavam e advertiam quanto à limpeza das ruas e do

serviço. Para os passeios externos, preocupava-se em não entrar de multidão nos estabelecimentos como objetivo estratégico de manter a singularidade de cada um e lidar com o *estranhamento* que causava a loucura na sociedade. Muitas apresentações teatrais movimentavam as ruas da cidade, programas de rádio eram gravados no CAPS II e levados para outros lugares como a própria prefeitura da cidade. A FIAT era visitada no sentido de conhecer a história do carro.

Historicamente, o mesmo espaço era ocupado pela crise que não cessava de chegar, reivindicando um pernoite para aqueles mais graves. Chegava-se a ter uma média de 40 usuários circulando pelo serviço. E ainda contava com a presença temporária do CAPSi/CERSAMi - Infante-Juvenil - no mesmo espaço físico do CAPS II/CERSAM Betim Central – uma inadequação aceita pela equipe temporariamente. Uma situação questionada e solucionada na sequência, quando o visitante italiano Franco Roteli (ícone da Reforma Psiquiátrica Italiana), denunciou veementemente a inadequação de se tratar a crise da criança no mesmo espaço do adulto. Foi nesta mesma época que um visitante célebre da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Paulo Amarante, comparou o CAPSIII/CERSAM Betim Central a uma rodoviária, alegando a impossibilidade de identificar quem era profissional e usuário, nem mesmo a direção de ir e vir dos passageiros.

6.4.2.5 Atos e situação constituintes do 24 horas – a quinta etapa

Josué era um usuário que o serviço foi visitar em casa e realizou um ato de levá-lo ativamente ao CAPS II, ao reconhecer sua grave situação social e psíquica. Sua residência era pequena e bem próxima do “chiqueiro” que na época não tinha porcos. Assim, muitas vezes, o usuário que vivia numa situação deplorável de tanta sujeira no corpo, acabava dormindo neste lugar da casa. Ao chegar no serviço, recebeu cuidados de enfermagem, enquanto outra parte da equipe limpava seu quarto com o consentimento dele e da família. Delirante e agitado, ele foi inscrito na estratégia de Permanência-Dia (PD) e, ao longo dos anos, estabeleceu um forte vínculo transferencial com alguns trabalhadores.

Apresentamos uma situação de trabalho. Fernando, depois de acolhido no CAPS II, foi encaminhado para pernoitar numa UAI em companhia de um trabalhador. Lá, ele foi colocado para pernoitar no necrotério (o único lugar vago?), gerando grande indignação e desconforto entre os trabalhadores.

A partir desse ato e dessa situação de trabalho, frente aos desconfortos causados na equipe, um ato bastante polêmico e de grande significação histórica e política - a equipe

decide em janeiro de 1997 ampliar o funcionamento do CAPS II para 24 horas por dois meses, de forma experimental, tornando-se CAPS III, porém em regime de Hospitalidade Noturna (HN)²⁴¹ – o que não era resolutivo para o acolhimento da crise, segundo a maioria dos trabalhadores. Em reunião de trabalhadores, os psiquiatras da rede se pronunciaram a favor da ampliação, disponibilizando-se para os plantões noturnos e de final de semana em nível de rodízio.

No mesmo ano de 1997, a equipe toma outra decisão de garantir a presença 24 horas do psiquiatra, além de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, caracterizando um serviço de urgência médica – uma controvérsia que persiste até o momento. Um rodízio acontecia entre todos os TNS da rede – psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, independente de estarem lotados em outro serviço. Entendia-se que o 24 horas era de responsabilidade de toda a rede, pois pernoitariam os usuários mais graves de toda a rede de Saúde Mental. Durante à noite, um psiquiatra e três auxiliares de enfermagem. No final de semana e feriados, sempre uma dupla - um psiquiatra e outro TNS. Abriu-se o 24 horas com 4 leitos de pernoite – decorrente de uma série histórica de usuários que demandavam esse turno. Na mesma época, a equipe decide compartilhar o trabalho de referenciamento de casos com todos os TNS.

Em 1998, mediante desconfortos de alguns plantonistas do noturno e final de semana – uma crise se instalou no serviço.

6.4.2.6 A crise agora não é da urgência do usuário – a sexta etapa

Trata-se da sexta etapa da composição de seu *gesto profissional em Psiquiatria*, dirigido ao CAPS III e sua história. Evidenciamos um exemplo do processo de *evolução da demanda em sobrecarga* decorrente também de poucos encaminhamentos para a rede básica ambulatorial (SILVA, 2010). Contava-se com uma média de 40 usuários em PD e 6 no pernoite, num espaço apropriado para quatro, porém, chegava-se a ter 12 usuários no pernoite dormindo em más condições, com colchões pelo chão e escassez de roupas de cama.

A implantação do 24 horas não se mostrou um consenso da equipe desde o início. O ponto central da crise foi o ato de uma trabalhadora psiquiatra plantonista do final de semana, vinda de outro CAPS, em questionar, polemizar e, na sequência, decidir não mais participar

²⁴¹ Explicar melhor – Trata-se de um dos dispositivo de tratamento, o pernoite, porém sem a presença do TNS-psiquiatra. Conta com a presença de TNS-enfermeiro e três técnicos de enfermagem por noite. Este pernoite é destinado para usuários que forma acolhidos durante o período diurno do CAPS, sendo, então, avaliado pelo psiquiatra.

do referido rodízio de plantão como obrigatoriedade. O conflito toma uma dimensão para além dos psiquiatras.

O serviço, de fato, entra em crise em 1997. A partir daí o discurso das corporações profissionais parece ter entrado em cena e permanecido até o momento na fala de muitos trabalhadores e confirmada em nossas seções de GRT. O acento moralista, normativo e legalista passa a reinar entre os trabalhadores. Era o fim do rodízio, inaugurando uma era médico-prevalente. Os plantonistas noturnos e de final de semana não eram mais os mesmos da rede. A lógica agora continuava sendo dois plantonistas, mas sempre um rodízio entre um médico psiquiatra e um enfermeiro. A busca pelo médico psiquiatra plantonista era uma constante e continua até a presente data. Situação esta embasada em normas do Conselho Regional de enfermagem (COREN) e do Conselho Regional de Medicina (CRM) de que onde a urgência é acolhida, deve-se ter um plantonista médico e um enfermeiro. Porém, o serviço até onde compreendemos seu funcionamento, primava-se pela circulação de saberes e do acolhimento multi e interdisciplinar da urgência. Diversas polêmicas e dilemas nesta ordem continuam acontecendo.

Frente a esta crise, o coletivo de trabalhadores foi se desfazendo, cedendo lugar para diversas coleções de trabalhadores, gerando sofrimentos psíquicos e abandonos de diversos trabalhadores (CLOT, 2006). Evidenciava-se duas ou mais equipes no mesmo CAPS III, aquela que trabalhava de segunda a sexta-feira, vindo três ou mais vezes por semana ao serviço. Outra de final de semana, composta por psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, contratados em sua maioria e outra que circulava de forma itinerante pelo serviço, ocupando lugares mais vazios de plantonistas.

Em meio a esta crise do CAPS III/CERSAM Betim Central, houve a inauguração em 2009 da *Estação dos Sonhos*, um Centro de Convivência, visando também apresentar uma resposta aos usuários crônicos da PD dos CAPS.

Desde 2013, percebe-se uma tentativa da equipe em resgatar o trabalho coletivo, revalorizando a própria história do serviço, segundo nosso processo de observação do *trabalho real* e minha posição de pesquisador-participante e trabalhador do mesmo CAPS III/CERSAM Betim Central desde 1997.

Abraão finaliza seu gesto profissional em Psiquiatria, mobilizando diversos saberes humanos (psicológicos, sociológicos, históricos, antropológicos) e práticos, resignificando toda essa história e festejando os 20 anos do serviço em 2014, comemorando um prêmio que o serviço recebeu na Holanda em 1999, pela iniciativa de *Reabilitação Psicossocial* de ocupação da cidade em 1995. Constatamos que ao longo desses anos, desde 1993, houve a

ampliação da rede que hoje é composta por 5 CERSAM's, (2 CAPS III, um CAPS II, um CAPSi, um CAPSad, dois SRT – Serviço Residencial Terapêutico, e três equipes de ambulatório em nível de Matriciamento em Saúde Mental. Em 2013, o CERSAM Teresópolis torna-se 24 horas, um CAPS III, a exemplo do Betim Central. Atualmente, o CAPS III Betim Central conta com uma equipe composta por 7 psiquiatras, 5 psicólogos, 2 assistentes sociais, 8 enfermeiros, 30 auxiliares de enfermagem e seis leitos de internação e um leito de urgência. E ainda tem sido um forte campo de prática, de estágios para Residentes de Psiquiatria e Multiprofissional (entre os anos de 2012 e 2015).

O processo de engendramento deste gesto profissional em Psiquiatria ocorreu ao longo de mais ou menos seis meses durante nossa pesquisa no CAPS III. Estivemos próximo de Abraão em vários momentos de suas atividades e foi nesta inter-relação que ele nos apresentou o seu *projeto-ação* desmembrado em etapas, atos e situações de trabalho, engendrando um gesto profissional em Psiquiatria dirigido à equipe e à própria história deste serviço.

Quer dizer, ao retornar às atividades do serviço ao longo da história, a partir de processos clínicos em movimento, compreendemos que ele mobilizou diversas outras dimensões em seu gesto: em especial, *a política, a intencionalidade, o projeto-herança*, de pertencimento a este serviço, além da *validação/deliberação*. Em termos políticos (CASTEL, 1978, p. 178), “que tipo de poder político reconhecera nas práticas alienistas um meio de efetivar suas próprias ações?” Antes, dizemos de um *poder de agir* de Abraão - embasado no seu conhecimento da história da loucura, da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de saúde brasileiras, da história da rede de Saúde Mental deste município, em especial deste CAPS III/CERSAM Betim Central.

Como relação à *validação/deliberação*, concluímos que este processo aconteceu em etapas, uma vez que a intenção, intuição criativa deste sujeito *trabalhador-coletivo-anômalo* (SILVA, 2010) era, frente ao atual retrocesso das políticas públicas de Saúde Mental deste município, agir, ressignificando e lembrando à equipe que esta rede de Saúde Mental tem uma história longa de sentidos e significações dentro da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de um agir “culturalmente, apoiado na cultura e dentro de uma cultura” (SILVA, 2010, p. 13). Quer dizer, havia um tom de chamado dos trabalhadores à responsabilidade de não permitir retrocessos em todas as conquistas políticas, materiais e concretas adquiridas pelos trabalhadores da rede. Uma espécie de interrogação ao CAPS, ao *gênero* psiquiátrico, visando ao desenvolvimento desse *métier* profissional (CLOT, 2010).

Em vários momentos e lugares na equipe Abraão esteve presente, apresentando aos poucos toda essa história acima descrita, justificando-se e debatendo as ações e os atos apresentados em etapas constituintes de seu gesto profissional em Psiquiatria. A equipe respondeu de formas variadas. Alguns concordando, outros polemizando, sem nada apresentar como proposta, além daqueles que desconheciam grande parte dos acontecimentos por ele desvelados. Quer dizer, este é seu gesto profissional em Psiquiatria.

6.4.3 O discurso da Psiquiatria sem ele: um gesto no conflito de normas

A história das *normas antecedentes* em Psiquiatria nos confirma que ela é tradicionalmente marcada pela complexidade de seu objeto, a própria concepção e raiz da loucura. Se a loucura se converteu em doença mental pelo gesto pineliano, isso determinou na *Era Clássica*, o nascimento da Psiquiatria entre os *Métodos Clínicos e Anátomo-Clínicos* que acompanham e compõem também o seu próprio hibridismo na Era Contemporânea, mesmo que o movimento atual e prevalente seja de reforçar a Psiquiatria Biológica. O resultado é a tentativa de inserção da Psiquiatria de forma confortável no campo da Medicina que esta tese tende a problematizar.

Por este motivo, a história do louco é estreitamente atrelada à história da Psiquiatria, do saber médico e, ao atravessar as diversas instituições de tratamento e ganhar o CAPS, essa história se repete. Se, historicamente, a Psiquiatria tende a se estabilizar e hegemonizar em qualquer grupo de saberes, esta tese busca visibilizá-la, porém no sentido de reabri-la, de apresentar alternativas para se romper com essa estabilização (e ressignificá-la em seu próprio hibridismo), situando-a num lugar de importância entre os saberes naturais e humanos que compõem o campo da Saúde Mental, incluindo os saberes das Clínicas do Trabalho. E, para interrogá-la em nível ético-filosófico e epistemológico, apresentamos o *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*.

Apresentamos o *processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria* realizado por uma trabalhadora psicóloga TNS-TR (a Cássia) em debate com uma trabalhadora técnica de enfermagem da equipe (a Maria). Um gesto engendrado num conflito de normas decorrente da ausência do psiquiatra e na presença da Psiquiatria deixada de representante, seus saberes. Dizemos de lugares também ocupados por Cássia e Maria na divisão local e social de tarefas no trabalho, um *debate de normas antecedentes* da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, normas produzidas pelos gestores e trabalhadores, bem como aquelas definidas pelos conselhos profissionais envolvidos, ou seja, o Conselho Regional de

Psicologia (CRP), o Conselho Regional de Medicina (CRM), o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Em nosso processo de observação do *trabalho real*, constatamos a ausência do psiquiatra em vários momentos, confirmada na fala abaixo:

Tem que ter médico, aqui é um setor de urgência... Mas, o ideal é ter... **De vez em quando não tem**, não direto, mas de vez em quando acontece. **Já aconteceu de ter só técnico de enfermagem no plantão**, de não ter nem técnico de nível superior... não sei o que eles fizeram, mas depois chegou a enfermeira... (Maria, destaques nossos).

6.4.3.1 A protagonista dos gestos, o coletivo de trabalho e seu estilo de trabalhar

Primeiramente, qual o lugar de onde Cássia se apresenta para construir seu *projeto-ação* em atos, engendrando um gesto profissional em Psiquiatria? Compreendemos que não se trata de um lugar vazio, destituído de normas, nem mesmo um vácuo de normas. Ao contrário, um lugar profissional de debates plurais, conflitos e contradições de normas, construído e determinado pela sua trajetória de vida, de encontro com outras militâncias antes de adentrar aos movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial.²⁴² Ou seja, dizemos da construção de seu *poder de agir e reservas de alternativas* na situação para sustentar a sua postura de trabalho.

Referimo-nos também aos processos psicossociológicos de Histórias de Vida/escolhas teóricas e profissionais que anunciamos desde a introdução dos nove desconfortos desta tese (BARROS, 1998; GAULEJACK, 1996).

Eu tava formando em psicologia e queria trabalhar... Só que, ao mesmo tempo e ainda na faculdade, eu fazia estágio e tinha uma oferta de **um trabalho voluntário num centro de defesa do direito da mulher e vítimas de violência e eu fui pra esse trabalho voluntário, assim, e mesmo na faculdade as minhas opções eram na área social. Eu fiz trabalho na psicossociologia e sempre veio essa coisa mais pro lado social...** ou da mulher ou mesmo da saúde mental. eu sempre estava envolvida em algum movimento social... **Eu fiz depois duas especializações, uma em Saúde Mental e Saúde Pública e outra em gestão, área gerencial em Saúde Pública...** Esse movimento, eu tava num movimento que militava por concurso público, pra gente entrar nos serviços e atuar profissionalmente. Aliás, eu aprendi a trabalhar na Saúde Pública e em função realmente do objetivo da Saúde Pública... que é o usuário. (Cássia, destaques nossos).

²⁴² Trata-se de uma importante reflexão realizada no mestrado (SILVA, 2010), porém com respeito ao psiquiatra. Quer dizer, o *trabalhador-psiquiatra-anômalo* é aquele que antes de encontrar a militância da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, já havia encontrado outras militâncias em outros contextos e campos do conhecimento em suas histórias de vida, determinantes de suas escolhas pessoais e profissionais.

Ela se refere a um encontro com a Saúde Pública e o respeito ao usuário, ao sujeito, mesmo antes da implantação do SUS.

Tinha muito essa lógica do social, essa vertente de um SUS para todos, **mas nem tinha SUS ainda, mas tinha uma assistência em saúde com prioridade para os mais necessitados.** E eu fui trabalhando... e eu comecei num movimento de trabalhadores... eu sempre militei nas questões sociais, seja nas questões trabalhistas, seja com os profissionais, eu tava na greve, negociava plano de carreira pelo sindicato dos psicólogos. **Eu sempre tava envolvida em questões sociais, seja nas condições de trabalho, seja pra melhorar a situação de vida do cidadão, do usuário dos serviços de saúde.** (Cássia, destaques nossos).

Na sequência, o encontro com o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, a loucura e a trajetória da Reforma Psiquiátrica e da Luta antimanicomial, determinando uma forma psicossocial e coletiva de trabalhar em equipe no contexto da loucura.

Aí, nessa trajetória aí, você vai construindo uma rede mesmo de contatos, de pessoas, de grupos e ações, né? **E esse movimento de trabalhadores acabou naquele em Bauru em 87...** um movimento que se tornou não só um movimento de trabalhadores, mas social mesmo no sentido que aglutinou usuários e familiares e trabalhadores... um movimento que passou a ser o movimento da luta antimanicomial. **Eu tava lá em Bauru em dezembro de 87 e, a partir daí, eu fui mais intensa ainda nesse movimento de militância da saúde mental e da desconstrução do manicômio e construção de uma rede substitutiva ao manicômio. Mas, eu tinha né uns antecedentes... quando o Basaglia veio a Belo Horizonte, na faculdade, eu acompanhei ele nos seminários lá no Raul Soares, em Barbacena.** (Cássia, destaques nossos).

O resultado desse percurso, segundo Cássia, reforçou sua forma de trabalhar em Saúde Mental, propor ações e sustentá-las no coletivo, de mobilizar o CAPS, de interrogar a estabilização de saberes, em especial aqueles da Psiquiatria, dialogar com os trabalhadores, agir na interface de saberes, mobilizando-os em práticas compartilhadas. Um processo de identificação com o caráter antimanicomial do trabalho.

Então, eu já tava na saúde pública antes desse movimento de extinção dos manicômios e construção da rede... então, eu entrei pra rede neste caminhar mesmo de militância, movimento social e, ao mesmo tempo, como trabalhadora de uma instituição pública. (Cássia).

Quer dizer, desde o início de seu percurso, Cássia constrói esse lugar de trabalhadora da Saúde Mental no CAPS e não especificamente de psicóloga que se vale somente de princípios psi em suas atividades.

Trabalhando na rede substitutiva de Belo Horizonte, ao entrar na rede de Betim em 1994, sua militância se intensificou, uma vez que ela foi convidada para este trabalho, entrando através de um concurso público: “e aí eu fui fazer esse concurso com esse objetivo,

pra isso mesmo em Betim. Pra que a gente pudesse construir mesmo uma rede substitutiva ao manicômio naquela cidade que não tinha nenhum hospital psiquiátrico...” (Cássia, destaques nossos).

Seu *estilo* de trabalhar mobilizava todos os princípios acima construídos: “Eu sempre acreditei que as pessoas podiam ser cuidadas, mantendo a sua liberdade, a sua autonomia... claro que essa liberdade em alguns momentos ela... é um pouco mais restrita (Cássia). Suas ações eram todas pautadas na direção da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Ou seja: “E eu sempre fui muito radical nisso também às últimas consequências... eu levei isso a sério isso... tive algumas dificuldades, alguns impasses... porque como eu mesma disse eu era muito radical...” (Cássia). Sua lógica era o respeito ao usuário, instigando-o a não permanecer muito tempo dentro do serviço, sendo necessário trabalhar as famílias, fazer visitas domiciliares, um trabalho intenso dentro e fora do CAPS.

Neste sentido, as trocas entre os pares profissionais eram intensas, possibilitando ações coletivas. “Então, eu aprendi muito de psicofármaco com meus colegas psiquiatras e eles também aprenderam algumas coisas comigo... isso não quer dizer que eu pudesse prescrever, mas que eu pudesse tomar algumas atitudes” (Cássia). Um debate interessante e que ressignifica um dos princípios nobres da Reforma Psiquiátrica aplicada ao CAPS – aquele de que todos os trabalhadores se descentralizem, ou seja, realizem as suas atividades específicas e consigam extrapolá-las no coletivo e na Clínica da Referência. É dentro desse contexto que a trabalhadora renormalizava diversas situações na presença e, em especial, na ausência do psiquiatra. Eram necessárias ações transformadoras que enfrentassem qualquer tipo de saber e poder, inclusive aquele do médico psiquiatra.

Quer dizer, havia um coletivo de trabalhadores no início da implantação desses serviços que, segundo ela, facilitava as tomadas de decisões, as antecipações possíveis como, por exemplo, a lida com a medicação prescrita pelo médico:

Então, dentro do que estava estabelecido, que tinha validade da prescrição, e se o sujeito chegava, ele tava há 3 dias sem tomar medicação, um semana... sem tomar e eu já conhecia isso e sabia que aquela medicação, quando ele tomava ia dar um efeito que possibilitava outros cuidados, outras ações, **eu pedia pra se administrar aquela medicação, em vários momentos, pelos menos nos primeiros anos... do CAPS isso não era problema, a enfermagem acatava... e administrava, eu, durante muitos anos neste CAPS, foram muitos e muitos plantões que eu dei sem médico lá, inclusive em época de finais de semana, feriados prolongados... às vezes quatro dias assim, sem médico...** (Cássia, destaques nossos).

6.4.3.2 A fragmentação do coletivo e a crise da equipe

O quê teria acontecido neste CAPS? Localizamos no CAPS um período de crise entre 2003 e 2009, momento em que Cássia esteve de licença do município. Em seu retorno em 2009, ela tenta imprimir o seu estilo de trabalhar e não mais consegue. “Agora, eu aprendi a trabalhar no CAPS assim... eu trabalhei muitos anos no CAPS assim... e agora isso num é possível mais” (Cássia).

Segundo nossa avaliação e compreensão da história deste CAPS - e o assunto é bastante complexo -, houve uma construção desta impossibilidade ao longo dos anos. Uma série de acontecimentos, pequenas crises determinantes de outras maiores e decorrentes de conflitos de normas. Em síntese, um processo de *evolução da demanda em sobrecarga*, e uma consequente fragmentação de coletivos em coleções de trabalhadores, degenerando o *gênero* profissional e provocando, conseqüentemente, crises de sofrimentos psíquicos diversos pelo trabalho) e abandono de muitos trabalhadores (SILVA, 2010; DEJOURS, 2015; CLOT, 2010). No caso dos psiquiatras, uma grande rotatividade (SILVA, 2010). São crises que prepararam um espaço-tempo de rupturas possíveis, movimentos variados, rompendo com os princípios da reforma, possibilitando ações e atos desarticulados de uma proposta coletiva como antes existia no início da implantação dos CAPS.

Revisitamos esse período de crise na história e compreendemos que nesta época foram vários acontecimentos determinantes da ruptura do coletivo antes existente: ingerências repetitivas baseadas na fragmentação de princípios de Saúde Pública e Reforma Psiquiátrica, gestores que desconheciam esse percurso de reforma, políticas desfocadas da singularidade do tratamento, trabalhadores antigos que foram deixando o CAPS e os novatos que não acompanhavam esses mesmos princípios, etc.

E, quando eu cheguei em 2009 quando o furo do barco já estava tapado, vamos dizer assim, e estava começando de novo a andar o barco lá, é como se a equipe estivesse também exaurida... **então, como se a equipe quisesse um pouco mais de... uma zona de conforto mesmo assim... eu senti que a equipe cada um tinha achado a sua zona de conforto, manter seu status quo, e eu cheguei com aquele gás todo de novo de quando eu fui pra Betim, querendo fazer do CAPS um CAPS substitutivo ao manicômio**, que o protagonista fosse o usuário, que o projeto terapêutico dele fosse pautado na autonomia dele, na cidadania dele... **na baixa medicalização e o que eu via era o contrário sabe, altas medicalizações...** (Cássia, destaques nossos).

6.4.3.3 Engendrando o gesto profissional e explicando o seu ponto de vista

Foi dentro desta perspectiva de continuar o trabalho que realizava, tentando reimprimir seu estilo de trabalhar, que ela apresenta o *processo de engendramento de seu gesto profissional em Psiquiatria*. Um gesto que se fez em ações e dois atos e na ausência do psiquiatra e que desvelam as condições e contradições do serviço e no encontro com o outro no trabalho. Não estivemos presente nestes momentos, mas acompanhamos as repercussões e desdobramentos do mesmo em vários locais e momentos na equipe, inclusive na reunião semanal de equipe, em processo de *deliberação/validação*.

Apresentamos o primeiro ato – o pedido de antecipação de uma medicação:

São vários... Eu chego e digo assim, ‘tô no plantão e esse paciente é assim assado, eu já conheço, eu já atendi ele e tem essa situação, **eu queria que você antecipasse o clonazepan dele agora às 5 da tarde ao invés dele tomar às 8 da noite porque ele tá muito ansioso e não vai dar conta de ficar aqui até o médico chegar... ele só vai chegar depois das 7 horas.**

Na verdade, o remédio é 8 da noite, mas eles dão às 7h, 7:30... e, na minha avaliação, é um paciente que eu já conheço e num teria nenhum problema ele tomar esse clonazepan 2h, 3h antes do horário marcado, até porque eu já avaliei ele, a família, o horário que ele tomou o último comprimido (Cássia, destaques nossos).

6.4.3.4 O ponto de vista de Maria e a construção da negativa

Houve uma recusa contundente e negativa de Maria - uma polêmica se abriu em torno deste ato que compõe a primeira parte de seu gesto profissional em Psiquiatria. Quer dizer, por que teria a técnica de enfermagem recusado a operação se antes era possível? E se ela cumprisse a demanda, quais consequências teria em seu processo de trabalho e na sua psiquê?

Ouvimos Maria em nível de *antecipação/confrontação* da situação e compreendemos uma série de dramáticas em sua atividade, desvelando não somente esta negação, mas outras questões problemáticas do serviço, no *trabalho real*. Por exemplo, questões acerca da falta de comunicação entre os trabalhadores, preconceito acerca do usuário de múltiplas drogas que procuram a urgência do CAPS III/CERSAM Betim Central, mesmo à revelia da existência do CAPSad, além de problemáticas em torno da contenção de usuários no leito.

Inicialmente, ela nos informa que trabalha no CAPS como técnica de enfermagem, mas que também é enfermeira de nível superior: “eu fiz enfermagem superior também... fiz duas pós-graduação... saúde pública e enfermagem do trabalho” (Maria). Ao perguntarmos se isso seria para ela um conflito:

Conflitante não, eu respeito a profissão de cada um, quando eu levo alguma coisa pro plantão, eles têm a conduta deles, às vezes eu tenho um pensamento, mas eu respeito a opinião de cada profissional, eu respeito o pensamento, a conduta, eu sei que tô aqui como técnica... eu não vou ficar batendo de frente, eu não faço isso... (Maria, destaques nossos).

Se não se trata de um conflito, isso ampliou nossa curiosidade investigativa em compreender suas atividades e, inclusive, sua postura negativa diante deste gesto profissional e outras questões que apresentamos.

Ampliamos a nossa lupa de investigação, partindo de um diálogo em torno de suas atividades de trabalho. Segundo ela:

Nós circulamos entre essas tarefas, cada dia tem uma escala entre **a circulação, a observação, a medicação, injetável e o transporte... e acaba que a gente também é um psicólogo, né?**, porque a gente cuida, ouve o paciente... a gente observa o paciente... leva os problemas pro plantão. Então não é uma coisa mecânica, né? Envolve muitas coisas, você tem que olhar o paciente como um todo... (Maria, destaques nossos).

Quer dizer, retornar às suas atividades nos ajudou a desvelar diversas dramáticas, *debates de normas* em torno do trabalho da enfermagem no CAPS III, inclusive a partir de uma postura de “*sale boulot*”, uma posição de execução em nível de delegação (LHUILIER, 2005, 2009).

Por exemplo, aquela reunião que tem aqui toda sexta... Os técnicos de superior praticamente numa guerra com a gente, como assim? **Às vezes critica muito a enfermagem, o que fazer?** Às vezes o paciente fugiu é culpa da enfermagem, tudo é culpa da enfermagem, porteiro faltou é culpa da enfermagem, é a enfermagem que tem que ficar lá no portão... às vezes num interessa que a enfermagem tá sobrecarregada ou não... faltou recepcionista é a enfermagem que tem que pegar os prontuários...

Tudo é enfermagem e mesmo assim a enfermagem é muito julgada, às vezes o paciente fugiu é culpa da enfermagem... tinha tantos técnicos, por que o paciente fugiu? E tal e tal... e vira aquela.. só a enfermagem, **mas a sala de plantão mesmo, eles ficam só lá na sala de plantão mesmo, então, não vem circular aqui fora com o paciente não... entendeu?** Só culpa só a enfermagem, então, às vezes a gente fala assim... às vezes a gente participa da reunião, todo mundo falando da enfermagem e só tem um técnico na reunião... eu acho que tinha que ser dois técnicos pra dizer a opinião deles... isso... aí fica só a opinião de um assim... tem que ter dois lá pra falar mais, mas num tem condições de ir dois. (Maria, destaques nossos).

Quer dizer, por um lado, eles são demandados a fazer trabalhos nada nobres, ficando a maioria dos TNS em posição passiva dentro da sala de plantão. Ao realizar a circulação dentro do CAPS, observação dos usuários, o transporte na *Rota* e a medicação, uma outra ação acontece fora do cronograma dos técnicos de enfermagem e que, em termos prescritivos,

é realizada somente pelo TNS - escutar o usuário em suas demandas, inclusive quando chegam da busca diária para PD e/ou do pernoite.

Ela tá fora do cronograma, isso não tem não... a nossa tarefa é só essa de medicação, circulação, transporte... injetável, **essa questão de sentar, ouvir o paciente, conversar, isso não, mas isso faz parte da gente...** mas eu entendo que isso faz parte... a gente tá aqui, o paciente pede e a gente faz... a gente conversa, dependendo a gente anota no prontuário dele.

Sim, isso acalma eles, eu sinto que eles tão desabafando, né? **Porque ele já te pede pra conversar quando ele chega, às vezes ele vai no plantão e ninguém pode conversar e ele vem atrás da gente pra conversar.** Isso já aconteceu comigo várias vezes, **ele vai lá no plantão, aí num tem ninguém pra conversar naquele momento e vem atrás de mim pra conversar,** com certeza já aconteceu com meus colegas... eu sento e escuto e ele começa a desabafar, às vezes quer contar coisas de casa, a maioria fala de problemas de casa, de família. (Maria, destaques nossos).

Quando interrogamos sobre o referencial terapêutico, teórico, mobilizado nesta escuta, a resposta foi olhar o usuário todo um todo, sem outros detalhamentos: “a gente tem que olhar o usuário como um todo, não adianta só medicá-lo... essa coisa só mecânica, então, eu pergunto, como é que ele dormiu... em casa, como foi o dia dele, se ele tá bem” (Maria).

Se por um lado a prescrição tende a dirigir a atividade de uma forma padrão, por outro, o *trabalho real* nos desvela contradições importante, decorrentes da gestão das variabilidades e *infidelidades do meio* e das dramáticas do *uso de si* por si e pelos outros. Aos técnicos de enfermagem muito *trabalho sujo* é delegado e, quando os mesmos conseguem ir além do específico, escutando o usuário em suas demandas, o conflito se instala. Ao escutar o usuário, eles devolvem aos plantonista TNS a situação escutada na sala de plantão, a fim de que sejam tomadas as devidas providências e a resposta é ambivalente:

Em alguns casos, eles tentam tomar alguma providência, por exemplo, o paciente, brigou e não quer voltar pra casa, né? **Aí, em alguns casos, isso depende da conduta do plantão,** deixa ele até de pernoite, às vezes até por causa... disso que ele falou que brigou em casa, que não quer voltar, **às vezes chora, às vezes fala que vai fazer alguma coisa, aí dependendo do plantão se toma uma conduta, até deixar de pernoite** pra ele não voltar pra casa, porque às vezes, ele tá angustiado, às vezes tá falando de se matar ou fazer alguma coisa com a família... **então, algumas vezes se toma uma conduta, depende de quem está no plantão, de como que vai olhar isso, observar o paciente.** (Maria, destaques nossos).

Frente a este e outros *debates de normas* na atividade, percebemos um conflito de normas e critérios de normatividade para dirigir, coletivamente, as condutas dos trabalhadores. E isto nos ajudou a compreender a sua negativa do ato de Cássia de pedir a antecipação de uma medicação. Maria vem de uma formação de enfermagem de nível superior com estágio dentro de instituições hospitalares, onde as regras se fazem bem

definidas, protocolares, organizando e dirigindo a atividade. E no CAPS, esta situação se mostra bastante diferente.

Eu não vou bater de frente, **mas é lógico que se vier com alguma coisa que eu sei que eu não posso fazer, eu não vou fazer... isso acontece, eu tive problemas.** Eu dei plantão aqui e não tinha médico, aí tinha um técnico superior e ele queria que eu fizesse, por exemplo, **haldol sem prescrição, com prescrição vencida, queria que desse uma medicação, liberasse a medicação sem receita.** Então, tem algumas coisas que eu não vou fazer, que eu não faço. (Maria, destaques nossos).

Ela nos esclarece que Cássia queria dar uma medicação sem receita, sem prescrição no posto de enfermagem. E Cássia insistia em dizer que queria a antecipação de uma medicação prescrita, porém existia uma norma que regulava essa atividade da qual ela confrontava:

Não, não tinha. Ele já tinha sido liberado pra ficar em casa, então, ele pegava receita com o médico, **não tinha prescrição dela aqui mais no posto de enfermagem e nem tinha prescrição dele no posto de enfermagem,** entendeu, ele pegava receita com o médico, então, como que eu ia medicar? Ele não tinha a receita, ele não sabia nem os nomes dos remédios da receita dele... e nem tava escrito no prontuário e só tinha prescrito medicação antiga e o técnico de nível superior queria que eu a liberasse a medicação antiga. **E eu não podia liberar... extrapola a regra de trinta dias.** Se ele tivesse trazido, pelo menos a receita, nem receita num tinha. Num tinha nada, como que eu ia dar uma medicação, era responsabilidade minha... não tinha nem enfermeiro. (Maria, destaques nossos).

Não confrontamos Cássia e Maria para extrair desse debate alguma verdade. Maria nos explica que esta situação de pedir para se medicar usuários sem prescrição é frequente, inclusive, compreendemos que o conflito maior aconteceu quando Cássia apresenta seu segundo ato na direção do engendramento de seu gesto profissional:

Na enfermagem, não tinha uma prescrição aqui na enfermagem, isso aí... ela pegou o prontuário e queria liberar aquela medicação, **mas não tinha prescrição, era coisa antiga, eu não lembro a data, mas era antigo, ela ligou pro gerente... aí houve esse pequeno atrito, o plantão foi muito pesado, assim...** ela ligou pro gerente, eu falei com o gerente, eu expliquei pro gerente, ele falou assim, não, você não deve fazer mesmo e tal... **queria que eu fizesse um haldol porque o paciente chegou aqui passando mal, haldol injetável aqui, sem médico...** e ela ligou pro gerente, o plantão foi muito pesado neste dia. Aí, fez relatório, falando que se a paciente passasse mal, a culpa era minha e do gerente... colocou o nome do gerente, **neste dia foi muito complicado, eu fiz até um relatório... sobre o que aconteceu, embasado em leis** e tudo e entreguei pro gerente assinar, eu só não fui com isso adiante. (Maria, destaques nossos).

Buscamos uma compreensão do que ela chamava de leis e encontramos um *debate de normas* que expomos, mas não aprofundamos nesta pesquisa.

No código de ética da enfermagem, que é o que a gente tem que seguir. Todo profissional da enfermagem ele tem, ele ganha um livrinho, o COREN fornece. São várias coisas, lá tá escrito que você não pode administrar medicamento sem receita, sem o carimbo, a data a assinatura do médico, tudo legível... lá fala tudo, tudo que o profissional pode fazer... lá fala as coisas que ele não pode fazer também... lá fala tudo, é um livro. Então, às vezes bate esses conflitos da enfermagem com a sala de plantão, às vezes tem esses pequenos conflitos porque eles querem que a gente faça coisas e às vezes num tem receita... e aí quer que faz... hoje, por exemplo tá sem médico... e aí? Qual vai ser a conduta do profissional que tá no plantão? E se o paciente agitar, se acontecer alguma coisa? Qual vai ser a conduta dele, hoje num tem médico... (Maria, destaques nossos).

Ela nos explica também que este código dirige a necessidade da receita, da prescrição, para se liberar a medicação, mas não padroniza no contexto da Saúde Mental questões acerca do que se fazer na ausência do psiquiatra. Quer dizer, tocou-se na fragilidade do CAPS em não se criar procedimentos operacionais padrões (POP's) internos, construídos em coletivo, a partir do olhar específico, principalmente, da enfermagem e do médico.

Com a falta do psiquiatra? Fica complicado, igual eu te falei fica complicado a questão da medicação, até a contenção tem que prescrever, então, assim, é complicado, mas quando num tem médico, eles ligam pra outro local... **só que a enfermagem, ela tem que ter um respaldo... aqui não tem protocolos, agora que eles tão fazendo o POP, POP é procedimento operacional padrão.** (Maria, destaques nossos).

Se no hospital, a prescrição médica tem uma validade somente de 24 horas, obrigando este profissional a avaliar o usuário todo dia, no CAPS isso não acontece. Assim, estipulou-se internamente uma norma de 30 dias de validade para as prescrições de PD e PN. E se o usuário que demandou o plantão não tiver uma prescrição de validade dentro deste prazo, a conduta é não liberar a medicação. Segundo Maria, o POP é uma forma de organizar o serviço e lhes fornecer um respaldo institucional em caso de denúncias do COREN, por exemplo. E, como ainda não existe um POP que dirige a atividade na ausência do psiquiatra, a decisão fica a critério de cada TNS, complicando as decisões e as relações entre os trabalhadores.

Em caso de urgência tanto na presença, quanto na ausência do psiquiatra, o POP funcionaria, norteando a atividade. Na ausência do psiquiatra, a importância do POP se mostra mais evidente. E, na ausência deste procedimento padrão, a sugestão é que o TNS, ao receber o usuário em crise, ligue para o SAMU, demandando uma prescrição do médico, ou ligue e/ou desloque o usuário para outro CERSAM que tenha o médico de plantão, ou até mesmo para a UAI. A intenção é que se tenha uma prescrição em mãos ou uma conversa gravada que, segundo Maria, funcionaria como um respaldo jurídico para se medicar e/ou antecipar qualquer tipo de medicação sem a presença do psiquiatra.

6.4.3.5 Dois atos em torno de um gesto profissional

Dizemos de um gesto profissional em Psiquiatria construído por um *projeto-ação* na direção das *normas antecedentes* da Psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica, considerando a trajetória histórica de vida de Cássia e efetivado, inicialmente, por dois atos que apresentamos. Porém, nos meandros desse gesto profissional, alguns procedimentos operacionais foram realizados. São eles: pesquisar e reconhecer no prontuário a história do usuário e a última prescrição medicamentosa, acolher o usuário e sua família, verificar o último dia em que ele tomou a medicação e rapidamente confirmar sua compreensão dos efeitos dos medicamentos em uso, segundo ensinamentos anteriores. São ações realizadas em etapas, organizando e detalhando o referido gesto profissional, embasados em princípios de Saúde Pública e Luta Antimanicomial.

Apresentamos uma reflexão e análise possível da situação, explicando o engendramento desses gestos profissionais. Inicialmente, não tomamos partido, dizendo que uma estaria certa e a outra errada. São pontos de vistas diferentes sobre a mesma atividade (o trabalho na ausência do psiquiatra) e que precisam ser considerados. De início, podemos dizer que Cássia estaria certa porque agiu do lado do usuário que ela conhece, inclusive sendo TR dele. Por outro lado, compreendemos que Maria também não estaria errada e que, inclusive, ela tem o hábito de escutar os usuários. Mas, podemos dizer que ela estava bem mais embasada em normas, leis, procedimentos padrões, critérios e protocolos de trabalho, não negando o sujeito, mas valorizando e respeitando a normatividade médica. Poderíamos até dizer que suas atitudes tenham reforçado as polêmicas em torno do ato médico. Neste sentido, seria ela execrada, condenada por estar demandando este ato polêmico e criticado não só no meio da Psiquiatria, mas da medicina em geral?

Quer dizer, a situação real coloca as duas em cheque, em *debate de normas e renormalizações* possíveis. O que fazer? Seria uma incongruência de normas, um conflito de normas e critérios, um vazio de normas, um vácuo de normas, ou um problema de normas diferentes que não se coadunam? O ponto de vista de Maria nos esclarece em partes tais interrogações.

Compreendendo os processos de trabalho do CAPS, estamos diante de três profissões diferentes (psicologia, enfermagem, medicina), ou seja, Cássia, a psicóloga de referência do caso, o TNS-psiquiatra ausente e Maria que tem a chave da medicação. Todos com estatutos profissionais diferentes, com conselhos regionais diferentes, com formatações diferentes de normas, incluindo-as no serviço e na economia psíquica dos trabalhadores envolvidos.

Ao escutarmos Maria, compreendemos que se trata, a priori, de uma divergência concreta de atitude e postura na atividade de trabalho e não, exatamente, uma divergência pessoal. Quer dizer, o processo de Reforma Psiquiátrica convida e sustenta que o trabalho do TNS-TR seja colocado em evidência, mas não lhe oferece o estatuto de poder lidar com a medicação, uma especificidade do médico, uma situação denunciada por Maria:

Porque a enfermagem, ela trabalha dessa forma, ela tem que olhar o paciente como um todo... mas pra medicar, ela tem que ter uma prescrição do médico com carimbo, assinatura legível... data, a enfermagem precisa disso pra medicar, eu não posso chegar ali e fazer a medicação assim... **e eles não têm o poder de prescrever, só o médico é que pode prescrever...** (Maria, destaques nossos).

Estaríamos diante de uma contradição neste processo novo de trabalho de referência de TR, ou de uma norma confrontada? Ou, esta situação abriria uma brecha para que os conselhos regionais da Psicologia possam lutar por esta possibilidade? Compreendemos que, ao realizar seu gesto profissional, Cássia coloca em evidência uma série de contradições, inclusive ampliadas no encontro com o outro nas situações reais de trabalho.

Segundo Canguilhem (2001), as normas são criadas no meio e, mais comumente, quando há um mecanismo de inflação, vários precedentes de uma mesma demanda. O que estaria por trás dessa norma administrativa que, de início, parece reforçar o ato médico? Quer dizer, se esta norma não existia ou passou a existir, isso nos faz entender e procurar a existência de algum processo inflacional anterior a ela. Reanalizando a história e, segundo a minha experiência de trabalho no mesmo CAPS III/CERSAM Betim Central, houve sim um longo processo de construção dessa possibilidade. Ou seja, no início da reforma, mediante a existência de coletivos, flexibilizar as normas era um acontecimento frequente. E isso em vários lugares do processo de trabalho, não somente com a medicação, uma vez que a lógica era o sujeito em sua singularidade e não o protocolo, ou o sintoma do usuário. Por esse caminho, poder-se-ia justificar positivamente o referido gesto, contraponto a negativa de Maria, mas não é este o nosso ponto de vista.

Compreendemos que as normas existem na tentativa de regulação do meio, de situações de trabalho, elas regulam questões problemáticas. Se cairmos somente no discurso do costume, cultural, podemos inferir que as normas no contexto da reforma são mais flexibilizadas e permitem acontecer coisas (im)possíveis. Elas não foram criadas para impedir, antes para ressignificar possibilidades. Então, quais normas estariam envolvidas nesta situação? Normas administrativas, do gestor local, do serviço (os POP's?), dos conselhos regionais envolvidos, da distribuição de medicamentos? Ao conversarmos com Maria,

compreendemos a existência de várias normas que estruturam uma ação no CAPS. Dizemos de uma malha de normas constituintes de um processo de trabalho, em especial neste serviço, onde impera o discurso pluri – profissional, disciplinar, estatutário. Há profissionais efetivos, contratados, cedidos de um lugar para outro, trabalhadores 12 horas, outros 24 horas, etc. Em movimento, essas normas, ora se contradizem, ora se alinham, se recobrem e isso determina a existência também de vácuos de normas, vazios de normas. E, neste buraco é que os trabalhadores são chamados a decidirem entre uma coisa e outra. E, compreendemos que tenha sido neste espaço que Cássia nos apresentou seus atos, trilhando o processo de engendramento de seu gesto profissional.

A discussão entre as trabalhadoras Cássia e Maria teria acontecido mediante qual dessas situações neste movimento de normas? Uma resposta complexa. Melhor seria dizer, seguindo os princípios de reforma, que o debate entre os trabalhadores é desejável, desde que o portador de sofrimento mental, o sujeito, seja o protagonista da cena. O que não verificamos no *trabalho real*. O CAPS, tradicionalmente, tenta desconstruir essas hierarquias profissionais, mas o debate em torno deste gesto nos aponta que muitos profissionais ainda operam na lógica do sintoma e da categoria profissional.

Com a enfermagem isso tá muito difícil neste atual momento, parece eu não sei o que aconteceu, se é muito desgaste, os antigos que estão lá já estão desgastados, os novos que chegaram não foram adequadamente incorporados à equipe no sentido de trabalhar com eles uma lógica, uma postura que o CAPS exige, o perfil, **eu sei que eles têm muita resistência quando não é o médico ou o enfermeiro a falar com eles.** (Cássia, destaques nossos).

E isso nos confirma, na experiência, as dificuldades que se encontram quando a tentativa é de transformação das situações de trabalho, ressignificando uma polêmica dentro das Clínicas do Trabalho – aquela de compreender para transformar e/ou vice-versa. Se a proposta é intervir na vida dos outros, isso requer a ética da intervenção e da teorização, lembrando que a centralidade é conferida ao trabalhador e não ao pesquisador em seus projetos e objetivos profissionais de validação de teorias.

Localizamos um mecanismo de inflação no contexto da medicação, ou seja, uma demanda vinda de várias categorias profissionais de liberação e/ou antecipação de medicamentos na ausência do médico psiquiatra e, até mesmo, diante de uma prescrição vencida. Tudo isso decorrente da ausência frequente do psiquiatra no CAPS e de procedimentos operacionais padrões (POP's) internos e construídos coletivamente.

Mediante a compreensão do *trabalho real*, da história do CAPS e do diálogo informal com diversos trabalhadores, localizamos um outro momento de crise, possivelmente,

constituente de uma grande polêmica nos bastidores deste gesto profissional - o lugar da enfermagem (enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem) na relação com o médico, com diversas demandas vindas da relação estabelecida entre os membros da equipe e com os usuários. Um espaço de instituição de novas normas, decorrente de um processo inflacional de demandas, inclusive com a medicação.

Na transição do CAPS II para III/CERSAM Betim Central, a nova norma foi a presença 24 horas do psiquiatra, a partir de 1997. Como trabalhador, estive presente neste período e compreendi que a equipe, ao longo dos anos, foi criando um saber-fazer com o usuário em crise, frente à ausência de hospital psiquiátrico em Betim. Assim, por cerca de seis anos, o serviço funcionou no período noturno²⁴³ com uma equipe mínima de três auxiliares de enfermagem e um psiquiatra, destinados às urgências e ao cuidado com uma média diária de seis usuários por noite. Incomodado com a perda de qualidade do cuidado ao usuário e embasado em normatizações do COREN, um trabalhador enfermeiro faz uma denúncia a este conselho, solicitando uma visita técnica para averiguar a situação. O resultado foi uma notificação ao município para que fosse garantida na equipe, a presença do enfermeiro também 24 horas.

Em decorrência dessa nova norma, não se garantiu a presença dos enfermeiros na Clínica da Referência, exercendo a função-TR, mas sim num regime de plantonismos, justificando a promoção do cuidado e articulando, intermediando as especificidades do trabalho do médico psiquiatra junto ao usuário. Em pouco tempo, os gestores completaram os plantões noturnos e de final de semana com a presença de um enfermeiro. Ao longo do tempo, se esta proposta realinhou o CAPS em normas de funcionamento, por outro, ela reforçou o tão criticado “modelo médico-centrado”, agora, “modelo médico-enfermeiro-centrado”. Por outro lado, gerou uma fragmentação da equipe em três, uma de final de semana, outra noturna e outra diurna durante a semana.

Podemos dizer que o gesto de Cássia desvela e revela realidades atuais no CAPS: **“Porque a minha ação desvela, revela, entendeu?, os nós críticos... do serviço e eles não querem isso. Eles querem é falar da impossibilidade e que todo mundo se conforme com isso... e eu não sou assim. Então, eu trago o problema né?...”** (Cássia, destaques nossos).

²⁴³ Vale ressaltar que trabalhei durante 15 anos como plantonista noturno neste CAPS junto com três técnicos de enfermagem sem o enfermeiro. Construimos nestes anos, um processo de trabalho sem intermediários, ou seja, havia uma conversa entre eu e eles no sentido de dividirmos as tarefas e conversarmos sobre as decisões a serem tomadas. Apresentei minhas argumentações contrárias à presença da enfermeira justificando que talvez estaríamos repetindo a lógica hospitalar ou manicomial de reforçar um discurso médico-centrado, intermediado pelo enfermeiro. Coloquei o debate em questão, alegando também que o enfermeiro entrasse no coletivo de trabalhadores, como um TNS, participando da Clínica da Referência, de construção e condução do caso clínico.

Para exemplificar, dizemos de um conflito de lugar construído e ocupado pela enfermagem entre promover o cuidado, assessorando o trabalho do médico psiquiatra e dos técnicos de enfermagem com o usuário, ou realizar da *Clínica do Referenciamento* de casos praticada por todos os trabalhadores, reconfigurando este lugar de TNS-TR. Um lugar problemático para os enfermeiros, uma vez que não há consenso na equipe de que estes trabalhadores também sejam TR, preferindo assegurar o lugar, por eles traduzido de cuidado, como se a função-TR não fizesse parte do cuidado do usuário.

Frente aos dois atos e um gesto profissional, quais teriam sido as dimensões genéricas singularizadas neste gesto profissional em Psiquiatria? Primeiramente, a engrenagem *clínica – atividade do corpo-si – movimento*, apresentando ações e atos frente ao conflito de normas na ausência do psiquiatra. Compreendemos que, praticamente, todas as dimensões do gesto genérico forma mobilizadas em graus, ordens e tempos diferentes. Uma *intencionalidade* construída e determinada pela trajetória de vida de Cássia, a mobilização de saberes psicológicos e psiquiátricos híbridos, a *linguagem* discursiva determinando filosoficamente um lugar dos trabalhadores envolvidos neste gesto, um sentimento evidente e conflituoso de pertencimento ao CAPS em termos de *patrimônio-herança*, uma presença *corporal* evidente de Cássia e Maria, demarcando lugares na divisão individual, social e coletiva das tarefas. Uma *dimensão política* marcada pelo *debate de normas* em torno do saber-poder da Psiquiatria. Tudo isso numa postura de síntese de debate de normas em múltiplas dimensões do gesto genérico no aqui-agora de uma clínica em movimento.

Por último, em algumas reuniões de equipe, Cássia tenta validar seu gesto em partes, tecendo justificativas e recebendo de volta grandes retaliações vindas da maior parte dos trabalhadores. Um processo de *deliberação/validação* marcado e barrado, inicialmente, pela recusa de Maria e, na sequência, pela maioria dos trabalhadores, que não exatamente psiquiatras, em não só não compreender e aceitar a sequência dos atos apresentados, como também em não aceitar a passagem dos mesmos pelo coletivo de trabalhadores, o *gênero* profissional. Quer dizer, Cássia esbarra no problema do *gênero* que nos remete ao código transdisciplinar, àquilo construído no coletivo de trabalhadores ao longo da história e que recoloca em questão o *gênero* psiquiátrico construído e/ou em construção nesta equipe.

Se ocorreu uma recusa pela maioria dos trabalhadores, nem por isso podemos inviabilizar a originalidade deste *gesto em potência, um gesto híbrido dirigido à equipe e*, conseqüentemente, ao poder da Psiquiatria e do psiquiatra em seu endereçamento? Em outro sentido, frente ao conflito de normas apresentado, esta situação nos autoriza a colocar uma outra questão. Poderíamos dizer que, em localizando um espaço-tempo variável e conflitante

de normas (ora de vácuo ou vazio, ora de normas contraditórias), este gesto criaria uma possibilidade de *jurisprudência* para outros da mesma ordem? Quer dizer, julga-se este caso e este julgamento serviria de referência para outros futuros? A resposta não pode ser negativa, caso contrário inviabilizaria nosso conceito de gesto, inclusive, a construção desta tese.

Ao concluir este processo, Cássia se resigna e novos debates nos ocorrem. Ela apresenta outros *debate de normas e renormalizações* possíveis e parciais, refletindo se não teria sido um tanto radical como de costume em seus processos militantes em suas atividades e autoritária em suas decisões. Ou seja: “E se tem o médico né... eu não nego esse lugar, nem que seja pra validar... uma de minhas dificuldades é isso sabe... quando eu sei que eu tô certa... é difícil... **agora eu já arredo mais o pé...**” (Cássia, destaques nossos).

Isso reabre-nos a problemática da aparição do sujeito do inconsciente da/na atividade. E, o que fazer quando o mesmo aparece, senão trabalhá-lo, tratá-lo, a partir de princípios não somente psicanalíticos? Um debate que nos remete ao inconsciente político, ou seja, estaria esta trabalhadora valendo-se de um poder sobre o outro para tentar executar seus atos, engendrando um gesto profissional? Neste caso, a resposta não veio de uma trabalhadora técnica de enfermagem somente, mas de uma enfermeira/técnica de enfermagem que, sobremaneira, confrontou a situação, apresentando seus argumentos também fazendo valer seu saber-poder. Antes, uma luta de poderes envolvidos?

Uma reflexão que, neste mecanismo de *validação/deliberação*, faz-nos entender que esse debate não acontece de forma consciente de todo. Poderia se tratar de uma disputa de poder ou de um drama pessoal misturado com o profissional? Neste caso, o debate se amplia ainda mais, pois inclui uma outra dimensão do gesto profissional que é a do inconsciente. E, compreendemos que, trazer o sujeito do inconsciente para esse debate, é trazer e confirmar a existência e importância da dimensão inconsciente do *processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Se não queremos, nem podemos desconsiderar essa dimensão, também compreendemos que sua centralidade e irrupção não premeditada, coloca uma questão para todas as outras dimensões. Se o inconsciente assume tal centralidade, quando ele aparece na situação real, ele tende a desequilibrar todo o sistema de análise das outras dimensões, refazendo a engrenagem desse processo. E isso é desejável, mas ressaltamos a necessidade de buscarmos sempre um jeito de considerar e analisar essa dimensão sem que ela absorva toda a construção também consciente desse gesto profissional, conforme já debatemos.

Estamos dizendo de uma explicação psicológica da atividade, uma vez que há coisas que escapam à consciência das quais os trabalhadores não controlam. A execução de normas

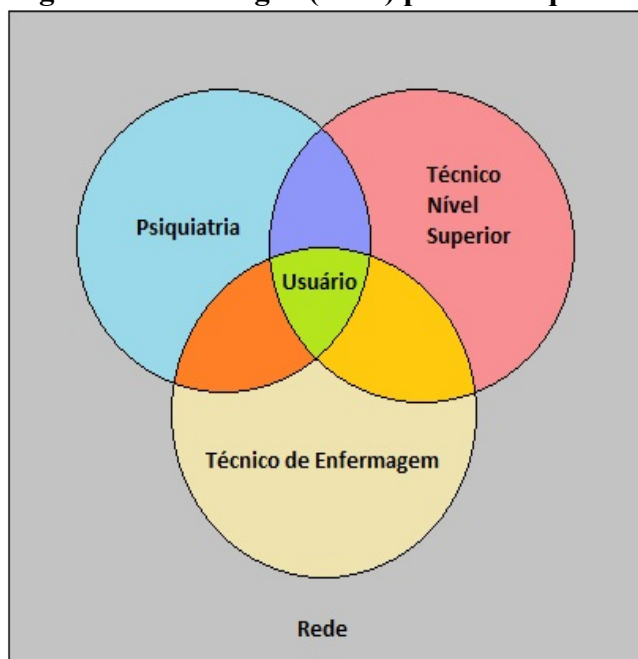
no real implica um debate consciente-inconsciente. Nos conflitos enfrentados por Cássia para engendrar seu gesto profissional, ela não só denuncia contradições no processo de trabalho, como apresenta seu *poder de agir* que recoloca suas ações e atos em questão. Na reconstituição de sua atividade em *validação/deliberação*, Cássia esbarra no *real de sua atividade*, não como uma coisa latente a ser colocada em prática, mas decorrente do encontro com o *trabalho real*, do desdobramento da atividade real. Quer dizer, ela depara com o fracasso no trabalho: aquilo que não ela faz ou não fez; que ela não pode fazer; que se tem que refazer; aquilo que ela quis fazer e foi impedida de fazer, ou não conseguir realizar; aquilo que ela sonhava em fazer (transformar os processos de trabalho e o CAPS num serviço, de fato, substitutivo?), resignificando a sua trajetória de vida pessoal e profissional.

Este gesto profissional nos remetem a todas essas polêmicas em torno da atividade, desvelando um debate de normas em múltiplas dimensões genéricas em termos éticos e políticos no exercício cotidiano do trabalho. Neste sentido, o gesto de Cássia entra como um acontecimento de finalização de políticas públicas de saúde no município de Betim, a partir deste CAPS III/CERSAM Betim Central.

6.5 A Psiquiatria entre o CAPS III Betim Central e a Rede de Saúde Mental

Qual(ais) Psiquiatria(s) e quais os gestos profissionais possíveis entre o CAPS III e a rede de Saúde Mental de Betim? Em termos prescritivos das legislações e políticas de Saúde Mental nacionais, os CAPS (I, II, III e ad) são serviços de alta complexidade – que exercem diversas funções, prioritariamente o acolhimento da crise de usuários neuróticos e psicóticos graves, usuários de múltiplas drogas, além de articular (função-CAPS), territorialmente, a inserção dos mesmos na rede não somente de Saúde Mental. Idealmente, o usuário da rede situaria no centro dessa movimentação (vide a figura 13) entre os Técnicos de Nível Superior (TNS), Técnicos de Enfermagem e os diversos saberes, em especial a Psiquiatria como um possível saber articulador dessa inter-relação.

Figura 13 - Um lugar (ideal) para a Psiquiatria



Fonte: O autor, em parceria com os membros do GRT, 2014

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Betim, a partir do CAPS III/CERSAM Betim Central, verificamos uma escassez de serviços básicos, ou seja, de Centros de Saúde²⁴⁴ melhor aparelhados para o acolhimento da loucura e da prática do Matriciamento²⁴⁵ em ambulatório. Um processo de trabalho que requer uma movimentação de trabalhadores e seus pontos de vista em diversas partes da rede, em especial, em lugares onde circulam os usuários.

O Matriciamento é uma estratégia dentro da Políticas Públicas de Saúde Mental, possibilitando a descentralização do CAPS nas redes de saúde. Por outro lado, ainda persiste um processo de delegação ao CAPS da condução de casos, não somente pela ausência do psiquiatra nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também pela desarticulação dessas equipes na compreensão dos processos de inclusão/exclusão do portador de sofrimento mental.

Porém, no geral, percebe-se mais a reprodução de ações e/ou atos que reforçam a parte natural da Psiquiatria (a epistemicidade ergológica – 1), ou seja, o diagnóstico e a

²⁴⁴ Situação esta que também se aplica na cidade de Belo Horizonte, porém com a significativa diferença que esta cidade avançou bastante nesta política nacional de Matriciamento. Inclusive, vale ressaltar que meu posicionamento crítico com relação ao assunto extrapola o campo de Betim, considerando minha experiência de trabalho em Belo Horizonte, a partir do CAPS III/CERSAM Leste, e de professor da Faculdade de Medicina na UNIFENAS/BH (2009-2013) – onde, o aluno participa da referida rede de Saúde Mental, desde o II, VII, X/XI períodos de Medicina. Uma forma de antecipação das problemáticas do real da rede, visando à formação de um médico generalista parceiro do Matriciamento e das políticas de inclusão da loucura.

²⁴⁵ Uma política nacional de articulação da Saúde Mental com os diversos serviços em rede de saúde, segundo diretrizes da Linha Guia Nacional de Saúde Mental (2006).

medicalização psiquiátrica. O usuário vai deixando seu protagonismo idealizado pelas políticas de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial para ceder lugar à psiquiatrização do sofrimento psíquico. A maioria das equipes de Saúde da Família dos Centros de Saúde, salvo algumas exceções, ainda trabalha na lógica do saber médico centralizado, reforçando o ato médico, não construindo no coletivo das equipes, um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI). Isso recai sobre a medicalização do usuário, reforçando o mecanismo de queixa-conduta do tradicional processo de saúde-doença.

A maioria dos médicos clínicos e especialistas não apresenta abordagens psicossociais, extrapolando a lógica do imediatismo, de tudo ter que medicar como solução final do problema. Além disso, muitos se resignam frente à demanda de continuar prescrevendo uma grande quantidade de medicamentos psiquiátricos, além de não apresentarem um traquejo clínico na lida com a loucura.

Verificamos também momentos bastante instituintes de descentralização de saberes e poderes em Psiquiatria entre as partes (rede básica e serviços de urgência clínica e psiquiátrica), possibilitando conversas e intervenções diferenciadas em equipe por muitos técnicos de enfermagem, ACS (Agentes comunitários de Saúde), alguns enfermeiros, psiquiatras e médicos generalistas e especialistas sensíveis ao projeto antimanicomial.

Não conseguimos evidenciar, nem tampouco acompanhar o engendramento de algum gesto profissional nesta interface setorial, uma vez que se trata de um incipiente processo de trabalho no município de Betim. De modo geral, verifica-se no *trabalho real* uma tendência à inversão de valores, da lógica ilustrada na figura 13. O usuário vai deixando seu protagonismo idealizado pelas políticas de Reforma Psiquiátrica (em Matriciamento), para ceder lugar à psiquiatrização do sofrimento, mesmo dentro de um processo de trabalho multidisciplinar.

Apresentamos o GRT - *Groupe de Rencontre de Travail*, segundo os princípios ergológicos da atividade. Um importante e desafiante processo de (re)trabalho de dados, de indexação e readequação de pontos de vista sobre a atividade advindos de nossas análises do *trabalho real*. Se um de nossos objetivos foi pesquisar ações, atos e gestos profissionais em Psiquiatria, nesta etapa de análise, a situação continua a mesma, porém numa formatação metodológica diferente.

6.6 O GRT entre a Experiência e a Transformação do Trabalho

O *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT) corresponde à terceira etapa de nosso processo de análise do *trabalho real*. Compreendemos que ele também funciona como uma

forma de indexação de questões provenientes do real, porém tratadas em um nível heterodeterminado, multidisciplinar e a partir da experiência dos trabalhadores. Especificamente, utilizamos também do GRT na perspectiva da pesquisa de *projetos-ações* e atos possíveis, espreitando os gestos profissionais em Psiquiatria. Com relação aos seis encontros realizados, depois de fazer um estudo detalhado de cada seção, optamos por não fazer uma análise em nível de categorização. Preferimos realizar uma análise qualitativa e não em categorias, inter-relacionando os dados empíricos com os princípios e conceitos ergológicos somados à compreensão da complexidade do processo de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central e à mobilização de saberes em Psiquiatria.

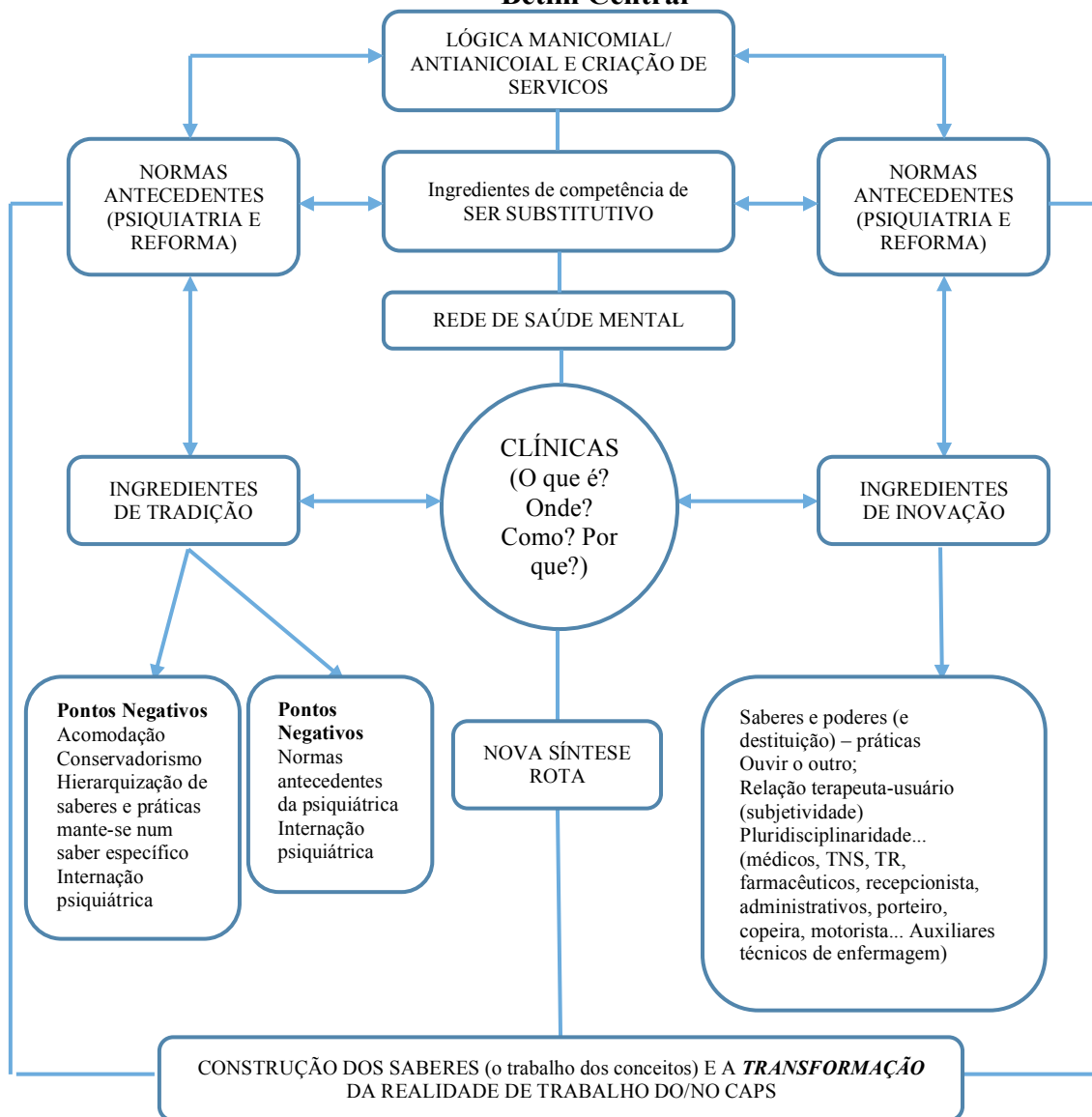
Apresentamos uma síntese dos seis encontros em duas etapas. Em primeiro lugar, um posicionamento teórico-crítico quanto à mobilização de conceitos ergológicos e específicos do campo da Saúde Mental e da Psiquiatria, a partir dos pontos de vistas dos trabalhadores do grupo. Em seguida, uma percepção crítica dos objetivos e processos organizacionais do GRT aplicados ao campo. Propomos esta análise com e a partir do GRT, considerando a compreensão do *trabalho real*, além de alguns aspectos de minha experiência de trabalho.

Ao longo dos seis encontros, os nove desconfortos iniciais de abertura da tese se fizeram presentes em vários momentos e em níveis variados de compreensão e argumentação, reconfigurando uma interseção entre o micro (a atividade real) e o macro (a sociedade, as *normas antecedentes* e a cultura em Psiquiatria), a partir da experiência do CAPS III/CERSAM Betim Central.

Em termos metodológicos, conforme apresentamos, o GRT é um exemplo prático de *Dispositivo Dinâmico a três Polos (DD3P)* na medida em que há uma circulação em espiral de saberes produzidos em *(des)aderência* ao real que se apresenta (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Verificamos uma dicotomia no *debate de normas* entre os polos desse dispositivo. Ora os trabalhadores reclamavam das más condições de trabalho (sem apresentar alguma estratégia de transformação), ora se posicionavam, criticando a incompatibilidade das exigências ideológicas da Reforma Psiquiátrica com o *trabalho real*, ora ressignificavam todos esses processos, resgatando o sentido de um trabalho clínico e coletivo. O sofrimento mental e os processos de trabalho neste campo reivindicam o tempo todo um posicionamento clínico entre as exigências de eficácia do tratamento, as implicações normativas e coletivas em patrimônio e a transmissão da experiência. Neste sentido, este dispositivo funciona com uma oportunidade de humanizar as relações de trabalho e, conseqüentemente, levantar conflitos e controvérsias do *trabalho real*, singularizar a história da loucura e dos Serviços Substitutivos envolvidos.

Sintetizamos a situação na figura 14 abaixo e continuamos nossas explicações.

Figura 14 - Síntese de ingredientes de tradição/ inovação e clínica do CAPSIII/CERSAM Betim Central



Fonte: O autor em diálogo com os membros do GRT, 2014

É assim que compreendemos esse GRT entre diversas polêmicas e dilemas: o serviço aberto e o hospital psiquiátrico; a tradição, a clínica e a inovação; *normas antecedentes* da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica; *ingredientes de competência da atividade* substitutiva e o *trabalho real*; o velho e o novo; o bem e o mal; o individual e o social; a desistência e a resistência; a liberdade de expressão e a contenção; a demanda e a sobrecarga; a neurose e a psicose; o louco e o drogado; o insuportável e o desejável; o possível e o impossível; a normatização e a *renormalização*; entre outros. Situação esta sintetizada na figura 15 abaixo.

Em termos de síntese, as reflexões dos trabalhadores se localizam entre as *normas antecedentes* da Psiquiatria, desde a *Era clássica*, a *Psiquiatria das Grandes Escolas*, à *Psiquiatria da Classificação Internacional*, além da *Reforma Psiquiátrica*. Esses saberes são confrontados com as condições de trabalho, conflitos de normas e a Psiquiatria real que se pratica no CAPS que, segundo nossas análises, resume-se num grande conflito de normas que ora reivindica uma dessas *Escolas*, ora a outra, porém, no real, os saberes naturais da composição de seu hibridismo foram prevalentemente demandados.

Na mesma composição dialética que presenciamos, há uma oposição entre, de um lado, os ingredientes de *tradição*, compostos por pontos negativos (a acomodação, a hierarquia de saberes e práticas, a centralização disciplinar) e positivos (*normas antecedentes* da Psiquiatria), onde a internação psiquiátrica hospitalar ocupa as duas posições. De outro lado, os ingredientes de *inovação*, ou seja, o trabalho multidisciplinar em equipe, a descentralização de saberes e a prática da Clínica da Referência.

Entre todos esses elementos em oposição, situa-se uma interrogação essencial – o que é ser substitutivo (ao manicômio e ao hospital psiquiátrico) e quais os ingredientes e dispositivos necessários para tal? O que é a Clínica e quais são as Clínicas que se praticam no CAPS?

Todos esses elementos são mobilizados dentro de uma polêmica maior: a lógica (anti)manicomial e a criação de serviços abertos, visando à construção de saberes de tipo novo e a transformação das realidades de trabalho.

6.6.1 Elementos ergológicos em debate

Se a Ergonomia (GUÉRIN, 2001) visa estabelecer uma relação entre o homem e o meio pelo viés da saúde, “a Ergologia amplia o exame, interessando-se pelos saberes construídos e pelas competências desenvolvidas pelo homem enquanto produtor – o que, aliás, continua no eixo da saúde no trabalho.” (DURRIVE, 2010, p. 295). É assim que promovemos uma análise deste GRT.

Desde a primeira seção, analisamos, junto aos trabalhadores, a complexidade da proposta de promover a substituição do hospital psiquiátrico frente a uma crescente precarização das condições de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central. Inicialmente, percebemos que os trabalhadores mais localizam o hospital psiquiátrico contra o CAPS (o fechado contra o aberto) do que relativiza um ao outro. No modelo aberto, há uma cultura psiquiátrica se (re)fazendo, um *gênero* plástico se constituindo em meio aos desafios de

articular o dentro com o fora, o social e o cultural, o psicológico e o social, o individual e o coletivo, porém, os trabalhadores pouco se movimentam com os usuários para fora da instituição. Há mais *projetos-ações* do que, necessariamente, atos concretos sendo realizados, salvo alguns poucos momentos de atividades coletivas.

A sociedade produz normatividades sobre a loucura e o CAPS III acolhe as demandas que chegam encarnadas pelos próprios usuários e seus familiares. Porém, o movimento e a expectativa da família ao procurar o CAPS, conforme percebemos no *trabalho real*, é pela presença do médico psiquiatra no acolhimento e não um TNS-psicólogo, por exemplo, o remédio químico e a internação integral e não parcial (assegurada no ir e vir do sujeito ao serviço). E a equipe responde com um processo de trabalho, idealmente embasado por princípios de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, mas, praticamente atravessado por um *trabalho real* marcado por inúmeras contradições, variabilidades, desvelando infidelidades de várias ordens no meio. Ou seja, precárias condições de trabalho, falta de infraestrutura para o acolhimento da crise, redução da quilometragem do transporte que faz a *Rota*, falta de medicamentos e conflitos de normas acerca da função do Técnico de Referência (TR) e da prática da Clínica da Referência. Uma situação de trabalho não somente desvelada pelo GRT, mas em todo o nosso processo de análise do CAPS ao longo da tese.

Quer dizer, produz-se a loucura, segundo normas externas, sociais, culturais, e a equipe responde, pelo menos em termos prescritivos, com um processo de trabalho diferenciado de inversão de valores, visando à descentralização e à *renormalização* de saberes e poderes – regras difíceis de serem sustentadas cotidianamente – mobilizando os saberes híbridos em Psiquiatria. Uma operação de difícil compreensão e aceitação pelos familiares. Especificamente, a Psiquiatria responde a essa demanda, visando estabilizar os conflitos, apresentando uma resposta tradicional, prevalecendo os aspectos naturais (a epistemicidade ergológica-1) aos humanos e sociais (a epistemicidade ergológica-2, 3 e 3bis).

Entre uma demanda e outra dos usuários, a Psiquiatria, representada não somente por psiquiatras, responde imediatamente com uma hipótese diagnóstica e prescrição de um medicamento que fazem parte do tratamento, porém, relegando para outros planos, muitas nuances importantes da experiência de vida e de sofrimento mental dos usuários.

A questão é que existem outras demandas insuportáveis que, segundo nossa compreensão, desafiam os dois modelos, ampliando a vulnerabilidade da situação que se apresenta, inclusive confirmadas pelos nove desconfortos de abertura da tese, em especial o primeiro. E isso exige que os trabalhadores apresentem decisões clínicas que ultrapassam o diagnóstico e a medicação, para atingir outras questões sociais, da escola, da vida afetiva, do

trabalho, do lazer, e outros, a partir da construção de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI).

Explicando melhor, no rol de saberes mobilizados, a Psiquiatria foi prevalente, porém seu hibridismo foi muito pouco explorado, ficando restritos aos saberes naturais e normativos (epistemicidades 1-2) da Psiquiatria da Reforma Psiquiátrica, segundo o planetário epistemológico da Ergologia. Quer dizer, acolhe-se usuários graves, cujos sintomas são, em sua maioria, socialmente construídos, e a Psiquiatria tende a traduzi-los em termos biológicos, apresentando seu projeto diagnóstico e medicamentoso. Uma resposta estável e tradicional frente à complexidade das situações e dos casos impossíveis. Percebemos uma tímida mobilização de aspectos sociológicos, culturais, filosóficos, fragilizando a qualidade da resposta frente à complexidade que se apresenta. Dentre os saberes psi, constatamos uma prevalência da veiculação de significantes psicanalíticos do que uma Psicanálise aplicada ao contexto, porém uma crescente argumentação da Terapia Ocupacional e da Assistência social em direção à Psicologia Sistêmica aplicada à abordagem familiar.

Durante as seções, compreendemos a história evolutiva desse *métier* depois dos 1970 frente ao SUS e às demandas do serviço público em oferecer uma resposta humanizada ao portador de sofrimento mental. O GRT nos permitiu compreender as mudanças de paradigmas de tratamento, bem como as nuances da atividade ao articular as *normas antecedentes* da Psiquiatria com as situações específicas. Dentro desse espaço-tempo, entre o *trabalho prescrito e o real*, o protocolar se fez presente, promovendo uma fragmentação do cuidado singularizado, bem como de coletivos antes existentes no início de implantação desse serviço. Essa reflexão pode ser demonstrada na dificuldade do grupo em promover o engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria. Diversos *projetos-ações* eram discutidos, inclusive presenciamos um ato bastante significativo de alguns residentes de Psiquiatria que, ao se deslocarem para o local do GRT, na rua, foram abordados pela indústria farmacêutica e lá recolheram amostras grátis de diversos medicamentos. O referido ato não gerou qualquer desconforto nos próprios residentes, nem mesmo nos membros do grupo que presenciaram a situação. Compreendemos a complexidade do ato e também não inserimos esse debate no grupo, respeitando o fluxo de reflexão do grupo.

Se por um lado, medidas protocolares se mostraram prevalentes, mesmo que no CAPS III haja um intenso conflito de critérios e normas, por outro lado, na última seção, o grupo apresentou uma construção coletiva de um caso clínico que, segundo eles mesmos, não corresponde ao atual momento de trabalho. Quer dizer, muito se faz e pouco se discute sobre o que se faz, não priorizando a discussão de casos clínicos.

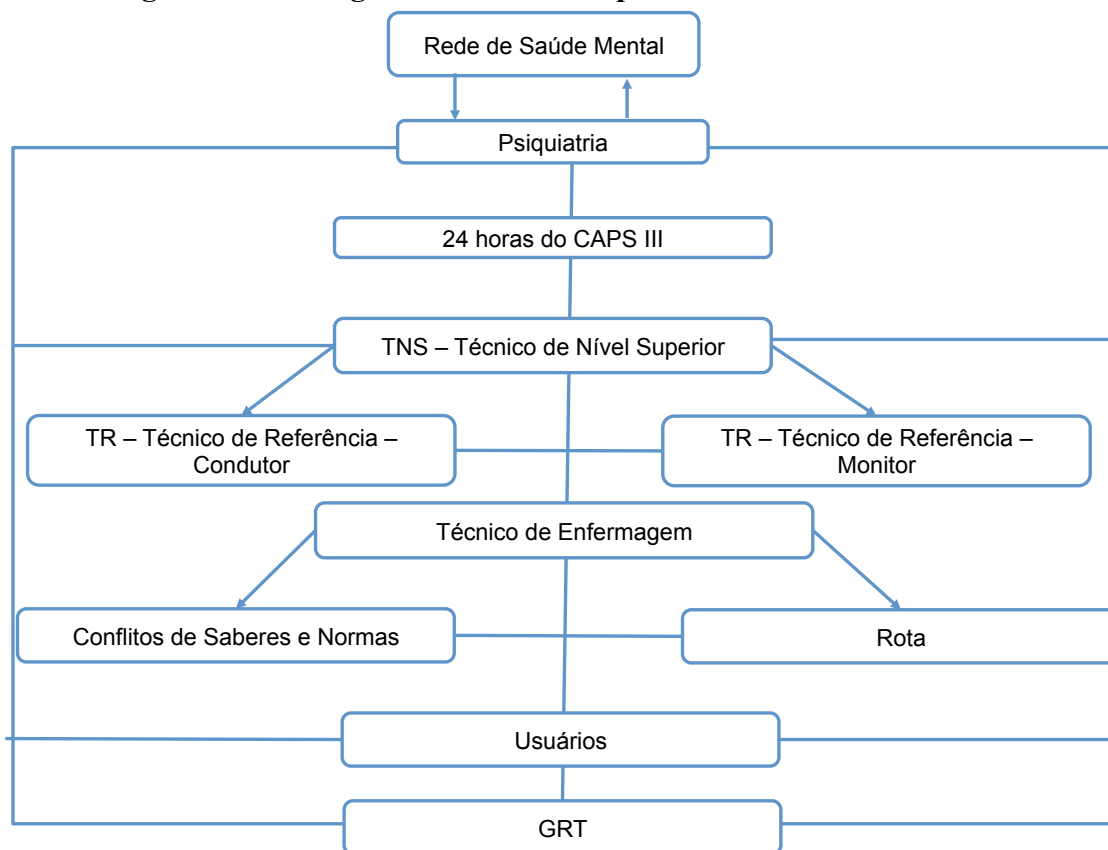
A proposta de apresentação do caso partiu de um enfermeiro, sendo aceita pelo grupo. Na vertente coletiva de construção do caso, participaram os seguintes trabalhadores: um enfermeiro (TR), uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um administrativo, uma auxiliar de farmácia, um auxiliar de enfermagem e um psiquiatra. Em termos de variabilidades do *trabalho real*, nesta seção do GRT, só estiveram presentes, o psiquiatra, uma auxiliar de enfermagem e uma terapeuta ocupacional que conduziu a apresentação do caso clínico, a meu ver, em forma de um gesto profissional em Psiquiatria. Tratava-se de um usuário bastante conhecido de toda a equipe, um sujeito emblemático do serviço, que compareceu no serviço pela primeira vez em 16/08/1994, encaminhado do Hospital Psiquiátrico Galba Veloso/Belo Horizonte e que, hoje, circula pelo CAPS III de forma bastante singular e ativa, ressignificando toda e qualquer teoria sobre loucura e o trabalho. Em síntese, reencontramos debates entre os aspectos de *tradição/inação*, além de uma outra composição – ideal/real, dentro do distanciamento entre *trabalho prescrito e real*. Percebemos uma construção coletiva da equipe à revelia de toda e qualquer variabilidade e *infidelidade do meio* real de trabalho. Toda a discussão girou em torno da problematização de como lidar, clinicamente, como um usuário psicótico delirante, visando respeitar a sua singularidade e incentivar a sua emancipação, uma vez que o mesmo encontrava-se cronificado na Permanência-dia (PD) do serviço.

Buscamos compreender a atividade psiquiátrica entre as seguintes instâncias: as *normas antecedentes* da Psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica e aquelas construídas pelos trabalhadores no *trabalho real*. Também, através da história e da dimensão subjetiva dos pontos de vistas dos mesmos, das dramáticas de *uso de si* por si e pelos outros. Um mecanismo que, idealmente, visa ressignificar esse debate, colocando o usuário no centro do processo de trabalho e apresentando a construção de casos clínicos coletivos, sem hierarquia e prevalência de qualquer saber-poder.

Porém, o que verificamos foi uma inversão de valores e a hierarquização da atividade, conforme a figura 15, ou seja, uma lógica descendente do psiquiatra ao usuário. Em síntese, a rede de Saúde Mental de Betim até 2011, contava somente com um CAPS III, 24h, o CERSAM Betim Central. Assim, as demandas que chegam são, em sua maioria, dirigidas ao psiquiatra. Idealmente falando, delega-se um TNS para cada caso e que funciona, segundo dois caminhos. Um deles, sendo TNS-TR monitor, aquele que monitora o caso, suas questões administrativas e práticas, sem uma orientação clínico-terapêutica definida. O outro, o TNS-TR condutor, aquele que, além de monitorar diversas situações, conduz o caso com uma evidente orientação clínica, na maioria das vezes, segundo os princípios da Psicanálise. O

fluxo da atenção se dirige em nível de demandas vindas dessas duas direções aos técnicos de enfermagem. Estes respondem às demandas, responsabilizando-se pela medicação, pelo banho, pela circulação dos usuários, organizando-os em momentos de refeições, pela contenção física quando demanda pelos TNS (psiquiatra ou não), além do trabalho na *Rota*. Uma atividade de grande complexidade e que acontece em três turnos, manhã, tarde e noite.

Figura 15 - Fluxograma de dados empíricos do GRT/Saúde Mental



Fonte: O autor em diálogo com os membros do GRT, 2014

O GRT não somente compreendeu esse processo, como ampliou esta configuração para os membros do grupo, confrontando-os com os princípios básicos da reforma de protagonismo do usuário neste processo. Apresentou-se também como um possível caminho de transformação e ressignificação deste processo. E isso depende do interesse do grupo. Ou seja, valorizando os pontos de vistas dos trabalhadores em geral e resgatando a centralidade do usuário nessa roda de significados e significantes. Uma reflexão que somente conseguimos realizar depois da apresentação do caso clínico na última seção.

Analisando esta situação, mesmo que os técnicos de enfermagem tenham sido pouco representados, localizamos pela primeira vez em nossas análises, no GRT, uma importante interrogação dos mesmos ao processo de trabalho do CAPS III, a partir da produção e

mobilização de seus saberes na equipe. Como se os mesmos ultrapassassem as tarefas prescritivas de promoção do cuidado e administração de medicamentos, em direção à escuta clínica dos usuários. Quer dizer, ao saírem do CAPS III em *Rota*, buscando usuários em casa para a PD e/ou medicando outros, diversos saberes são confrontados e convocados, recebendo pouca ou quase nenhuma visibilidade no coletivo.

Quer dizer, trabalhar é gerir a distância *prescrito e real*, as variabilidades e *infidelidades do meio*, e para isso não há regras, pois é a subjetividade e o corpo dos trabalhadores e usuários que se apresentam em confrontação. Ou seja, um *corpo-si*, biológico, espiritual, (in)consciente, um corpo que se subjetiva e objetiva nas situações de trabalho em movimento. Porém, na ausência de *reservas de alternativas e margens de manobras* movimentando essa distância, o trabalho tende a se mostrar protocolar, reduzindo as possibilidades de criação e invenção do novo na atividade. O indivíduo no trabalho se adapta de acordo com o uso que faz de seu *corpo-si*, os debates que faz consigo mesmo, ou seja, a sua História de Vida na história do outro e do serviço.

Entre os processos de *tradição e inovação*, localizamos diversos pontos de visibilidade e penumbra da atividade. Situação esta que requer um trabalho intenso da equipe consigo mesma e na relação com esses possíveis processos de trabalho. Percebemos um grande conflito de normas e critérios internos de trabalho e que reflete uma certa desordem nos processos cotidianos de trabalho e uma fragilização da inserção do CAPS no cenário sociocultural das cidades e do país. Como se o serviço enfrentasse de forma solitária as demandas vindas do social sem intermediações, reflexividades, restrições e em regime de portas abertas. Frente a esta situação, deparamo-nos com um mecanismo de “fazeção” para responder às prescrições de trabalho e à enorme complexidade da demanda com o mínimo de recursos necessários. Além da sobrevalorização de mecanismos ideológicos saudosistas do início da implantação da Reforma Psiquiátrica, localizando o serviço aberto do lado do bem e o fechado do lado do mal. Neste sentido, percebemos o CAPS III/CERSAM Betim Central mais voltado para os processos normativos das tarefas a cumprir do que renormalizando e transformando situações complexas e insuportáveis de trabalho.

Várias questões surgiram em forma de denúncia e/ou desabafo frente às variabilidade e infidelidades do serviço público e às condições materiais e concretas de trabalho. Disseram os trabalhadores que sempre que se viabiliza um espaço de circulação livre da palavra como este do GRT, pouco se fala de fato das dificuldades de enfrentamento das condições reais de trabalho. Denuncia-se situações, pouco apresentando como soluções concretas.

Questionaram que as reuniões de equipe são uma verdadeira utopia, que se precisa deixar de “amassar barro” e tomar a decisão certa no momento certo; que os usuários graves ou se encontram contidos nos leitos e medicalizados ou pulam muito os muros do CAPS III e que, inclusive, houve até quem quebrasse os pés numa tentativa de fuga. Disseram também que existe uma clientela de usuários de múltiplas drogas que ainda circulam de forma desordenada na rede, entre a sociedade e o hospital psiquiátrico em Belo Horizonte, à revelia da existência de CAPSad – álcool e outras drogas. Denunciaram que o CAPS é um serviço feio, que já esteve bonito há cerca de quinze anos e que os usuários muitas vezes tomam banho com água fria porque o chuveiro estraga com frequência e ninguém arruma.

A prevalência do trabalho protocolar no CAPS III não só explica a perda de rumo da missão original desse serviço em romper com o manicômio, as práticas asilares e fechadas de tratamento, bem como objetifica o cuidado com o usuário, reduzindo-o aos sintomas que os mesmos apresentam e antecipando uma resposta medicamentosa para a maioria. Situação esta que reforça o empobrecimento da clínica evidenciado pelo segundo desconforto de abertura da tese, anunciando a ruptura de coletivos em pequenos grupos isolados ou coleções de trabalhadores: os grupos de psiquiatras, de técnicos de enfermagem e dos TNS não médicos.

O GRT desvelou uma série de enigmas da equipe, de estratégias individuais e coletivas de defesa, inclusive ideologias defensivas, tentando localizar, de forma inclusive paranoica, no outro, os motivos das más condições de trabalho. Neste momento, tentamos esclarecer ao grupo o conceito de *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes* (ECRP's) na intenção de resgatar saberes e práticas construídos coletivamente ao longo da história. Porém, não houve repercussão, antes grandes períodos de silêncios na verbalização. Nestes momentos, percebemos o espaço-tempo da obscuridade e da possibilidade da criação. No último caso, acompanhamos o movimento de um técnico de enfermagem em verbalizar o ponto de vista de sua atividade. A dúvida por ele apresentada era se seu discurso, de fato, poderia ou não contribuir com o coletivo. Mesmo sentindo-se desamparado, sem muita confiança em si mesmo e no outro, ele apresenta seu discurso e suas ações vão se fazendo presentes, como se o GRT funcionasse como um dispositivo de ocasião de palavra e de *validação/deliberação* de suas condutas, seus atos, preparando um gesto profissional que brevemente apresentaremos.

Percebemos uma tímida confiança e cumplicidade entre os trabalhadores, condição necessários à criação de ECRP's. Neste sentido, assistimos momentos de verbalização significativa, porém nossa impressão era que os trabalhadores falavam de um lugar solitário, de um debate de si consigo mesmos somente, sem qualquer diálogo dentro e fora da

instituição. De um lado, a prevalência de um discurso saudosista – presentificando um passado que deu certo. Por outro lado, uma desmotivação, traduzindo um processo de *evolução de demanda em sobrecarga* de trabalho, gerando resistência, desistência, abandono e alta rotatividade não somente de psiquiatras, conforme evidenciei no mestrado.

Um discurso repetitivo se fez presente acerca de ter que fazer muito com pouco recurso em praticamente todas as seções do GRT, desvelando-nos a dialética do local e do global, do senhor e do escravo – uma idealização contra um assujeitamento do trabalhador ao *trabalho real*. Se há um sofrimento no discurso e, mesmo se sentindo desrespeitados em seus espaços micro de desenvolvimento da atividade no serviço, não evidenciamos uma luta coletiva concreta por qualquer tipo de reivindicação, mas nos surpreendemos quanto à proposição na última seção de apresentação de um caso clínico para finalizar o GRT.

Ao contrário, o que se percebe é uma inércia dos trabalhadores frente às precárias condições de trabalho, aos baixos salários, à falta de medicamentos, alimentação de baixa qualidade, pouco investimento político dos gestores locais. Em contraposição, a cobrança dos gestores pelo preenchimento de instrumentos quantificadores da produção. Situações estas que expõem o CAPS, não somente este no Brasil, às críticas severas de organizações, entidades psiquiátricas, declarada ou veladamente contra a Reforma Psiquiátrica.

Em outro sentido, a Ergologia nos apresenta um “espaço social tripolar”, constituído pelos polos da gestão individual, da politeia e do mercado, reconfigurando um debate entre os valores singulares dos trabalhadores, a loucura, a cidade e a sociedade mercantil. Um espaço que não pode se congelar numa única posição que, ao invés de possibilitar a controvérsia, isolaria o indivíduo e o CAPS em suas próprias questões, impedindo a circulação da palavra de forma coletiva na atividade. Uma situação traduzida nos silêncios que constatamos no curso da verbalização do GRT, explicando-nos uma crise na organização institucional do CAPS. Quer dizer, para sair da posição de queixa (que coloca sempre o antes em contraposição ao agora), o caminho seria instigar a equipe a rever os protocolos e normas de funcionamento coletivo do serviço. Não se trata de só contestar as normas vigentes, mas problematizar os antecedentes, transformando-as no aqui-agora, visando à produção de outras frente ao insuportável que se apresenta.

Compreendemos que esta operação exige um retorno à atividade e à incorporação de processos de ressignificação e transmissão da experiência, repensando espaços de abertura ao diálogo, de circulação de saberes internos e externos. Dizemos dos processos de ergoformação, onde os saberes psi da Saúde Mental e da Psiquiatria sejam protagonistas juntos à produção de conhecimento pela experiência. As reflexões da formação/transmissão

reclamam um mecanismo de consideração e divulgação de maneiras coletivas e diferentes de fazer a mesma coisa. Um espaço que não visa opor um ato criativo ao não inventivo, mas procurando neste percurso a dimensão criativa que se encontra implícita em todo agir humano (JOAS, 2008). Quer dizer, é a linguagem que permite a passagem do conceito à experiência e vice-versa. Graças à linguagem, a *renormalização* individual e coletivas, singular e universal são possíveis. Dizemos do processo ergológico de *desaderência* para a produção de novos conceitos e saberes que circulam e, em seguida, uma devolução em nível de *aderência* ao real.

O referido GRT contou algumas vezes com a presença do gerente que se mostrou bastante disponível e coletivo em contribuir, porém, no final, tivemos a impressão da necessidade de ampliar o GRT para toda a rede de Saúde Mental, extrapolando o CAPS III/CERSAM Betim Central e com representantes de cada serviço, inclusive da Secretaria Municipal de Saúde e da Referência Técnica de Saúde Mental do município.

A segunda etapa diz respeito ao próprio processo de gestão do GRT: a organização da equipe de pesquisadores, a função do animador, bem como a interlocução com a equipe do CAPS III/CERSAM Betim Central, a partir do grupo de pesquisadores.

6.6.2 Cumprindo proposições e apresentando propostas

Assim, teríamos, de fato, realizado um GRT, segundo os moldes da proposição teórico-metodológica da Ergologia? Segundo as diretrizes para a criação de um GRT, há três fases importantes: “confrontar-se com um novo conceito – atividade; exercitar-se na construção de um ponto de vista argumentado; confrontar os saberes.” (SCHWARTZ, 2000, p. 312-316). Por um lado, cumprimos grande parte desses objetivos, mesmo que não tenhamos fornecido aos membros do grupo, de forma satisfatória, uma maleta de ferramentas teórico-ergológicas para tal. Porém, não houve uma confrontação aos saberes híbridos da Psiquiatria de forma explícita.

Perdemos momentos essenciais e importantes de apresentar conceitos ergológicos argumentados, fazendo uma inter-relação entre a experiência, os *saberes investidos e constituídos*, preparando a produção de novos saberes e projetando transformações no processo de trabalho. Por outro lado, os diversos silêncios do grupo antes de apresentarem seus pontos de vista, desafiaram a nossa compreensão, desvelando, concretamente, os enigmas da atividade. Ou seja, aquilo que se mostra invisível, aparentemente, no trabalho em equipe, inclusive no campo da Saúde Mental, da Psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica e que merece maior investigação.

Com relação ao trabalho do animador, este foi compartilhado pelos membros da organização. Em nosso método de pesquisa, apresentamos cinco determinações para este trabalho. Porém, na experiência prática de realização do GRT, confirmamos a distância entre aquilo que se prescreve e aquilo que, de fato, conseguimos efetivar. O trabalho da escuta clínica da atividade mostrou-se um grande desafio para o trabalho no GRT, especialmente para o animador.

Consideramos necessária uma continuidade do trabalho iniciado neste GRT, a partir dos seis encontros realizados, a fim de avançar e aprofundar em questões levantadas. Porém, isso vai depender do interesse e investimento da equipe em conseguir se interrogar em seu próprio percurso e frente às várias *infidelidades do meio*, inclusive a insuportabilidade dos casos impossíveis.

Apresentamos, então, algumas proposições reflexivas decorrentes da experiência do grupo:

- a) Sugerimos a presença de um TNS na *Rota* de transporte de usuários, não necessariamente abdicando da presença do técnico de enfermagem, mas para sustentar e qualificar as tomadas de decisões, possibilitando que estas e os saberes nela mobilizados cheguem à reunião de equipe e ao coletivo de trabalho;
- b) Sugere-se a viabilização de um radinho, ou um celular, para o trabalhador que estiver na *Rota*, a fim de que o mesmo possa fazer contatos imediatos com o plantão e compartilhar os acontecimentos e as decisões clínicas tomadas e a tomar;
- c) Retrabalhar alguns conceitos teórico-práticos: Clínica, TR e PTI – e que foram recorrentes nos seis encontros e que ressignificam a originalidade do trabalho e a missão do CAPS III;
- d) Criar dispositivos práticos de circulação da palavra entre os usuários, os familiares, os trabalhadores, convidando a comunidade a entrar no CAPS III e (re)conhecer as verdadeiras condições de trabalho e a complexidade da proposta de funcionamento deste serviço e o projeto clínico ampliado da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial;
- e) A criação de um *Comitê de Pilotagem*²⁴⁶ para a regulação da atividade;

²⁴⁶ Uma contribuição da Clínica da Atividade (2010) que, ao longo de sua teorização propõe o fortalecimento de uma comissão já existente de regulação dos processos micro e macro de trabalho. Por outro lado, trabalhar a criação do referido comitê ou comissão lá onde ainda não existir, como resultado da intervenção realizada no *métier* pelo GRT – uma maneira de promover a controvérsia e dirigi-la no horizonte, fazendo frente aos

- f) Desenvolver um mecanismo de *ergoformação* (continuada) entre os trabalhadores e em tempo real de trabalho, onde os próprios trabalhadores possam ser os protagonistas e formadores de opinião – viabilizando trocas de experiências e competências na atividade. Também, a inclusão da Residência Multiprofissional e de Psiquiatria neste processo de formação da equipe em tempo real de trabalho;
- g) Propomos também a inclusão de um *ergoformador* como supervisor (clínico) da equipe?
- h) A proposição de um GRT *Ergopsiquiátrico* para se discutir a construção do *caso clínico* e outro com a presença do usuário para que ele possa contar a sua experiência de sofrimento, de tratamento e participar das discussões acerca das condições de trabalho do CAPS.

Com respeito às duas últimas proposta, ampliamos algumas argumentações, fornecendo explicações acerca da *ergoformação*. Percebemos uma fragilidade da equipe em sair do discurso e entrar na proposição de decisões efetivas de transformação, o que, em nossa opinião, requer a contribuição de um terceiro olhar clínico-formador de opinião. Dizemos de um processo de formação prática em movimento, contextualizada ao CAPS III/CERSAM Betim Central, com e a partir de sua história, considerando a experiência trabalhadores e valorizando a relação que estes estabelecem com o meio. Quer dizer, todo trabalhador, seja ele de qualquer especificidade, é considerado como um ator desse processo de formação, mobilizando seus *saberes investidos* e articulados *com os saberes constituídos/acadêmicos*.

Em nossas análises do *trabalho real*, os trabalhadores criticavam a hegemonia da Psicanálise como orientação clínica, tanto na construção, quanto na condução e supervisão de casos clínicos. Percebemos uma contradição, uma vez que a equipe verbaliza essas críticas e é a mesma equipe que, no momento de escolher possíveis nomes de supervisores, nomeiam psicanalistas para este trabalho. É dentro deste contexto que apresentamos a nossa proposta de um ergoformador como possibilidade de supervisor para a equipe, inclusive, de casos clínicos em parceria com outro um animador/conhecedor específico do assunto da clínica em Saúde Mental e Psiquiatria.

Na linguagem ergológica, o ergoformador visa lidar com as variabilidades, imprevisibilidades e *infidelidades do meio* de forma a “permitir a uma pessoa adquirir os meios de gerir uma situação que muda sem cessar.” (DURRIVE, 2010, p. 301). Um

diversos organismos, responsabilizando-os frente aos aspectos do *trabalho real* e o endereçamento social – um mecanismo de *renormalização* individual e coletiva da/na atividade.

mecanismo que parte de um olhar duplo. Primeiro para a generalidade da situação, de toda forma de antecipação daquilo que pode se passar no serviço, inclusive reconsiderando as *normas antecedentes* e aquelas que os trabalhadores constroem em equipe. Também, um olhar que considera o acúmulo de vivências, experiências, ou seja, a história singular dos usuários e a história do CAPS III, uma vez que “Cada situação de trabalho é objeto de uma dupla leitura: as instruções e as oportunidades. A progressão vem deste método para enquadrar a atividade, tirar o melhor partido da experiência, por menor que ela seja” (DURRIVE, 2010, p. 301).

Quanto à produção e mobilização de saberes no espaço micro em inter-relação ao macro coletivo social, podemos dizer que o GRT propiciou e presenciou momentos de grande tensão e circulação de conhecimentos. Não conseguimos afirmar que em seis seções de GRT tenhamos possibilitado a produção de novos saberes e a transformação de processos de trabalho. Compreendemos que o GRT apresentou à equipe um instrumento diferenciado de análise do *trabalho real* também, partindo da atividade e seus conflitos.

Durante os seis encontros de GRT e as reflexões acima, diversos *projetos-ações* se fizeram presentes, porém uma inércia quanto à proposição concreta de atos. Relativizamos alguns momentos que consideramos importantes, localizando a *Rota* não somente como um espaço clínico entre a *tradição* e a *inovação*, mas também como lugar instituinte da possibilidade de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria.

6.6.3 A Rota - um espaço-tempo clínico em construção entre a tradição e a inovação

Deparamo-nos com a *Rota*, inicialmente, no processo metodológico de observação do *trabalho real*, aproximação e compreensão das atividades dos trabalhadores, nas reuniões de equipe e, em última instância, foi no GRT que compreendemos toda a sua importância e complexidade no processo de trabalho do CAPS III/CERSAM Betim Central. Segundo nossa pesquisa, no Brasil, desconhecemos outro processo de trabalho em serviços dessa ordem que contam com esta *Rota* no período noturno. Um espaço-tempo de grande circulação de saberes de toda ordem, inclusive psiquiátricos. Momento em que os técnicos de enfermagem são chamados a movimentar seus *ingredientes de competência da atividade (IGR's)*, ou seja, a tomada de decisão certa na hora devida (IGR-3) frente aos *saberes acadêmicos* (IGR-1) e aqueles *investidos* (IGR-2). Assim, se durante o dia, ela gera polêmicas, à noite os conflitos se ampliam, mediante o aumento das variabilidades e infidelidades dos ambientes visitados na cidade, complicando a tomada de decisão.

Se por um lado, a *Rota* é um trabalho mecânico - que sobrecarrega física e psicologicamente os técnicos de enfermagem -, por outro, ela desvelou todo o seu potencial e oportunidade de se praticar uma clínica diferenciada. Um termômetro concreto para avaliar o trabalho no CAPS III, pois é possível localizar nela um lugar real de conflitos e *debates de normas* entre os aspectos da *tradição* e da *inovação*, a clínica e a produção de saberes em tempo real de trabalho.

Ela sempre nos interroga sobre a dificuldade. **Os técnicos de enfermagem nos falam sobre os problemas, a grande demanda e ainda destacam que alguns pacientes não precisam desse tipo específico de serviço. É a clínica que avalia se o paciente precisa ou não, assim, a rota nos mostra se a clínica está sendo eficiente ou não...** definir a clínica é difícil e abstrato. Quais os pontos que a gente precisa avaliar para ser substitutivo? (Mateus, destaques nossos).

Betim é uma cidade entrecortada por bairros isolados, perigosos e violentos, onde o elemento droga amplia a vulnerabilidade da atenção, a delinquência e a periculosidade, aumentando o risco, inclusive em bairros mais distantes e violentos, onde os trabalhadores precisam tomar decisões num ambiente bastante infiel. Mas, sob quais aspectos e parâmetros as decisões são tomadas? Trata-se de uma interrogação essencial para a proposição de *projetos-ações*, a realização de atos, inclusive o engendramento de gestos profissionais.

Pelo que compreendemos através do GRT, os técnicos de enfermagem agem muito mais em função de seus *saberes investidos* e intuitivos do que aqueles *acadêmicos*, constituídos do campo da Saúde Mental e da Psiquiatria. Quer dizer, qual o domínio dos mesmos acerca dos saberes em Psiquiatria, da Psicologia, da Psicanálise, da Terapia Ocupacional, da Assistência Social, além do cuidado como premissa básica da enfermagem? Percebemos também que na divisão de tarefas, eles trabalham muito sozinhos e distantes do suporte técnico da equipe e que, mesmo assim, diversos saberes psiquiátricos e *investidos* são ali mobilizados e que precisam ser mais amplamente compartilhados, trabalhados e incorporados na equipe.

Segundo a fala de uma técnica de enfermagem no GRT, as reuniões de equipe foram nomeadas como “um amassa barro” - onde muito se discute e pouco se resolve e decide - inclusive que existe uma “muralha” entre os técnicos de enfermagem e o resto da equipe.

A muralha de Berlim... então, eu tô ouvindo tempo todo, eu falo do sangue do meu sangue... do dia, da noite... **e a enfermagem tem muitas questões que ela não traz para a equipe, nem para o gerente, muitas vezes, se sentem diminuídas, o que falam não se leva pra lugar nenhum... acha que não tem saberes, a enfermagem tem um saber muito próprio...** (Técnica de enfermagem-GRT, destaques nossos).

Em outro sentido, entre os saberes produzidos em *Rota* e a incorporação dos mesmos aos saberes coletivos da equipe, os técnicos de enfermagem não recuaram da situação, apresentando-nos todo um elenco de *ingredientes de competência e renormalizações* possíveis, e que merecem análises mais amplas em outros momentos. Não se trata de forçar o rompimento desta “muralha” a qualquer custo para que os saberes produzidos em *Rota* cheguem à equipe, mas sim criar estratégias de visibilizá-los, sendo o GRT um bom exemplo.

Por exemplo, dentro do transporte (e nós estivemos presentes durante a pesquisa de campo), os usuários conversam, enquanto outros deliram. Neste sentido, o corpo do técnico de enfermagem é solicitado nesta operação clínica. Uma postura que requer não somente a intuição e o desejo, mas também um certo domínio de alguns conceitos importantes no campo da Saúde Mental e da nosologia em Psiquiatria. Compreendemos que os técnicos de enfermagem realizam um trabalho clínico, apresentando estratégias aqui-agora de regulação da atividade, relacionando com o usuário de um outro lugar que não exatamente psi, mas também mobilizando saberes desta e de outras ordens ao relacionarem com o usuário e o delírio de forma destituída de valores morais.

Percebemos que eles utilizam de seus percursos históricos e culturais de vida como elementos de proximidade e abordagem à loucura. Se por um lado, há um discurso de que muitos deles são desprovidos financeira e culturalmente - submetendo-os a uma posição de receber ordens de superiores em nível de *sale boulot* (LHUILIER, 2002a; 2005) -, essas mesmas condições nos pareceram também favoráveis à criação de novas possibilidades de trabalho, inclusive de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria.

6.6.3.1 Um gesto profissional em Psiquiatria entre a delegação e a inclusão de um *sale boulot*

Entre o pensamento e a fala, partimos de uma concepção social, histórica e cultural da mente, onde a linguagem opera um sistema simbólico, mobilizando as funções psíquicas, conforme apresentamos na dimensão semiótica do gesto profissional.

Apresentamos o *processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria*, onde a linguagem instiga o desenvolvimento da consciência individual, social e cultural. Um processo de ir e vir entre uma posição e outra na atividade, possibilitando o agir humano entre o pensamento e a fala. Um pensamento se organizando, operando na economia psíquica, cuja fala exerce um papel de compartilhamento de projetos de ação, tornando mais presente ainda o presente de forma concreta e histórico-cultural, trazendo acontecimentos passados,

debatendo-os, projetando o futuro. Trata-se de um pensar sobre o pensamento, modificando seu curso, como se coisas desconhecidas dirigissem a ação, modificando seu percurso.

Dizemos de um *projeto-ação* no sentido mendeliano e realizado em atos de fala concreta, objetiva e subjetiva, de verbalização aqui-agora, promovendo o desenvolvimento do ser humano na e em atividade, uma vez que o homem pode ultrapassar a tarefa que lhe é confiada. Um debate que reivindica a interseção teórica entre o pensamento de Vygotski (2004, 2005, 2008, 2014), as Clínicas do Trabalho, a Psiquiatria e a *Philosophie du geste*, segundo Guérin (2011), reivindicando o gesto do pensamento, conforme teorizamos.

6.6.3.1.1 O projeto-ação e a aparição do invisível

Logo depois da primeira seção do GRT, de volta ao CAPS III, encontro Cazuzu, um técnico de enfermagem do serviço e lhe faço o convite de participação no grupo, alegando ser este dispositivo um lugar especial e adequado para ele dizer à equipe aquilo que ele precisa dizer, uma forma de externalizar o pensamento em falas. Inicialmente, ele recua e, alguns dias depois, apresenta-se, inclusive, com uma série de questionamentos.

Ele denunciava a crescente distância entre os técnicos de enfermagem e o resto da equipe de trabalhadores, que a *Rota* não era um trabalho visto e valorizado e que os saberes por eles construídos neste processo também não eram incluídos no coletivo de trabalhadores. São queixas que concernem à grande maioria dos técnicos de enfermagem. Quer dizer, a eles são demandadas diversas tarefas, porém, a produção e o produto final de seus trabalhos permanecem na invisibilidade.

Valorizando sua experiência no serviço, em especial na *Rota*, além de ressignificar minha posição de *ergoformador* e pesquisador, escuto seu *desconforto intelectual*, a priori, em sua “atividade interna”, ou seja, o “invisível”, mas largamente responsável pela eficácia no trabalho. É, de alguma forma, aquilo que se passa na cabeça, no pensamento do trabalhador.

Compreendemos que esses desconfortos faziam parte de seu *projeto-ação* de querer transformar essa realidade, mas sentia-se arremido e com receio de ser mal compreendido e interpretado pelos colegas de trabalho em suas falas. Ele comparece em três seções, expondo aos poucos o seu *projeto-ação*, propondo, a partir de sua atividade, um movimento revolucionário no *métier* da enfermagem do CAPS, mobilizando seus pares de dentro e de fora do serviço, reivindicando a clínica em movimento. Trata-se da seguinte proposição: “[...] se retirar do trabalho e retornar em seguida, sem cessar, para torná-lo formador. É um ir e vir

permanente que deve ser instaurado entre os tempos de engajamento na ação e os tempos de distanciamento, para refletir e tirar os ensinamentos vividos.” (DURRIVE, 2010, p. 299).

Apresentamos o *processo de engendramento de um gesto profissional em Psiquiatria*, construído na interseção de múltiplos saberes já cristalizados no serviço e outros circulando em *Rota*, demandando a visibilidade.

Na primeira seção do GRT, a partir de uma troca de experiências, Cazuzza foi aos poucos verbalizando suas angústias, seus medos de se mostrar, de estar “fazendo papel de ridículo na frente dos colegas do grupo”. Talvez ele estivesse também se despedindo de seu percurso de trabalho no CAPS III, instigando minha posição de escuta frente às dramáticas de sua atividade. Uma postura clínico-ergológica de ajuda e respeito, a fim de que ele pudesse colocar em palavras aquilo que ele viveu e ainda vivia no trabalho, uma vez que “o ponto de vista de cada um sobre seu próprio trabalho não está nunca totalmente pronto para ser comunicado.” (DURRIVE, 2010, p. 296). Um processo que requer ser trabalhado internamente para ser externalizado.

Neste percurso, sua atividade começou a sair da clandestinidade, entrando num mecanismo de visibilidade, frente à sua tomada de posição e vontade de verbalizar suas competências e saberes, visando incluí-los na equipe.

Aos poucos, ele vai apresentando seu investimento e intencionalidade em sua linguagem, mostrando ter coisas novas a dizer sobre seu trabalho. Como se aquilo que estivesse na penumbra de sua atividade e de seu *projeto-ação*, fosse se desmembrando e desvelando em materialidade e concretude - o que o deixou mais seguro de si para ir à segunda seção do GRT. Não tive outra opção, senão apresentar também o meu investimento enquanto trabalhador, pesquisador-clínico, agora *ergoformador* de opinião, “cujo papel é permitir à pessoa que ele acompanha em suas aprendizagens construir questões, colocar em perspectiva aquilo que pareça à primeira vista uma aflitiva banalidade [...]” (DURRIVE, 2010, p. 307).

Cazuzza apresenta seu *projeto-ação* que vai se mostrando mais claro em várias etapas, refletindo e dizendo de forma contundente sua indignação em não ser ouvido pela equipe em seus posicionamentos. Compreendi que ele tentava sair da posição de queixa-conduta para se colocar como sujeito de sua produção de saberes e fazeres, problematizando a atividade. Enfrentando obstáculos, as dramáticas de seu *corpo-si* se faziam presentes em forma de angústia, inquietação psíquica, traduzindo o processo de engendramento de seu gesto profissional em Psiquiatria.

6.6.3.1.2 Silêncios e atos concretos de verbalização

Ao longo das seções onde ele esteve presente, deparamo-nos com grandes silêncios, onde ninguém se dispunha em ocupar. Quer dizer, o que estaria detrás destes momentos? Um espaço-tempo de obstáculos e oportunidades, um desafio posto para qualquer metodologia, inclusive para as Clínicas do Trabalho. Acompanhamos o seu *projeto-ação* sendo realizado em atos concretos e subjetivos de verbalização, uma vez que Cazuza não se calava frente aos desconfortos desses silêncios.

Eram verbalizações de difícil compreensão para o grupo, uma vez que dizia de um *debate de normas* interno e de valores sem dimensão, considerando que as pessoas, frente às situações de vida e de trabalho, “discutem sobre os valores, escolhem entre os valores... Conflitos de valor, e escolhas de valor, ocorrem sempre... mesmo que os termos da escolha e daquilo que a pessoa escolhe sejam social e culturalmente determinados (THOMPSON, 1981, p. 194). Escutamos que em seu texto, além das queixas acima apresentadas, ele denunciava com indignação a Psiquiatria que se pratica no CAPS, segundo ele, muito voltada para a medicalização da loucura. Demandava também a inclusão dos saberes de seus colegas de trabalho, o porteiro, a copeira, o recepcionista, por exemplo. Cada verbalização era um ato em realização, complexidade e argumentação aqui-agora de seu estilo de pensar e trabalhar.

Segundo os princípios da *ergoformação*, “aquilo que resiste à comunicação, é essa famosa “atividade interior” que é muito pessoal, evidentemente.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Situação que requer um tempo para que emergja o ponto de vista da atividade. Dentro deste espaço-tempo, ele se pronunciou diversas vezes, expondo seus desconfortos e problematizando os diálogos que se faziam em várias direções, sempre tentando realinhar o seu discurso, ocupando e qualificando os espaços de silêncios em seus pontos de vistas.

Em termos de *debates de normas* em múltiplas dimensões do gesto profissional, a semiótica se fez presente na linguagem e no discurso inflamado e prático em sua tentativa de engendrar um *gesto profissional em Psiquiatria* de reivindicação. Uma produção em conflito de normas, tentativas de *renormalizações*, mobilizando suas dramáticas do *uso de si* por si e pelos outros. Esclareceu-nos a existência de um desamparo muito grande do trabalho na *Rota* que, segundo ele, nada difere do trabalho do porteiro e da copeira. Defendemos a posição de que esses lugares de delegação são locais onde a clínica também acontece, porém de forma diferente, conforme as palavras abaixo:

Achei interessante é a questão da copeira, do pessoal da portaria e da enfermagem... Aí eu lembrei do resto todo. **E o pessoal da portaria tem uma clínica sim, é, tanto que o paciente chega com uma demanda pra ele, que alguns da portaria conseguem...** Por exemplo, o cara fala assim “olha, eu quero sair daqui” e aí ele pega o porteiro como uma referência, porque é ele que tá com a chave. Então, ele “tendo” com a chave, ele vai abrir o portão e ele vai sair. Só que o porteiro fala assim “olha, eu não posso, eu até gostaria que “ocê” saísse... se eu pudesse, mas eu tenho que pedir autorização pro seu profissional, pro seu médico, pra poder liberar “ocê”. Aí já vai juntando a questão da equipe, né, que o porteiro entra na colaboração. (Cazuza, destaques nossos).

Quer dizer, quais os saberes mobilizados pelos técnicos em e na *Rota*? Da mesma forma, quais os saberes mobilizados pelo porteiro, pela copeira? Investigamos a situação e encontramos uma problemática enorme entre essas três categorias, protagonizada pelos técnicos de enfermagem ao reivindicarem um lugar de escuta na equipe, incorporação de seus saberes e processos de trabalho. Porém, não tivemos tempo hábil para promover uma análise mais criteriosa dessa situação. Mesmo em estado de *sale boulot*, de delegação ao outro daquilo que não é nobre e tentativa de negatização da atividade, de estar submetido a uma hierarquização de ordens e produção de saberes psicossociais, este é um lugar não somente de submissão, mas também de oportunidade de desvelamento de potencialidades e criatividade no momento do agir e da *renormalização*. Um espaço-tempo instituinte da novidade, da criação, inclusive de luta por reconhecimento, segundo Honnet (2003).

6.6.3.1.3 Atos de escuta clínica e de incorporação de saberes

Focamos a irreverência de Cazuza em seu pensamento, suas ações e atos, escutando-lhe, inclusive na direção de melhor compreender a clínica real que se pratica no CAPS III. Em suas palavras, ele nos apresenta uma *clínica da vida*, mobilizando saberes do viver, de mundo, da intuição, de estar próximo do usuário, mobilizando suas Histórias de Vida, em sendo frequente os encontros e as conversas sobre a vida afetiva, profissional, familiar, etc.

Os técnicos de enfermagem realizam ações que vão desde o banho diário até à medicação três ou quatro vezes por dia, de acompanhar o usuário entrar e sair da crise, sempre conversando e intervindo em momentos de crise. Ou seja: “e eu, como trabalho na enfermagem, sinto até mais privilegiado, não sei, porque a gente tem mais contato com o usuário, mas porque a gente tem oportunidade de conversar, de dar um banho nele, de cuidar mais...” (Cazuza). Saberes de quem, possivelmente, já sofreu ou apresenta algum sofrimento psíquico? Esta foi uma hipótese que nos ocorreu no curso de seu gesto profissional. Trata-se da experiência de sofrimento e que não diz respeito a um discurso *psi, estrito sensu*, já estabelecidos em normas e reconhecidos pelo coletivo de trabalhadores. Dizemos da

mobilização de saberes que se mostravam na penumbra de sua atividade e que foram se tornando visíveis em complexidade ao longo de sua verbalização.

Em suma, Cazusa nos apresenta a sua atividade, conseqüentemente, seu *debate de normas*, suas *renormalizações* e as dramáticas de seu *corpo-si*, sua subjetividade. Em outras palavras, seus *saberes investidos* e que lhe suprem de *reservas de alternativas* possíveis para se antecipar e apresentar escolhas e decisões de forma sempre renovada, mobilizando os seis *ingredientes de competência da atividade* (IGR's) em graus variados de necessidade e contexto.

Em termos ergológicos, o caminho seria ajudá-lo, orientá-lo em seu *projeto-ação*, possibilitando, viabilizando e sustentando sua posição no GRT, contribuindo com o mesmo na articulação de seus pensamentos, seus desconfortos e mobilização de seus *saberes investidos* com aqueles *constituídos* dentro do campo da Saúde Mental e da Psiquiatria. E ele mesmo nos dizia que precisava estudar e compartilhar seus saberes sobre o conceito de esquizofrenia e como lidar com usuários desse tipo, por exemplo, segundo sua experiência. Nossas análises são um tanto limitadas porque não realizamos uma entrevista em profundidade com Cazusa para melhor compreender as nuances de sua atividade, evidenciando, concretamente, seus saberes, somente o escutamos nos GRT's.

Ele tece críticas contundentes frente à distância dos TNS's com respeito ao trabalho da *Rota*, em especial aos psiquiatras. Dizia que até compreendia esse desconhecimento, uma vez que o *trabalho real* da *Rota* nunca foi por eles visitados. E isso nos faz entender que seu gesto profissional tinha como objetivo transpor uma “muralha”, uma forte hierarquia entre os técnicos de enfermagem e a equipe de trabalhadores.

Assim, revisitando a especificidade deste trabalho, constatamos nele alguns níveis de análise – de sobrecarga física e psíquica; de um lugar onde a clínica se mostra evidente entre a *tradição* e a *inovação*. A questão é que não existe uma compreensão coletiva de que este não seja não somente um trabalho burocrático/mecânico de busca e leva de usuários. Ao contrário, ao realizar esta atividade de vaivém, os usuários verbalizam e/ou manifestam seus sintomas psicopatológicos e isso demanda a criatividade e requer naquele momento a apresentação de alguma resposta, mesmo que em forma de silêncio, sustentando-o. Estamos nos referindo, então, ao trabalho de apresentação de estratégias clínicas de *renormalização* da atividade frente à tomada de decisão em *Rota*. Um trabalho que requer uma linguagem e uma postura clínica definida e específica, como por exemplo, quando um usuário mais delirante tenta agredir o outro, quando aquele outro tenta pular do transporte em movimento, enquanto um outro decide não querer sair do transporte para entrar dentro de casa, além daquele que precisa

ser convencido da importância de ir à PD, etc. Situações, cujas soluções correm o risco de cair no moralismo do que numa postura e prática clínica.

6.6.3.1.4 Atos em deliberação na mira de um gesto

No final do GRT, Cazuzza me procura novamente, porém mais aliviado, interrogando se teria excedido em seus posicionamentos, uma vez que não se calava frente aos silêncios apresentados. Lá onde era possível, ele não perdia a oportunidade de desvelar as nuances de sua atividade, tentando positivar a invisibilidade de si mesmo e de seus saberes. Esta situação inaugura a segunda etapa do processo de engendramento de seu gesto profissional, a busca pela justificativa de seus atos. Outras reflexões se faziam em seus argumentos e ele procura a reunião de equipe duas vezes com o mesmo objetivo de buscar um espaço mais adequado para registrar e legitimar o seu repertório de reivindicações na mira de seu gesto profissional.

Para que uma ação e/ou um ato se torne um gesto profissional, faz-se necessário um processo nada simples de *validação/deliberação* da proposição, um lugar de diálogo pessoal e transpessoal com o *gênero* de *métier*, de *renormalização* individual e coletiva, em nível de endereçamentos, inclusive social. Entre outras palavras, um mecanismo de articulação de culturas que se mostrou bastante presente neste gesto profissional. Por isso, compreendemos que as verbalizações eram atos reivindicativos e argumentados, fazendo-o deslocar de posição no grupo em cada seção. Neste sentido, ele finaliza seu gesto profissional, explicando e justificando na reunião de equipe, os diversos atos de verbalização por ele realizados nos longos silêncios, mostrando-nos que o mesmo não só pedia a inclusão de seus saberes na equipe técnica e profissional, como de si mesmo no coletivo de trabalho. E é por este motivo que seu gesto profissional em Psiquiatria se torna mais compreensível quando ele tenta transmiti-lo e repeti-lo em outros espaços do mesmo CAPS III.

Em síntese, no *debate de normas* em múltiplas dimensões, compreendemos que não existiu uma única e exclusiva dimensão mobilizada e endereçamento possível neste caso, mas aqueles que Cazuzza apontou como prioridade e necessidade. Neste sentido, a engrenagem *clínica - atividade do corpo-si - movimento* promoveu deslocamentos em diversas direções, reivindicando *projetos-ações* e atos diferenciados de verbalização e apontamentos de detalhes de sua atividade. Neste processo, foram convocadas a dimensão semiótica, a intencionalidade, a intuição, a política e o inconsciente, inclusive as dimensões de saberes e de *projeto-herança*, reivindicando um lugar de pertencimento ao patrimônio do CAPS.

Neste capítulo, a partir da construção de um lugar para a crise, discutimos as nuances micro e macro da Reforma Psiquiátrica brasileira ao analisarmos o *trabalho real* deste CAPS III/CERSAM Betim Central entre o *prescrito e o real*. Confirmamos que este tipo de serviço alarga as possibilidades de atuações dos trabalhadores em vários níveis. De um lado, mesmo que os princípios do funcionamento seja a descentralização dos trabalhadores para o encontro coletivo na Clínica da Referência, percebemos um movimento da equipe de centralização da medicina e do médico em seu ato. Não se trata de uma regra geral, uma vez que não é exatamente o psiquiatra (mesmo que alguns o faça) que promove esta centralização. Antes o próprio processo de trabalho. As explicações para este processo são complexas e confirmam os dados encontrados no mestrado (SILVA, 2010).

Por outro lado, mesmo que as condições de trabalho não sejam favoráveis, os quatro gestos profissionais em Psiquiatria que apresentamos desvelam possibilidades lá onde razões não faltavam para impedir esse processo de engendramento. E isso nos faz compreender que é retornando à atividade, que podemos ressignificar toda essa roda em gestos profissionais.

Na quarta e última parte, apresentamos, de forma prática, a singularização da informação genérica do gesto profissional no contexto de minha experiência de trabalho. Trata-se de um momento em que as teorias são rerepresentadas, porém no contexto de uma *práxis* argumentada, sustentando e problematizando o agir. Um exercício de mobilizar e conduzir dimensões do gesto em vários níveis e ordens. Em outro sentido, um *estilo* de fazer Psiquiatria num processo de *desconforto intelectual*, visando construir possibilidades de lidar com o objeto da Psiquiatria num movimento em estabilidades e instabilidades frente às insuportabilidades de casos e situações impossíveis. Um exercício de argumentação em *Ergopsiquiatria Clínica*.

QUARTA PARTE: A ERGOPSIQUIATRIA CLÍNICA, A RENORMALIZAÇÃO E O ESTILO DE UM GESTO PROFISSIONAL

7 ESTILIZANDO E RENORMALIZANDO O GESTO PROFISSIONAL EM PSIQUIATRIA

Depois de apresentarmos a plasticidade do *gênero* profissional em Psiquiatria do CAPS III/CERSAM Betim em nossas análises do *trabalho real*, do GRT e entrevistas com os trabalhadores, compreendemos que estes intercalam entre si mesmos e o *gênero* em questão, seus *estilos* próprios de fazer diferente a mesma coisa. Referimo-nos ao *estilo* de um gesto ou ao gesto como *estilo* de trabalho. Uma interposição entre *saberes constituídos e investidos*, entre o *trabalho prescrito e o real*, entre a História de Vida e a ação. Esta distância requisitada exige do trabalhador um retrabalho sobre si mesmo no real e uma posição clínica definida que possibilite a sustentação da imprevisibilidade da crise e a construção dos casos clínicos insuportáveis e impossíveis.

Traduzimos a estilização de gestos nestas interseções, considerando os quatro registros de composição do *métier* em conflito (CLOT, 2010). Ao cultivarmos o *gênero*, sublinhamos o agir humano e a ação criadora do *estilo* e do gesto profissional. Para ampliar e exemplificar essa interlocução, apresento um mecanismo singular de engendramento de um gesto, a partir de um *projeto-ação* e realização de atos em situação de trabalho. Resgatamos as Histórias de Vida no sentido psicossociológico e mediante um processo de elaboração e simbolização do encontro com o real. Uma prática de inteligência corporal de transformação da experiência vivida em simbolizações possíveis e transmissíveis (DEJOURS, 2009). Incluímos neste debate a influência do passado vivido cotidiano no presente das situações pelo viés das *Entrevistas de Explicitação* de Vermersch (2014), interrogando e provocando o *métier* de trabalho. Uma forma clínica de praticar a Psiquiatria lá onde os conceitos das Clínicas do Trabalho possam se fazer viáveis e possíveis. Um processo que visa promover modificações no discurso de si mesmo e do outro (o louco). Neste sentido, o engendramento de novos gestos profissionais em Psiquiatria exige uma mobilização de saberes no sentido de traduzir e se posicionar frente ao desconhecido. Por exemplo, um posicionamento crítico entre o *realizado e o real da atividade*, uma vez que o gesto realizado coincide com a amputação de movimentos instituintes do real. E isso renova e promove o desenvolvimento do *métier*.

7.1 Um Estilo de ser e Fazer Psiquiatria Clínica

Trata-se de uma maneira de singularizar o genérico, de problematizar a descentralização de saberes e poderes não somente na teoria, mas nas práticas psiquiátricas concretas, dialogando com o hibridismo desse campo do conhecimento e com o *trabalho real* do CAPS. Considerar aspectos históricos de vida tanto do profissional, como dos usuários, na determinação de escolhas pessoais, teóricas e profissionais. O campo aberto da Saúde Mental convida, mas não aceita qualquer tipo de intervenção, de ato transgressivo por si só frente ao protocolo. Quer dizer, o espaço é suficientemente aberto para a apresentação de *projetos-ações/atos* diversificados, porém o sujeito da ação precisa se apresentar para si mesmo e justificar seus debates e decisões no coletivo de trabalho e trabalhadores em nível de *validação/deliberação*.

Defendemos a realização de gestos profissionais em Psiquiatria no *métier* do CAPS III/CERSAM Betim Central, ressignificando, a priori, as vertentes da Reforma Psiquiátrica francesa e italiana, trazendo de volta o movimento da Antipsiquiatria inglesa. Em seguida, recebendo influências do *Movimento Expressivo Atrativo* corporal e psicológico pela vertente teatral da Biomecânica (OLIVEIRA, 2011). Sabemos que o teatro é um jogo do *corpo-si*, da criatividade (OSTROWER, 2014) onde corpos (in)conscientes, almas e subjetividades se (re)encontram no engendramento de gestos. Da mesma forma, compreendemos que o atendimento/acolhimento clínico em Psiquiatria também como um jogo, onde ações, atos, atividades e gestos mobilizam e ilustram o encontro da loucura com o *métier* e os trabalhadores.

A meu ver, a relação do profissional de Saúde Mental/usuários e familiares se assemelha à relação ator/diretor/público²⁴⁷. Quer dizer, a cena teatral somente ocorre se o jogo se estabelecer mediante um processo de credibilidade entre pares personagens. Um ator entra em cena em um determinado estado/postura e se encontra com o outro em outro estado, e esses estados se reconhecem em ações, atos e gestos em reações de cumplicidade, (re)produzindo a encenação. Da mesma forma, o jogo do atendimento/acolhimento em Psiquiatria. Este somente ocorre se o profissional acreditar em si mesmo, em sua bagagem teórica e de vida, em seu potencial e *poder de agir* e, conseqüentemente, na manifestação, “cena”, do sofrimento do outro. Neste sentido, as cenas dos próximos capítulos serão reservadas para a *construção do PTI e do caso clínico*, requisitando um deixar-se afetar pelo

²⁴⁷ Porém, mesmo que haja uma semelhança, que o teatro se aproxime dessa situação, ele não recobre o real deste contexto clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. Ou seja, mesmo que se aproxime de uma dada realidade, o teatro segue uma representação do real que se apresenta.

estado do usuário, de construção de um caminho juntos e possível, sem hierarquias, mas assimetrias essenciais. Entre uma cena/atendimento e outra, ações, posturas, operações, atitudes, atos e gestos ilustram esse percurso, a partir do contexto sociocultural numa movimentação clínica na atividade profissional.

Pelo mesmo viés, da mesma forma que o ator prepara seu corpo, o trabalhador/ator em Psiquiatria precisa não só preparar seu corpo, como a alma, a (in)consciência e a subjetividade, o seu *corpo-si*. Assim, ao tocar o usuário ou vice-versa, quer seja por um simples aperto de mãos, é o corpo todo que se sente afetado, apresentando uma resposta em movimentos possíveis. E o resultado desse *encontro de encontros* se faz em forma de gestos profissionais em Psiquiatria, debatendo normas em várias dimensões.

7.1.1 Renormalizando o gênero profissional em Psiquiatria

É o problema tomado de um ponto de vista de minha prática como psiquiatra-clínico, a partir do mecanismo de *renormalização* que percorre toda a tese. Ou seja, uma forma de colocar em palavras minhas preocupações, decisões, baseadas em *debates de normas* e valores, visando à escolha de possíveis. Uma operação que não ocorre de forma toda livre, há escolhas impostas a tomar, inclusive considerando as *infidelidades do meio*. Por isso que “Trabalhar é necessariamente fazer escolhas, no menor detalhe do cotidiano: é por isso que nenhum trabalho é encenado de antemão.” (DURRIVE, 2010, p. 297).

Apresentaremos três exemplos de *projeto-ação* realizados em atos, visando ao engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria, apresentando as dimensões genéricas mobilizadas em *debates de normas* neste sentido singular. Esses três gestos foram construídos através de diálogos entre o *gênero* de ofício (ser e fazer Psiquiatria) e um estilo singular de praticá-la, de aspectos conscientes e inconscientes do psiquismo, da atividade real e do *real da atividade*; do diálogo entre o psíquico e o social, o singular e o coletivo. Também, aqueles provenientes do encontro da atividade com o conflito e *debate de normas* e das dramáticas do *corpo-si* em movimento na construção de *Projetos Terapêuticos Individuais* (PTI). Uma postura clínica de construção de *projeto-ação*, realizado em atos, promovendo o engendramento de gestos profissionais, seguindo uma orientação teórico-clínica e convidando os trabalhadores da Saúde Mental para se apresentarem no contexto da ordem pública e não recuarem diante do sofrimento mental grave. Da mesma forma, uma maneira de retornar à atividade de trabalho com uma lupa mais ampliada e afinada com as reflexões teóricas apresentadas, reconvocando os saberes das Clínicas do Trabalho para também não recuarem

diante dos nove desconfortos inicialmente apresentados e da complexidade dos casos clínicos insuportáveis e impossíveis, e de processos de trabalho multiprofissionais e conflitantes.

7.1.1.1 A perspectiva clínica de um Serviço Substitutivo

Trata-se de movimentar saberes psiquiátricos híbridos no campo do trabalho e aplicá-los na ampliação da *construção do caso clínico* dentro de um contexto aberto de abordagem à loucura.

Nesse sentido, a questão que primeiro anunciamos é aquela de promover diálogos possíveis entre autores, prestando atenção para não cairmos em reducionismos objetivantes, nem subjetivantes. Apresentamos algumas diretrizes teóricas para a referida construção clínica, preparando o gesto profissional em Psiquiatria e seus endereçamentos possíveis. Um estilo singular de renormalização da atividade dentro de um posicionamento crítico-clínico.

O que está em jogo é a aplicação de conceitos em movimento, reconfigurando o espaço-tempo daquilo que chamamos de *Egopsiquiatria Clínica Aplicada*. Partimos da inversão de valores da loucura como doença para compreender a mesma como uma forma singular de *renormalização* da vida, considerando a postura clínica de filosofia da vida de Canguilhem (1995; 2015). E acrescentamos três desconfortos teórico-práticos importantes: *o respeito à subjetividade do terapeuta e do usuário, a escuta da experiência de sofrimento e a destituição de saberes*. Estamos, assim, nos referindo a uma clínica que faça movimentar saberes híbridos em Psiquiatria e de outros campos, partindo de alguns princípios clínicos da dimensão clínica do gesto profissional em Psiquiatria, reforçando aqui a contribuição de Viganò: “1. Alternativa entre terapia e reabilitação; 2. Caso clínico e caso social; 3. A construção é o reverso do mercado da saúde; 4. O trabalho em equipe tomado entre debate democrático e autoridade clínica.” (VIGANÒ, 1999, p. 50).

A construção de uma clínica que permite a expressão do sujeito, transformando a relação discursiva entre T-P (terapeuta-usuário), sem hierarquias, mas assimetrias necessárias, em mesmo pé de igualdade. Que não exclua o caso social, mas numa dialética entre o individual e o social. Uma posição terapêutica ergopsiquiátrica de vazio de normas e saberes sobre a loucura e que permitam *renormalizações* lá onde se fizerem necessárias e que possibilitem ao sujeito formular determinadas perguntas: “- *o que eu faço aqui? O que torna a minha vida insuportável? O que posso fazer para encontrar uma solução?*” (VIGANÒ, 1999, p. 54). Tomaremos esse debate acima como condição clínica, extrapolando-o e assumindo os riscos advindos de possíveis tomadas de decisões, de cálculos clínicos de enfrentamento do

real. Quer dizer, lá onde lermos atos, pretendemos concluir gestos profissionais, apresentando testemunhos deliberativos individuais e coletivos no percurso da ação, sabendo que a construção do caso se faz a partir da (re)construção e (re)significação de ações e atos situados. Quais os gestos possíveis entre o momento de observar, compreender e concluir, uma vez que “O êxito feliz de um ato é aquele através do qual o sujeito no ato consegue dizer bem. Aprender a falar, se preferirem. É esse ato que se trata de construir” (VIGANÒ, 1999, p. 56) na construção do caso clínico.

Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. E isso pode levar tempo. Se houver um trabalho de construção, se foi possível notar, por exemplo, **que o paciente fez o mesmo gesto por meses e meses, que um dia ele dá um sorriso e não mais aquele gesto** – é preciso registrar que houve uma mudança: aí, então, ele está dizendo que está construindo. (VIGANÒ, 1999, p. 56, destaques nossos).

Um trabalho que interroga o lugar que os profissionais “ocupam em relação ao usuário, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento.” (VIGANÒ, 1999, p. 59). No sentido das Clínicas do Trabalho, compreendendo a resposta do *corpo-si* em relação aos sintomas de loucura e abordá-los como instrumentos de desenvolvimento da atividade, propiciando a construção de outros gestos, outros sintomas, novos delírios ao longo do tratamento.

Apresentamos na sequência a singularização da informação genérica em três situações clínicas diferentes, a partir de diferenciados *projetos-ações/atos* e, conseqüentemente, o engendramento de três gestos profissionais em Psiquiatria, mediante um *debate de normas* em múltiplas dimensões e endereçamentos possíveis e variados. Trata-se de uma análise crítica da minha própria prática, uma forma de singularização da informação genérica do gesto profissional no campo da Psiquiatria, a partir do território do CAPS III/CERSAM Betim Central.

7.2 O Milho Mediador de Sofrimento e Cura

Apresentamos uma postura clínica singular de engendramento de um gesto profissional. Partimos de uma alusão aos *nove desconfortos* iniciais da introdução, em especial o *terceiro*, ressignificando o *nono* em situação de trabalho. Trata-se de um exemplo de postura técnica de articulação de *normas antecedentes* da Psiquiatria com o caso. Antecipação e confrontação, ou seja, a técnica mobilizando *ingredientes de competência da atividade*, em

especial o IGR-3 (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Quer dizer, o caso clínico promovendo avanços no patrimônio genérico da Psiquiatria e no projeto-herança do CAPS III/CERSAM Betim Central, a partir de exigências prescritivas da Reforma Psiquiátrica e a materialidade e concretude das situações de trabalho neste serviço.

Apresentamos um caso que desvela sua insuportabilidade não por ser um usuário heteroagressivo, perigoso, mas por motivos outros no curso da atividade e desvelados ao longo de sua História de Vida e trajetória de tratamento neste CAPS III. Vale ressaltar que em Betim nunca existiu um hospital psiquiátrico e, por essa e outras razões, não fez parte desse gesto profissional. Abordaremos assuntos como: o primeiro surto e a mudança de cidade, o uso de álcool e outras drogas, a negação de medicamentos, a relação com o lazer, a família, os estudos e o trabalho.

Conforme já mencionamos, a *evolução da demanda em sobrecarga* tem sido um marco evolutivo dos processos de trabalho desses serviços abertos (SILVA, 2010). Como consequência, o empobrecimento da clínica, problemas em torno da formação do velho e do novo trabalhador, da desospitalização e (des)medicalização, da contenção mecânica entre a segurança e a clínica, da trajetória de vida/escolhas teóricas e profissionais, além das forças de convocação e validação de uma *Clínica Ampliada*, argumentada e singular (CAMPOS, 2007a; 2007b).

Tratam-se de elementos que configuram um espaço-tempo de construção desse gesto profissional que, somados à minha experiência de 18 anos de trabalho neste mesmo serviço, contribuem para a constituição de um estilo de ser psiquiatra e praticar a Psiquiatria entre seus aspectos técnicos e a singularidade do caso. Dizemos de dilemas acerca do trabalho de TR que, segundo nossas análises, funcionam como uma estratégia de (re)enriquecimento da *Clínica da Referência* no CAPS. Quais os elementos constituintes da passagem de uma postura de profissional para uma posição de trabalhador e, conseqüentemente, um trabalhador-TR?²⁴⁸ E, quando se trata de um médico psiquiatra, qual configuração possível?

O referido gesto profissional se constrói, especificamente, na transposição de meu lugar de médico-psiquiatra para outro de trabalhador-coletivo-anômalo-psiquiatra, médico psiquiatra e TNS-TR de Zé. Quer dizer, um movimento de alargamento da profissionalidade e que requer: assumir uma posição de desconforto no trabalho em equipe multidisciplinar, deixando-se interrogar pelo outro trabalhador. Um encontro desejável e bastante tenso, na

²⁴⁸ Trata-se de um longo debate realizado no mestrado (SILVA, 2010), acerca da construção de formas de ser psiquiatra no CAPS – o médico psiquiatra do CAPS, o trabalho-psiquiatra, o trabalhador-coletivo-psiquiatra e o trabalhador-coletivo-psiquiatra-anômalo. Uma denominação de acordo com a complexidade de lugares e funções assumidas pelo psiquiatra na atividade.

medida em que, por exemplo, os trabalhadores aceitam essa nova postura de descentralização de saber e poder para assumir lugares diferenciados de importância na construção de casos clínicos. Trata-se também de interpelar a Psiquiatra em seu hibridismo e de exercer, na atividade, aspectos específicos da profissão de médico-psiquiatra, construindo uma maneira de ultrapassagem de uma postura médico-centrada e encontrando outros lugares no trabalho coletivo e coletivo de trabalhadores, na relação com o usuário e sua família na construção de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI).

Uma postura ergológica de duplo sentido socrático, que mobiliza não somente os seis *ingredientes de competência da atividade* (GR's), como também novas maneiras de fazer a mesma coisa, mobilizando as dramáticas do *corpo-si* (SCHWARTZ, 2007). E isso tem diversas implicações e consequências no *trabalho real*, uma vez que: “[...] lembremos aos colegas psiquiatras: sair do centro, implica na perda de certos privilégios; esta perda, porém, se afeta a psiquiatria como corporação, só pode enriquecê-la como disciplina.” (LOBOSQUE, 2001, p. 93).

Apresentamos um gesto profissional construídos a partir de um *projeto-ação*, engendrado através de nove atos realizados com a contribuição de vários trabalhadores na equipe, visando à construção de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI). Um enfrentamento ao conflito de normas do CAPS III, interrogando a Psiquiatria em seu hibridismo e a Reforma Psiquiátrica em seus princípios. Um gesto engendrado na articulação do trabalho de TNS-TR entre o psiquiatra e o psicólogo. São condições que fazem do gesto uma postura de vida, de trabalho e uma intervenção decidida no real.

Defendemos o caráter híbrido do gesto profissional, uma vez que ele é uma síntese histórica que faz história na história dos sujeitos envolvidos. Ele acontece, tecendo a experiência e manipulando conceitos em Psiquiatra e das Clínicas do Trabalho ao se deparar com o caso. Uma maneira de analisar a atividade de trabalho e tratar o usuário, construindo um caso clínico. Um conjunto de atos que não são, necessariamente, considerados transgressões da atividade, mas que, de alguma forma, apresentam tal conotação clínica.

Para a viabilização deste mecanismo, utilizaremos das quatro epistemicidades ergológicas-1, 2, 3 e 3bis (conforme a apresentação da contribuição da Ergologia na tese) na distribuição e análise dos saberes psiquiátricos em cada ato. Também, dos aspectos históricos de vida de Zé, das *normas antecedentes* da Psiquiatria até o contexto atual e dos saberes da experiência, das Clínicas do Trabalho e outros afins, inclusive aqueles da intuição. Se o gesto é decorrente de uma prática profissional regulada e argumentada, a proposta de apresentação

dessas reflexões é colocar a minha experiência em evidência e a experiência de sofrimento de Zé, analisando de forma crítica a minha própria atividade em nível de *debate de normas*.

Um gesto profissional híbrido, de tomada de decisão, reconfigurando um *estilo* de ser profissional em diálogo com o *gênero* psiquiátrico em questão neste serviço, considerando particularmente, os processos de *crises, rupturas e movimentos* de transformação. Defendemos que o engendramento de um gesto traduz um *estilo* de ser do profissional, ou seja, o gesto como um exercício de atividade profissional. Um gesto engendrado num debate de múltiplas dimensões e saberes em torno de minhas reflexões ao longo da construção do caso clínico, dentro do CAPS III/CERSAM Betim Central – um serviço marcado por condições e contradições materiais e concretas, políticas, sociais e culturais de trabalho.

No início de meu percurso de trabalho neste CAPS III/CDRSAM Betim Central, não compreendia e nem apresentava ainda argumentos e *ingredientes de competência* necessários para o trabalho de TR, buscando um equilíbrio na Psiquiatria tradicional, porém, tendencialmente aberta e coletiva. Para esta construção, minha orientação inicial era marcada pelo desejo de transformação de realidades e estabelecimento de uma conversa amigável com o usuário, destituída de pretensões terapêuticas, deixando-o livre para dizer e exercer sua autonomia. Ao longo do tempo, fui (re)descobrimo competências em minhas atividades de vida e de trabalho, mobilizando novos ingredientes e posturas terapêuticas, incorporando saberes, observando as experiências e as atividades do outro (inclusive de profissionais não médicos), articulando saberes e *estilos* de fazer, conversar, escutar, acolher e conduzir Histórias de Vida.

E é por essa e outras razões que a filosofia da vida de Canguilhem se faz presente nesta tese e neste caso, reivindicando uma abertura epistemológica para se refletir e analisar os processos de saúde e doença. Uma crítica à adaptabilidade normativa e um posicionamento que tentamos imprimir no engendramento deste gesto profissional. Modos de viver individual e socialmente determinados e diferentes em tensão com o meio, ou seja, a abordagem à doença em nível de normatividades biológicas e sociais, incluindo o sujeito na cena de seu adoecimento. Para o autor,

O estudo da adaptabilidade deve sempre levar em conta todas circunstâncias. Não basta, no caso, proceder a medidas e a testes de laboratório, **é preciso estudar também o meio físico e o meio social, a nutrição, o modo e as condições de trabalho, a situação econômica e a educação das diferentes classes [...]** (CANGUILHEM, 1995, p. 243-244, destaques nossos).

7.2.1 O CAPS – um coletivo vicariante em debate e uma utopia possível

Retornamos às Clínicas do Trabalho, em especial à Ergologia, para argumentar sobre as variabilidades e as infidelidades do fazer juntos. Questões estas que nos reenviam ao conceito de *métier* (de uma forma mais filosófica), considerando seu hibridismo e variáveis epistemológicas. Em que sentido esse *métier* do CAPS aceita ou não a realização de um (re)trabalho de tessitura de um caso, a construção singular dentro de um coletivo?

Partimos da constatação da inexistência de um *métier* sem conflitos, sem problemas, conforme já abordamos. Encontramos no CAPS III/CERSAM Betim Central um *métier* híbrido, com possibilidade de equilíbrios instáveis, onde o corpo dos trabalhadores e dos usuários são o suporte básico. A estrutura e o funcionamento desse serviço alarga as profissões, o espectro de atuação dos trabalhadores e as possibilidades terapêuticas. Ao mesmo tempo, convoca a Psiquiatria numa posição de movimento interno e externo a si mesma.

O que está em jogo é a relação do meio com um ser normal ou anormal. Como nos avisa Canguilhem (1995), o meio é infiel e a vida não é retilínea. Ou seja, o meio é feito de objetos qualificados e acidentes possíveis. “Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu dever, sua história.” (CANGUILHEM, 1995, p. 159). Neste sentido, o CAPS é um acontecimento infiel, haja vista o relato de histórias constituintes de seu gênero profissional em Psiquiatria. E a vida dos trabalhadores e dos usuários é “um debate ou explicação... com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas.” (CANGUILHEM, 1995, p. 160). É dentro desse cenário que construímos esse caso – um gesto híbrido profissional em Psiquiatria frente a um *debate de normas* em múltiplas dimensões.

Dizemos de um *debate de normas antecedentes* em Psiquiatria com as normas de funcionamento do CAPS III, normas individuais e coletivas de trabalho, operando na atividade do *corpo-si* aqui-agora do *métier* e regulando a criação de *projetos-ações/atos* e possíveis gestos profissionais. Ou seja, como nos colocamos neste *métier* - o Zé, o coletivo de trabalhadores e as diversas formas de se praticar a Psiquiatria na equipe e o meu *estilo* de singularizar a informação genérica do gesto profissional no campo da Psiquiatria.

Dizemos do exercício de uma dupla antecipação ergológica constante e prática, ou seja, ora o conceito antecipando a experiência, ora esta antecipando o primeiro. Trata-se de uma dialética orientadora do engendramento deste gesto profissional.

Entre outras palavras, dizemos de quatro elementos que mobilizei junto aos trabalhadores do CAPS III/CERSAM Betim Central, visando à construção desse caso clínico: os saberes-fazer de prudência; a linguagem desse e nesse serviço; as *normas antecedentes* e atuais desse serviço, bem como o coletivo. Situações essas mobilizadas em possíveis, ultrapassando as questões das más condições infraestruturais e conflitos de processos de trabalho, diferentes formas de praticar a Psiquiatria entre a técnica e o caso – a *tradição* e a *inovação*, a objetividade e a subjetividade. De outra forma, ultrapassando também um dilema visível na *evolução da demanda em sobrecarga* e a fragmentação de coletivos em coleções. Quer dizer, mesmo com diversas conflitos na história deste CAPS III, no percurso da construção do caso, podemos afirmar que houve uma condução possível e permitida, argumentada e compartilhada com o Zé e a equipe, mobilizando um patrimônio-herança do serviço. Um coletivo flexível, atípico, híbrido, evidenciado na construção de hipóteses diagnósticas que não termina nunca na tessitura do tratamento.

Apresentamos uma construção feita por muitos, passando pelo porteiro que dialogava com o Zé, em especial, quando o mesmo chegava às 23 horas e aguardava a consulta, a copeira que era demandada por ele para esquentar as pamonhas. Tudo isso realizado de forma rápida, caso contrário, ele começava a se sentir prejudicado e desconfiado da situação. O gerente também era participado dos acontecimentos, os outros TNS que participavam, não somente, comprando pamonhas, mas questionando o diagnóstico e o motorista que nunca foi acessado.

Dizemos de uma atividade regulada individual e coletivamente, dentro de uma expectativa do fazer juntos e que faz parte do patrimônio-herança desse CAPS, de um “agir em segurança”, adquirido, incorporado, renovado, colocado em troca, totalmente característico disso que nós sempre chamamos de *métier*.” (SCHWARTZ, 2000, p. 27).²⁴⁹ Uma utilidade social que faz parte de uma “aventura humana”, ou seja, um vaivém entre valor, cultura, loucura, qualidade do *debate de normas* e do *uso de si*, singularidade, condições de trabalho, bem comum, viver e fazer junto com e a partir das diferenças. Dizemos de uma construção clínica que nos fazem compreender o trabalho como uma atividade enigmática e normativa, individual e coletiva.

²⁴⁹ Do original – “agir en sécurité”, acquis, incorporé, renouvelé, mis en partage, tellement caractéristique de ce qu’on a toujours appelé un *métier*.” (SCHWARTZ, 2000, p. 27).

7.2.2 Apresentando o sujeito, seu estado mental e trajetórias de tratamento

Trata-se do usuário Zé. Um jovem rapaz de 34 anos hoje, solteiro, ensino médio completo, natural de Patos de Minas/MG (terra do milho), mora em Betim desde 1999, solteiro, sem religião definida, segundo filho numa prole de três, comerciante-pamonheiro.

A mãe comparece ao CAPS III/CERSAM Betim Central no dia 03/11/99, solicitando ajuda para seu filho que estava apresentando alteração de comportamento depois de ter, recentemente, mudado do interior para Betim. Dizia que ele estava usando muita droga (maconha, cocaína crack e etílicos), ficando irritado, agitado, isolando-se no quarto, falando sozinho, cismado com tudo e todos, intolerante a barulhos, prejuízo de memória e dificuldade de concentração. Foi orientada a levá-lo ao serviço, porém, não conseguiu convencê-lo, retornando sozinha novamente no dia 18/11/99 com as referidas queixas pioradas e solicitando ajuda. Desta vez com um encaminhamento de uma Unidade Básica de Saúde de Betim. Foi informada que, recentemente, o serviço não mais realizava visitas domiciliares com a intenção de busca ativa - caso o usuário resistisse -, conforme se fazia há cerca de dez anos. Em seguida, orientada pela recepção do serviço a chamar a polícia para ajudar nesta operação.

Alguns dias depois, o pai comparece e, em conversa particular, este nos conta que Zé iniciou uso de drogas aos 15 anos de idade. Era um adolescente tranquilo, alegre, brincalhão, sempre gostou de futebol, quando passou a ficar arredio, trancando-se no quarto e ninguém compreendia o motivo. A situação tornou-se insuportável para todos e o próprio filho pediu para se mudar do interior. Mudaram para Betim na intenção de aproximar de outros familiares, ficar distante da droga e também porque se ouvia dizer que em Betim havia um tratamento psiquiátrico que funcionava bem e que, inclusive, existiam “clínicas de internação integral pra drogados”.

Em Betim, em pouco tempo, Zé restabeleceu forte parceria com o abuso de drogas. Chegou a ir ao Mineirão (é cruzeirense “doente”) sozinho e lá tentou entrar sem pagar, apesar de ter dinheiro no bolso. Foi uma enorme confusão, o pai se deslocou a Belo Horizonte e ele saiu algemado para a delegacia de polícia. Em baladas noturnas, ele chegava a pular para o interior dos balcões de bares para beber sem pagar. Nesta época, dizia o pai que, às vezes ele reclamava de ouvir vozes entranhas de outras pessoas fora do estado de embriaguez por álcool ou outras drogas. Em companhia da mãe, o pai foi a uma Unidade Básica de Saúde que os encaminharam ao CAPS III/CERSAM Betim Central.

Alguns meses depois, o usuário comparece sozinho no serviço no dia 17/01/2000, com a seguinte nota de acolhimento de uma psicóloga: “Paciente vem sozinho. Delirante, alucinando (?), pensamento desorganizado, ideias delirantes não sistematizadas? Organizado no T/E, persecutório, autorreferente. Não usa drogas há + de 6 meses. ID – Psicose; CD – como não aceitou medicação hoje, orientei-o a retornar”.

Retorna novamente sozinho no dia 25/09/2000. Aceita conversar comigo e com uma psicóloga que veio a se tornar sua TR no serviço. O usuário é acolhido e inserido no sistema de tratamento ambulatorial semanal de crise. Momento este em que foi possível descrever um exame de seu estado mental.

7.2.2.1 O exame do estado mental

Segundo alguns autores (DALGALARRONDO, 2008; MIGUEL *et al.*, 2011; CHENIAUX, 2013; VELOSO, 1990), o exame do estado mental é uma síntese em nível de códigos internacionais psicopatológicos e que dirige para uma composição diagnóstica também codificada, de acordo com o DSM-V (o mais atual) e/ou a CID-10. Espera-se que todas as funções cognitivas sejam aqui avaliadas e descritas da melhor forma possível e com palavras simples e legíveis: aparência, atitude, orientação no tempo/espaço e consigo mesmo, consciência, volição, memória, afeto, humor, senso-percepção, pensamento (conteúdo/forma), inteligência e juízo crítico.

Proponho a descrição do exame mental de forma mais ampliada em duas etapas. A primeira, a descrição da aparência do usuário de forma mais analítica e romanceada, objetiva e subjetivamente, com maior detalhamento qualitativo de seu tratamento, seu estilo de ser, visando romper com a estigmatização de doente mental, mas reconhecendo no individual um coletivo de pertencimento. A segunda, a descrição dos achados sintomáticos em códigos - a súmula psicopatológica.

7.2.2.2 Aparência e discurso do usuário

Em nível de conflitos e *debates de normas* e valores, trata-se de um jovem rapaz, cuja fisionomia não desmente sua idade de 33 anos (por ocasião da última consulta do dia 21/05/2014). Um pouco acima do peso para sua altura mediana, mas em bom estado nutricional. Veste uma bermuda do cruzeiro para confirmar o seu afeto exacerbado pelo time de futebol, de forma bem despojada e descontraído, sandálias havaianas, segurando uma

chave de carro. Cabelos cortados e penteados, barba feita. Apresenta-se sorridente, esquisito e jocoso. Estende a mão para me cumprimentar e, em seguida, muda seu semblante e começa a falar num tom mais lento, depressivo e preocupado com o seu dia-a-dia. Levanta-se e assenta-se várias vezes, alternando um discurso real compreensível e outro melindroso e desconfiado, sentindo que as pessoas nas ruas o observam, falam de seu estilo de ser e vestir e dispara a falar de dores pelo corpo, seus medos e receios de adoecer e estar em multidões. Diz que seu coração acelera e prefere sair correndo do que enfrentar a situação, que sente vergonha de andar em público e por isso prefere andar mais à noite para ser menos observado. Em seguida, sorri tranquilamente, penteia os cabelos na minha frente. Levanta-se decidido e impaciente, dizendo que precisa ir embora para não perder dinheiro de venda de pamonhas e fazer um planejamento de viagens de férias.

7.2.2.3 Súmula psicopatológica em síntese

Consciência clara (e sem alterações da unidade e identidade do eu no presente momento); aparência higienizada e com roupas em alinhô; atitude cooperativa, com uma fisionomia um tanto indiferente; sem alterações da psicomotricidade; autoalocrono (psiquicamente) orientado; normovigil e normotenaz; pensamento sem alteração de curso, porém com um formato com tendências mágico-arcaicas e duvidosas, esboçando conteúdo interpretativo da realidade e possivelmente delirante-persecutório; afeto preservado, ora coerente com seus sentimentos, ora irritado; discreta elação de humor; memória recente e remota preservada; volição algumas vezes interceptada pela atividade delirante; sem alterações da sensopercepção (aparente ausência de alucinações verbais e visuais); inteligência e juízo crítico preservados (mesmo delirante em alguns momentos, ele apresenta críticas quanto à realidade e sua situação de vida).

As hipóteses diagnósticas e as condutas terapêuticas e medicamentosas serão apresentadas ao longo da exposição do texto em atos constituintes do referido gesto profissional em Psiquiatria.

7.2.3 Considerando o ponto de vista de Zé

Retomamos ao legado de Canguilhem (1995) para justificar nossa posição frente ao tratamento de Zé. O médico e filósofo reconhece a doença como um estado qualitativamente diferente da saúde. O patológico não é o anormal em termos absolutos, mas sim relativos e

decorrentes das situações de vida. O filósofo critica a experiência médica - o *fato clínico moderno* - em adotar mais frequentemente o ponto de vista do fisiologista do que do doente, afastando os sintomas subjetivos pela objetividade dos fatos. “Em consequência, é a doença do ponto de vista do doente que, de modo bastante inesperado, volta a ser o conceito adequado de doença, mais adequado, em todo caso, que o conceito dos anátomo-patologistas.” (CANGUILHEM, 1995, p. 69). Ao fazer isso, ele alarga a leitura da doença para além da ciência do médico, valoriza a normatividade dos processos de saúde e incorpora não somente o ponto de vista do usuário, mas de outros saberes determinantes desse inter-relação. A doença seria uma nova ordem e a terapêutica, a cura não como um retorno à ordem anterior, mas “deve ter como objetivo adaptar o homem doente a essa nova ordem.” (CANGUILHEM, 1995, p. 72).

Suas análises articulam e reconhecem a epistemologia das teorias possíveis ao contexto sócio-histórico de sua produção. Ou seja, ele relaciona a forma de compreender o adoecimento com as características de seus tempos históricos. E isso requer considerar não somente, mas principalmente, o ponto de vista do doente, a sua história, o seu contexto de vida. Uma postura e uma herança clínica que coloca o terapeuta “em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções.” (CANGUILHEM, 1995, p. 65). Uma forma de ajudar o usuário a compreender que sua doença pode ser realmente para ele uma outra forma de vida. E isso requer uma postura de *desconforto intelectual* e destituição de saber-poder na prática da construção clínica.

Foi dentro dessas premissas de alargamento epistemológico dos processos de saúde-doença que prosseguimos na escuta de Zé em nível de “pé de igualdade”. Uma postura de tratamento que também considera os ensinamentos das Histórias de Vida, mantendo a escuta como base, sem a devida prescrição e preocupação de lhe interrogar, mas o interpelando em momentos significativos para realinhar suas narrativas de vida.

Diante de uma pessoa, reagimos com nossa bagagem de vida, de mundo, de acordo com nossas categorias mentais e *debates de normas* e valores. Dizemos de um *desconforto intelectual* à semelhança da Antipsiquiatria, ou seja: “Ao interpretarmos o comportamento de uma pessoa, fazemo-lo em função do que somos e em função da relação que nos vincula a essa pessoa, nesse momento.” (BOSSEUR, 1976, p. 31).

Neste sentido, várias consultas ambulatoriais foram agendadas. Debatíamos algumas de nossas atividades de vida, nossos valores de mundo, mas sempre eu tentava finalizar as conversas em momentos oportunos de sentido, marcando para ele momentos de oportunidades para suas devidas conclusões, mesmo que o conteúdo da conversa me fizesse suspeitar de uma

atividade delirante de cunho persecutório. Dizemos de momentos oportunos de antecipação e confrontação em seu percurso de tratamento no CAPS III. Dizia ele: “Eu cheguei aqui e vi o senhor, doutor... eu vou aqui fora... acendi um cigarro e vazei a primeira vez que eu tive aqui, saí fora, vou ficar aqui não... ele vai me injetar um negócio na minha veia, vai me amarrar, vou embora. Comecei a suar e fui embora”. Uma atitude (des)necessária? Respondi com firmeza, até porque até o momento nunca foi preciso usar de força física em seu tratamento, nem mesmo de pernoite no CAPS III. Diz ele que evadiu pelo portão.

Não, fiquei não. Não senhor, a noite aqui não... Escutando voz, eu tava doido, não sei... eu tava doido, não sei, uma loucura. **Eu achava que os outro tava conversando... falando de mim, ficava rindo de mim e tal. Escutava voz e tudo, ficava achando que os outro ia me pegar, ficava com medo de todo mundo.** O medo, o medo que tomava conta né doutor... não tinha alegria, tava com a cabeça toda doida porque tinha usado droga, tava com a cabeça toda perturbada. (Zé, destaques nossos).

Interessante a forma que ele inaugura seu tratamento, aproximando-se e afastando-se do serviço, mas, ao mesmo tempo, sentindo necessidade de verbalizar suas histórias. Uma situação afim aos princípios abertos de tratamento no CAPS, privilegiando o ir e vir. A proposta foi escutá-lo:

Me salvou né doutor, eu podia ter morrido, eu podia tá morto, eu podia tá na cadeira de roda, preso, eu era doido de mais doutor. **Eu sou doido até hoje... eu vou morrer doido.** Não doutor, é que engraçado aquilo que eu tive, eu tive aqui em 99 eu comecei fazer o tratamento aqui no ano 2000, mas em 99... Não sei, eu tinha dezoito, né. Dezoito, por aí. Aí eu vi escrito saúde mental, vou entrar aqui, conversei com porteiro e entrei. Aí eu fui pra sala não sei se por senhor ou por outra pessoa. Ai ela foi e eu fiquei olhando aqueles paciente, e vendo tudo mundo com aqueles remédios, nossa, já veio aquele negócio assim...

Aí eu fiquei olhando o senhor escrever uns negocio lá, aí eu fiquei olhando o senhor escrever e falei eu vou é embora, eles vai me dar uma injeção aqui na veia aqui e me aplicar alguma coisa, eu vou ficar mais louco ainda. Eu comecei a ficar com medo, fui embora. Aí do nada eu levantei da sala e fui embora e não voltei mais não. Aí, isso foi em 99... aí quando foi em 2000 que eu voltei pra cá. (Zé, destaques nossos).

7.2.4 Um projeto-ação, nove atos e um gesto profissional

O *projeto-ação* diz respeito a uma construção coletiva da equipe, mas gerenciada por uma dupla de trabalhadores. Trata-se de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI) que visava acolher Zé e inseri-lo nos vários dispositivos do serviço, articulando os vários aspectos da vida, do trabalho, do lazer, da escola, dos afetos, passando por consultas ambulatoriais, a priori. Para este debate, focamos o meu trabalho de me manter no caso, à revelia da saída de

três TNS-TR da construção do caso clínico. É nessa direção que argumentamos a favor do engendramento deste gesto profissional em nove atos constituintes.

No início de 2000, Zé reforçou laços de atendimento com sua primeira TNS-TR psicóloga. Ela sempre se mostrava disponível, mas ele comparecia de forma irregular no CAPS III. Incomodado em sair de casa durante o dia com medo da perseguição, a ansiedade intensifica-se e ele me procura no serviço com crise de batedeira no peito, sudorese e irritabilidade, desculpando-se por não comparecer às consultas regularmente e faz uma demanda de se consultar depois das 22 horas em meu plantão semanal noturno de urgência. Reafirmava sentir medo durante o dia de estar sendo olhado pelas pessoas e que sua mão gelava e o coração disparava quando tinha que andar pelas ruas entre as pessoas. A inquietação agora era de minha parte – como justificar frente à equipe tal atitude, uma vez que o assunto de marcar consultas de ambulatório (mesmo de crise) em horário de plantão já havia sido polemizado diversas vezes, alegando prejudicar o fluxo do acolhimento da urgência? Minha tomada de decisão foi confrontar essa polêmica em reunião de equipe.

Trata-se, então, do *primeiro ato* - a permissão frente ao seu pedido. A minha condição para aceitar esse pedido era que as consultas fossem semanais para garantir uma direção de tratamento. A proposta também era compreender melhor a natureza deste pedido. No início ele comparecia uma vez por mês, mas foi se tornando uma rotina, oral semanal, ora quinzenal, ao longo de praticamente 13 anos de tratamento. Uma atitude que trouxe segurança e tranquilidade para ele continuar seu tratamento - procurar o CAPS depois da diminuição do movimento de pessoas circulando nas ruas, diminuindo o confronto com o Outro.

Porque exemplo **o senhor me dá o privilégio de vim aqui quinta feira à noite. Coisa que eu relatei pro senhor que eu achava difícil vir aqui de dia de semana, ter que esperar.** Pra mim tenho um pouco de grau de dificuldade com isso aí, eu não tenho paciência... às vezes eu fico com a pessoa e a pessoa tá estressada lá, fica reclamando. Isso vai me estressando também, vai me estressando e eu vou ficando alterado. **Mais ai não... o senhor falou pode vim cá, eu venho cá e o senhor me dá a receita, eu acho que tá sendo bom a gente fazer esse tratamento aqui.** (Zé, destaques nossos).

Entre *debates de normas e renormalizações* possíveis e parciais, apresento a minha justificativa na equipe em nível de *validação/deliberação* coletiva na construção do referido gesto profissional. Confronto a equipe com argumentações voltadas para os princípios do SUS de acolhimento, de equidade, de singularidade, de respeito ao cidadão em seu desejo e *estilo* de ser e viver. Apresentei tal tomada de decisão também embasada em minha disponibilidade física e psicológica, meus *debates de normas* e valores profissionais e de vida.

Um ato que mobiliza saberes psiquiátricos em nível de epistême-2 (normas que dirigem o viver e o conhecimento dos processos de trabalho do CAPS III, bem como as normas e saberes antecedentes em Psiquiatria. Em epistême-3: uma tomada de decisão que reivindica o conhecimento do *métier*, o reconhecimento do trabalho do outro e os aspectos socioculturais de Zé e da cidade, bem como a mobilização dos *seis ingredientes de competência da atividade* (IGR's) em Ergologia, em especial, o IGR-3 e 6 – a tomada de decisão em tempo e hora certa e o trabalho em equipe. Em epistême-3bis, um ato prene de *debates de normas*, de *desconforto intelectual*, mobilizando conceitos ergológicos em aderência ao aqui-agora das situações de trabalho.

Pouco tempo depois, passou a negar o uso da medicação prescrita Haloperidol 5mg – (0 + 0 + 1/2); Clorpromazina 25 mg (0 + 0 + 1); Diazepan 10 mg (0 + 0 + 1), mas comparecia às consultas com sua TNS-TR psicóloga e comigo à noite. Incomodado com sua negação de tomar a medicação, antecipo o *segundo ato* – proponho e sustento a prescrição de Haloperidol Decanoato²⁵⁰ e o mesmo aceitou, porém, a contragosto.

Não focamos o tratamento no uso da medicação, antes compreendemos sua necessidade e julgamos de forma clínica o processo de sua escolha, reivindicando esclarecimentos e acompanhamento dos efeitos colaterais (in)desejáveis. Cabe aos trabalhadores, em especial nós psiquiatras, a devida *renormalização*, singular e universal, frente a esta decisão de medicar e escolher o melhor medicamento. Medicar um usuário é um trabalho clínico que exige o reconhecimento de *normas antecedentes* da Psiquiatria em seu hibridismo, os *saberes constituídos* acerca da psicofarmacologia (a epistemicidade-1), além de debater a atividade aqui-agora (a epistemicidade-2), considerando a singularidade e a História de Vida do usuário e do *métier* (a epistemicidade-3). Ou seja, uma operação que ressignifica, praticamente, todos os *seis ingredientes de competência da atividade* ergológica (IGR's).

No final de 2000, ele começou a nos convidar (eu sua TNS-TR psicóloga) para comer pamonha em sua casa. Aceitei o convite e lá fui eu em sua casa pela primeira vez – o *terceiro ato* - uma visita domiciliar bastante desejada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes dos processos de trabalho dos CAPS²⁵¹, mas que requer planejamentos. Espera-se que a mesma seja realizada dentro da construção de um *Projeto Terapêutico Individual* (PTI), mediante o convite do usuário e este foi o nosso caso. Outras questões, segundo nosso

²⁵⁰ Trata-se de uma medicação de depósito, injetável e de liberação lenta, uma vez por mês e de liberação lenta. Utilizada em usuários resistentes em tomar medicação oral e que, ao mesmo tempo, precisa ser medicado, mediante a complexidade e gravidade de seu quadro clínico (MIGUEL, 2011; STAHL, 2013).

²⁵¹ Ver MINAS GERAIS, 2006.

percurso de aproximação e análise das atividades dos trabalhadores, percebemos um grande desconforto quanto à realização de visitas domiciliares. No início do projeto de construção dos Serviços Substitutivos, os trabalhadores se dispunham de tempo e desejo para realizar tais visitas, aproximando-se do contexto de vida dos usuários. Conforme já anunciamos, ao longo dos anos, houve, segundo os trabalhadores, um processo de “evolução da demanda em sobrecarga.” (SILVA, 2010), dificultando para uns e impossibilitando para outros a realização de visitas.

Segundo meu ponto de vista, trata-se de uma ação importante na construção do caso clínico e que precisa ser priorizada entre tantas outras do serviço. E isso vai depender da forma como debatemos e renormalizamos a prescrição em tempo real de trabalho. Quer dizer, frente às variabilidades e *infidelidades do meio*, a proposta é não se estagnar, mas resistir e apresentar seu *estilo* de conversar com o *gênero* profissional no coletivo de trabalho (CLOT, 2006). Nesse sentido, a visita domiciliar é considerada um instrumento clínico construído de trabalho.

De outra forma, mesmo em meio a todos os desconfortos construídos, apresento meu *debate de normas*, mobilizando as epistemicidades ergológicas, mas também os seis ingredientes de competência da atividade (IGR's). A intenção é se deslocar do serviço para fora dele, movimentando saberes, valores e normas em Psiquiatria e outros campos do conhecimento. Quer dizer, frente ao convite de Zé e meu desejo, reorganizei minhas atividades, antecipando algumas e deslocando outras para encontrar um espaço-tempo possível. O carro do serviço foi acionado, mas estava ocupado. Assim, decido utilizar o meu próprio carro como já o fiz diversas vezes. Não se pode, então, compreender a visita domiciliar com uma condição de tratamento, mas como uma conquista frente aos processos transferenciais. Não se trata de confrontar a *tradição* contra a *inovação*, nem o início dos processos de trabalho nos CAPS com a atual sobrecarga, mas relativizar um processo ao outro, onde a visita domiciliar é uma ação (ou um ato) micro e contextualizado que desvela um enorme potencial macro e clínico de construção de uma Psiquiatria aberta, renovada, comunitária que não responde de forma estável a qualquer tipo de desconforto.

Assim, bastante à vontade com a minha presença, Zé me mostra o restaurante dos pais onde trabalha e me apresenta à máquina de ralar o milho, seu instrumento de trabalho. Neste momento, compreendi a preocupação dele e dos pais quanto aos afeitos colaterais indesejáveis da medicação típica de depósito. Consequentemente, percebi que ralar o milho era uma ação rotineira e muito importante dentro de sua atividade de trabalho, considerando os riscos frente

às pontas afiadas da máquina onde ele deslizava com domínio a espiga de milho. Mostrou-me seu quarto e a sua coleção de pôsteres do time preferido de futebol.

Em 2001, começa a dizer que precisava de uma fazenda de recuperação para conseguir se abster do álcool e outras drogas. Sentia-se perseguido até dentro de sua própria casa. Chegou a se apresentar numa delas, mas voltou no mesmo dia, dizendo que aquilo não era para ele. Informalmente, menciona sobre suas idas à zona de prostituição – que somente dessa forma conseguia se relacionar com as mulheres. No final do mesmo ano, interrompe o uso da medicação, alegando efeitos colaterais, inclusive, prejuízo na sexualidade.

O *quarto ato* – um trabalho clínico de mudança de sua medicação típica, o Haloperidol para outra atípica²⁵², a Olanzapina, porém continuava bebendo e usando drogas, mas em menor escala, segundo ele mesmo. Se no início, era o pai quem buscava a medicação na Secretaria de Saúde do Estado em Belo Horizonte, em alguns poucos meses, ele mesmo assumiu essa tarefa. De novo, o diálogo com as epistêmes-1 e 2. O estudo da possibilidade da introdução de uma nova medicação como menos efeitos colaterais (MIGUEL *et al.*, 2011).

Em 2003, em uma das diversas consultas ambulatoriais, comparece muito decepcionado consigo mesmo, dizendo que sua doença não tinha cura, intensificando o uso de múltiplas drogas, uma forma de apaziguamento de seus sintomas. O *quinto ato* - para estabelecer um espaço-tempo de *ocasião de palavra*, desenhei para ele umas bolinhas (vide anexo D). São duas sequências de bolinhas apresentadas e explicadas a ele. Na primeira e superior, elas estão separadas devido ao afeito da droga e à falta da medicação. Na segunda sequência, as bolinhas se encontram unidas e isso se justifica pela ausência de drogas e uso da medicação. Porém, expliquei a ele que a junção das bolinhas não dizia respeito somente ao uso da medicação, mas também outras atividades que ele pudesse colocar no lugar, tanto das drogas, quanto dos medicamentos psiquiátricos – um desafio de tratamento.

Ele se agarrou a esta significação até o início de 2014, rerepresentando-a todo momento em que tocava no assunto de interromper o tratamento e eu pondera que isso não poderia ser feito de forma abrupta, sem o devido substituto. Chegou à conclusão da importância de se tratar, a fim de que as bolinhas pudessem ficar mais próximas umas das outras, conseqüentemente, menos louco.

Eu ficava prestando atenção nos outro, acha que não tinha discernimento das coisas e tem aquele evento das bolinha né doutor, que o senhor fez, né doutor. As bolinhas tava toda separada, e uma pessoa normal é tudo junta, **então aquilo ali me ajudou,**

²⁵² Medicação atípica é aquela de última geração e que apresenta poucos efeitos colaterais indesejáveis, que atua sob os sintomas positivos e negativos da psicose, portanto, gerando maior adesão ao tratamento (MIGUEL *et al.*, 2011; STAHL, 2013).

aquele desenho, conversei muito como o senhor. Eu acho que é solta até hoje o caralho dessas bolinhas, eu tenho isso comigo sabe, que essa porra dessas bolinhas é tudo solta. (Zé, destaques nossos).

Em reunião de equipe, novo processo de *validação/deliberação*. Apresento o caso e algumas argumentações, com dificuldades de sustentar esse ato como recurso clínico e terapêutico naquela época e que, hoje, através da contribuição das Clínicas do Trabalho, a mesma reflexão se amplia para outros repertórios teóricos e novas possibilidades de intervenções.

Um ato bastante carregado de sentidos, valores e riscos. Uma decisão que mobiliza todas as epistemicidades ergológicas e os seis ingredientes de competência da atividade (IGR's). Isso vai depender da ética com a qual manipulamos (e até mesmo, usurpamos) conceitos e saberes na atividade a favor ou contra o usuário. Se corremos o risco de consequências nefastas para a economia psíquica de Zé, corremos também o risco de incluir significantes impensados por ele em seu cotidiano de vida. Através de *normas antecedentes* da Psiquiatria, compreendemos que a loucura, inclusive psicótica, mostra-se uma fragilidade psicológica, um afrouxamento e uma fragmentação da cognição. A inclusão de um ato dessa natureza também pode funcionar, de um lado, como um elemento complicador dessa condição, desestruturando os elementos cognitivos, mas, por outro lado, também pode funcionar como uma oportunidade de ressignificá-las. Em outro sentido, este ato também cumpre a função de restituição de conflito entre o *realizado* e o *real da atividade* na vertente da Clínica da Atividade. Trata-se de uma operação nada simples e que requer um grande traquejo com as teorias envolvidas no campo da Psiquiatria e das Clínicas do Trabalho.

Zé começa a dizer que precisava de roupas novas, sair mais de casa, estudar, viajar e até fazer musculação, sempre em nível de planos e projetos para o futuro. Minha tarefa era ajudar, mas no seio da atividade, os *debates de normas* se intensificavam. A posição era estabelecer conversas, ouvir, escutar sua singularidade, secretariar suas demandas – um retorno ao *projeto-ação* inicial para avançar na direção do tratamento, inclusive propondo outras intervenções.

Em 2004, houve mudança de sua TNS-TR para outra psicóloga e ele se interessou em acompanhar a direção de tratamento proposta por ela. No início, houve uma redução do uso de drogas, mas, em seguida, fez uma crise diferente das primeiras, deprimindo-se, inclusive com ideação de morte. Alegava disparo do coração ao sair de casa e entrar em multidões, isolando-se mais ainda dentro de casa e apenas se interessando pelo restaurante dos pais, às vezes com o milho, e em torcer pelo cruzeiro esporte clube. Sintomas estes que nos fizeram

questionar se não se tratava de uma Neurose Obsessiva, Pânico, ou Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). De toda forma, compreendemos que a droga exercia um papel de apaziguamento de sintomas.

Na sequência, o *sexto ato* se fez presente - chamei o pai na consulta e decidimos que, a partir daquela data, Zé passaria a buscar sua medicação atípica na secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Ele aceitou o desafio e ainda aproveitava para fazer uma “visitinha” na zona boêmia, fato que foi se tornando uma rotina, confirma o pai. Um ato que mobiliza conceitos e posturas em alteridade e autoridade em nível de epistemicidade ergológicas 3 e 3bis, conferindo-lhe um sentimento de protagonismo em seu próprio tratamento.

Em 2006, houve a terceira mudança de TNS-TR para um psicólogo que esteve comigo, dirigindo a referência do caso por menos de um ano. Nova crise, Zé passou a reclamar muito de si mesmo. “Eu acho que cobro demais de mim, né doutor? ... ninguém aqui sabe, mas meu apelido é Zé”. Começa a dizer com maior frequência que não conseguia mais viver, até quando no dia 13/04/2006, passou ao ato (LACAN, 2005), tomando algumas cartelas de Olanzapina - 10 mg. A quem ou a que estaria este ato endereçado? A ele mesmo? Momento em que parecia estar bem, “mas meu cérebro fica moído²⁵³ de pessoas falando de mim na vida... num tenho progresso na vida...”, disse ele alguns meses depois do ato suicida. Ainda muito deprimido, foi prescrita a Clomipramina 25mg (0+0+1) – o *sétimo ato*, um antidepressivo tricíclico junto ao antipsicótico atípico (Olanzapina) – até final de 2008, quando, juntos, decidimos interromper com o primeiro, pois dizia ele que os medos haviam diminuídos. “Se eu tivesse morrido teria sido mais fácil...”, frase que ele pronuncia ao se lembrar da tentativa de suicídio. A literatura nos avisa que 23% dos casos de Transtorno Delirante Persistente ou Paranoia apresentam a Depressão como comorbidade possível, apresentando boa resposta ao antidepressivo (MIGUEL *et al.*, 2011). Fato este que também justifica a melhora de Zé depois da medicação prescrita. Trata-se de um ato que reivindica a epistemicidade 1 e 2 na situação real de trabalho.

Na mesma época, passou a perguntar se podia ou não beber “umas”, uma vez que havia parado com as drogas. Neste momento, apresento uma resposta - *bebida em excesso faz mal* - sem muito refletir sobre a mesma, reivindicando a dimensão da intuição neste gesto profissional em Psiquiatria. Este foi o *oitavo ato*. Quer dizer, nem sim, nem não, mas era uma resposta que funcionava como uma restituição de conflito frente aos diversos conflitos delirantes já existentes. Em outro sentido, um ato como metáfora – uma atividade linguageira

²⁵³ Uma metáfora delirante que, a meu ver, era decorrente de seu trabalho de moer, ralar o milho, gerando uma pasta para se produzir a pamonha.

no interior da atividade psiquiátrica. Uma recriação da linguagem diante da dificuldade de dizer, uma outra forma de verbalizar a mesma coisa. Um instrumento clínico nobre que reabre as portas da atividade impossível. Entre outras palavras, uma forma de atravessar os enigmas da atividade delirante entre o *realizado* e o *real da atividade* (CLOT, 2002; 2003). E isso abria portas para novas conversas, inclusive sobre os efeitos do álcool nele e nos outros. Zé dizia que quando bebia, as bolinhas ficavam mais separadas. Esta foi a primeira vez que não me arrependi de tê-las desenhando, correndo e assumindo o risco de ter realizado um ato sugestivo, preche de conflitos de valores envolvidos. Um ato de mesmo teor sugestivo daquele descrito por Freud (1996c) em *Psicanálise Silvestre*, incentivando, encorajando o sujeito a tomar uma decisão que antes ocupava somente a imaginação. Um ato que se não prejudicou o curso do tratamento, com certeza, abalou os princípios da Psicanálise.

Um ato que também entra na economia de entendimento como *reductor de danos* que compõe um gesto da mesma ordem frente às políticas nacionais de abordagem ao usuário de múltiplas drogas. Uma forma de romper com a transmissão vertical de saberes e poderes sobre o outro. Um ato que tem

O papel de facilitador das ações implementadas, sejam elas a aquisição do conhecimento ou a preservação da saúde, entre os usuários de drogas... **o técnico em RD é o que propicia ao usuário de drogas a prevenção possível em lugar da prevenção idealizada.** (ALMEIDA *et al.*, 2004, p. 92, destaques nossos).

Diz-se do reconhecimento do direito do usuário, de incentivo à autonomia, entendendo a clínica em *Redução de Danos* (RD) como um encontro de autonomias possíveis entre trabalhadores-usuários (ALMEIDA *et al.*, 2004). O que teria a Psiquiatria a dizer sobre o assunto? Apresentamos mais perguntas do que respostas e anunciamos que o assunto merece maior aprofundamento em outros momentos.

Com base nos princípios de redução de danos, certamente a psiquiatria seria menos intervencionista e prescrever-se-iam menos neurolépticos, preservando-se mais a autonomia dos pacientes; os gastroenterologistas seriam mais condescendentes com seus pacientes alcoolistas e acatariam de melhor grado a redução do consumo ou a troca de bebidas mais fortes por outras de menores teores alcoólicos, em detrimento da proibição intransigente do ato de beber o que, não incomum, resulta em disfunção da relação médico-paciente e abandono de tratamento. (ALMEIDA *et al.*, 2004, p. 93, destaques nossos).

Este ato se fortalece em sua possibilidade na medida em que dialoga com os saberes psiquiátricos (em epistemicidade-2, 3 e 3bis) em relação a outros no campo da saúde e abuso de drogas. Um ato que interroga o conceito de saúde, não como ausência de doenças, mas

como uma outra forma de renormalizar a vida, mesmo usando álcool e outras drogas (CANGUILHEM, 1995).

Há que se acrescentar aqui um ato que não foi realizado, mas sim pensado, imaginado, e que a Psiquiatria recomenda, segundo a epistême-1, inclusive considerando os avanços da neuroimagem neste campo do conhecimento – o pedido de exames, em especial, a Tomografia computadorizada (TC) e/ou Ressonância Magnética (FOSSATI, 2015). Quer dizer, mesmo que a clínica seja soberana para se estabelecer uma hipótese diagnóstica, e nos avise que em caso de psicoses endógenas, não haja uma alteração orgânica que a determine ou sustente, faz-se necessária uma investigação laboratorial e de imagem. Um posicionamento também sustentado por Canguilhem (1995, p. 206) ao dizer que “é preciso ir ao laboratório para analisar experimentalmente aquilo que constatamos pela observação clínica”.

Ainda em 2006, Zé fez cirurgia de fimose, sentindo-se melhor para praticar com maior frequência a sexualidade, intensificando sua procura pela zona de prostituição de Belo Horizonte. Uma atitude que não só amplia sua confiança em si mesmo, como confirma, em termos transferenciais, sua confiança no percurso terapêutico por mim proposto na composição deste gesto profissional. Parecia se sentir mais livre, inclusive frente às perseguições, fato que repercutiu em outras atividades de vida. Passou a utilizar as seguintes palavras em seu repertório, além de medo e perseguição – pamonha, loteria, mulheres bonitas, escola, ginástica, carro, prostitutas, passeios para Brasília e praias do Nordeste, etc. Ao longo de três anos, ele conseguiu terminar o segundo grau e tirar sua carteira de motorista, celebrando tais conquistas, presenteando-me com várias pamonhas.

Em 2009, depois de dois anos sem um outro colega de trabalho, dividindo comigo a referência do caso, faço uma síntese do tratamento em equipe e compreendo que eu já desenvolvia este trabalho de TNS-TR ao longo de seu tratamento. Um gesto que se fez em *nove atos*, sendo o último, o momento da explicação e argumentação comigo mesmo deste trabalho em sendo psiquiatra dele também, responsabilizando-se pela condução do caso, mobilizando a Psiquiatria entre todas as epistemicidades e os seis *ingredientes de competência da atividade* (IGR's) em Ergologia. De outra forma, uma postura clínica, ressignificando o *Dispositivos Dinâmico a três Polos Ergopsiquiátricos* que apresentamos no terceiro capítulo da segunda parte da tese. Em seguida, um momento importante de *validação/deliberação* deste gesto profissional em equipe, um mecanismo de endereçamento individual, social e coletivo que ocorreu em etapas ao longo de toda essa construção clínica (DEJOURS, 2009; SCHWARTZ, 2001). As discussões foram dirigidas pela temática da função de TR desenvolvida pelo mesmo psiquiatra assistente. Um trabalho pouco

desenvolvido pelos psiquiatras da equipe. Um momento em que sintetizei todos os atos acima descritos, ressignificando todo o percurso de tratamento de Zé, (re)construindo o caso clínico em equipe (VIGANÒ, 1999).

No final de 2009, ao receber dos pais o cargo de coordenação do restaurante, Zé verbaliza sintomas depressivos que, segundo ele, já existiam anteriormente. Momento de interrogação ao usuário e confrontação ao sujeito em sua fragilidade psicológica, aumentando seu repertório verbal e piorando seu quadro clínico. “Pra mim ter sentido na vida, eu tenho que olhar pra outra pessoa e ir encaixando minha vida...”. Daqui a pouco, frente às vivências psíquicas e físicas de *vagas significações*, começou a apresentar algumas sensações estranhas pelo corpo e ouvir seu próprio pensamento. Em breve, consegue dizer: “É a depressão fica com meu coração dilatado, sinto muita depressão dentro de mim... tem umas conversas paralelas dentro da minha cabeça... eu sei quem fica falando, mas num posso falar”. A primeira vez que ele esboça uma atividade alucinatória.

Tristeza doutor, vontade de morrer doutor... eu fui lá nas meninas e busquei meus remédios... eu apego nas coisas doutor... meu trabalho, o que eu já fiz até hoje.... Agora, sou coordenador lá do restaurante lá em casa... às vezes, **fica insuportável meu trabalho, eu fico com medo de explodir**. (Zé, destaques nossos).

Trata-se de uma situação que concretamente amplia nossa hipótese diagnóstica de Psicose e que trataremos em seguida.

7.2.5 Um debate de normas na dimensão de saberes do gesto profissional

Apresentamos um *debate de normas antecedentes* no campo dos saberes em Psiquiatria, considerando as seguintes instâncias nosológicas: *Neurose-Psicose, Síndrome-Transtorno*.

Partimos da reflexão segundo a qual o motivo que nos leva a acolher um usuário em crise no serviço público não seja, necessariamente, o diagnóstico. Compartilhamos a seguinte reflexão:

O que nos motiva a uma apreensão rápida do problema e nos conduz a tomar as medidas necessárias não se funda em princípio num diagnóstico, mas sobretudo numa avaliação da gravidade do problema: qual a urgência subjetiva em causa? Quais os riscos envolvidos na situação? (LOBOSQUE, 2001, p. 54).

Obviamente, o diagnóstico não pode ser relegado a um plano menos importante, mas sim como instrumento para o governo da construção do caso, avaliando limites e alcances possíveis, variabilidade e infidelidades do meio.

Para promover essa discussão diagnóstica, tomamos como norte o *primeiro ato* deste gesto profissional. O quê estaria por detrás do pedido de Zé? Qual a posição psicológica dele frente ao sintoma de medo apresentado em não conseguir sair de casa antes das 22 horas? Estaríamos diante de uma posição psicótica, um discurso (in)coerente de construção delirante-persecutória, alucinatória, a esclarecer no curso da história? Uma Paranoia ou uma Esquizofrenia Paranoide ou um Transtorno Esquizofrênico Paranoide? Seria o sintoma inicial estruturado num discurso neurótico: uma Neurose Obsessiva, Fóbica? Pânico? Ou um Transtorno Obsessivo Compulsivo? O assunto é polêmico e constituinte da interseção diagnóstica Neurose-Psicose: um exercício, no mínimo interessante para o trabalho clínico neste gesto profissional em Psiquiatria.

Dividimos nossa discussão da seguinte forma: o diagnóstico em Psiquiatria e aquele construído na interseção Psiquiatria-Psicanálise. Para tanto, partimos da histórica e controversa denominação nesse debate – Neurose e Psicose (FREUD, 1996d). Uma posição clínica que requer uma outra atitude diante do sintoma apresentado, evitando um *furor curandis* de extingui-lo a qualquer custo. Segundo diversos teóricos, lá onde houver um sintoma, encontraremos um sujeito dividido e encontraremos a direção de tratamento. Uma operação nada espontânea e que requer uma posição de *escuta, destituição do saber-poder e respeito à subjetividade do outro*. Não se trata somente de não atacar o sintoma, mas acolhê-lo no sentido de fazer emergir dele um sujeito desejante (QUINET, 2006; BARRETO, 2010). Esta foi a postura escolhida e assumida ao longo do engendramento desse gesto profissional em Psiquiatria.

7.2.5.1 Sobre a Psiquiatria em normas antecedentes

Podemos dizer que a Psiquiatria nasce com o estabelecimento do asilo no final do século XVIII. Uma espécie de dever e poder sobre o corpo do usuário e de enclausuramento dos loucos em instituições que não somente procuravam, como prometiam a cura desta enfermidade. A cura não aconteceu, permanecendo como proposta até o momento, fator este constituinte da existência da Psiquiatria em seu hibridismo constitucional.

Em termos genéricos, abordamos os dualismos (mente-cérebro, neurose-psicose) além de outros planos nosológicos: desenvolvimento-processo, biologia-humanismos. Uma

situação componente das seguintes entidades nosológicas do sofrimento mental: Neurose, Psicose, Perversão, Síndromes, Transtornos, incluindo as imagens cerebrais de forma complementar para o estabelecimento de um possível diagnóstico.

Consideramos os avanços da instrumentalização e da cientificidade da Psiquiatria atual Contemporânea e/ou da Classificação Internacional, que prima pelo diagnóstico nosográfico como ponto de partida, inclusive a partir das reflexões sobre o avanço das imagens cerebrais para o diagnóstico da loucura (FOSSATI, 2015). Dessa forma, estaremos ampliando o espectro de abordagens sobre o adoecer psíquico, preparando o terreno para tratarmos de forma mais crítica os conflitos de normas e avanços da Reforma Psiquiátrica tal qual ela se fez após os anos 1970 e da contribuição de outros saberes para esse campo do conhecimento.

Para sustentar nossa hipótese diagnóstica, abrimos um diálogo em torno dos *saberes constituídos* da Psiquiatria como Clínica: a *Psiquiatria Clássica*, das *Grandes Escolas alemã e francesa*, a *Psiquiatria Contemporânea* e/ou da *Classificação Internacional*, da *Neuropsiquiatria* e a *Psicanálise*, segundo: Freud (1996a; 1996b; 1996c), Bercherie (1989), Jaspers (2006), Oliveira (2013), Fossati (2015), Barreto (1999; 2010, 2016a), Quinet (1997; 2001; 2002).

Em termos resumidos com relação à origem, natureza da doença mental, a *Psiquiatria Clássica* vivenciou três momentos. O primeiro, aquele em que Pinel sustentou o caráter funcionalista, alegando que as doenças mentais seriam um distúrbio funcional cerebral, não determinadas por lesões como condição básica. O segundo, Griesinger, inspirado pela Paralisia Geral Progressiva (PGP) de Bayle, postulava que as doenças mentais eram afecções cerebrais. E o terceiro momento, aquele que Charcot postulava que, hipnotizando as histéricas, estas poderiam, pelo método da indução, eliminar seus sintomas de bizarria motora.

Em termos históricos, Emil Kraepelin (1856-1926) descreveu a *Demência Precoce*, como um curso deteriorante a longo prazo; alterações da vontade; embotamento afetivo; alteração da atenção e da compreensão; alucinações, em especial auditivas; sonorização do pensamento; vivências de influência. Porém, conforme já apresentamos, foi Eugen Bleuler (1857-1939) quem cunhou pela primeira vez o termo *Esquizofrenia* em substituição à *Demência Precoce* e a definiu entre sintomas primários, a partir dos *quatro A's*: *afrouxamento* até dissociação das ideias associativas – perda da coesão entre as palavras, interrupção do curso do pensamento, proporcionando descarrilhamento da ideação lógica do sujeito, resultando em falas bizarras e incompreensíveis. *Autismo* que significa a perda do contato do sujeito com a realidade. *Ambivalência* em vários níveis do comportamento, em especial entre o amor e o ódio. O sujeito afirma uma frase e, em seguida, a utiliza de forma negativa.

Afetividade comprometida, uma indiferença frente às coisas do mundo, falta da capacidade de modulação do afeto, possibilitando uma expressão afetiva artificial, exagerada, teatral e cheia de maneirismo. E isso não quer dizer impossibilidade do sujeito vir a relacionar afetivamente com o outro. Por outro lado, sintomas secundários ou acessórios, os delírios e a alucinação. Em outro sentido, de acordo com Kurt Schneider (1887-1967), apresento a esquizofrenia entre, de um lado, os sintomas de *primeira ordem* – percepção delirante, eco ou sonorização do pensamento, vozes que comentam e comandam a ação, difusão do pensamento, roubo do pensamento, vivências de influência no plano corporal e do pensamento. De outro lado, os sintomas de *segunda ordem* – ideias delirantes súbitas, perplexidade, alterações do humor, sentimento de empobrecimento emocional.

Karl Jaspers (1883-1969), na mesma época, questionava as entidades nosológicas naturais em Psiquiatria, preocupando-se com o sujeito que ouve vozes e investigando, fenomenologicamente, esta alteração psicopatológica. Ele se contrapunha à rápida tentativa de identificação da Psiquiatria com a Medicina. Apresenta o método de investigação do fenômeno psicopatológico, dividindo-o entre aspectos subjetivos (os delírios) em contraposição aos objetivos (prejuízos da memória e da inteligência), diferenciando as doenças orgânicas cerebrais das psicoses endógenas (Paranoia, Esquizofrenia e Psicose Maníaco Depressiva). Em outras palavras, os processos versus os desenvolvimentos, analisados frente às ideias delirantes primárias, humor delirante, alucinações verdadeiras e primárias, vivências de influência, ocorrência ou intuição delirante.

Em termos de relevância de debates e saberes, de um lado, resgatamos, inicialmente, a importância da proposta de Jaspers (2006), embasada na fenomenologia, de que o diagnóstico psiquiátrico seja o último a se definir, de fato, na construção do caso clínico, porém, de grande importância na condução clínica.

Na psicopatologia, **o fundamento real da investigação é constituído pela vida psíquica**, representada e compreendida através das expressões verbais e comportamento perceptível. Queremos sentir, apreender e refletir sobre o que realmente acontece na alma. (JASPERS, 2006, p. 34, destaques nossos).

Diz da prática de uma Psiquiatria clínica, onde “a psicopatologia deve ser entendida como meio que torna possível a psiquiatria.” (OLIVEIRA, 2013, p. 30). Por outro lado, o mais importante é a compreensão do fenômeno, suas implicações com o meio e a forma com as quais ele se articula com outros sistemas do indivíduo. A psicopatologia nos ensina que precisamos nos librar de tendências objetivantes, subjetivantes e preconceituosas, a fim de nos atermos ao fenômeno em sua materialidade e concretude, aos fatos concretos da vida psíquica.

O acesso ao fenômeno deve acontecer isento de tendências a formulações prévias e categorizações de sintomas.

É dentro dessa argumentação que Jaspers (2006), fazendo uma correlação entre as doenças cerebrais como *Processos orgânicos* e as Psicoses endógenas como *Processos psíquicos*, reservando o *Desenvolvimento* para a esclarecer a Neurose (conforme já abordamos no início desta quarta parte da tese). Em primeira ordem, os Processos orgânicos e psíquicos seriam, a priori, incompreensíveis, eles introduzem rupturas na *Continuidade Histórico-Vital*. Atenção especial é dada ao mecanismo da compreensibilidade, esclarecendo-nos, então, o critério primeiro para se diferenciar o processo de um desenvolvimento. A Neurose – um desenvolvimento ao longo da vida do sujeito e a Psicose, algo incompreensível a ser explicado. Os processos orgânicos, estes apresentam uma explicação um tanto mais possível e evidente, inclusive com a atual evolução das propedêuticas diagnósticas (FOSSATI, 2015). E os processos psíquicos, uma operação bastante mais extensa e complicada de investigar na vida do sujeito.

Se Jaspers nos orienta procurar a incompreensibilidade para encontramos o endereço das Psicoses, Clérambault formulava a questão por outros caminhos, porém dentro de uma operação similar com o corte de sentido. Ele dizia do *Automatismo* mental, ou seja, uma variação desde o riso imotivado ao pensamento imposto, as estereotípias verbais ao bloqueio do pensamento, desvelando algo que irrompe no curso da vida. Um desdobramento do pensamento que adquire uma autonomia sem chegar a uma alucinação, são fenômenos sutis, reservando uma posição secundária para a atividade delirante.

Para avançar em nossos esclarecimentos diagnósticos, as *Escolas alemãs e francesas* em complementaridades possíveis. Segundo Barreto (2010), se Pinel estabelecia a loucura entre as Manias, Monomanias e Demências, por outro lado, essas *Escolas* avançaram em complexidade. A nosologia psiquiátrica francesa traduzia a loucura da seguinte forma: Paranoia (com delírios de interpretação, de reivindicação e de imaginação); Psicoses alucinatórias crônicas (delírio crônico, formas fantasiosas e delírio de influência); Demência Precoce (demência paranoide, catatonia, hebefrenia e forma simples); além da Psicose maníaco-depressiva. Já a *Escola alemã*, a Paranoia; a Parafrenia (forma sistemática, expansiva, confabulatória e fantasiosa); a Demência Precoce (forma paranoide, catatônica, hebefrênica e simples); a Loucura maníaco-depressiva (fase maníaca e depressiva).

Apresentamos uma perspectiva diagnóstica pela *Psiquiatria Clássica* proposta por Schneider (1887-1967), retrabalhada por Dalgalarrondo (2008), Miguel *et al.* (2011) e Barreto

(1999; 2010), tendo como pressuposto, a CID-10²⁵⁴ e o DSM-V.²⁵⁵ Com relação ao Zé, construímos as seguintes hipóteses diagnósticas, buscando maiores esclarecimentos teóricos: Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado – 298.9 - (F29); Esquizofrenia Paranoide (F20.0); Transtorno Delirante Persistente – 297.1 - (F22); Transtorno Obsessivo-Compulsivo a esclarecer – 300.3 - (F42); Transtorno mental e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas (F19). Porém, sustentamos que se trata de uma psicose Paranoica de início precoce e curso favorável, conforme abordaremos. Investigamos a dinâmica funcional de Zé entre os aspectos psicossociais e culturais.

Ainda com os mesmos autores, para melhor sustentar nosso diagnóstico, fizemos uma diferenciação histórica entre a Esquizofrenia Paranoide e o Transtorno Delirante Persistente.

O Transtorno Delirante Persistente que se refere ao que Kraepelin chamava de Paranoia, caracteriza-se por delírios organizados e sistematizados em sua maioria, não bizarros e fragmentados como na Esquizofrenia, encerrando os seguintes conteúdos: erotomaníaco, de grandiosidade, celotípico (ideias delirantes de que o companheiro sexual é infiel), persecutório, somático, misto e não especificado (em especial quando, por exemplo, há ideias de autorreferência sem associação significativa com componentes de persecutoriedade ou grandiosidade). Situação esta que se aproxima sobremaneira de nossa hipótese diagnóstica primeira de Paranoia. Os delírios, em sua maioria, iniciam decorrentes de alteração no interesse emocional, surgem também a partir de processos cognitivos normais que tendem a explicar as experiências anormais do curso da vida. Geralmente são pessoas muito desconfiadas, que suspeitam da veracidade das coisas e da índole do outro. Trata-se de um quadro psicótico endógeno (não orgânico). Em sendo um Transtorno, suas causas ainda não foram determinadas objetivamente. A idade de início varia entre 18 e 80 anos, mas na maioria das vezes, acomete pessoas entre 34 e 45 anos. O início pode ser agudo ou insidioso, gradual. Os casos mais agudos e precoces tendem a apresentar um melhor prognóstico. Alguns estudos epidemiológicos, evidenciaram alguns fatores pré-disponentes e de risco: idade avançada, déficit sensorial, isolamento social, história familiar positiva, etc. (MIGUEL *et al.*, 2011).

²⁵⁴ Trata-se da Classificação Internacional de Doenças Mentais (CID-10), de Transtornos Mentais e de Comportamento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), criada para facilitar e padronizar internacionalmente os diagnósticos.

²⁵⁵ Trata-se de um manual diagnóstico e estatístico (DSM), da American Psychiatric Association (2014) que visa classificar os transtornos mentais e apresentar critérios (ateóricos?) para facilitar o estabelecimento de diagnósticos de forma padronizada e internacional. Ele existe há cerca de 60 anos, tornando-se referência para a prática clínica, um guia prático e funcional na área da Saúde Mental.

7.2.5.2 As dramáticas de um corpo-si delirante

Dizemos de uma diferenciação entre Paranoia e Esquizofrenia Paranoide, a partir das dramáticas do *corpo-si* (biológico/subjetivo, consciente/inconsciente) delirante. A questão é que Zé apresentava, desde a idade de 15 anos, mesmo fora do uso da droga, segundo os pais, uma cisma de tudo e todos que se somava ao isolamento social, desconfianças e somatizações variadas, segundo os pais. Seriam etapas de uma construção delirante-persecutória ou sintomas obsessivos-compulsivos em construção? Não evidenciamos uma ruptura radical da continuidade histórico-vital, segundo Jaspers (2006), mas a evolução de um pensamento autorreferente, onde as cismas foram ganhando um caráter mais estruturado e sistematizado, delirante?

O delírio nos remete, de início, à *Psiquiatria Clássica*, em especial, segundo os ensinamentos de Jaspers (2006). Se ele havia sido estudado antes mesmo da Psiquiatria, foi com Pinel que ele se tornou um elemento central na composição diagnóstica (BERCHERIE, 1989). Um erro de juízo, uma realidade paralela. Segundo Bleuler (*apud* Bercherie, 1989), não se trata somente de um erro, mas de representações discrepantes, falsas da realidade. Entre o erro e a falsidade, Jaspers (2006) diz ser o delírio uma questão central para a psicopatologia. Um fenômeno primário que transforma a realidade, repercutindo na função do pensamento e do julgamento crítico do mundo. Etmologicamente, delírio compreende: *de* – desvios e *liros* – trilha. Assim, delírio seria o desvio do trilho. Segundo Jaspers (2006), os delírios dizem respeito a um prejuízo na capacidade de julgamento, produzindo um alheamento da subjetividade, alterando o modo de dar sentidos aos objetos reais, comprometendo as funções do eu. O sujeito, frente ao outro mundo que se cria, apresenta um discurso com certezas subjetivas inflexíveis, irredutíveis.

Segundo Bercherie (1989), o delírio como entidade nosológica traduz uma querela entre as escolas psiquiátricas clássicas no final do século XIX e início do XX – o fim da Psiquiatria Clássica e início de uma nova era para a Psiquiatria. A tentativa de organização e classificação dos transtornos psiquiátricos, inclusive pelo quadro delirante-alucinatório que persiste até o momento, sofrendo influências da cultura, dos interesses econômicos e das neurociências. Dizemos de contribuições importantes do passado para a contemporaneidade e que enriquece nosso instrumento clínico, amplia e resgata os conhecimentos em Psicopatologia.

Se reconhecemos que nossos atos são decorrentes de nossas atitudes, o sujeito delirante se mostra diferente, o mundo o invade, ameaçando sua integridade.

As experiências são vividas estranhamente como impostas do exterior e não como próprias... O delirante perde a liberdade e se sente aprisionado pelo mundo. Falar de delírio é, portanto, falar do ser humano, pois só o ser humano pode delirar. (RÉGO, 2013, p. 129).

Em outros termos:

O sujeito imerso em sua certeza é incapaz de elaborar uma composição dialética daquilo que ele percebe como verdade; ele é incapaz de tomar a sua posição e comparar com a posição de um outro sujeito e encontrar o meio termo. É o paciente imerso numa certeza sem composição dialética porque ele não dispõe do preconceito do mundo, que seria o espaço de mediação onde uma nova concepção poderia se realizar. (TEIXEIRA, 2013, p. 109).

Não recuamos do delírio, ao contrário, partimos do mesmo como direção do tratamento, tecendo maiores explicações. Se os psiquiatras franceses se opunham à Paranoia enquanto uma entidade nosológica pura e delimitada, os alemães a teciam de forma mais profunda. O Tratado de Psiquiatria de Emil Kraepelin (fundador da Psiquiatria moderna) em 1898, embasado em processos de observação, evolução e desfecho da doença psíquica, apresentou os delírios sistematizados, diferenciando-os dos delírios dos querelantes e da Parafrenia. Uma alteração do juízo crítico que não comprometia a personalidade, apresentando contornos delimitados, com um núcleo bastante definido e repetitivo. São delírios de conteúdo persecutório, de ciúme e de grandeza. Já a Parafrenia, um quadro delirante-alucinatório florido, sem distúrbios da afetividade e da vontade, com preservação da personalidade. A questão é que este diagnóstico encontra-se em desuso, tanto na Psiquiatria, quanto na Psicanálise.

Diferente da Esquizofrenia, não apresenta apatia, nem indiferença ao mundo real. Neste caso, e segundo os critérios da DSM-IV, ressignificados pela DSM-V, preconiza-se a existência de dois dos seguintes critérios, pelo menos durante o período de um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado ou incoerente, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos como o embotamento afetivo, alogia ou abulia. A questão é que, diferente da Paranoia, os delírios são bizarros e não respondem a uma ordem lógica, esquematizada, organizada. Eles assumem temas diferentes em várias etapas da evolução do sofrimento.

Na escola francesa, os delírios crônicos são de evolução deficitária. Uma situação evidenciada por Clérambault (*apud* BERCHERIE, 1989), ao instigar o estado agudo do usuário para depois compreender os aspectos mais estruturais dos mesmos.

Para efeito de hipótese diagnóstica, investigamos o discurso de Zé e o mesmo nos relata:

Falo uai. Eu não tenho isso mais não doutor, graças a Deus eu não tenho isso mais não, eu fico pensando... nas coisas que acontece e que a gente num dá conta de saber se é verdade... igual eu sempre falei que tem gente demais que fica querendo prejudicar a gente doutor... Eu não tenho essas paranoia mais não doutor. Eu venho aqui falar pro senhor que **eu tô é estressado com as pamonha**, e que não sei o que tem... o senhor me dá conselho. Então é isso aí. (Zé, destaques nossos).

Depois de muitos anos de tratamento, ele aborda a cisma de uma forma tranquila e sem receios – o que antes era verbalizado com maior ansiedade e sofrimento. E ainda consegue dizer da importância do tratamento, mesmo se interrogando sobre qual loucura teria.

Eu não sei o que que os outro tá pensando de mim lá fora. Muita gente fala assim você é **trabalhador**, você é trabalhador. **Tem hora que eu sinto isso... que tem gente falando de mim assim nas rua. Não sei, num gesto sei lá, numa fala. Um gesto... uma conversa por exemplo.** Não, numa conversa por exemplo. **Às vezes, eu converso com uma pessoa assim, mas pelo olhar a gente sente o que tá demonstrando pra gente assim.** Pelas emoção que a gente tem, sabe doutor, a gente é humano, a gente não... num é bobo né? A gente vê o que a pessoa tá falando ali, o que a pessoa tá querendo. Eu vou é na maloca, vou em malocas, muitas assim. Tem neguinho viciado. Na zona eu vou, falar que eu não vou é brincadeira né doutor, é brincadeira. Na Brilhante... lá os cara lá cheira uma cocaína... e olha pra gente. (Zé, destaques nossos).

Ele questiona seu próprio diagnóstico, dizendo que tudo iniciou mesmo quando tinha dezoito anos – “agora é trinta e dois. Dezoito pra trinta e dois. É... uns catorze anos. Tem catorze anos esse tratamento. Eu comecei em 2000, então, pra 2014, são catorze anos. Como psiquiatra foi o senhor. Foi? Ahhhh. Psicólogo... teve, psiquiatra só o senhor”.

7.2.5.3 A interseção Psiquiatria-Psicanálise

Apresentamos essa interseção em forma de desconforto na intenção de esclarecer uma tomada de decisão clínica e política, inclusive reconhecendo que a Psicanálise recorre à Psiquiatria Clássica para erguer seu edifício teórico. Um debate importante para a construção do referido gesto profissional e para avançarmos no esclarecimento de nossas hipóteses diagnósticas: Psicose Paranoica ou Neurose Obsessivo-Compulsiva?

Entre a Psiquiatria e a Psicanálise, o *debate de normas* se amplia. Se os critérios diagnósticos são variados no campo da Psiquiatria Contemporânea, a Psicanálise apresenta uma proposta, aparentemente, mais enxuta, porém também complexa: as estruturas clínicas – Neurose, Psicose e Perversão. Uma entidade nosológica baseada na maneira como o sujeito se

organiza em sua economia psíquica para lidar com a falta inscrita na subjetividade, respeitando a forma de cada indivíduo compreender a sexualidade, o desejo, a lei, a angústia e a morte (QUINET, 2001; BARRETO, 1999).

Inicialmente, anunciamos a acirrada controvérsia encerrada nos atuais manuais diagnósticos (DSM IV, V; CID-10) em contraposição ao diagnóstico em Psicanálise. Realidade esta que, se não dificulta, afasta a ideia de interconexão entre Psiquiatria e Psicanálise proposta por Freud (1996b). Se a Psiquiatria ainda não estabeleceu uma confirmação diagnóstica em nível de autópsias em busca de um substrato orgânico, a Psicanálise ergue seu edifício na construção do caso clínico, a partir da forma como o sujeito vivencia sua subjetividade e sexualidade na relação com o Outro.

Se Freud construiu seu legado clínico com base em nosografias psiquiátricas clássicas, hoje, a situação é outra, uma vez que o campo das neuroimagens tem crescido assustadoramente (FOSSATI, 2015). Segundo Quinet (1997; 2001; 2006), entre a Neurose, a Psicose e a Perversão na Psicanálise, a Psiquiatria Clássica apresentaria seus correspondentes e expoentes. Com respeito à Paranoia, o legado de Emil Kraepelin; para a Esquizofrenia, Bleuler; para a perversão, Krafft-Ebing; para a Neurose, Charcot. Em termos psicanalíticos, no caso das Neuroses: a Histeria e a Neurose Obsessiva. Na Psicose, além da Esquizofrenia e da Paranoia, a Melancolia - base da Psicose Maníaco-Depressiva ou Transtorno Dipolar do Humor na linguagem psiquiátrica.

A maior crítica da Psicanálise à Psiquiatria, nós a apresentamos da seguinte forma:

Ao substituímos as doenças delimitadas pela psiquiatria clássica por transtornos opta-se mais pela descrição e pela comunicação desses fenômenos entre colegas que por uma clínica em que cada caso seja efetivamente um caso e na qual os fenômenos sejam considerados sintomas, ou seja, formações de compromisso entre diversas instâncias do aparelho psíquico. (QUINET, 2001, p. 74).

Os atuais manuais diagnósticos pretendem, segundo essa crítica, visibilizar o dualismo saúde/transtornos, dando a impressão da construção de um instrumento com informações suficientes para se estabelecer hipóteses diagnósticas, com o mínimo de erros e veiculando um ideal médico para a Psiquiatria.

Sou partidário, inicialmente, das reflexões de Freud (1996b) quanto ao assunto, ao dizer que:

O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. (FREUD, 1996b, p. 262, destaques nossos).

Segundo ele, a Psiquiatria, ao abordar o delírio de forma geral, nos dá a impressão de superficialidade, apontando para uma hereditariedade etiológica. Encerra a sua crítica, fazendo um apelo: “É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental.” (FREUD, 1996b, p. 262).

Fazer conversar Psiquiatria com Psicanálise, parece-me um projeto mais fácil na teoria, porém, nada fácil na prática, em se considerando o diálogo entre psiquiatras e psicanalistas. Se assim o fizéssemos, estaríamos delimitando espaços, resgatando a Psiquiatria em sua essência e origem, além de respeitar os princípios da Psicanálise. Uma posição clínica que nos instiga a procurar o sujeito nos sintomas e não o contrário e isso estaria estabilizado. Não se trata de atacar o sintoma e os atuais manuais, mas promover um *estilo* de ser profissional que reconfigure a evolução de saberes psiquiátricos e psicanalíticos, abordando a manifestação subjetiva com os aspectos biopsicossociais (LE GUILLANT, 1984; LIMA, 2006), políticos e culturais da vida, retomando à centralidade da atividade pelo viés das Clínicas do Trabalho para ressignificar a possibilidade desta inter-relação.

O debate acima é a base para o esclarecimento de minha posição e *estilo* profissional de construção do gesto profissional em Psiquiatria, incorporando princípios básicos da *Psicanálise Aplicada* ao desenvolver a atividade de TNS-TR na construção e condução do caso clínico de Zé. A Psicanálise é um discurso analítico a mais no campo da Saúde Mental e no serviço público - que incorpora uma polissemia de discursos. Dizemos de uma ética que não coincide com a moral, com a conformidade normativa, mas que requer uma posição de sujeito-trabalhador. Uma preocupação com a restituição da história do usuário. Tradicionalmente, se a Psiquiatria e a psicoterapia operam na vertente da eliminação do sintoma, a Psicanálise, nesse sentido, também trabalha o sintoma, “visando não à sua eliminação, mas certa reconciliação do sujeito com o sintoma. Em vez de tratamento do sintoma, tratamento pelo sintoma.” (BARRETO, 2010, p. 190). Enquanto a *Psicanálise Aplicada* trabalha o sintoma contextualizado e suas variabilidades, a *Psicanálise pura* se situaria mais dentro de consultórios e para além do mesmo e na construção e ultrapassagem da fantasia, diferenciando, a meu ver, o psicanalista do trabalhador que se situa na confluência entre Psiquiatria e Psicanálise do serviço público.

Uma operação que foi sendo trabalhada desde minha própria análise de cunho lacaniana. Se o início de minha prática psiquiátrica nos CAPS, abordava com maior fluência os aspectos biológicos e sociais da Psiquiatria, ao longo dos anos, veiculava jargões psicanalíticos de forma desordenada. Atualmente, a minha prática se situa entre, de um lado, a

Psiquiatria entre os aspectos biopsicossociais, da Fenomenologia, da sociologia, da Antropologia, da Filosofia, as Artes, e princípios importantes e básicos da Psicanálise: *a destituição de saberes, a valorização da subjetividade e a escuta do sujeito no usuário*. De outro lado, ampliando esse *debate de normas* com as Clínicas do Trabalho.

Uma interseção, clinicamente, nada simples que faz da Clínica Psiquiátrica, um campo essencial para a fundamentação “nosológica” da Clínica Psicanalítica. Se a Psiquiatra fala de psicoses, a Psicanálise fala de psicose, no singular, como um lugar assumido frente ao discurso do outro. Da mesma forma, se a primeira caracteriza entidades mórbidas, categorias, fenomenologia, sintomas fundamentais e secundários, lesão e organicismo. A segunda vem nos dizer de estruturas clínicas (Neurose, Psicose e Perversão), da metapsicologia, de fenômenos elementares, do recalque, do consciente/inconsciente e da forclusão. Este último: “um neologismo que se utiliza em português para designar que não há inclusão, que o significante da lei está fora do circuito, sem deixar, no entanto, de existir, pois o que está foracluído do simbólico retorna no real.” (QUINET, 1997, p. 14).

As operações explicativas da Psicanálise são complexas e não representam o foco desta tese. Poucos são os psicanalistas que conseguem ser claros e práticos na articulação da teoria com a prática. Porém, não há como avançarmos nessa diferenciação, sem inicialmente, diferenciarmos Neurose de Psicose. A priori, trata-se de um desarranjo nos registros tripolares da psique humana (real, simbólico e imaginário) que vão compor os ingredientes primeiros para o esclarecimento do seguinte aforismo: *Não é louco quem quer*, mas sim quem pode. (QUINET, 1997, p. 3).

Em termos estruturantes do raciocínio psicanalítico no texto - *Perda da realidade na neurose e na psicose* - Freud (1996d) nos afirma que são dois diagnósticos diferentes e, às vezes, difíceis de serem diferenciados no cotidiano da clínica. Na neurose, em termos de base, uma espécie de pulsão é recalçada em obediência à realidade. Na psicose, o que existe é um fracasso nesta operação, perdendo-se o fragmento da realidade que operava esse comando. Em outro sentido, se na psicose, percebe-se uma rejeição da realidade (um sinal, praticamente, determinante), a neurose nos informa de uma tentativa de reparação, anunciando a criação de uma nova realidade no lugar daquela perdida. Se na primeira, há uma rejeição da realidade, na segunda, uma admissão das *infidelidades do meio* e variabilidades da realidade, mas a contragosto.

Depois de apresentar meu ponto de vista acerca deste emblemático debate entre Psiquiatria e da Psicanálise, prossigo sustentando o diagnóstico de Psicose Paranoica para o Zé, mesmo que tenha anunciado sua eclosão por volta dos 18 anos. Porém, há que se

promover outro esclarecimento – aquele entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Neurose Obsessiva.

Apresentamos uma síntese explicativa. Com relação ao primeiro, o ponto essencial são os pensamentos obsessivos, ideias, imagens ou impulsos que ocupam a mente do sujeito de forma estereotipada e, invariavelmente, angustiantes. São pensamentos reconhecidos como próprios, mesmo que sejam involuntários e muitas vezes repugnantes (MIGUEL *et al.*, 2011; CID-10). Frente a eles, os atos são rituais compulsivos que tendem a operar uma redução da angústia. O sujeito também pode se ver em posição de prevenção de eventos improváveis e dos quais ele não tem domínio. E isso pode gerar uma desautonomia no corpo orgânico com sintomas de ansiedade, taquicardia, sudorese e alteração da pressão arterial. Por outro lado, uma tensão interna e psíquica intensa, sem sintomas autonômicos evidentes.

Em termos psicanalíticos, dizemos de uma Neurose Obsessiva – o que estaria operando o mecanismo do recalque? Que espécie de pulsão seria recalçada em obediência ao real? Frente a uma experiência traumática no campo da sexualidade, por exemplo, o sujeito não se colocaria numa posição passiva, ao contrário, ativa, gerando uma espécie de acusações repetidas dirigida, a priori, a si mesmo. Há uma grande complexidade nas relações afetivas, sentimentos de ambivalência, de oposições constantes: ativo-passivo, masculino-feminino, destruição e preservação do Outro, amor e ódio. Um posicionamento de grande alargamento entre o instante de olhar a cena e concluir o episódio, gerando dúvidas, culpas e uma eterna e impagável dívida ao parceiro da relação (BARRETO, 2010, p. 223).

7.2.5.4 A esquizo mental em Freud, Bleuler e Lacan – contra o pessimismo de Kraepelin, o otimismo de Bleuler

Podemos dizer que foi Kraepelin entre o final do século XIX e início do XX quem melhor definiu a entidade clínica da Paranoia. Ele a distinguiu da forma paranoide da *Demência Precoce* de Bleuler que definiu o conceito de Esquizofrenia pela primeira vez. Assim, segundo Kraepelin, existiria, então, uma alternância em três polos – Paranoia, Demência Precoce ou Esquizofrenia e a forma Paranoide da Demência Precoce (*Parafrenia* – termo em desuso tanto na Psiquiatria, quanto na Psicanálise), segundo Bruno (2001, p. 226). São diagnósticos que, inevitavelmente, levariam à deterioração progressiva da personalidade, determinando um mau prognóstico na evolução da doença.

Uma diferença bastante esclarecedora em nossa hipótese diagnóstica de Paranoia, onde há uma atividade delirante que se desenvolve sob um exagero de sentimentos normais

que se desdobra assumindo um caráter sistemático e rígido, inabalável, porém sem a evolução acima descrita. Com respeito à forma Paranoide da Demência Precoce, o delírio, de acordo com Kraepelin, assume diversos conteúdos, de maneira mais instável e incoerente. Fato este que nos faz considerar o discurso delirante persecutório sistematizado e autorreferente, com um núcleo delirante que repete, presente no campo da Paranoia e incomum na esquizofrenia.

Segundo Lacan (1998), na Paranoia há uma prevalência do imaginário ao simbólico no mundo do sujeito. Fato este que explica relações de agressividade e rivalidade entre o amor e o ódio, intermediado pelo Outro. Na Esquizofrenia, percebe-se uma fragmentação do imaginário, conduzindo a um despedaçamento do eu, uma forclusão do simbólico que recai no corpo e na linguagem, proporcionando atividades delirantes de todo cunho, sem um único núcleo delirante como na Paranoia (GENEROSO, 2006; QUINET, 2001; 2006).

Segundo Quinet (2006), a Esquizofrenia e a Paranoia são entidades nosológicas que se constroem sob a égide da forclusão do Nome-do-Pai, porém, com significações clínicas diferentes na estrutura. No plano imaginário, uma regressão ao autoerotismo no caso da Esquizofrenia, explicando a tendência à fragmentação do corpo e dispersão do sentido. Na Paranoia, uma regressão ao narcisismo, onde o sujeito se fixaria numa imagem do outro e uma espécie de congelamento dos sentidos. No plano real, uma fragmentação e dispersão do gozo no corpo, da fala e do pensamento na primeira entidade e uma concentração do gozo no outro, ou seja, na figura do perseguidor, da pessoa amada ou odiada. No nível simbólico, o esquizofrênico teria uma dificuldade em apreender ou se deixar representar por um único significante. Já o paranoico não só é representado, como fixado em um único significante ideal. Diferente da Esquizofrenia, a Paranoia é, segundo Freud, o tipo clínico que mais se aproxima da neurose, uma vez que ela se aproxima muito de mecanismos de defesa neuróticos. Fato este que nos ajuda esclarecer nossa dúvida diagnóstica de Psicose paranoica ou Neurose obsessiva para o caso de Zé.

Assim, contra o pessimismo de Kraepelin, o otimismo de Bleuler, embasado em princípios freudianos e remodelados por Lacan, introduzindo a causalidade psíquica para os diagnósticos em Psiquiatria, “situando a esquizofrenia como uma reação do sujeito em um momento de sua história, desencadeada por algo extremamente particular, concernindo-o diretamente.” (QUINET, 2006, p. 64). Bleuler constrói o diagnóstico de Esquizofrenia, a partir da esquizo (cisão) mental em relação à realidade. Porém, segundo o entendimento de Freud e Lacan, este termo é generalizável para todo ser falante, “pois é determinada pelo encontro traumático de todo sujeito com o real da castração e se refere à divisão do sujeito entre pulsões e realidade.” (QUINET, 2006, p. 67). Assim, ao acusar a impropriedade do

termo Demência Precoce para as Psicoses, Bleuler não só discordava de Kraepelin, como abria as portas para outras significações da loucura.

Se Freud afirmou que Paranoia e Esquizofrenia se misturam, Lacan não discordou, mas aprofundou nesta diferenciação em vários planos, que não aprofundaremos nesta tese. Ao contrário, sua teoria é complexa e argumenta essa diferença em vários planos. Em especial, com relação à falta de um discurso estabelecido para o esquizofrênico, acusando uma certa frouxidão dos três registros (real, simbólico e imaginário), gerando sintomas bizarros na mente e no corpo. No caso da paranoia, esses registros teriam uma mesma consistência de sentido, promovendo uma articulação de significantes e propiciando uma possibilidade maior de enlaçamento social.

Assim, a partir dessa discussão:

O outro passo que devemos dar é considerar todos os fenômenos dos pacientes como tentativas de estabelecimento de algum vínculo com o outro. **Neste sentido, são tentativas de fazer laço social: o delírio pode até inventar um outro do amor, pelo qual o sujeito se apaixona.** Os delirantes não apenas amam seus delírios como a si mesmos, mas são apaixonados pelo Outro, e são os amados pelo Outro. (QUINET, 2006, p. 54, destaques nossos).

Uma situação que abre outra janela - a psicose paranoica faz ou não laço social? Um assunto complexo que não se esgota aqui, uma vez que se trata de grande polêmica mais teórica do que prática. Trata-se de uma posição crítica da Psicanálise à Psiquiatria, reforçada pelas Clínicas do Trabalho em fazer frente ao delírio, ao investimento nas palavras, à alucinação e à arte como tentativas espontâneas de cura promovidas pelo sujeito na psicose.

Sustentamos a hipótese que o paranoico faz laço social, mas de uma forma um tanto mais rígida, inclusive pela organização nuclear do delírio em sua estrutura psíquica. Ele se identifica de forma imediata a um significante ideal, podendo ocupar um lugar de excentricidade, de líder, megalomaniaco, aquele que dita normas para um determinado coletivo de trabalho, podendo até deslizar na atividade de tirano. De outra forma, o laço social são formações discursivas de tratamento do real: “É um tratamento civilizatório que delinea e regula as relações dos homens entre si que são feitas de libido e tecidas de linguagem.” (QUINET, 2006, p. 52). Lembrando-nos que, ao dizer que se há um risco de inclusão do psicótico no laço social é o mesmo de inseri-lo no discurso capitalista. Ou seja, “O discurso do capitalista interpreta a foraclusão da seguinte forma: o que está foracluído no simbólico sexual retorna no real como um objeto de consumo.” (QUINET, 2006, p. 55).

Neste sentido, o Zé foge da tirania, mas não se esquivava da libido, da autoridade, nem da linguagem ao ocupar, por alguns anos, o lugar de chefe do restaurante dos pais e trabalhador da pamonharia. E ele o faz pelo discurso da megalomania – deseja ficar rico com a venda de pamonhas e economiza todo e qualquer centavo de real, fato este que foi, durante um bom tempo, empecilho para que ele viajasse para a praia, por exemplo. Ou seja, “As incursões do psicótico nos laços sociais, às vezes são excursões – ele faz circuitos por entre os laços sem entrar neles (veja os loucos de rua percorrendo caminhos não-traçados, virgens de trilhas).” (QUINET, 2006, p. 53).

Compreendemos que ele apresentava sim um tempo alargado de compreensão entre o instante de olhar a cena e o momento de concluir as decisões, porém seus pensamentos não são por ele reconhecidos como próprios, mas algo imposto, vindo de fora. São pensamentos estranhos, absurdos, segundo ele, e que caminhavam numa postura de se defender das situações, com medo de que suas ideias pudessem ser lidas, escutadas, descobertas e interpretadas por outrem. E isso também desencadeava sintomas de depressão e ansiedade. Situação esta que nos faz tomar o partido de Paranoia para o seu diagnóstico. Neste sentido, Zé nos apresenta um discurso delirante um tanto mais organizado e dirigido ao outro que lhe persegue, que lhe prejudica, que o observa, que quer lhe fazer o mau, ameaçando o seu núcleo familiar e de trabalho.

Em termos práticos e valendo-nos de saberes da Psicanálise, sustentamos que o sujeito faz escolhas inconscientes de forma muito original no sentido de localizar determinados elementos, instrumentos, e/ou situações como suplência de uma série de simbologias faltantes, conduzindo ao apaziguamento do eixo real-imaginário das construções delirantes. Assim, não seria o trabalho para Zé, uma forma de suplência²⁵⁶ diante da falta simbólica? Segundo Quinet: “Com Lacan, poder dizer que “cura aparente” do psicótico se refere a uma suplência à forclusão do Nome-do-Pai, suplência esta que consegue reconstruir a realidade para o sujeito, apaziguando e contendo o real pulsional.” (QUINET, 2006, p. 76).

Situação esta que nos faria interrogar se o milho não seria um substituto simbólico, um signo nesta forclusão? Sustentamos a hipótese de que milho é um instrumento de cura na vida de Zé, uma vez que ele ocupa um lugar de mediador importante de reparação dessa falta simbólica, proporcionando um laço social possível. E, qualquer tentativa de responsabilizá-lo

²⁵⁶ Trata-se de um conceito psicanalítico para explicar aquilo que se coloca no lugar de alguma coisa. Ou seja, mediante a forclusão do “Nome do Pai” (QUINET, 1997; 2001; 2006), desaparece e/ou, enfraquece o registro simbólico, permanecendo o sujeito entre os dois registros: imaginário e real, propiciando atividade delirante-alucinatória. Assim, o sujeito poderia trabalhar sua psicose (sozinho, melhor com a ajuda de um terapeuta), utilizando de sua inventividade e colocando aí outros tipos de enigmas e simbologias suplentes.

a mais do que ele já sente em seu trabalho, poderíamos estar ampliando o espaço-tempo do surto psicótico e instigando graves passagens ao ato. Situamos a cura no horizonte da direção do tratamento, através da historização dos fenômenos e historicidade da vida, além de tentar promover uma forma de fazer o sujeito identificar-se com seu sintoma: “identificar em suas alucinações as palavras ouvidas que lhe tenham vindo do Outro, e favorecer as construções delirantes que lhe permitem circunscrever o gozo [...]” (QUINET, 2006, p. 54).

Para corroborar esse ponto de vista, apresentamos dilemas e polêmicas sobre a centralidade do trabalho na (des)estruturação psicológica do sujeito.

7.2.5.5 Quando o usuário demanda saber o diagnóstico

O que fazer nesses momentos? Trata-se de um direito do usuário saber o seu diagnóstico, mas acredito que isso requer uma grande delicadeza e contexto, a fim de não prejudicar a direção de tratamento.

Apresento meu ponto de vista, inclusive, a partir da seguinte reflexão. Depois de todo esse debate que consideramos importante, não podemos nos agarrar em questões do diagnóstico, uma vez que, para atingir o sujeito e sua história, precisamos extrapolar não somente o sintoma, o remédio, mas o campo da saúde, da medicina para fazer outras operações e conexões de saberes, considerando o “território mental” do usuário. Como nos diz Marco Polo, orientando-me neste debate:

Nós temos problemas com a etiologia em psiquiatria, divergências quanto aos diagnóstico e tratamentos e, principalmente, não temos, nem podemos abrir a boca pra dizer qual é o melhor tratamento. **Por que quantas vezes a intervenção pela palavra é melhor que um remédio? E quantas vezes temos que dar um remédio?** Então, assim, a questão passa muito mais **por quem for conceber esse tratamento tiver com a mente mais aberta, eu digo mais complexa nesse sentido de pensar o sujeito no lugar que ele está, lá no território dele, na casa dele, o território mental dele também**, eu gosto muito de pensar isso. O território não é só uma área de troca, mas também uma área da mente. Como é que ele resolve as questões dele por lá e como que recebe os jeitos que ele trás de resolução disso? (Marco Polo, destaques nossos).

Falar de seu tratamento é um assunto que sempre lhe agradou e agrada até hoje, uma vez que Zé sonha em parar de tomar qualquer medicação, mas falar de seu diagnóstico sempre lhe causou um certo receio. Minha postura não foi de me calar de todo, mas de debater com ele o assunto.

Do tratamento... É uma coisa que tenho que terminar, sabe doutor! É uma coisa que eu queira que terminasse, **pra mim ver que eu não tenho esquizofrenia, transtorno bipolar, doença do caralho, esses trem todo. Eu tenho é**

esquizofrenia? Queria acabar com essa porra pra não ter que tomar remédio e sair na rua pegando as muié, fazer isso tudo sabe, queria ir pro mundo, não sei doutor, nossa. Não eu não gosto de tratamento não, é uma coisa que você tá entendendo. **Mas, assim... já que eu tenho que tomar remédio, se for o caso até eu tomo pro resto da vida.** (Zé, destaques nossos).

Assim, não recuando de seus questionamentos diagnósticos, disponibilizo o tempo necessário para os esclarecimentos de suas dúvidas. Não adianto este ou aquele sintoma como determinante de um diagnóstico de loucura, mas tento localizar com ele no vivido cotidiano, no particular e no universal, a manifestação de coisas estranhas e sentimentos diferentes. Zé fala frases soltas, incompreensíveis, autorreferentes, sentindo-se habitado por outro ser que não ele mesmo, sente-se olhado pelo outro, fala de uma separação de seu corpo frente ao corpo do outro, de escutar seus próprios pensamentos desde os 18 anos de idade.

Enfim, de qual diagnóstico se trata? Devolvo a pergunta a ele, mas ele insiste numa resposta minha. Enfim, concluímos que ele tinha algo da ordem de sofrimento e que, inclusive, ele poderia chamar da forma que quisesse, mas que os *saberes constituídos* em Psiquiatria nomeava de sofrimento mental. “É psicótico né doutor...”? - Você é o Zé, pamonheiro, cruzeirense, quanto à psicose, estou investigando, mas parece que sim. Uma resposta minha nesta direção poderia evitar e/ou orientar uma possível pesquisa dele na internet – o que poderia ser mais catastrófico para seu tratamento, conforme ele mesmo anunciava.

7.2.6 O milho – instrumento clínico e social da atividade de trabalho

Nossas próximas reflexões contribuem para ampliar a compreensão de nosso objeto de estudos – *o processo de engendramento do gesto profissional em Psiquiatria*. Em especial, ressignificando o conceito de atividade dentro das Clínicas do Trabalho, diferenciando a atividade da vida da atividade de trabalho e as implicações desses saberes na compreensão do delírio como uma atividade humana. As duas, a priori, situam-se no campo do *debate de normas* entre o *trabalho prescrito e o real*, incluindo e analisando o trabalho como atividade humana.

Para a primeira vertente, a atividade da vida, em 2012, eu e Zé fizemos uma retrospectiva de seu tratamento, conversando acerca de suas conquistas pessoais. Conseguiu tirar sua carteira de motorista depois de quatro tentativas e terminar o segundo grau em nível de supletivo. Viajou duas vezes sozinho para Porto Seguro/BA. A primeira através de um pacote em agência de turismo, de ônibus. A segunda de avião, também sozinho, fazendo o

mesmo percurso da primeira, porém com maior autonomia. Em 2014, viajou de avião para Brasília para visitar familiares. São atividades da vida que significam uma vitória enorme mediante tantas reclamações, ideação obsessiva, somatizações variadas e delírios de perseguição que mais influenciavam o impedimento de tais atividades (CLOT, 2006). Interrogava-me sobre meus períodos de férias, querendo se projetar em mim e reprogramar suas próximas viagens. Ao contá-lo de algumas praias que eu havia visitado, encantava-se com a possibilidade de poder debater comigo e fazer suas próprias escolhas.

Os atendimentos passaram a ser mais curtos, orientados pela imprevisibilidade do aparecimento de possíveis retificações subjetivas, mas também por algumas variabilidades do plantão noturno. Depois de todo o caminho que percorremos com as teorias sobre o trabalho e as experiências de trabalho, abordar a importância do trabalho na estruturação psíquica de Zé, tornou-se essencial e imperativo.

Apresentamos a primeira vez que ele falou do restaurante como trabalho, inaugurando nossa hipótese da centralidade do trabalho na (des)estruturação psíquica do sujeito. Explicava-me suas rotinas de trabalho com o milho e as pamonhas que sabia fazer. Ao longo do tratamento, muitas vezes presenteava-me e alguns trabalhadores com pamonhas, mas a sua proposta era vender para a equipe de trabalhadores. Incentivei-o na venda da pamonha não somente à noite, mas também durante o dia e ele não recuou.

E é assim que ele apresenta o seu percurso como trabalhador, ressignificando e aproximando em termos práticos os saberes psiquiátricos com as Clínicas do Trabalho e ainda nos fazendo compreender o lugar central que o trabalho ocupa na (des)estruturação psíquica de nossos usuários, sejam eles psicóticos ou neuróticos. Em nível de *ancoragem* da atividade, ele apresenta um dia de trabalho e sua relação singular com o milho, a pamonha e outras atividades relacionadas.

Na carteira? Coordenador de restaurante. Vou falar assim mais ou menos o dia, o que eu faço no dia. Eu acordo três e meia da manhã. Levanto e tal, arrumo, vou e pego meu carro, dirijo, vou lá pra Vianópolis, o restaurante é aqui... Na verdade, eu tenho... eu sou coordenador de restaurante, mas que eu faço lá, **eu chego... É, aí eu chego, ralo o milho e coou, faço a massa todinha pra quando for... e já pico no facão também... já preparo mais milho. Pico, pico com facão, cortar assim... em toquinhos pra tirar a palha, selecionar.** Então, é tipo produção que eu faço. Isso aí eu faço, quando for oito horas que é hora das mulheres chegar já tem massa, as cozinheiras já chega já trabalha com as pamonhas que a gente tá produzindo.

Aí eu vou cascar mais milho, eu casco milho, eu ajo, organizo o lixo, dou manutenção na área de limpeza... eu ajudo as mulher. Um pouco... eu não ajudo lavar vasilha doutor porque **isso é serviço feminino** eu não envolvo muito não. Então, elas ficam mais por conta disso. E faço isso e procuro organizar alguma coisa, se tiver alguma coisa com defeito. Vamos supor que aquele cano ali está dando vazamento ali. Ah tá, então, a hora que acabar o serviço, **ai doutor é onde tá**

dando um pouco de problema, porque quando acaba o horário de trabalho que eu termino aí eu vou caçar coisas pra fazer, e a torneira tá pingando, eu vou lá no registro, fecho o registro da água e venho... tudo de milho doutor... e acabo indo nas meninas [...].

Às vezes quando estou muito com fome, eu tomo Omeprazol, todo dia de manhã eu tenho que tomar, me dá muito azia. Tá! Almoço, e depois eu garro do serviço de novo. Eu olho assim... se tem gente estranha... Tipo umas cinco, porque eles estão trazendo as mulheres, paro cinco horas. Aí eu entro no carro lá em Vianópolis e paro no centro de Betim. **Pego o ônibus... Paro mais ou menos nesse horário. É, mais tem mais. Se for preciso instalar alguma coisa eu vou lá e instalo, comprar um aparelho tipo micro-ondas e pôr pra funcionar, eu olho o manual dele todinho,** funciona é assim, eu conheço mais do que minha mãe eles é meio leigo pra isso, eu vou lá leio as instruções é assim põe lá peguei os parafusos todinhos já com a furadeira e meço... (Zé, destaques nossos).

E ele se empolga ao falar de seu trabalho, continuando a nos apresentar outras atividades:

Fui ali é comprei um suporte de 35 reais, montei o suporte todinho. Não, pro micro-ondas na pamonharia, peguei os parafusos todinhos já com a furadeira vou lá meço, tiro as medidas pego a furadeira paaaaaaaaa... furo os buracos todos... coloco os parafusos lá todo, tudo beleza, já ponho o suporte e pronto. Então, é uma coisa assim, **esse é meu serviço, isso que eu faço. Eu faço outras coisas também, eu sei pegar um machado, fico quatro hora rachando lenha. Cascar milho, cascar milho.** (Zé, destaques nossos).

Depois deste relato, percebe-se que ele se alegra e se deprime ao mesmo tempo frente às suas (im)possibilidades. Inclusive, não toca no assunto em nossa conversa atual, mas compreendo que ele se refere à tentativa de suicídio, tomando excesso de Olanzapina com bebida alcoólica, sentindo-se um fracassado na vida por não conseguir uma namorada e um outro trabalho. Situação esta que nos faz entender que as regulações da atividade antes desenvolvidas pelo sujeito podem fracassar:

Quando elas fracassam, quando se alteram as possibilidades de reações e de controle do sujeito sobre si mesmo e sobre suas situações de existência, quando não é mais possível libertar-se de insatisfações, de sofrimentos, de contradições internas tornadas insuportáveis para ele, são gerados então fenômenos psicopatológicos. (CURIE; HAJJAR; BAULBION-BROYE, 1999 *apud* CLOT, 2006, p. 61).

E Zé continua seu discurso: “Doutor, além disso tudo que eu faço, além de produzir. Eles falam que eu sou pé de boi. Pé de boi é quem aguenta o tranco, que faz, que arregaça, que faz o milho virar pamonha, sabe?” Prossegue, tecendo a importância psicológica e social do trabalho:

É! É meu ganha pão, eu não sei como você está perguntando doutor. Você acha que eu sou feliz com ele? Eu sou feliz com meu trabalho, é uma coisa que eu tenho pra mim, é meu né, é uma coisa minha. Com o passar do tempo é que fomos adquirindo

eu com minha família, pra mim é muita coisa que passa, sabe doutor. **Pra mim integrar na sociedade, é mais isso que eu penso, assim.** Eu acho assim doutor, porque todo mundo precisa trabalhar, todo mundo. Agora eu tenho uma certa dificuldade de tá relacionando... as pessoas. É igual eu tô falando com o senhor, isso o senhor me falou. **Eu posso arruma um serviço fora? Posso... mas, o mundo lá fora eu sei que é foda, todo mundo reclama, todo mundo fala, todo mundo tem dificuldade, e eu tenho minha vantagem, eu tenho minha família que são meus patrões que são meu pai e minha mãe que toma conta.** (Zé, destaques nossos).

Referimos à importância conferida ao trabalho como instrumento de duplo efeito: psicológico e social, inclusive de distanciamento da ordem paterna e constituição de uma identidade. Segundo Clot (2010, p. 80): “A função psicológica do trabalho poderia consistir, então, em apoiar o indivíduo na realização dessa tarefa de separação, implicando-lhe em uma história que, por não se restringir à sua, lhe fornece a possibilidade de fazer “algo” de sua vida”. Dizemos da função social do trabalho no sentido de ser uma fonte coletiva para a atividade individual, na medida em que implica os registros *interpessoal* (o trabalho coletivo) e *transpessoal* (o *gênero* profissional) na composição e transformação deste *métier* profissional.

Há que se fazer um parêntese de grande sentido clínico no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental, tomando o devido cuidado, tanto com os neuróticos graves, quanto os psicóticos graves, em incentivar, promover e sustentar essa separação, conforme argumentamos ao longo desse texto, responsabilizando-os pelas suas tomas de decisão.

O milho é bom né doutor, o milho me deixa na sociedade, aí né... Me integra na sociedade. O milho... O meu trabalho. O milho que o senhor fala é o trabalho. Então, me deixa na sociedade. Faz eu ser um trabalhador. Apesar de que não, igual eu falo pro senhor às vezes os outro fica me julgando e falando na minha cabeça... porque não tenho de tá fazendo essa função. Então, mas eu acho que os outro fala que não. **Não sei doutor, isso que eu fico perguntando o senhor, eu num tenho culpa né?**

A minha raiva, a minha ferida é isso aí. Porque eu num superei as coisa tudo... Então meus pais é tudo que eu tenho sabe. Eu não sei. Eu tenho medo dos outro me levar pro mau caminho, eu tenho assim uma insegurança muito forte assim de inveja dos outro... às vezes fala assim faz isso, ai querendo me jogar pro buraco. (Zé, destaques nossos).

Segundo, Miller, na “conexão entre a saúde mental-ordem-pública-responsabilidade-direito-resposta, pode-se entender a importância, o lugar destacado que Freud deu ao conceito, tão surpreendente talvez, que é o sentimento de culpa.” (MILLER, 1999, p. 23). Em nosso caso, responsabilidade, culpa, medo, insegurança, raiva e delírios. Como responsabilizar um sujeito dessa natureza de questões – a separação da ordem paterna pelo trabalho?

A noção crucial, então, para o conceito de saúde mental, é a decisão sobre a responsabilidade do indivíduo. Isto é, se é responsável e se pode castigá-lo ou, pelo contrário, se é irresponsável e se deve curá-lo. **Parece-me bastante evidente que a melhor definição de um homem em boa saúde mental é que se pode castigá-lo por seus atos.** É uma definição operativa, não ideal. (MILLER, 1999, p. 21, destaques nossos).

A referida frase: “O milho é bom né doutor, o milho me deixa na sociedade, né... Me integra na sociedade” – torna-se emblemática nesta construção clínica em dois sentidos. Primeiro, por exemplificar as argumentações teóricas acima apresentadas. Segundo, por ampliar a importância e a responsabilidade das Clínicas do Trabalho em argumentar teórica e praticamente sobre o assunto da centralidade do trabalho na (des)estruturação psíquica do indivíduo, em especial, quando se trata de portadores de sofrimento mental. Esta tese apresenta um convite para que elas não recuem da loucura na construção de casos clínicos e proposição de metodologias de intervenção nas situações de trabalho.

Para reforçar esse encontro, apresentamos o milho como um instrumento psicológico de trabalho na concepção de ação segundo Leontiev (1987), na medida que “nas mãos do homem, o mais simples objeto natural torna-se muitas vezes um verdadeiro instrumento, quer isto dizer que ele efetua uma operação verdadeiramente instrumental, elaborada socialmente.” (LEONTIEV, 1987, p. 89).

Analizamos *o milho, o delírio e os atos* acima descritos como elementos constituintes do referido gesto profissional em Psiquiatria. Neste sentido, podemos dizer, então, da função simbólica do milho em seu trabalho - um instrumento psicológico que abre portas para se realizar outras atividades de vida. Segundo Lhuilier (2002a, p. 39), “O objeto de trabalho, quer dizer, o objeto desejado, construído, criado, está no cruzamento de uma representação individual e coletiva”.²⁵⁷ E mais ainda, que esta representação diz respeito à interpretação do objeto e da expressão do sujeito que, juntos, reenviam a uma realidade do mundo externo refletida e dialogada internamente. Referimos ao trabalho (social) decorrente do trabalho com o milho. Um trabalho de sublimação da ordem concreta do real para uma ordem de sublimação que só pode ser realizada se tal engajamento encontrar um reconhecimento social - “se o objeto que orienta o desejo validado e apreciado for apreciado através de um sistema de valores próprios a uma sociedade, uma comunidade, uma equipe.” (LHUILIER, 2002a, p. 39).²⁵⁸ Neste sentido, Zé recebe o meu reconhecimento, o de si mesmo, o de familiares e de

²⁵⁷ Do original – “L’objet du travail, c’est-à-dire, l’objet désiré, construit, crée, est au carrefour d’une représentation individuel et collective.” (LHUILIER, 2002a, p. 39).

²⁵⁸ Do original – “si l’objet qui oriente le désir validé et apprécié à travers un système de valeurs propre à une société, une communauté de travail, une équipe.” (LHUILIER, 2002a, p. 39).

muitos trabalhadores da equipe que conheceram e participaram desta construção social coletiva. Fato este também teorizado por Le Guillant (1984), ao expor seu projeto biopsicossocial de abordagem ao sofrimento mental no trabalho, responsabilizando e reservando ao social uma primazia ontológica nesta composição.

Segundo a Clínica da Atividade, abordamos o milho, o delírio, o quinto e o oitavo ato, em especial o quinto, como instrumentos psicológicos diferenciados dentro do espaço triangular da atividade (o sujeito, o outro e o objeto). Ou seja, antes artefatos que são ressignificados em instrumentos da/na atividade. Uma explicação que serve aos outros gestos profissionais que apresentamos nesta tese, inclusive onde a relação com o delírio se faz presente.

Esta clínica nos chama atenção para um posicionamento do profissional no espaço-tempo do *sujeito psicológico* (CLOT, 2006) - entre o *realizado e o real da atividade* para explicar a situação. Local onde se encontram o milho, o delírio, o quinto e oitavo atos, mais concretamente falando. Estamos diante de um exemplo da *instituição de conflito* na atividade já anunciado na contribuição dessa clínica para a tese. Explicando melhor, dizemos de um posicionamento clínico entre os *saberes instituídos*, de um lado (fazendo menção ao *realizado da atividade*), e de outro, o *instituinte* (o *real da atividade*). Assim, com relação ao delírio, como situar e lidar com o usuário delirante? Considera-se o delírio como uma realização de síntese entre o *realizado-real da atividade*. Um produto psíquico e simbologia de uma realidade imaginada, uma atividade de vida possível e não só, psiquiatricamente falando, como um sintoma propriamente dito. Neste sentido, a atividade (delirante) do louco não é, estruturalmente, diferente da atividade de trabalho. A diferença é que ele tende a permanecer numa atividade só, num único delírio, repetitivo, sistematizado e adoecedor (no caso da Paranoia), ou uma diversidade de delírios intensamente fragmentados (o caso da Esquizofrenia).

Assim, partimos do delírio não como um artefato, mas como instrumento de vida no seio triangular da atividade. O usuário delira para viver sua nova realidade de vida? Isso requer um trabalho sobre o delírio para fazê-lo desenvolver, pois, se o compreendemos como uma modalidade de atividade, assim, para provocar seu desenvolvimento, há que se instigar o desenvolvimento da atividade. Há que se instaurar um conflito, considerando o estabelecimento de um espaço-tempo transferencial (usuário-terapeuta) como condição. Uma operação bastante delicada e exigente no campo da interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho, aqui argumentada pela Clínica da Atividade. Em outras palavras, provocar o

desenvolvimento da atividade psiquiátrica, interrogando, investigando o delírio e sustentando o seu desenvolvimento em outros possíveis.

A pergunta essencial – como nos situarmos entre o *realizado-real da atividade*, compreendendo e sustentando uma movimentação delirante? Em outras palavras, como provocar um deslize na cadeia delirante? Sustentamos uma resposta, fazendo apelo aos processos clínicos teorizados na dimensão clínica genérica e singular do gesto profissional em Psiquiatria, inclusive pela restauração do conflito - o restabelecimento de enigmas no interior da atividade delirante. Partimos do D1 como o primeiro delírio, como produto de chegada, aquele primeiro delírio que o usuário apresenta ao clínico e localizado do lado instituído – o *realizado* da atividade. Valendo-nos da transferência e considerando o *delírio como instrumento* (dentro do espaço tripolar da atividade), há que se propor nesta nova triangulação, outros instrumentos, ações, atos e gestos, ocupando o mesmo lugar de origem do delírio e provocando não só a repetição do D1, mas visando ao deslize deste numa outra possível e diferente cadeia delirante: D2, D3.... Quer dizer, trabalhar o delírio para dar a ele outra direção na atividade. Quer dizer, ao fazer esta operação, entramos no *real da atividade*, um campo de enigmas (delirantes), o mesmo lugar do “real do delírio” do usuário, a concretização de outros conteúdos delirantes, com temas variados (ou não) - considerando algumas variabilidades neste espaço-tempo: a atividade envenenada, sonhada, desejada, recalçada, negada, impedida, fracassada, afetiva, amorosa, autorreferente e delirante (ressignificando essas outras), etc. Um desafio para a condução no caso da paranoia e mais possível para a esquizofrenia, segundo meu ponto de vista.

Consideramos o milho e os quinto e oitavo atos (o desenho das bolinhas e a frase emblemática, metaforizante da atividade) como elementos que, ao se transformarem em instrumentos psicológicos no campo tripolar da atividade, também funcionam como uma nova instituição de conflitos no lugar do delírio, promovendo o apaziguamento deste no momento do trabalho e promovendo outras possíveis atividades delirantes, provocando a evolução da atividade.

Situação esta que também nos remete aos aspectos da *trama* e da *urdidura* no sentido ergológico da atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 105). A trama como aquilo que o sujeito “converte em memória (objetos, as técnicas, as tradições e o codificado) para tentar governar a atividade”. Segundo a Ergologia, neste gesto profissional, o milho é também considerado um instrumento codificado, pensando, histórico e familiar. Por outro lado, a urdidura, “tudo aquilo que faz viver as técnicas, o codificado, num dado momento” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 106). Dizemos da forma com a qual o milho é utilizado

na atividade. Referimo-nos ao registro R2 da atividade, a dimensão singular da mesma, que refaz a humanidade, aquilo que extrapola os códigos, sabendo que “a atividade é sempre lidar, quer dizer, lidar com a trama” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 106). Ou seja, o Zé tece *tramas e urdiduras*, apresentando sua inventividade, suas *reservas de alternativas, margens de manobras*, seu “corpo-si-delirante-alucinatório” ou não, suas dramáticas de *uso de si* por si e pelo outro na lida com o milho em seu trabalho.

Ele avança contando com alegria suas conquistas, decorrentes do trabalho e do tratamento. Até porque nos faz entender que seu trabalho tem um lugar central e especial em seu tratamento.

Oh doutor, muitas coisa. Por último agora que eu fiz, a escola, só de ter morado naquele lugar lá. Aquilo me salvou ao extremo, que eu tava num nível de estresse eu tava supitando assim. **A minha escola de segundo grau, minha carteira de motorista... eu aprendi dirigir. Não foi só a carteira, foi aprender dirigir né doutor, porque eu não sabia... consegui através do meu trabalho, o jeito de eu trabalhar...** as forma que consegui trabalhando. Igual não é qualquer um que monta um suporte desse, que fura com a furadeira igual eu fiz. Pode ser fácil, mas nem todos sabe fazer. Eu sei fazer muita coisa que eu aprendi... (Zé, destaques nossos).

Dizemos de uma posição de *dupla antecipação*, proporcionando *encontros de encontros* na articulação dos registros da atividade. Uma posição destituída de saber e poder para permiti-lo dizer aquilo que precisa dizer, mas tomando um partido com e a partir do conhecimento de sua história e seu sofrimento mental, o registro R1 (o protocolo, o prescrito, o antecipável) e R2 (a singularidade, a história, a experiência) da atividade (SCHWARTZ, 2007).

Ele se coloca em dúvida com relação ao trabalho e eu pondero:

Tipo assim uma coisas dessas que eu tenho na cabeça né doutor. De outros jovens assim, porque eu vejo doutor essas juventude que ninguém quer trabalhar.. eles não quer nada, eles que é fazer aquele negócio de rolezim no shopping, ficar na internet e vendo televisão. **Eles não querem trabalhar... Eu tenho muita raiva disso ai doutor, eu tenho inclinação!** Então, eu podia fazer outra coisa né doutor. **Ser tipo assim um cara trabalhador da Fiat. Eu tô te perguntando, será, será?** (Zé, destaques nossos).

A questão de fundo reside no fato dele não considerar o trabalho com o milho como um trabalho oficial (formal), situação que o faz se deprimir, justificando o seu fracasso como um sujeito que poderia dar conta de fazer outro tipo de trabalho, por exemplo, na FIAT. Reforçamos que suas atividades fazem parte do trabalho que, inclusive, permite-lhe a inserção na sociedade, como ele mesmo havida dito, conferindo-lhe autonomia, saúde mental e reabilitação psicossocial. Ou seja:

[...] as preocupações no trabalho dependem não apenas das características de sua organização e das relações sociais que aí se formam, mas também para o sujeito ‘de suas próprias pré-ocupações e pós-ocupações e das deliberações que formula sobre os valores contrários que elas implicam’. (CLOT, 2006, p. 56).

Em conversas recentes, compartilho com ele minha saída do serviço de licença para os estudos de doutorado na França (2014/2015). Ele se mostra preocupado com minha ausência e eu lhe apresento um médico residente R2 de Psiquiatria que, gentilmente, disponibilizou-se para continuar o tratamento, momento este também de *validação/deliberação* da atividade, porém, informal. Explicando melhor, segundo nossa proposta de engendramento de um gesto profissional, este precisa ser transmissível dentro do *métier* de contexto ou em outros. Neste sentido, este gesto se realinha nesta direção, inclusive, quando em reunião de equipe, outro espaço de *validação/deliberação* formal, a transferência de profissional aconteceu em nível de formação do novo profissional psiquiatra.

Mas eu tô tentando entender através do meu trabalho, do senhor, do remédio que eu tomo, do tratamento, da família e de Deus também né doutor, eu tenho deus, eu vou na igreja. Deus é tudo pra mim. É um motivo que eu tenho é essas coisas que me ajudou a viver até hoje, **agora o senhor vai sair, eu fico pensando porra...** mais o doutor vai sair, acho que eu estou com um pouco de receio por isso também sabe. Eu tô achando que o senhor vai me deixar. Ai tá respondida a pergunta que o senhor fez, do tratamento, porque o senhor me deixar aqui sem o remédio o que vai ser... (Zé, destaques nossos).

Finalmente, ele e o pai comparecem no serviço, dizendo que iriam escrever uma carta para o prefeito e para o gerente do CERSAM, agradecendo o tratamento. Não só escreveram, como também entregaram para algumas autoridades na prefeitura de Betim, num gesto de amarração do tratamento. O original segue no anexo B, finalizando sua escrita com a seguinte frase: “Vou encerrar meu texto dizendo a vocês autoridades que sou livre, faço meu tratamento com liberdade e que com o direito de ir e vir, procuro ser um cidadão de bem. Obrigado!!!”.

São todas argumentações teórico-práticas que fazem do gesto uma intervenção argumentada no real. Uma postura frente às coisas do mundo, à Psiquiatria, à Psicanálise, às Clínicas do Trabalho, às condições materiais e concretas do CAPS para operar a construção do caso clínico, numa posição de psiquiatra-TR.

Em síntese, retornamos à engrenagem *clínica - atividade do corpo-si - movimento* aplicada ao engendramento deste gesto profissional, mobilizando ações e operações diversas. Do ponto de vista das dramáticas de Zé: o ralar o milho. Do meu ponto de vista, ações de visita domiciliar, de construção do caso clínico e de psiquiatra-TR. Podemos dizer que esta

engrenagem tenha mobilizado, praticamente, todas as dimensões genéricas aplicadas, singularmente, ao campo da Psiquiatria em ordens e intensidades plurais.

Acredito que a *intencionalidade* seja a primeira, marcada pelo desejo e pela *intuição* de arriscar uma tomada de decisão frente à instabilidade das situações apresentadas e aos saberes estáveis e em construção da Psiquiatria, mobilizados em *epistemicidades ergológicas*. Um desejo de levar a Psiquiatria lá onde ela se fizer demanda. Por outro lado, localizamos a presença de um *corpo-si em movimento*, movimentando técnicas de acolhimento e da construção de casos clínicos. Não deixamos de lado a *dimensão semiótica*, reparando e dirigindo a linguagem da criação de ocasiões de palavras entre mim, o Zé, os profissionais TR que estiveram juntos no caso e a equipe. A dimensão de *validação/deliberação* foi mobilizada do início ao fim, por etapas, na medida da complexidade da construção do caso clínico. A minha postura de sujeito político do (in)consciente esteve presente, mobilizado por angústias trabalhadas em minha própria análise.

Em suma, esta engrenagem funcionou, possibilitando mobilizar a Psiquiatria em termos ético-filosóficos e epistemológicos e de deslocamento de lugares lá onde sua presença for demandada.

Na sequência, apresentaremos dois outros gestos que não só não fogem do caminho aqui construído, como desvela outras nuances de um mesmo processo de engendramento.

7.3 Entre o Tocar e o Pegar – Dois Atos em Debate e Dois Gestos em Engendramento

A proposta é a apresentação do processo de engendramento de dois gestos profissionais. O primeiro deles – *o arrastar a loucura para tratar o sujeito*. O segundo - *o usuário porteiro*, decorrente do ato de restituição do conflito apresentado na introdução da tese. Gestos que compõem a análise crítica de minha experiência, a partir do contexto de acolhimento da crise no CAPS III/CERSAM Betim Central, que são protagonizados pela *dimensão corporal e intuição*, reivindicando, de forma singular e crítica, o mecanismo apresentado por Ribault (2011) na dimensão genérica – *Gesto é ação e ato em transformação*. Em outras palavras, o momento em que um toque vira um pegar, visando ao engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria e transformação de situações de trabalho.

São gestos, cujos debates de normas se fizeram em múltiplas dimensões, valorizando a experiência de sofrimento (COOPER, 1967) e a escuta daquilo que os dois usuários apresentavam, verbalizavam em suas crises, e não aquilo que eu queria saber para compor um diagnóstico e propor um tratamento. Segundo Mendel “Nenhum ato é completamente

inofensivo.” (MENDEL, 1998, p. 32)²⁵⁹, mas há que se decifrar o que estaria nas entrelinhas desses dois processos. Partimos da ideia de que eles foram, a priori, regidos por *catacreses* – como obstáculos e/ou oportunidades de transformação da atividade por mecanismos de elaboração e simbolização do encontro com o real. Uma forma de fazer surgir a inteligibilidade daquilo que não é totalmente consciente na situação de trabalho. Uma maneira de abordar o vivido cotidiano como experiência e *validar/deliberar* individual e coletivamente os *projetos-ações*, atos e gestos profissionais.

Dizemos da subjetivação de um corpo biológico nas situações aqui-agora de trabalho. Um mecanismo corporal e psicológico de uma mão que não só toca o usuário, mas toma e pega no percurso da atividade (RIBAULT, 2011).

Em outros termos, traduzindo o espaço tripolar da atividade (o sujeito, o outro e o objeto), inclusive aquela que faz sentido e história como *debate de normas*, consideramos a mão, neste contexto, como um instrumento clínico de trabalho nesta triangulação. E isso requer a compreensão dos riscos decorrentes do interdito-corporal do toque na constituição e estruturação de envelopes psicológico-corporais da relação usuário-terapeuta (ANZIEU, 1995). Quer dizer, no *trabalho real* do CAPS, toques e esbarrões são frequentes: “[...] a gente tropeça no paciente, a gente tropeça no problema dele, o problema dele tropeça na gente. Quer dizer, esse esbarrão, ele ajuda a gente a ser mais criativo, entende? (Psiquiatria 12 *apud* SILVA, 2010, p. 54). Esbarrões determinantes de *projetos-ações*, atos e gestos profissionais em Psiquiatria como respostas.

Ao apresentarmos as nuances desses dois gestos, estaremos avançando e aprofundando na construção de diferentes pressupostos para uma *Nova Clínica Psiquiátrica* que defendemos nesta tese com o nome de *Ergopsiquiatria Clínica*.

7.3.1 Entre o ato de arrastar a loucura e o gesto de tratar o sujeito

Apresentamos, de início, a síntese da história de tratamento de Stella, a partir de uma pesquisa de prontuário. Nascida em 15/11/52, mãe de um casal de filhos de 16 e 18 anos, separada, primeiro grau incompleto e do lar, aposentada por invalidez. Seu primeiro atendimento na Saúde Mental de Betim aconteceu em 02/02/88 em regime ambulatorial, em Unidade Básica de Saúde (UBS), época em que se iniciava a construção da referida rede de Saúde Mental.

²⁵⁹ Do original – “Aucun acte n’est complètement inoffensive.” (MENDEL, 1998, p. 32).

Seu primeiro acolhimento no CAPS ocorreu em 30/09/93. Já de início, em relatos de prontuário, mostrava-se jocosa, além de histriônica, muito nervosa, inquieta, humor irritadiço e lábil, afetividade comprometida, agressividade física e verbal dirigida a si mesma e seus familiares, em especial ao marido. Sintomas estes que pioraram em frequência, intensidade e gravidade ao longo de seu tratamento, somados, a priori, aos desmaios atípicos, ora antecipados por ela, ora percebidos por familiares e somente presenciado por um psiquiatra em um acolhimento da mesma ordem no CAPS III em 2002 que descreve uma crise atípica de epilepsia tipo pequeno mal.

Os relatos do prontuário resumem a vida de uma mulher sofrida, deslocada de seu tempo, solitária, de difícil contato, relação afetiva complicada e bastante isolada do social. Sempre se mostrando vítima das situações cotidianas de vida, insatisfeita com o casamento e relacionamento conflituoso com os dois filhos. Há relatos de ter apresentado sua primeira “crise convulsiva” aos 5 anos de idade, porém, uma informação não muito bem reconhecida pelos familiares.

No início do tratamento, Stella fazia uso de doses médias de Haloperidol (5mg/dia), Biperideno (2mg/dia), Fenobarbital (200mg/dia) e Carbamazepina (400mg/dia), Clorpromazina (100 mg/dia) e Diazepan (10 mg/dia), prescritos por um médico neurologista do ambulatório de especialidades. A maioria das anotações dos trabalhadores apontavam as seguintes hipóteses diagnósticas: crise conversiva ou convulsiva? Ou até mesmo as duas crises, alternadamente, cursando com possível estado pós-comicial de intensa agitação psicomotora?

Percebiam os filhos que as crises muitas vezes aconteciam na presença do pai, inclusive, piorando com a separação dos mesmos em 1993. Foram realizados exames de Eletroencefalograma (EEG), Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RNM), sem qualquer alteração e, segundo aspectos clínicos neurológico-psiquiátricos, as hipóteses diagnósticas eram as seguintes, vide CID – 10: G40.6 - Epilepsia - crise de grande mal, não especificadas (com ou sem pequeno mal); F44 - Transtornos Dissociativos (ou conversivos); F43.2 - Transtorno de estresse pós-traumático; F33.01 - Transtorno Depressivo Recorrente com sintomas somáticos; F32.1 - Transtorno Depressivo Moderado; F29 - Psicose não-orgânica não especificada, todas a esclarecer. Ao reanalisarmos o prontuário, encontramos várias hipóteses, assim escritas de forma bastante desordenada: Histeria conversiva a esclarecer?; Neurose histérica a esclarecer?; Conversão a esclarecer? Psicose atípica?; Epilepsia de tipo grande mal e pequeno mal a esclarecer?

7.3.1.1 Um ato em debates e um gesto profissional em construção

No dia 23/06/98, Stella compareceu ao CAPS III/CERSAM Betim Central em companhia do marido e um filho, com os pés amarrados e rastejando-se pelo chão. No plantão, alguns poucos minutos depois, consegui descontê-la com uma discreta ajuda do marido, porém, ela continuou rastejando pelos corredores, extremamente agressiva, gritando palavras de baixo calão, ofendendo seu marido e dizendo que seu corpo pegava fogo e demandando que o mesmo fosse apagado com água (de mangueira que se encontrava por ali mesmo no jardim do serviço).

Alguns poucos minutos depois, *eu a peguei pelos pés e a arrastei pelos corredores do serviço até dentro do banheiro mais próximo, debaixo da bucha* (vide ilustração da figura do anexo C). Lá ela ficou cerca de 15 minutos em silêncio, saiu toda molhada, porém bem mais tranquila e sentou em um banco nos corredores. Em seguida, o acolhimento continuou no consultório e ela conseguiu se apresentar verbalmente, ou seja, dizer aquilo que queria ou gostaria de ter dito talvez e não conseguia, desde quando chegou. Continuava dizendo palavras de baixo calão, mas num tom mais baixo, algumas falas desconexas, mussitando palavras ininteligíveis como se esboçasse uma atividade delirante. Entre um e outro texto, dizia que seu marido “era um veado” e que ele sempre demandava fazer sexo anal com ela. O diálogo não se estendeu muito, aceitou uma medicação de urgência e uma hora depois foi liberada com os familiares e orientada a procurar suas referências de tratamento no serviço.

Stella continuou sendo atendida por seu psiquiatra no serviço, sempre apresentando o mesmo texto e comportamento, porém com um agravante – volta e meia desaparecia de casa por cerca de três dias, sem dizer de seu paradeiro. Depois de um desaparecimento desse nível, ela foi reconhecida pelos familiares no IML - Instituto Médico Legal - no dia 21/05/02 (aos 50 anos). O relato era de que ela teria sofrido um acidente violento na linha de trem do centro da cidade. A suspeita de suicídio perdura até o momento.

7.3.1.2 Debates de normas em múltiplas dimensões

Apresentamos o mecanismo de engendramento desse referido gesto profissional em Psiquiatra em algumas etapas. Antes, uma primeira e mesma pergunta para abrir nossas argumentações: por que este e não outro ato, por exemplo, aquele mais comum de contenção no leito e injeção imediata de medicamentos?

Inicialmente, podemos dizer que se trata de um ato intuitivo, inclusive inconsciente, que dispensou qualquer *projeto-ação* frente à rapidez de sua realização e que será melhor

detalhado na composição deste gesto, a partir da engrenagem dimensional *clínica - atividade do corpo-si - movimento*. Em seguida, compreendemos que as diversas outras dimensões foram mobilizadas, em especial a *validação/deliberação*, ou seja, uma justificativa comigo mesmo, a partir das dimensões corporal, intencional, técnica, projeto-herança, semiótica, política e os saberes em Psiquiatria que se fizeram mobilizados neste gesto profissional.

Vale ressaltar que o ambiente do meio aberto de tratamento não somente nos convida, como também nos permite a liberdade de expressão frente à mesma liberdade da parte dos usuários. Assim, neste rápido *projeto-ação* de intervenção e tratamento, encontramos um ato, um toque; na sequência, uma pegada na loucura e, conseqüentemente, um gesto de tratar o sujeito que sofre (RIBAULT, 2011). De novo o retorno aos nove desconfortos iniciais da tese, em especial, o primeiro, o segundo, o sétimo e o oitavo, onde a dialética entre os aspectos de *tradição* e de *inovação* também se fizeram presentes, permeando esse projeto clínico.

Relembramos a linguagem teatral da Biomecânica de Meyhold (Oliveira, 2008) e as técnicas corporais artística de Ribault (2011) para, a priori, diferenciar um ato de um pegar, conforme já anunciamos teoricamente. Se um ato acaba com o dualismo mente-corpo, promovendo a *estilização* de uma forma de ser, propiciando o sujeito tocar a si mesmo, revelando emoção, sentido e decisão voluntária, o pegar promove um outro espaço-tempo de ampliação desses sentimentos e inclusão de outros. Se o sujeito é tocado pelas mãos ou pelos pés, por exemplo, pelos princípios do *pegar artístico* e da Biomecânica teatral, é o corpo todo que responde, inclusive em movimentos. Este pegar traduz uma atualização da identidade de um corpo para além da biologia, promovendo uma ruptura com o simples tocar por tocar, marcando e ampliando a presença da subjetividade, para nos aproximarmos da linguagem da Psicodinâmica do trabalho.

Há debates internos e mobilização das dramáticas do *corpo-si* da atividade no contexto sociocultural. Quer dizer, o pegar marca a transição de um toque para o gesto, mobilizando elementos de arte e técnicas corporais. Neste sentido, as mãos presentes neste toque em Stella pelos pés, propiciou um pegar o corpo todo da loucura, apontando um *debate de normas* em múltiplas dimensões e direções deste gesto profissional de interrogação, de invenção e promovendo o desenvolvimento da atividade e a transformação do *métier*.

Em outros termos, podemos também compreender esse gesto como, a priori, um ato transgressivo, antes de qualquer processo de *validação/deliberação*, de puro confronto com a prescrição de trabalho. Ao contrário, nós o compreendemos como uma metáfora clínica da atividade como meio de acesso ao impossível do real que se apresenta, possibilitando a verbalização de Stella após o banho. Uma metáfora do pegar como instrumento dessa

atividade de trabalho. Ou seja, uma atividade dialógica de sentido, um instrumento simbólico linguageiro, introduzindo um enigma entre o *realizado* e o *real da atividade*, um outro símbolo entre o real e o imaginário. Em outro sentido, uma catacrese (clínica) da atividade, um agir por meios desviados para gerir as variabilidades desse real, ultrapassando obstáculos e transformando objetos da ação. Uma metamorfose do impossível e um outro meio de acesso ao *real da atividade* neste momento onde faltavam palavras para o dizer - que se mostrava impedido, impossível, complicado, envenenado -, transbordando a afetividade em forma de crise psicomotora.

Em termos psiquiátricos, as explicações ressignificam as *normas antecedentes* desse campo do conhecimento humano e que, a priori, não visam extinguir os sintomas apresentados. Com relação à agitação psicomotora, propõem-se estratégias de cálculo de risco e uso de medicação de acordo com a singularidade de cada situação. Sobre o delírio, há que se criar um espaço-tempo de escuta, de credibilidade, confiança, compreendendo-o como parte da história que se apresenta no sentido da fenomenologia Jasperiana (JASPERS, 2006). Quer dizer, partimos também da compreensão dos riscos de se tocar um usuário (ANZIEU, 1995), uma vez que, sem intermediação simbólica, este toque pode ser interpretado de forma mortífera entre os registros real-imaginário. Para evitar tal catástrofe, reanunciamos algumas estratégias clínicas básicas: *a destituição de qualquer saber a priori sobre o outro, a escuta da singularidade e a subjetividade*. Neste sentido, não negamos os saberes naturais psiquiátricos, somente não os priorizamos como ponto de partida da/na atividade. Da mesma forma que não agimos, neste caso, a partir de uma definição diagnóstica, mas sim de possíveis hipóteses, inclusive essenciais para a continuidade do acolhimento no momento de sua saída do banho.

Em outro sentido, podemos compreender esse gesto profissional como um mau trato com a loucura, ressignificando a história do asilo psiquiátrico, onde a *balneoterapia*²⁶⁰ era uma prática presente. Ao contrário, não só conhecemos esse passado, como também visamos romper com essas práticas, instituindo outras, mesmo que tenhamos que propor ações, atos e gestos, a priori, incompreensíveis. Stella foi escutada em sua singularidade, fazendo alusão clínica ao jogo da encenação teatral na relação usuário-terapeuta. Quer dizer, Stella foi levada em conta, haja vista que o primeiro ato, foi desamarrá-la e, em seguida, levá-la para o banheiro, a fim de apagar concretamente seu fogo imaginário. Dizemos de um processo de acreditar nela e em seu delírio.

²⁶⁰ Tratava-se de banhos frios e exagerados para promover a limpeza da loucura (PESSOTTI, 1994).

Assim, a situação é outra. Se ela pegava fogo, não nos parece estranho utilizar de um outro elemento contrário como resposta e forma de apagá-lo - a água. Quer dizer, não há encenação teatral possível se os atores não acreditarem na situação e não se acreditarem. Em outro sentido, dizemos daquilo que recebemos de alguém antes de qualquer agir. Sem dúvidas, recebi e acolhi algo que acontecia em seu psiquismo no aqui-agora da atividade. Na sequência, uma reação, considerando a emoção, a minha experiência de lidar com a loucura em crise, a minha História de Vida, etc. Quer dizer, escutar a Stella e sua possível atividade-delirante, mobilizando saberes psiquiátricos e instituindo outros conflitos naquele já existente que ela manifestou em seu texto e no corpo pegando fogo.

Dizemos do atendimento/acolhimento em Psiquiatria/Saúde Mental como um jogo teatral, na construção do PTI e construção do caso clínico. Há que acreditar na loucura e, essencialmente, na teatralidade das manifestações humanas, mesmo quando se trata de um delírio. Se o ator entra em cena no jogo teatral, acreditando em si e na ação do outro, isso gera um desconforto e a possibilidade de juntos criarem uma encenação, onde o resultado pode ser um desencadeamento de gestos inventados e criativos. Da mesma forma, quando se acredita no delírio não como um sintoma de doença, mas como uma manifestação, um instrumento psicológico, uma atividade, um fenômeno humano (JASPERS, 2006; OLIVEIRA, 2013), uma outra norma de vida segundo Canguilhem (1995), abrem-se espaços para outros caminhos “*simplexos e vicariantes*” (BERTHOZ, 2009; 2013). *Simplexos* no sentido não de negar a complexidade da situação, mas de encontrar caminhos, soluções simples e possíveis para problemas complexos e impossíveis. *Vicariante*, no sentido de uma solução nova, diferente para resolver determinado problema.

De outra forma e segundo Lhuillier (2002a), uma ação e um ato não podem ser exclusivamente construídos por quem os realiza:

Ele é certamente ligado à história mas é também o produto de uma construção intersubjetiva. Isso necessita trocas, debates, confrontação permanente ao mesmo tempo do contexto organizacional, das posições ocupadas por cada um e de modalidades de ação sobre esse conjunto. (LHUILIER, 2002a, p. 39).²⁶¹

Neste sentido, a situação se amplia. No CAPS III/CERSAM Betim Central, como em qualquer instituição, há uma divisão de trabalho, segundo especificidades, saberes e poderes. Neste caso, dizemos da posição do psiquiatra e seu *atopoder* no trabalho, o poder de seu ato e

²⁶¹ Do original: “Il est certes lié à l’histoire mais il est aussi toujours le produit d’une construction intersubjective. Celle-là nécessite échanges, débats, confrontation permettant à la fois repérage du contexte organisationnel, des positions occupés par chacun et des modalités d’action sur cet ensemble.” (LHUILIER, 2002a, p. 39).

o poder sobre seu ato (MENDEL, 2013). Este gesto foi realizado por um psiquiatra e não por uma enfermeira, uma psicóloga, um técnico de enfermagem, etc. O que dizer dessa situação? Um assunto complexo e que remonta a discussão do ato médico, porém, arrastar a loucura para tratar o sujeito não é função específica de nenhum trabalhador em específico.

Dizemos da prescrição de trabalho de descentralização de saber/poder recomendada pelos princípios de Reforma Psiquiátrica válidos para todos os membros da equipe. Neste sentido, compreendo que, quando a equipe chama o psiquiatra em momentos de crise como este, ela demanda uma ajuda, cabe ao psiquiatra, a maneira de escutar esse pedido, traduzindo-o. Assim, o que está em jogo é o meu estilo de ser psiquiatra, de renormalizar as *normas antecedentes* da Psiquiatria, de mobilizar os saberes psiquiátricos no planetário epistemológico ergológico que apresentamos e os seis ingredientes de competência da atividade (IGR's). Dessa forma, a resposta não aconteceu em função da medicação, mas da reinstituição de um outro conflito no seio da atividade conflitante que se apresentava, valendo-se do diagnóstico e da medicação como instrumentos coadjuvantes da/na atividade. Neste sentido, defendo a realização de ações, atos e gestos dessa ordem, a priori transgressivos, mas de caráter clínico e contextualizado à situação, visando atacar o *métier*, provocando o seu desenvolvimento.

7.3.1.3 Normas antecedentes e a dimensão saberes do gesto profissional

Estamos diante de um debate histórico na Psiquiatria e na Neurologia entre os diagnósticos de Psicose, Epilepsia, Histeria. Sobre estes dois últimos, Segundo Freud (1996f, p. 213), “A analogia com um ataque epiléptico é de pouca valia, pois, a gênese deste é ainda mais obscura do que a dos ataques histérico.” (FREUD, 1996f, p. 213). Nossos relatos diagnósticos vão desde a Histeria como uma possessão demoníaca até um discurso de laço social, segundo Lacan, passando por uma crise convulsiva atípica, a uma Psicose a esclarecer, inclusive epiléptica. É nesta interseção que apresentamos o processo de engendramento deste gesto profissional em Psiquiatria.

Segundo Canguilhem (1995), a ciência configura-se como um discurso que tem a pretensão de verdade. A história da ciência se faz em termos de conceitos, considerando a normatividade da vida, cuja Histeria apresenta-se como desafio, fazendo história no corpo do sujeito e escapando a toda tentativa de compreensão e de estabilização de saberes, desde a era Antiguidade à Contemporaneidade.

Defendemos a hipótese diagnóstica de Histeria e apresentamos as nossas argumentações, a partir de um percurso crítico e histórico, tomando-a como uma *matéria estrangeira* na interseção Psiquiatria-Neurologia e apresentamos um percurso histórico-conceitual. O que teria acontecido com esta afecção ao longo dos tempos? Quais os pontos de rupturas epistemológicas no percurso do conceito de “crises históricas”? São questões bastante trabalhadas teoricamente por diversos autores, em especial psicanalistas, e que ressignificamos, especificamente, com Quinet (2005), Mota e Marinho (2012).

A Histeria é um conceito heterodeterminado e que passou por várias transformações ao longo de sua própria história. Desde questionamentos sociais, culturais, orgânicos, místicos, religiosos, comportamentais, psicológicos e psicanalíticos, às classificações internacionais por sintomas categorizados, segundo a CID-10 e o DSM-V. Referimos ao comportamento proteiforme e dramático em forma de choro, de gritos, de contorções, pitiatismo, histrionismo, de alegria desmedida, risos imotivados e até “convulsões” inexplicáveis.

Segundo Quinet (2005), no antigo Egito, tais fenômenos eram, basicamente, considerados por manifestações de deslocamento da matriz uterina (*hystera*). Em Hipócrates (460-377 a.C), dizia-se da mulher através da “sufocação dessa matriz”. Referia-se à mulher que não tinha relações sexuais e que deixava um vácuo no baixo ventre que propiciava deslocamentos de várias ordens. Este deslocamento, por exemplo, ao se encontrar com o coração provocava taquicardia, ansiedade, tonteiras e assim por diante. No século I, os *Odores, cataplasmas e passeios* eram os elementos determinantes da Histeria. Como se fosse um animal de odores turbulentos dentro de um outro animal, a mulher, cujo tratamento era à base de substâncias odoríferas para combater odores desvairados.

No século II, segundo Galeno (131-201), abandona-se a ideia de deslocamento uterino, propondo a retenção da semente feminina, uma espécie de “esperma feminino”. Os ataques históricos eram devido à ausência do escoamento desta semente, provocando torpor, melancolia, e outros sintomas.

A partir do século III, por cerca de mil anos, pouco ou quase nada se ouvia falar de Histeria. Jesus reaparece com o “médico supremo” da corte humana. O poder médico é substituído pelo poder da religião. Assim, deslocada do útero, a Histeria entra na era das possessões demoníacas.

No Renascimento, tais possessões recebem a morada no corpo, surgindo as bruxas pactuadas com o demônio e perseguidas pelo sistema feudal e pela igreja. E a inquisição decidia quem deveria ou não ir para a fogueira.

No século XVII, ressurgem antigas questões sobre a Histeria – estaria ela localizada no útero ou no cérebro? Foi nesta época que a *Teoria dos Vapores* (1689) reaparece, alegando que os nervos quando afetados, provocavam vapores que, acumulados pela falta da atividade sexual, deslocavam-se pelo corpo da mulher. Ao chegar ao cérebro, provocavam sufocações variadas, desvarios absurdos, inclusive pulsações convulsivas. Thomas Sydenham (1624-1689), dizia que a sede da Histeria era cerebral, cuja mulher simuladora, enganadora, mascarada era a protagonista desta doença de diversas formas e cores de difícil controle. Se *histrion* significava máscara no mundo teatral greco-romano, histrionismo era o comportamento teatral-mascarado da histérica.

No século XVIII, ocorre o gesto pineliano de desacorrentar a loucura para tratar o louco segundo os princípios da medicina. Nesta época, a Histeria retorna aos antigos questionamentos, inclusive sugeria-se o casamento como forma de tratamento moral.

No século XIX, Griesinger (1817-1868), o chamado pai da Psiquiatria alemã, atribuía à Histeria um estatuto de “doença detestável” e os histéricos eram seres insuportáveis para o meio onde viviam. Eram pessoas sensíveis, sem a menor crítica e facilmente irritáveis, mentirosos e ciumentos, desordenados e maldosos. Segundo Morel (1809-1873), médico francês, as histéricas eram mulheres bizarras, injustas, falsas, que jamais colocavam a verdade em jogo. Para Lasègue (1816-1883), alienista francês, a Histeria não era uma doença como as outras. Um fenômeno “impalpável e caótico”, de difícil origem. Ainda neste mesmo século, Falret (1824-1902), destacou cinco características do sujeito histérico, homem ou mulher:

- 1) a grande mobilidade de estados psíquicos; 2) o espírito de contradição e controvérsia; 3), a duplicidade e a mentira (as doentes são “verdadeiras atrizes; não têm prazer maior do que enganar e induzir ao erro”); 4) a rapidez e até mesmo instantaneidade na produção de idéias, impulsos e atos; 5) o espírito sonhador, romanesco que invade as doentes. (QUINET, 2005, p. 97).

Segundo Briquet (1796-1881), médico francês, a Histeria se relacionava com as paixões humanas. Assim, pela primeira vez, confere-se dignidade e valor clínico a este diagnóstico. A mulher era destituída dos sentimentos humanos mais nobres, levando à reprodução simples e viva de cenas do cotidiano.

Braid (1795-1860), médico inglês, inventa o termo “hipnose”, descobrindo os efeitos da sugestão no tratamento da Histeria, sendo, inclusive, utilizada até o momento.

Finalmente, Charcot (1825-1893), médico neurologista francês, contrariando Lasègue, traduz a Histeria como uma verdadeira entidade clínica. Interessava-se mais na descrição do que na causa da mesma. “Charcot descreve a histeria traumática, provocada a partir da auto-

sugestão derivada de um evento traumático, como os acidentes de trem.” (QUINET, 2005, p. 99). Porém, ele era adepto da localização cerebral dos distúrbios neurológicos, insistindo na presença de uma lesão cerebral para o caso da Histeria. Assim, ele observava a bizarrice corporal do movimento das mulheres, descrevendo-as e criando um tipo nosológico cerebral para esta alteração do comportamento.

Na sequência, houve um enorme período de silêncio da Histeria e da Epilepsia. Bernheim (1837-1919), tentava desbancar tudo aquilo que dizia Charcot, dizendo que da Histeria como uma pura sugestão corporal. Babinski (1857-1933), na mesma direção contrária a Charcot, propõe o termo “pitiatismo” – manifestação curável por sugestão.

Pierre-Janet (1859-1947), médico, filósofo e psicólogo, discípulo de Charcot, contrário aos dois últimos, propõe para a Histeria o “estreitamento da consciência” – mais tarde um pouco, o termo “dissociação da consciência”, ou seja, a “coexistência de dois estados de consciência que se ignoram mutuamente, a consciência e o subconsciente, lá onde jazem as idéias patogênicas.” (QUINET, 2005, p. 100). Surge, então, uma nova era para a Histeria com o movimento Surrealista, associando-a a “um meio supremo de expressão”, mesmo que se tratasse de uma mulher lírica, fotogênica, expressiva, delirante, atacada e recatada, etc. Quer dizer, se a Histeria era divina na Antiguidade, infernal na Idade Média, a partir de 1928, ela “é um estado mental mais ou menos irreduzível que se caracteriza pela subversão das relações que se estabelecem entre o sujeito e o mundo moral [...]” (QUINET, 2005, p. 102).

Finalmente, a época da virada histórica para a Histeria com Sigmund Freud (1856-1938). O assunto é complexo, pois ressignifica a história da Psicanálise do qual esta tese não aprofunda. Em termos de síntese, Freud adentrou ao mundo do inconsciente, alegando que as normas e as leis que regem a Histeria são da mesma ordem dos sonhos. Um possível evento traumático sexual real ou fantasiado como ponto de partida e carregado de insuportabilidade é recalçado no inconsciente, permanecendo ativo e latente. Na vida adulta, esse mesmo evento pode ser vivenciado em outras cenas, fazendo surgir sintomas que se convertem no corpo numa espécie de memorial do trauma em corporificação. Para a Psicanálise, o corpo é a sede onde se inscreve a subjetividade – um “corpo-espetáculo”. E ele pode gritar pelos poros, inclusive por se sentir pegando fogo como no caso da crise de Stella. Quer dizer, os sintomas de significação sexual, ao ganharem um valor simbólico, expressariam a realização de um desejo, cujo tratamento seria o método da associação livre. A ideia é ajudar o sujeito a falar, a fim de que ele possa fazer essa passagem do trauma vivenciado e/ou fantasiado à consciência dos fatos, verbalizando livremente os acontecimentos da vida cotidiana.

A Histeria seria, então, uma encenação do inconsciente carregado de traumas. O Inconsciente histérico nos desvela que quem comanda o aqui-agora é uma outra cena, recalçada no inconsciente. Quer dizer, entre uma expressão artística, um sofrimento psíquico e um laço social, melhor seria considerá-la com um tipo clínico especial, insuportável, (im)possível e desafiador.

Entre Freud e Lacan (1901- 1981):

A histeria não é apenas um tipo de sintoma, cujos vestígios encontramos nos transtornos conversivos e dissociativos, mas um tipo clínico de neurose, ou seja, uma forma de lidar com a castração que se distingue da fobia e da neurose obsessiva. É também uma estratégia do desejo específica e distinta de tantas outras. **E além disso uma forma de laço social entre as pessoas.** (QUINET, 2005, p. 105, destaques nossos).

Trata-se de um processo de despatologização da Histeria na contemporaneidade, dando a ela um outro rumo, resgatando-a do esquecimento da Psiquiatria, anunciando-a como laço social? Ora, insatisfeita em seus desejos, o lema da “histérica” é colocar o outro a desejar por ela. É assim que ela elege alguém para saber de si, decifrar seus enigmas. Ao mesmo tempo, ela divide o mestre eleito por ela mesma, taxando-o de impotente para dar conta de seus caprichos. Lacan considera a Histeria como uma forma de se relacionar com o outro, ou seja, um tipo de *laço social*, de “discurso”, onde o caminho deste sujeito não seria outro, senão fazer desejar, fazer o outro desejar para governar, ensinar, pilotar um avião. No sentido da tese, provocar o engendramento de todo tipo de saber neste processo. Por isto é que “Toda forma de vínculo entre as pessoas em que um trata o outro de forma sedutora, exibida, ou provocadora, com palavras, atos, sintomas, tomando o outro como suposição de saber, está no discurso histérico.” (QUINET, 2005, p. 106).

Este é caminho porque Lacan fez para aproximar a Histeria da Ciência, uma vez que lá onde haja uma produção de saber, “algum histérico está por perto, pois alguém certamente o motivou.” (QUINET, 2005, p. 106). Quer dizer, o próprio teatro, ao fazer o público desejar, não estaria no mesmo discurso da Histeria? Assim, despatologizada, a Histeria seguiria teatralizando o mundo e os serviços de saúde? Dividindo-os, anunciando e denunciando as suas impotências no lidar com sua própria insuportabilidade?

Segundo Quinet, “Se a histeria foi mandada embora da psiquiatria pela porta, ela retornou no cotidiano nas mais variadas formas por todas as janelas.” (QUINET, 2005, p. 108). Assim, em sendo um tipo clínico, podemos dizer que o histérico (mulher ou homem) sempre existiu, sendo encontrado, por exemplo, nas histero-epilepsias e nas crises não-epilépticas psicogênicas (MOTA; MARINHO, 2012). Manifestações de diversas ordens:

delírios de possessões; contraturas corporais bizarras; alucinações visionárias; paralisias; espasmos; cegueiras; parestias loucas, mímicas sublimes, afetadas e catatônicas; tagarelas; doloridas; frígidas; dissimuladas; megalomaniacas; sagazes e melindrosas, etc. Na clínica atual, elas continuam existindo - mesmo que tenham sido extintas e/ou substituídas dos códigos internacionais pela evolução da Psiquiatria - uma vez que a existência de um sintoma anuncia a moradia de um sujeito tentando se exprimir, mesmo que às avessas. Dizemos de um espaço-tempo que nos faz afirmar que o histérico seja, exatamente, o protótipo do sujeito do inconsciente na atividade humana.

Em síntese, segundo Mota e Marinho (2012), se no final do século XIX e início do XX, houve um declínio da Histeria e das crises histéricas, no período entre-guerras, ela ressurgiu diferenciada. Entre a expressão neurológica e o choque emocional, houve um aumento significativo da Histeria e da Epilepsia, reafirmando a importância do trauma psicológico para o primeiro diagnóstico. Entre os anos 60-70, a chamada *histeroepilpesia* referia-se ao padrão de excessividade emocional, conduzindo a uma tentativa de separação entre Histeria e distúrbio de personalidade. Doyle (1961), apresenta-nos uma diferenciação desse quadro, entre outros elementos, dizendo que nas crises histéricas, há uma manifestação comum de gritos, risos, prantos, delírios, movimentos passionais e ausência de amnésias. Enquanto nas crises epiléticas mais comuns, há amnésia parcial e completa, um grito inicial e silêncio na sequência.

Na década de 80 os termos Histeria e Neurose são retirados do código internacional DSM-III e o termo *crise histérica* não é mais utilizado, sendo substituído por *crise não-epilética psicogênica*. É por essa e outras razões que resgatamos a historiografia da Histeria neste gesto profissional em Psiquiatria, em especial pelo seu percurso de (des)aparecimento e reaparecimento no campo da Psiquiatria e dos códigos classificatórios contemporâneos.

Com isso, erradica-se do campo da psiquiatria não só a histeria como a própria subjetividade. A maior descoberta poética do fim do século XIX” foi substituída hoje por especulações empíricas de pseudotranstornos do corpo cujo tratamento é medicamentoso e comportamental. Pior ainda, o desaparecimento do termo faz com que vários psi achem hoje que não há mais histéricos. São adeptos da “Histeria nunca mais!”. (QUINET, 2005, p. 107, destaques nossos).

Se os fenômenos dissociativos são hoje desconhecidos no meio da Psiquiatria, isso somente contribuiu para a pulverização de tais fenômenos histéricos e da Histeria que foram sendo diluídos em uma série de classificações médico-nosológicas pelo atual DSM-V. Neste atual código em consonância com a CID-10, fazemos um esforço para localizar a Histeria nos

seguintes diagnósticos – Transtorno Dissociativo de Identidade (300.14) – F44.81; Amnésia Dissociativa (300.12) – F44.0; Transtorno de Despersonalização (300.6) – F48.1; Transtorno de Sintomas Somáticos (300.82) – F45.1; Transtorno de Ansiedade de Doença (300.7) – F45.21; Transtorno Conversivo (300.11) – F44.4.5.6.7.

Por esses e outros motivos, ainda assim, ela reaparece viva e proteiforme, denunciando as condutas humanas e desafiando os saberes, furando e dividindo todo tipo de estabilização de conhecimento. Segundo Quinet (2005), é tempo de resgatar a Histeria neste contexto contemporâneo da Psiquiatria. E nisso essa tese apresenta sua contribuição.

O referido gesto profissional que tem a dimensão corporal e do inconsciente como protagonistas, anunciando-nos que “O sujeito histérico coloca o inconsciente para funcionar e empresta seu corpo para esse exercício; *seu corpo é malhado pelo inconsciente.*” (QUINET, 2005, p. 115). Quer dizer, o corpo para a Psicanálise é o suporte da relação do sujeito com a linguagem e isso é carregado de teorias que não aprofundamos nesta tese. Assim, o que faz desse gesto, um gesto profissional clínico? Sabemos que a Histeria exige a clínica. O grito e o rastejamento de Stella reivindicam uma posição clínica de *desconforto intelectual*, pois “O reconhecimento da clínica da Histeria é o primeiro passo clínico de toda e qualquer reforma psiquiátrica, ou melhor, é a base de uma verdadeira subversão da psiquiatria.” (QUINET, 2005, p. 123). Por este motivo, resgatando a Histeria como uma nosologia que não se deixa caber para fazer evoluir o fluxo do pensamento e a produção de saberes de tipo novo em Psiquiatria.

Segundo Quinet (2005), a historização do corpo é histórica, uma vez que tem um corpo sintomático, errante e contextualizado em protagonismo e fazendo história na história da humanidade. Neste sentido, nossos corpos são todos “encharcados de Histeria” (fazendo alusão a Charcot), pois são corpos não somente historicamente históricos, mas também historicamente históricos. No caso deste gesto profissional em Psiquiatria, se arrastamos a loucura, foi para escutar o clamor de um sujeito dividido e angustiado que pegava fogo, pois: “Enxugar o corpo de sua histeria não significa fazê-la desaparecer, pois a histeria de todos nós, é a inserção de nosso corpo na história. O resultado do tratamento é a “histeria perfeita”, a histeria sem sintomas, uma histeria enxuta.” (QUINET, 2005, p. 127). Anunciamos que este gesto possa ter reiniciado uma possibilidade de tratamento da senhora Stella, uma vez que, ao sair do chuveiro, ela, “encharcada de Histeria”, começou a dizer algo inteligível de si mesma.

Em termos psicopatológicos e histórico-clínicos, segundo Schneider (1965), a personalidade é um complexo de propriedades que compreende os sentimentos, as tendências

não corpóreas e a vontade. Assim, as *personalidades anormais* são aquelas que sofrem com sua anormalidade e, inclusive, faz sofrer uma sociedade, sendo, então, chamadas de *personalidades psicopáticas*. São alterações das vivências cotidianas. Dentre elas, estão os psicopatas *carentes de afirmação*. Denominação esta utilizada por Jaspers para descrever a personalidade dos histéricos, não denominada assim pelo próprio Kurt Schneider. São pessoas excêntricas, que se vangloriam de veras vaidosas, contadoras de histórias fantásticas, encenando-as. Fala-se de *Pseudologia fantástica*, um termo pouco usado, mas que explica aquela pessoa que vive encenando papéis que lhe foram negados na vida real, fazendo teatro para si mesmos e para os outros.

Para Schneider (1965), os Epilépticos teriam uma personalidade anormal de tipo *instável de ânimo*. São pessoas de humores depressivos que se excitam inesperadamente, um dia reagem depressivamente, outro de forma indiferente. Dessas disposições de humor, nascem ações e atos de fugas da realidade. Diferentemente da alteração bipolar do humor de determinados usuários psicóticos fásotímicos, PMD, Psicose Maníaco Depressiva, ou Transtorno Bipolar.

Para melhor esclarecer nossa hipótese diagnóstica, o que existiria entre uma Histeria e uma Psicose, Psicose Epiléptica, ou uma Epilepsia? O autor nos aponta um caminho, dizendo, criticamente, da possível existência de uma “psicose histérica” (incompatível para os atuais códigos internacionais que, no máximo, receberia o nome de borderline). Ao se compreender o curso desta afecção, descobre-se que aquilo que antes parecia uma Histeria em seu desencadeamento reativo e motivado por algum acontecimento cotidiano, era, verdadeiramente, uma *psicose reativa* - com um motivo psíquico. Uma confusão conceitual e diagnóstica que se faz, em especial, quando se tratam de psicopatias *carentes de afirmação e instáveis de ânimo*. Alterações estas que funcionariam como pródromos de uma psicose instalando-se. Schneider (1965) nos convida a entender as *reações vivenciais* para melhor lidarmos com esse diagnóstico diferencial.

Uma reação vivencial é a resposta emocional, motivada por um sentido, a uma vivência. **Tristeza com, arrependimento por, medo de, ódio de, são as reações vivenciais.** Estes sentimentos sempre contêm diretamente uma tendência ou uma contratendência da qual resulta então muitas vezes uma ação ou omissão. (SCHNEIDER, 1965, p. 77, destaques nossos).

Assim, as *reações vivenciais anormais* são uma alteração de intensidade ampliada de uma vivência normal, um motivo desproporcional ao tolerável, gerando reações violentas, por exemplo. Porém, frente a uma reação vivencial imediata ou de finalidade não se deveria,

necessariamente, falar de psicose, apesar de que, frente a uma reação vivencial anormal, há que se considerar a hipótese de um desencadeamento psicótico, mesmo que se assemelhe a uma *crise histérica*. E isso amplia nossa dúvida diagnóstica entre Histeria e Psicose, pois ambas são alterações da consciência clara. Se na primeira, há um estreitamento do campo da consciência, na segunda, há alteração da consciência e identidade do eu. Externamente, são dois fenômenos críticos que se assemelham.

Poderíamos, inclusive, inferir que a Epilepsia atípica reforça este espaço-tempo diagnóstico, Histeria-Psicose. O caminho para diferenciá-las seria o estado psicogênico somático de base. Segundo Schneider (1965), as *Psicoses da Epilepsia* são estados psicogênicos de base somática constatável que cursam com: “1. Fatos somáticos de importância. 2. Um nexo cronológico evidente entre os fatos somáticos e a psicose. 3. Um certo paralelismo de decorrência no curso de ambos. 4. Quadros psíquicos “exógenos” ou “orgânicos” [...] (SCHNEIDER, 1965, p. 130). Não se pode esquecer que neste tipo de psicose, há sempre *reações psíquicas* na experiência de estar doente, vivenciando as consequências desta doença.

Na Epilepsia, o sintoma obrigatório e principal é a *desintegração da personalidade*, levando o sujeito a um estado de isolamento do mundo em si mesmo, no uso que faz de si mesmo, ensimesmando-se, entre outras características insuportáveis. Ou seja, uma alteração específica da personalidade, ou seja:

Aquele de pessoas caprichosas, irritáveis, resmungonas, violentas, incontroladas; traços que, no entanto, sem dúvida alguma, não devem ser concebidos sempre como sintomas cerebrais e sim, muitas vezes, como reações psíquicas à alteração vivida ou ao mal-estar orgânico. (SCHNEIDER, 1965, p. 137).

Soma-se ainda um conteúdo de grande labilidade de humor e afeto, expressa em lágrimas, gritos, desespero, comoções à beira de um “colapso astênico”.

Não se tratam de alterações especiais dentro das Psicoses, nem se trata de taxar a Epilepsia de *Terceira Psicose* e isso seria inquestionável. Se na esquizofrenia, há dados psicopatológicos evidentes e históricos de base, na Epilepsia, o sintoma maior e decisivo é a convulsão, algo de natureza orgânica. Mas, esta nem sempre é tipicamente tônico-clônica, aproximando-se de nossa hipótese diagnóstica. Assim, as manifestações psicóticas da Epilepsia são, sobretudo, “os estados crepusculares, as alterações da personalidade de caráter “orgânico”, e a demência.” (SCHNEIDER, 1965, p. 141).

De outra forma, as Psicoses Epilépticas nos parecem transicionais entre um ataque histérico e uma crise psicótica aguda. Um quadro de difícil diagnóstico diferencial, segundo

Doyle, uma vez que o “delírio epiléptico” é um quadro que “aparece de modo brusco. É muito violento, e em geral de curta duração, deixando após si profundo torpor” (DOYLE, 1961, p. 554). Segundo Ey (1971), os automatismos psicomotores são os equivalentes psiquiátricos de base da Epilepsia. Trata-se de um diagnóstico de difícil realização, uma vez que todas as etapas da desestruturação da consciência vigil se mostram presentes de forma atípica. O autor divide esses estados em crítico e intercrítico. No primeiro, estão os *Estados crepusculares epiléticos* que cursam, em estado pós- crise, desde um estado mais leve de intensificação das alterações da personalidade, ou estados de comportamentos violentos, bizarros, com atos bastantes estereotipados. O que se assemelha ao caso em discussão. Há também os *estados confuso-oníricos* (com profunda alteração da consciência e agitação furiosa) e os *estados maníaco-depressivos*. Por outro lado, os estados intercríticos, ou seja, são estados de alterações psiquiátricas entre crises epiléticas, caracterizando estados de alterações mentais crônicas (que se aproximam das psicoses endógenas), como por exemplo, a “demência epilética” e outros distúrbios graves do comportamento.

Fernandez (1979), apresenta-nos uma explicação um tanto semelhante a Ey com poucas diferenças mais organizadas psicopatologicamente. Ele divide as Psicoses Epiléticas em agudas, ou seja, com alteração da consciência – (Estados crepusculares, obnubilação simples da consciência e delírios oníricos). Por outro lado, as Psicoses sem alteração da consciência, Psicossíndromes de transição (agudos) ou psicoses epiléticas endomorfias (Formas afetivas, paranoides e catatônicas). Além das Psicoses orgânicas (Alterações da Personalidade e da Inteligência).

Em ambos esses autores, percebe-se também uma descrição semelhante da personalidade do Epiléptico proposta por Schneider (1965). São alterações da intuição psiquiátrica caracterizadas por um temperamento “gliscróide” (do grego, viscoso) – uma viscosidade afetiva, um jeito teimoso, pegajoso, pesado, explosivo, perseverante e inconveniente de ser.

Para finalizar nosso debate, resta-nos assumir a dificuldade de esclarecimento deste diagnóstico, reafirmando a impossibilidade e a insuportabilidade deste caso. Estaríamos diante de um lamento de ordem orgânico-existencial epilético? Segundo Dostoiévski (2002), o ataque de epilepsia é comparável a um lamento de um outro que grita dentro daquele em crise:

Um lamento terrível, inimaginável e sem semelhança desprende-se do peito; nesse lamento é como se desaparecesse de chofre tudo o que é humano, e é absolutamente impossível, ou pelo menos muito difícil, a um observador imaginar e

admitir que esse grito venha do mesmo homem. Imagina-se inclusive que quem está gritando seria um outro qualquer, situado dentro desse homem. (DOSTOIÉVSKI, 2002, p. 270, destaques nossos).

Assim, estas foram as reflexões que me ocorreram ao retomar com mais propriedade a análise deste gesto profissional. Estaria a senhora Stella em estado de agitação pós-comicial, ateando fogo em si mesma, rastejando-se pelo chão em chamas? Algo que nos faz concluir seu caráter proteiforme, nem por isso pode ser taxada de histérica, sem demais questionamentos. Se as histéricas deliram, assim como os psicóticos histerizam, os epilépticos encenam algo real, inclusive ateando fogo em si mesmos, ou pedindo para ateaem fogo em seus corpos.

Assim, o ato, inicialmente, intuitivo aconteceu como se eu estivesse avivando (ateando) seu fogo, ao arrastá-la ao chuveiro para tentar compreender na sequência todo o acontecimento? Entre todas essas hipóteses diagnósticas, situamo-nos com um pouco mais de propriedade na dúvida entre uma *Histeria conversiva*, dissociativa ou um estado crítico ou intercítico de *Psicose epiléptica*. Teríamos que tê-la acompanhando mais de perto e por um tempo maior, compreendendo sua História de Vida para arriscar em uma única hipótese diagnóstica. Porém, lembremo-nos que o estabelecimento de um diagnóstico não pode ser impeditivo da construção e condução do *caso clínico* (VIGANÒ, 1999; LOBOSQUE, 2001).

7.3.1.4 Por uma síntese dimensional

Dizemos da forma como a dimensão *validação/deliberação* operou na transformação desse *projeto-ação/ato* em gesto profissional em Psiquiatria. Trata-se de um processo que aconteceu em três etapas.

A primeira etapa, a *validação/deliberação* para justificar a dimensão intuitiva inicial, a explicação desse gesto comigo mesmo para justificar a transformação da biologia de meu corpo em processos de subjetivação na ação e situação de trabalho. Sabemos que a intuição comporta saberes que, segundo a experiência apresentada, são acessados no curso da ação e reivindicando o passado-vivido-cotidiano no presente da situação.

Vermersch (2014), em sua obra “*L’entretien d’explicitation*”, apresenta-nos uma metodologia diferenciada dentro do campo das ciências humanas, visando à verbalização de uma ação realizada no passado, de um tempo vivido, para se compreender, explicar o presente da situação que se apresenta. Ou seja: “se pela ação, eu designo a realização de uma tarefa, a entrevista de explicitação visa à descrição do desenrolar desta ação, tal como ela foi efetivamente colocada em funcionamento em uma tarefa real.” (VERMERSCH, 2014, p.

10).²⁶² Assim, trata-se de trazer para o presente, fragmentos do meu vivido-passado em sentidos de explicação, de conexão e movimentação de saberes e afetos envolvidos. Dessa forma, ao refletir e explicar esse gesto, duas situações passadas se fizeram presentes em nível de memória histórica de vida, ressignificando *crises, rupturas, movimentos* (KAES, 2013) e engendramento de gestos.

A primeira delas. Em minha cidade natal, tradicionalmente, as pessoas se embriagam com grande facilidade e intensidade, constituindo um ponto de identidade da cidade, ou seja, beber, compor músicas e tocar violão, comendo frango caipira e outras comidas caseiras. Assim, acontecimentos de bebedeira em meu ambiente familiar eram uma atividade comum. Dessa forma, várias foram as cenas em que eu, na transição de adolescente para adulto jovem, cuidava de pessoas bêbadas, inclusive arrastando-as para o banheiro mais próximo, a fim de melhorar seus estados de embriaguez.

A segunda cena de conexão. No ano de 2003, morando em Belo Horizonte/MG, muitos amigos preparávamos uma viagem de férias para o carnaval de Salvador/BA. A empolgação e o desejo iluminavam a juventude e os preparativos da viagem, quando uma furunculose mudou um tanto o movimento de meu corpo, sem mudar o curso da atividade, mas limitando o festejo do carnaval. Tomei a medicação necessária e embarquei assim mesmo. As ruas de Salvador, tomadas por multidões e alegrias, e eu enraivecido, andando pelas margens, defendendo-me dos esbarrões. Metaforicamente, meu corpo pegava fogo por dentro e a vontade era tomar um banho de chuva ou mar ao mesmo tempo em que andava esquivando-me da multidão. Uma vontade de retirar aquela infecção com a mão ou rastejar pelo chão sem tocar em ninguém. Na madrugada da terceira noite de carnaval, esse processo de liberação da infecção recebeu a contribuição de uma forte e passageira chuva de verão. Em seguida, os meus dribles da atividade (de dançar) começaram.

Em outro sentido e em termos antropológicos, fazemos alusão ao *estilo* do brasileiro de marchar-dançar-gingar, renormalizar a vida, segundo Laplantine (2015) e que influenciam nossa maneira de trabalhar. Façamos uma análise sobre a política e o pensamento do sensível, corpo-sensível em movimento, uma vez que: “Não há de um lado o sensível e de outro o social e o político, mas uma solidariedade desses últimos... que a sensibilidade, que é corporeidade à obra na linguagem, implica necessariamente uma reflexão política”

²⁶² Do original – “si par action, je designe la réalisation d’une tâche, l’entretien d’explicitation vise la description du déroulement de cette action, telle qu’elle a été effectivement mise en oeuvre dans une tâche réel.” (VERMERSCH, 2014, p. 10).

(LAPLANTINE, 2015, p. 175).²⁶³ E isso só pode explicar o movimento do corpo em direção a alguém ou alguma coisa como uma capacidade astuciosa (*rusée*), política e maliciosa. Ou seja, a sociedade brasileira e seu *estilo* de viver, de driblar, rebolar, dançar, esquivar, sobreviver, contornar, contestar e (des)respeitar as normas, cantar, trabalhar, deslizar, apresentar alternativas diferentes para situações repetitivas. Segundo o autor, esses são alguns dos componentes da ginga brasileira de viver, que compõem o *jeitinho* brasileiro de viver com o outro e que influenciam sobremaneira nossos *estilos* diferentes de renormalizar as situações, de gerir a distância *prescrito/real*, de engendrar gestos profissionais (técnico-clínicos em Psiquiatria). Em outras palavras, um arrastar a loucura em forma de ginga da atividade psiquiátrica.

A ginga é então um gestual feito de leveza, de plasticidade, mas também de determinação. A fluidez da ginga – que não é sem evocar o surf – pode dar lugar a uma grande inventividade e mesmo a uma extrema virtuosidade artística... **É uma maneira de ser brasileiro (que está longe de ser compartilhado por todos os Brasileiros), uma maneira sinuosa, lateral e jamais frontal de se deslocar, ondulando, de entrar em relação com os outros, uma maneira de viver o prazer, não de ter um corpo, mas de ser esse corpo apto a se transformar em permanência.** (LAPLANTINE, 2015, p. 28-29, destaques nossos).²⁶⁴

A segunda etapa de *validação/deliberação*, a transformação desse ato em gesto. Em termos informais, na época, diversas conversas argumentativas e explicativas aconteceram com os trabalhadores, interrogações, críticas positivas e negativas nos corredores, na cozinha e na farmácia do serviço, nas passagens de plantão. Em nível formal, em reunião de equipe, os debates foram controversos. A priori, em termos psicanalíticos, o ato foi taxado de uma resposta diretiva, objetivada, ou seja – uma resposta real e concreta pelo real. Uma resposta perigosa e vazia de simbolização, uma atitude perigosa, uma vez que portava um risco de vida, um perigo mortífero para Stella. Trata-se de uma fala que, no mínimo, instituiu novos conflitos em minha atividade e que, mesmo que tentasse reduzir a minha experiência, meus *saberes investidos e constituídos*, desconsiderando meu *debate de normas* e os ingredientes de competência da atividade (IGR's) mobilizados, ao contrário, ela foi renormalizada no sentido de novos movimentos e gestos profissionais em Psiquiatria.

²⁶³ Do original – “Il n’y a pas d’un côté le sensible et de l’autre le social et le politique, mais une solidarité de ces derniers... que la sensibilité, qui est corporéité à l’ouvre dans le langage, implique nécessairement une réflexion politique.” (LAPLANTINE, 2015, p. 175).

²⁶⁴ Do original – “La ginga est donc une gestuelle faite de souplesse, de plasticité mais aussi de détermination. La fluidité de la ginga - qui n’est pas sans évoquer la surf - peut donner lieu à une très grande inventivité et même à une extrême virtuosité artistique... C’est une manière d’être brésilien (qui est loin d’être partagée par tous les Brésiliens), une manière sinueuse, latérale et jamais frontale de se déplacer en ondulant, d’entrer en relation avec les autres, une manière de vivre le plaisir, non d’avoir un corps, mais d’être ce corps apte à se transformer en permanence.” (LAPLANTINE, 2015, p. 28-29).

Em outros termos, grande parte da equipe não só compreendeu, como concordou com o gesto, porém, fazendo algumas reservas quanto ao risco de piorar o quadro clínico de Stella, à forma de se fazer diferente as mesmas coisas no campo da loucura. Quer dizer, chamaram atenção para que este gesto tenha respeitado os princípios da clínica no meio aberto, incluindo nela, atos, aparentemente transgressivos, como possibilidade e, até mesmo, pré-condição de se praticar uma Nova Clínica – que na tese, nomeamos de *Ergopsiquiatria Clínica* – que tem o gesto profissional em Psiquiatria como um de seus constituintes.

A terceira etapa, esta foi compreendida e melhor explicada em todo o processo acima de explicitação e reflexão do diagnóstico. Não se tratava de arrastar uma senhora pelo chão em crise para não medicalizar a situação e isso faria parte da Reforma Psiquiátrica e pronto. Não é isto. Ao contrário, precisávamos justificar, ou seja, investigar o meu próprio ato de arrastar, apresentando uma explicação no campo dos saberes em Psiquiatria para tal atitude que somente pode ser clínica, sustentando o peso das hipóteses diagnósticas que apresentamos.

Segundo o *debate de normas* em múltiplas dimensões e direções, este gesto profissional em Psiquiatria apresenta um processo plural de endereçamento. A priori, às práticas asilares de maus tratos e de abordagens antigas e tradicionais como a balneoterapia, a insulino-terapia, a malarioterapia, mas também à parte natural, biologicista da Psiquiatria, uma vez que nos encontramos em uma epistemologia psiquiátrico-ergológica 3bis não somente para engendrar, mas para justificar e validar este referido gesto.

Em suma, apresentamos alguns dos motivos pelos quais arrastar a loucura ao banheiro para tratar o sujeito, não se mostrou um gesto descontextualizado. Referimos a um gesto profissional que, mediante sua *simplexidade*, requer grandes justificativas no curso de seu engendramento.

7.3.1.5 Um gesto de transformar para compreender

Apresentamos uma síntese conclusiva segundo os princípios da Clínica da Atividade. Ao realizar esse gesto, eu não tinha consciência de toda a sua complexidade, ficando, inicialmente, mais na intuição, na intencionalidade e nas dramáticas do inconsciente em manifestação. Assim, depois de aprofundamentos nos estudos das Clínicas do Trabalho, pude melhor compreender e ressignificá-lo em termos práticos e teóricos.

A Clínica da Atividade nos ensina que seu objeto é o desenvolvimento da atividade, analisando seus impedimentos, possibilidades e outras imprevisibilidades. Porém,

metodologicamente, a operação fundamental por ela proposto é transformar para se compreender, ou seja, agir, sem tudo saber e prever para compreender. Para isto, ela também propõe a (re)instituição do conflito na interseção *realizado-real da atividade*, provocando o enigma da ressimbolização e permitindo o sujeito ressignificar uma crise com outras crises no curso da atividade e do tratamento. Um processo já nomeado de *restituição clínica em Psiquiatria* por ocasião do debate que realizamos na interseção crítica entre a Clínica da Atividade e a Clínica Psiquiátrica. Entrar nos enigmas do conflito intrapsíquico, instituindo outros conflitos para compreender aquele anterior, dirigindo o curso do tratamento e possibilitando ao usuário compreender a si mesmo e o outro.

Fazer do conflito uma instituição é o desafio que a Clínica da Atividade nos apresenta. Quer dizer, instituir o conflito para fazer dele um meio de desenvolver a controvérsia no interior de determinado campo do conhecimento. Para se compreender o desenvolvimento da atividade, deve-se, então, instituir um conflito, transformando o aqui-agora. Para tal, requer uma ação situada, tendo em vista que não transformamos a atividade em si, mas provocamos o seu desenvolvimento.

O processo de engendramento deste gesto profissional em Psiquiatria é um exemplo desta operação clínica. Quer dizer, Stella chega em franca crise e um outro conflito foi introduzido na cena inicial, restituindo a controvérsia, ampliando os enigmas da situação e possibilitando o esclarecimento da hipótese diagnóstica. Se antes as dúvidas eram maiores entre uma crise de Dissociação Histérica, uma Psicose Epiléptica, uma Psicose primária atípica, uma Crise não-epiléptica psicogênica, ou até mesmo uma crise de agitação psicomotora pós-comicial, após o mesmo, as duas primeiras hipóteses nos pareceram mais evidentes. Pela dimensão corporal do gesto genérico, o movimento que ela chegou foi escutado e ampliado, sendo arrastada para debaixo do chuveiro. Ao sair deste banho extraordinário, ela não somente se apaziguou, como nos trouxe de volta a hipótese da Histeria para o contexto atual da Psiquiatria.

Concluimos que este gesto profissional tenha contribuído sobremaneira para provocar o desenvolvimento do *gênero* em Psiquiatria que se pratica em determinado espaço-tempo, no caso o CAPS III/CERSAM Betim Central.

7.3.2 O porteiro usuário – o debate em torno de um gesto profissional em Psiquiatria

Retomamos à restituição de conflito de um ato apresentado na introdução da tese. Antes, tratava-se de um usuário estigmatizado pela esquizofrenia e abuso de múltiplas drogas,

tentando realizar o trabalho de porteiro. Neste momento, argumentamos no sentido de que Jorge não só assumiu o posto de trabalho de porteiro, mas nos exemplificou, mesmo que de forma rápida, a centralidade do trabalho na (des)estruturação psíquica do sujeito. Quer dizer, de usuário porteiro a um porteiro usuário de Saúde Mental. Dizemos da capacidade do sujeito de estruturar melhor sua atividade delirante pelo trabalho.

Conforme anunciamos, ele trabalhou somente cerca de três horas de porteiro, desenvolvendo bem a atividade, porém deixando o posto para uma outra trabalhadora. Para surpresa da maioria dos trabalhadores do CAPS III/Cersam Betim Central, ele permaneceu no serviço o dia todo, volta e meia observando o mesmo trabalho, sem ameaça de agressão e tentativa de evasão, mas estranho e inadequado.

O que teria acontecido na economia psíquica de Jorge para tal modificação de conduta? Um desafio para o campo dos saberes, inclusive para a interseção Clínicas do Trabalho-Psiquiatria.

Sustentamos ser este *projeto-ação/ato*, um gesto profissional em Psiquiatria, na medida em que ele tomou toda uma forma e significação na atividade e no percurso de trabalho do CAPS e na construção do caso clínico de Jorge.

7.3.2.1 A atividade em debate de normas e reflexões

Apresentamos nossas argumentações sobre este gesto profissional entre os aspectos de *tradição* e *inovação* discutidos no GRT frente às *normas antecedentes* da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica. A proposta foi dialetizar estas duas instâncias e outras mais para restituir o conflito e o sentido desvelado por este ato, sustentando ser ele um gesto profissional em Psiquiatria em diálogo com as práticas cotidianas de trabalho e, em nível de *debate de normas* em múltiplas dimensões, inclusive considerando e extrapolando a intuição. Um assunto preñado de dilemas e controvérsias em várias direções.

Para sustentar a qualificação e realização deste ato dentro da construção de um rápido *projeto-ação*, longos *debates de normas* se fizeram presentes. Nossas análises também se fizeram por etapas e dentro de um plano teórico-prático das Clínicas do Trabalho, da Sociologia Clínica, da Antropologia, das técnicas do corpo e da *Filosofia do gesto*, segundo Guérin (2011b).

Com respeito às técnicas do corpo, Bert (2012), em reflexão sobre a obra de Marcel Mauss, avisa-nos que:

Para compreender porque um indivíduo, ou um grupo de indivíduos, não fazem este ou aquele gesto e decide por tal ou tal gesto, é necessário constatar as razões fisiológicas ou psicológicas, mas é necessário apreciar **o lugar das tradições sociais que impõem estes gestos.** (BERT, 2012, p. 13, destaques nossos).²⁶⁵

Em primeira instância, nomeamos esse ato de inversão de lógicas (de catacrese da atividade) e apresentamos alguns argumentos a favor da construção deste gesto profissional em Psiquiatria. Quer dizer, em sendo, a priori, um ato, por que este e não outro? A frase acima é emblemática no projeto teórico do autor que orienta nosso debate. Conforme já abordamos, o antropólogo Marcel Mauss nos avisa que o corpo é um objeto antropológico, um instrumento técnico, provocando debates com a linguística, a cultura, a biologia, a semiologia, a história, a psicologia e a sociologia. Ele convoca todo esse debate para defender que os atos e movimentos humanos são culturalmente determinados. Quer dizer, um ato só pode ser inscrito num contexto histórico, uma vez que, a priori, uma sociedade tem o poder de impor ao outro, palavras, mitos, crenças, instrumentos, aspectos monetários, produtos e, inclusive, hábitos corporais. Assim, esse ato não se mostra diferente, antes apresentamos seu contexto, o cenário de seu acontecimento e nossas argumentações. O contexto é o brasileiro, dentro das políticas públicas de Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial (LAM) e a criação de Serviços Substitutivos ao sistema fechado, hospitalar, cujo CAPS III/CERSAM Betim Central é o território escolhido que apresentamos.

A Ergologia propõe uma inversão subversiva (e utópica) do modelo de abordagem ao trabalho como atividade humana, dizendo que é o mundo que nos instiga a produzir invenções e não um pensamento milagroso, criativo por si só, impondo transformações no real da vida e das situações de trabalho. O ser humano é dividido pelo seu próprio *uso de si* por si e pelos outros. Quer dizer, atrás das *renormalizações*, existe um *corpo-si* que reivindica, que rompe com a lógica e a postura de se colocar à disposição do outro. A Ergologia reclama que a norma faça problema no campo do outro de forma singular e que, somada aos *valores dimensionados e sem dimensão*, proporciona outros *encontros e encontros*. A loucura, nós a compreendemos como uma perda da capacidade normativa em busca de uma outra normatividade (CANGUILHEM, 1995), mas também uma crise (até mesmo uma ruptura) dessa capacidade de articulação.

Assim, a chave nas mãos de Jorge restabelece a presença de dois *corpos-si*, funcionando como uma *reserva de alternativa* clínica. Ou seja, em trabalho, o outro que

²⁶⁵ Do original – “Pour comprendre pourquoi un individu, ou un groupe d’individu, ne fait pas tel ou tel geste et décide de faire tel ou tel geste, il faut certes constater les raisons physiologiques ou psychologiques, mais il faut aussi apprécier la place des traditions sociales qui imposent ces gestes.” (BERT, 2012, p. 13).

chegava na porta de entrada o convocava a recolocar em debate a dialética entre *trabalho prescrito e real*, mas, para isso, requer a presença de uma orientação clínico-terapêutica. Em outro sentido, o conflito se fez presente na medida em que houve uma explicitação a Jorge das obrigações (*contraintes*), normas a serem cumpridas, possibilitando ao mesmo, apresentar seu *estilo*, suas iniciativas singulares frente às obrigações, regras do trabalho de porteiro. Uma possibilidade de Jorge sair de uma posição de assujeitamento ao outro, à obrigação, para uma outra posição de subjetivação, de novas invenções e contestações, possibilitando a modificação de sua postura - atividade delirante. Trata-se de um processo de *experiência de normas* no mínimo ambígua, pois dizemos de duas posições de sujeito: ativo e passivo.

O primeiro, aquele que aceita a obrigação e a contesta, o segundo, aquele que somente aceita a obrigação. Quer dizer, a norma por si só não tem efeitos, ela precisa entrar na economia psíquica dos envolvidos, na dinâmica da atividade e na dialética assujeitamento/contestação, a fim de que ela faça norma para cada um de nós. Dizemos de alteridade, da pluralidade e dos *debates de normas* na atividade, ou seja, a norma como obrigação a cumprir, ou a norma como uma oportunidade de contestação, de *renormalização*. Assim, a chave permitiria essa transposição, possibilitando Jorge construir, imediatamente, um outro espaço-tempo de contestação.

Originalmente, compreendemos que a loucura tende a retirar do louco, a sua capacidade de contestar o mundo, de se posicionar crítica e subjetivamente, porém há muitos que conseguem fazê-lo mesmo que de forma desordenada, singular e bizarra. Para ajudá-lo nesta empreitada, isso exige uma orientação presente dos trabalhadores não somente na sustentação e proposição de atos transgressivos pelos usuários, a priori, mas que os faça em forma de contestação da experiência normativa, apresentando seus argumentos e justificativas, produzindo também gestos profissionais.

Conforme apresentamos, a Clínica da Atividade nos ajuda a compreender que o delírio funciona como um instrumento de desenvolvimento da atividade. Assim, ela nos propõe a instituição de conflitos como forma de desenvolvimento da atividade, agir, transformando para depois compreender a situação. E isso reforça mais ainda a necessidade de um posicionamento crítico e clínico bem definido e orientado para sustentar esse conflito no real da clínica com a loucura.

Neste caso, compreendemos que o ato (simbólico) de dar a chave a Jorge, proporcionou uma modificação na estrutura de sua atividade. Provocar o delírio é ao mesmo tempo provocar a atividade, fazendo-a desenvolver. Se consideramos o delírio com um instrumento da atividade dentro da triangulação sujeito/objeto e outrem, entendemos que esta

catacrese da atividade possibilitou e provocou outros endereçamentos delirantes, consequentemente, um apaziguamento da agitação – uma atividade (delirante) dirigida no aqui-agora da situação conflituosa. A chave deixa de ser, momentaneamente, um artefato para funcionar como um instrumento clínico, ocupando o espaço-tempo *realizado-real da atividade*, lugar também de produção delirante, uma atividade no lugar da outra ou com esta outra. Quer dizer, uma forma de provocar o desenvolvimento deste *métier* psiquiátrico, restituindo o conflito da/na atividade, tendo em vista que esta transgressão/catacrese (CLOT; GORI, 2003; CLOT, 1997b), se colocada em debate pelo *gênero* psiquiátrico em construção, pelo coletivo de trabalho, assume a configuração de gesto profissional em Psiquiatria. E isso se torna mais inteligível e compreensível ao passar pelo mecanismo de *validação/deliberação*, ou passagem pela “peneira” – pelo conflito dos quatro registros do *métier* apresentados por esta clínica (CLOT, 2010).

Os processos psicodinâmicos da atividade nos ajudam a compreender esta situação como uma prática de inteligência astuciosa (*intelligence rusée*), rompendo com a renúncia de engenhosidades e industriosesidades da atividade e que “exige de acréscimo uma certa discrição, de forma que as divergências nascendo de singularidades de uma parte, do segredo sobre os modos operatórios efetivos de outra parte, sejam incompatíveis com a cooperação” (DEJOURS, 2009, p. 125).²⁶⁶ O que não é uma renúncia de si, ao contrário, um olhar para si e para o outro em debates, a fim de controlar e dar continente ao si, provocando a inteligência criativa singular e coletiva.

Neste sentido, um corpo embalado por *esbarrão* não é mais o mesmo corpo, produzindo movimento em outros corpos. É um corpo subjetivado e reorientado na e pela situação. Um movimento de pensar e de interpretar a experiência com sentido explicativo, de colocar em palavras o vivido cotidiano da experiência, onde o gesto nasce num espaço-tempo de sentido e valorização da experiência de sofrimento, provocando a reinterpretação da mesma experiência, dando-lhe outro sentido. O gesto como uma palavra de sentido, ou seja, somente o sujeito da/na atividade se autoriza a fazer essa operação, dando sentido à atividade pela própria experiência refletida e acumulada. Tocar a mão de Jorge foi muito mais do que um ato - antes um compromisso de loucuras de ambas as partes -, foi um processo de tomar, de pegá-lo pela experiência (RIBAUT, 2011), promovendo um deslize catacrético da/na atividade e provocando um gesto profissional em Psiquiatria.

²⁶⁶ Do original – “exige de surcroit une certaine discrétion, de sorte que les divergences naissant des singularités d’une part, du secret sur les modes opératoires effectives d’autre part, sont incompatibles avec la coopération.” (DEJOURS, 2009, p. 125).

Em outra perspectiva, três hipóteses socioclínicas se fizeram presentes e nos remeteram à invenção da loucura de Michel Foucault (1997) em termos de *normas antecedentes* de Psiquiatria e das condições reais e sociais dos ‘doentes mentais’ no asilo. São hipóteses construídas, a partir da consideração do vivido cotidiano dos usuários, do comportamento dos trabalhadores e da divisão de papéis e conflitos que atravessam uma instituição.

Como primeira hipótese, partimos desse ato como *atopoder* (MENDEL, 1998), analisando suas consequências - o poder do ato e o poder sobre o ato. De início, este *atopoder* nos coloca em evidência uma dupla contradição que se situa no interior de toda instituição psiquiátrica. Como passar de um espaço-tempo clínico frente ao vivido cotidiano dos trabalhadores - dos comportamentos dos mesmos, seus papéis, os conflitos e debates institucionais - para uma análise socioclínica da situação? (GAULEJAC; LEGRAND, 2010; BERNIER, 2013).

De um lado, o poder deste ato de cuidar da instituição, conseqüentemente, tratando o usuário. Dizemos de princípios da *Psicoterapia Institucional* com sua máxima de tratar a instituição para tratar o usuário, orienta-nos e nos ajuda a tecer maiores explicações (TOSQUELLES, 2009; BERNIER, 2013). Neste sentido, esse ato, interroga a instituição (cuidando da mesma na portaria) que também já se sente interrogada pela sociedade, produtora de normas de loucura e demandante de tratamento. Assim, o vivido cotidiano de Jorge foi levado em conta, não desconsiderando a logística de segurança da instituição. De outro lado, o poder da instituição sobre esse ato, de controlá-lo, de anulá-lo e/ou invalidá-lo por ser ele realizado por um usuário. Uma contradição dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Chaigneau (2011), dentro do mesmo contexto institucional, apresenta-nos outra contribuição acerca de como e quando fazer confiança a um sujeito psicótico. Segundo ela, a lógica comum se passa na negatização do sintoma psicótico para lhe fazer confiança. Quer dizer, para sair da instituição, ele precisa estar vazio de delírios ou, pelo menos, não os verbalizá-los, manifestá-los na frente de quem detém a decisão. Uma espécie de denegação da confiança. Para ela, fazer confiança é um processo clínico. Primeiro, porque seria um desafio fazer terminar o delírio em um psicótico. Em outros termos:

Não é necessário confundir a confiança com expulsão. Não é porque há um silêncio sintomático que seja necessário dizer: “eu lhe faço confiança para partir”, isso não cola. Isso pode ser justamente o momento onde se coloca a questão para o doente, é diferente. Perfeitamente diferente e no limite mesmo, na medida onde esta questão é

trabalhada com ele, isso reativa ou faz surgir sintomas que não eram percebidos até então. Ele muda de defesa. (CHAIGNEAU, 2011, p. 142).²⁶⁷

E ela prossegue nos orientando que melhor do que dizer da vida psicótica do paciente, seria “acreditar que ele tenha uma vida.” (CHAIGNEAU, 2011, p. 143).²⁶⁸ Segundo ela, não se trata de trabalhar com a parte sadia do psicótico, isso seria negar a psicose. “[...] é a vida! Podemos dizer que alguém pode ser psicótico, ponto! Eu gosto mais de dizer isso do que dizer a vida psicótica.” (CHAIGNEAU, 2011, p. 143).²⁶⁹ Ela chama atenção para que a melhor postura ainda seja trabalhar, valorizar e ampliar as situações intercricas entre um delírio e outro, por exemplo, com e a partir dos conflitos e contextos sociais, tentando evitar uma situação catastrófica. Neste sentido, podemos compreender que a chave abriu um espaço intercricico importante, uma outra atividade, mesmo que delirante.

Quer dizer, podemos fazer o seguinte raciocínio. De um lado, o louco nos incomoda, é perigoso, oferece risco à sociedade e precisa, portanto, ser tratado – fechado, mesmo dentro do CAPS. Por outro lado, em outras palavras, no momento em que houve uma falha na instituição, a inovação clínica apareceu como saída, requisitando uma tomada de decisão clínica, um domínio do *métier*, uma ampla negociação entre os pares e articulação de teorias, porém guiadas pelo contexto que se apresenta.

Uma segunda hipótese - onde estaria a violência? Do lado de Jorge ou do lado da instituição? Se ela se encontra do lado de Jorge, trata-se de acalmá-lo com as possibilidades terapêuticas possíveis. Ao escutá-lo, podemos concordar com ele que a violência estaria do lado dos trabalhadores, fechando-o e o impedindo de sair, traduzindo uma violência da instituição. Quem teria razão? Foucault (1997) nos amplia esta reflexão, traçando uma trajetória macro política (de *normas antecedentes* da loucura), histórica e social desta relação de poder da instituição psiquiátrica e do médico sobre a loucura. Neste sentido, os saberes dos trabalhadores podem traduzir, ousadamente, uma verdade sobre a loucura, ou seria esta que detém o saber sobre os trabalhadores? Neste sentido, compreenderíamos a inversão proposta por este ato, abrindo um espaço-tempo de debate acerca do estatuto político de Jorge e da

²⁶⁷ Do original – “Il ne faut pas confondre la confiance avec expulsion. Ce n’est pas parce qu’il a un silence symptomatique qu’il faut dire: “Je vous fais confiance pour partir”, ça ne colle pas. Cela peut être justement le moment où se pose la question pour le malade, c’est différent. Tou à fait différent et à la limite même, dans la mesure où cette question est travaillée avec lui, cela réactiver ou faire surgir des symptômes qui n’étaient pas apparus jusqu’alors. Il change de défensive.” (CHAIGNEAU, 2011, p. 142).

²⁶⁸ Do original - “Croire qu’il y ait une vie.” (CHAIGNEAU, 2011, p. 143).

²⁶⁹ Do original – “[...] c’est la vie! On peut dire que quelqu’un peut être psychotique, que sa avie peut être infiltrée, marquée par la psychose. C’est une vie psychotique, point! J’aime mieux dire ça que dire la vie psychotique” (CHAIGNEAU, 2011, p. 143).

Psiquiatria, do direito de cidadania, formas de tratamento da loucura com e a partir da sociedade – *a dimensão política e inconsciente* do gesto profissional.

Explicando melhor, tratam-se, a priori, de dois corpos brasileiros em contato. Na sequência, dois corpos brasileiros diferenciados na identidade – um deles, o psiquiatra e o outro, o louco – e isso muda toda a operação discursiva. Uma marca sociocultural que acrescenta outros elementos nesta constituição de corpos entre *Le social et le sensible* (LAPLANTINE, 2015). Segundo o autor, o corpo do brasileiro tem o hábito de chegar antes nas relações humanas do que sua própria voz e pensamento, conferindo à linguagem corporal, uma outra formatação de comunicação entre pares. Ou seja, um corpo marcado por uma possibilidade iminente de movimento, ou seja, um corpo que não somente marcha, mas dança, dribla, esquiva, delira... toca e pega. Entre outras palavras, um exemplo de *ginga* do corpo brasileiro que se encontra ao longo dessa tese. Entre *debates de normas* possíveis e parciais na atividade, trata-se de gingar não para esquivar do usuário, mas permiti-lo também se movimentar na atividade.

Assim, de um lado, teria a Psicose o poder de tudo isso retirar do sujeito? Um assunto polêmico, pois sabemos da gravidade desse tipo de sofrimento e as consequências vividas no psiquismo e no corpo dessas pessoas. Um sofrimento que provoca o isolamento do sujeito em si mesmo e uma espécie de despedaçamento metafórico do corpo, proporcionando um defeito em sua imagem e o levando a uma dificuldade de habitar o seu próprio corpo, conseqüentemente, outros lugares na atividade (LHUILIER, 2008).

Além do mais, historicamente, segundo Foucault (1997), em termos de *normas antecedentes*, o louco sempre foi um sujeito assujeitado pelo poder e olhar do outro sobre seu corpo. No serviço aberto, esse mesmo olhar e poder também operam, mas a grande diferença do serviço hospitalar fechado é que existe um outro processo de trabalho que não somente incentiva, mas prepara o usuário (no tratamento) para o ir e vir entre o social e a instituição de tratamento, delimitando o olhar do outro sobre si mesmo. Quer dizer, um corpo que reivindica outras normas de viver e que, mesmo vivenciando marcas visíveis de estigmatização e limitação de movimento, insiste para se inserir no mundo, mesmo com grandes limitações.

De outro lado, Foucault (2006), em sua obra - *O Poder Psiquiátrico* – lembra-nos que o século XIX foi o momento em que o saber psiquiátrico se inscreve no corpo do médico, determinando, idealmente, um físico com qualidades diferenciadas. Um ponto de vista já argumentado na construção da dimensão política do gesto profissional em Psiquiatria.

O diálogo é extremamente pertinente, mas, conforme já debatemos, segundo Schwartz (2004), Foucault teria se esquecido da existência do processo de *renormalização*, da

experiência, no aqui-agora das situações de trabalho, onde o sujeito se apropria e pilota as normas de forma diferente, plural e singular frente às variabilidades do meio e de sua História de Vida. Assim, tal imagem de poder poderia ser encarnada nas instituições psiquiátricas não somente pelo médico-psiquiatra, mas por todos os trabalhadores do CAPS III. E isso vai depender da forma e constituição do *Moi-peau* (ANZIEU, 1995) e envelopes psicossociológicos de cada um frente ao seu vivido cotidiano histórico em relação à loucura. Não é o porte físico robusto ou não que vai determinar a encarnação desse poder, antes um processo singular influenciado pela sociedade que reivindica uma imagem valente para o trabalhador em Psiquiatria, especialmente o médico. Também, anunciamos que nem todo médico-psiquiatra assume essa postura em seu profissionalismo (SILVA, 2010). Neste sentido, apresento a minha postura corporal na tentativa de destituição de saber-poder, dialogando e permitindo o encontro de meu *corpo-si* com um outro *corpo-si*, ampliando dramáticas bilaterais de *usos de si* e possibilitando *encontros de encontros* diferenciados.

A terceira hipótese, de um lado, podemos dizer que a instituição funciona também como um mecanismo de defesa, de evitamento das angústias, das ansiedades esquizoides e paranoides da sociedade, por exemplo. Assim, a ansiedade revelada por Jorge não é somente dele, mas de todos nós que vivemos no corpo e em nossa economia psicológica, o poder normativo da sociedade sobre a loucura. Uma situação evidente na negativa da secretária administrativa do serviço. Quer dizer, temos a necessidade da criação de laços para viver, de molduras e envelopes psicológicos para delimitar fronteiras e apaziguar nossos sintomas (ANZIEU, 1995). De outro lado, se saímos desse enquadramento, as angústias paranoides, por exemplo, tomam conta da situação. Se a instituição de tratamento e a Psiquiatria como instituição não têm o monopólio da violência legítima sobre a loucura, neste momento é a loucura de cada um de nós que desvela seu poder normativo e de violência contra o outro. Assim, o que faria o estado, a política, a polícia, as autoridades, sabendo que a instituição também é faltosa na oferta de condições de trabalho?

Enfim, este ato traz a sociedade para dentro da instituição e vice-versa, uma vez que esta também se vê interrogada e dividida frente às contradições da primeira ao demandar formas muito mais fechadas do que abertas de tratamento. Situação esta que reflete as relações de poder dos trabalhadores e da Psiquiatria frente ao portador de sofrimento mental.

7.3.2.2 Mecanismos de validação e transformação

Trata-se do mecanismo de *validação/deliberação* deste ato que, no sentido das Clínicas do Trabalho, podemos dizer: *renormalização* individual e coletiva, singular e universal, endereçamento psicossocial e cultural; passagem à “peneira” no sentido dos quatro registros do *métier*; *validação/deliberação* individual e coletiva em constante *perlaboração* da experiência. O mesmo processo teorizado por caminhos próximos, diferentes e complementares, conforme apresentamos.

Quer dizer, como este ato foi recebido, primeiro por mim mesmo? Explicar-me neste ato foi o primeiro desafio, depois explicar, justificando-me frente ao coletivo de trabalhadores do CAPS III, ao contexto social envolvido. Refiro aos motivos, à forma, aos saberes envolvidos, em forma de endereçamentos, visando defendê-lo enquanto um gesto profissional em Psiquiatria do que, simplesmente, um ato, uma *catacrese*, uma transgressão da atividade por si só, ousada e prenhe de riscos psicossociais. Se o caminho inicial foi acionar a dimensão da intuição, neste texto avançamos em outras explicações e *debates de normas* em outras dimensões na atividade.

Com relação à primeira *validação/deliberação*, de mim comigo mesmo, o processo foi dinâmico com começo, meio e sem fim previsto. O momento e a forma em que diversas situações passadas foram revividas e recontadas no presente, apresentando argumentos constituintes de meus envelopes psíquicos, inclusive considerando em meu percurso de vida, *crises, rupturas e movimentos*, promovendo escolhas teóricas e profissionais. O resultado foi a proposição desse ato e o mecanismo de engendramento deste gesto profissional em Psiquiatria dirigido à equipe, ao hibridismo e ao poder da Psiquiatria sobre o outro e as situações de trabalho.

A situação foi muitas vezes debatida no coletivo da equipe - em reunião de sexta-feira como espaço formal de validação do CAPS III/CERSAM Betim Central. Porém, antes, este mesmo processo ocorreu de maneira informal (DEJOURS, 2009). Ou seja, nos corredores, no banheiro, na BR de carro entre Betim-Belo Horizonte, na cozinha, em momentos de *happy hour* e nos seminários de formação Multiprofissional (incluindo a Psiquiatria), justificando e explicando a sua transmissibilidade no campo formação?

Em termos resumidos, de um lado, as polêmicas giraram mais em torno de uma negação, alegando periculosidade, ousadia e riscos desse ato proposto para o próprio Jorge e outros usuários. Alegavam também que Jorge não poderia desenvolver essa atividade por ser um usuário e não ter o estatuto de trabalhador do serviço.

Por outro lado, houve um debate positivo, de aceitação e reconhecimento da equipe, porém, com a seguinte reserva: de que tal gesto foi aceito por ter sido proposto por um TNS-psiquiatra e não um TNS-psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, inclusive um técnico de enfermagem. De novo, a discussão em torno do poder do psiquiatra, do ato médico que, em termos de *normas antecedentes*, ocupa ainda um lugar central de saber-poder dentro dessas instituições que pretendem, exatamente, o contrário, à revelia dele mesmo (SILVA, 2010). Pode este gesto, então, ser protagonizado por outro profissional? Como comportaria a equipe frente a esta nova configuração da atividade? Uma situação que não apresentamos respostas, antes deixamos em aberto para futuras investigações.

Enfim, compreendemos que este gesto profissional interpela o *métier* numa direção de provocar o seu desenvolvimento, interrogando as práticas psiquiátricas hegemônicas, os fundamentos, princípios e saberes humanos e naturais da Psiquiatria na vertente metodológica da filosofia da vida de Canguilhem (1995). Um possível caminho de transformação epistemológica da Psiquiatria?

A engrenagem *clínica – atividade do corpo-si – movimento* neste gesto profissional mobilizou, principalmente, a dimensão corporal. Inverter a lógica, oferecendo-lhe a chave da instituição é um ato, a priori, subversivo, ou seja, uma catacrese que, em estado de inversão, mobiliza outros *debates de normas* em múltiplas dimensões. Uma *atividade transgressiva* de escuta do sujeito, possibilitando o deslizamento de uma atividade delirante em outras possíveis atividades delirantes, promovendo o apaziguamento da agressividade, desfocando o delírio anterior de perseguição. Quer dizer, o delírio como instrumento de desenvolvimento da atividade em Psiquiatria, mobilizando, clinicamente, a Psiquiatria em termos políticos micro e macro no atual contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma maneira de trazer de volta os princípios da Antipsiquiatria, reconhecendo e valorizando a experiência de sofrimento mental, ressignificando a criação de *DD3P Ergopsiquiátricos* de contra-poder e de contrarreformas psiquiátricas, conforme também apresentamos.

Assim, podemos dizer que se trata de um gesto profissional em Psiquiatria, cujo endereçamento se dirige à equipe do CAPS e à estabilidade de todo tipo de saber, inclusive em Psiquiatria.

7.4 O instrumento clínico de Anamnese Ergopsiquiátrica

Depois de todo esse debate ao longo da tese, inclusive após a apresentação do processo de engendramento desses três gestos profissionais em Psiquiatria, promovemos um espaço-tempo de síntese de possíveis para lidar com a insuportabilidade de casos impossíveis.

Partimos dos aspectos tradicionais e descritivos da *Anamnese médica*, reconfigurando-a no contexto da Psiquiatria, segundo Veloso (1990), Cheniaux (2013) e Dalgalarondo (2008). Em seguida, promovemos uma articulação com os saberes das Clínicas do Trabalho, em especial, inter-relacionando-os às narrativas psicossociológicas de vida, mediante a Metodologia de Pesquisa em Histórias de Vida (GAULEJACK *apud* TAKEUTI; NIEWIANDOMSKI, 2009; ARAÚJO; CARRETEIRO, 2001; GAULEJAC; LEGRAND, 2010; BERTAUX, 2014).

Trata-se de articular aspectos individuais e singulares de vida com o social e a cultura, uma ampliação da *Anamnese Psiquiátrica*, visando inventar um espaço-tempo possível de *renormalização* para a escuta dos usuários. O resultado é a construção de uma *Anamnese Ergopsiquiátrica* - um instrumento mais ampliado e dinâmico, analítico e contextualizado à proposta de valorizar a experiência de sofrimento mental, vide anexo F. Tudo isso dentro de uma perspectiva de horizontalização e humanização da relação saúde/doença, médico-terapeuta, usuário-trabalhador, TNS-trabalhador, TNS-trabalhador-TR-usuário-*métier* de trabalho.

Em suma, apresentamos um exemplo singular de *estilização* do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*. Um mecanismo que reconfigura o gesto profissional (como conduta) dentro deste instrumento de *Anamnese Ergopsiquiátrica*, porém, extrapolando todo esse processo no contexto da Psiquiatria.

Um gesto profissional como uma intervenção clínica de possíveis no real.

8 NOTAS CONCLUSIVAS

Depois de todo esse percurso de trabalho de pesquisa, apresento algumas notas conclusivas em algumas etapas reflexivas, uma vez que a tese desvela vários caminhos conclusivos, mas há alguns esclarecimentos importantes a fazer. Localizamos duas etapas na tessitura desta tese. A primeira, um longo percurso de localização do objeto e construção de um conceito de gesto profissional que me foi uma atividade muito *industriosa*, trabalhosa. A segunda, a singularização da informação genérica no campo da Psiquiatria, outro desafio.

O que está em jogo é exatamente o hiato existente entre, de um lado, a construção, idealização de um *projeto-ação*, a proposição e a realização em atos. De outro lado, *o engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria*, intermediado por saberes múltiplos e debates em múltiplas dimensões.

8.1 Reabrindo estabilidades e metodologia

Esta tese dialoga desde a introdução com a filosofia da vida de Canguilhem (1995), que propõe um método de análise e intervenção na vida particular e em situações de trabalho. Acompanhamos seu *desconforto intelectual* em reabrir questões, aparentemente, solucionadas, estáveis, em determinado campo do conhecimento, encontrando problemas, *matérias estrangeiras*, como objeto de pesquisa.

Entramos no campo da Psiquiatria de um ponto de vista das Clínicas do Trabalho e localizamos o gesto profissional como questão para promover *debates de normas* em torno desse campo do conhecimento, a partir de situações reais de trabalho. Entre *crises, rupturas e movimentos* em planos pessoais e profissionais, dirigimos o olhar para o fazer contextualizado. Uma maneira de problematizar a gestão da atividade em termos de sua densidade e concretude nas situações de trabalho de um serviço de Saúde Mental, o CAPS III, e em nível macro, social e cultural das políticas públicas de saúde. Como nos diz a Ergologia:

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, **onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados**. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elabora. Ora, o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição – mesmo que o seja, em parte. (SCHWARTZ, 2004b, p. 23, destaques nossos).

Abri a tese com um ato, aparentemente desajustado, de restituição de conflitos em conflitos já existentes, aquele do *usuário porteiro*, reconhecendo diversos desconfortos provenientes da experiência profissional e argumentando ao longo da tese. Uma escolha entre outras possibilidades, mobilizando saberes em vários níveis nas Clínicas do Trabalho e em Psiquiatria. Neste sentido, dizemos que a tese funcionou, instruindo não somente sobre este ato, mas também aqueles dos trabalhadores, além de outros decorrentes da análise crítica e situada de minha experiência de trabalho.

Propomos um método singular em meio às diversas possibilidades metodológicas das Clínicas do Trabalho. De um lado, a abordagem ergológica, ou seja, a Análise Pluridisciplinar das Situações de trabalho (APST), possibilitando-nos tratar o objeto de forma plurideterminada e multidisciplinar. Por outro lado, compreendemos também que poderíamos ter analisado uma única atividade de trabalho – este não foi o nosso procedimento. Esta escolha nos trouxe consequências positivas no sentido de que contribuiu para propormos a criação de um *Groupe de Rencontres de Travail* (GRT), a partir da reunião de equipe e ampliar as nuances de compreensão das dramáticas de uso do *corpo-si*, dos *debates de normas* em múltiplas dimensões do gesto profissional. Negativas, no sentido de que talvez tenhamos perdido a oportunidade de aprofundar em análises sobre outros conflitos de normas do/no agir humano em atividade.

Em termos macro de compreensão da loucura, a partir deste GRT, de um lado, o que se percebe é que a sociedade determina as normatividades para diferenciar o louco do não louco, inclusive demandando da Psiquiatria uma resposta estabilizada – um diagnóstico, uma medicação e um lugar de tratamento, de preferência fechado. Frente ao seu próprio hibridismo, o costume da Psiquiatria tem sido corroborar essas demandas, ampliando um processo de industrialização, medicalização e estigmatização da doença mental. Por outro lado, compreendemos o GRT também como uma estratégia de intervenção sintonizada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, inclusive pelo seu caráter multidisciplinar. A esta reforma, foi depositado o desafio de romper com este processo, porém, se olharmos de perto os conflitos do *trabalho real* e dos trabalhadores neste CAPS III/CERSAM Betim, segundo os dados do GRT, percebemos todos esses *debates de normas* se repetirem em um contexto aberto. E este é um processo *simplexo* e dialético. Quer dizer, esses serviços foram criados com princípios bem claros de rompimento com a lógica da segregação, da medicalização e da psiquiatrização da loucura, porém existe aí um descompasso. Em termos gerais, a sociedade não se mostra uma aliada desta proposta e os CAPS tentam sobreviver entre uma Psiquiatria

tradicional médico-centrada e uma sociedade normativa. O destino dos mesmos é outro desafio a ser problematizado.

Para dialogar com este conflito, propomos a construção de *Dispositivos tripolares Ergopsiquiátricos* e a criação de GRT's *Ergopsiquiátricos* no sentido de ampliar esse debate com gestores, trabalhadores, usuários, familiares e cidadãos civis acerca do assunto da loucura.

8.2 Clínicas do Trabalho e a tese como instituição

Partimos do reconhecimento do *processo de engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria* como objeto de tese, deixando que este nos dirigisse, desvelando sua complexidade. Neste sentido, compreendemos que abordá-lo somente por uma vertente clínica seria sim reduzir nossas análises, inclusive o próprio percurso do fazimento teórico do conceito de gesto profissional. Estive presente na instituição de cada um dessas clínicas na França entre 2012 e 2016, dialogando com referências teóricas vivas e próximas umas das outras, criticando, aprofundando e absorvendo a contribuição específica de cada uma delas em conceitos. Lá onde uma iniciou o debate, a outra avançou, ao mesmo tempo que aquela outra não desenvolveu determinado conceito.

A hipótese inicial que me ocorreu é que todas elas estivessem falando a mesma coisa por caminhos diferentes, mas há diferenças importantes a serem consideradas aos olhos do observador e pesquisador mais atento. Não me estabilizei frente a esta proposição e avancei na tentativa de localizar semelhanças, levantando e tratando as diferenças mais evidentes na medida de suas aparições em nossas análises práticas, visando não cair em sincretismos reducionistas de sentidos. Em termos de síntese, frente aos diversos conceitos que mobilizamos, resta-nos para outros momentos de estudos e pesquisas, um melhor aprofundamento com respeito ao *estilo* profissional, ultrapassando o diálogo com o *gênero* na vertente da Clínica da Atividade.

A polêmica operação compreender para transformar ou vice versa foi abordada de forma dialética, trazendo de volta um debate epistemológico entre essas clínicas, em especial a Ergologia e a Clínica da Atividade. Segundo minha opinião, este debate requer um posicionamento bastante afinado não somente com as teorias clínicas, mas também com as questões específicas do *métier* em análise, inclusive das terapêuticas psi (conscientes e inconscientes) de abordar a loucura em seu movimento de ir e vir. Compreendi que esta tese opera a restituição de um conflito entre os diversos conflitos já existentes no interior de cada

uma dessas clínicas e na relação entre elas. Cabe a elas a devida ressignificação teórico-prática e metodológica para atingir a complexidade dos processos de enlouquecimento.

8.3 Psiquiatria, ideias, níveis, critérios e instâncias

Mobilizar saberes em Psiquiatria e engendrar gestos profissionais em situações reais foi o desafio maior da tese, uma vez que requer uma complexa configuração de ideias, níveis, critérios e instâncias neste campo do conhecimento, a exemplo da Ergologia, segundo as reflexões de Schwartz (2004b). Refiro-me à sinergia de *debates de normas* e valores, a partir de negociações e compreensões possíveis entre equipes, trabalhadores, o ato médico, as instituições, os processos de trabalho, a situação real e o caso clínico. Os trabalhadores, por meio de suas atividades, mobilizam saberes, posições, hierarquias, pontos de vistas distintos para promover escolhas, debatendo critérios e valores.

Compreendemos que o gesto profissional reatualiza e reconvoca todo o patrimônio da Psiquiatria, vivificando-a em movimentos variados. Engendrar um gesto profissional neste contexto, requer, de um lado, a mobilização de teorias e ideias em Psiquiatria em níveis de complexidade, desde a *Era Antiga*, passando pela *Era Clássica* e das *Grandes Escolas*, até chegar à *Psiquiatria Contemporânea*. De um lado, reconfigurando e reformando a Psiquiatria como uma *práxis* situada em determinados territórios, ou seja, dentro do hospital, dos serviços abertos e outras possíveis instituições de tratamento. E, dentro dessas instituições, há que se considerar os conflitos de normas e critérios dos processos de trabalho e direção clínica de tratamento. Por outro lado, compreender a fluidez das equipes de trabalho, visando chegar à singularidade dos *Projetos Terapêuticos Individuais* (PTI), convidando e sustentado o aparecimento da experiência de sofrimento do usuário em palavras e comportamentos.

Dentro deste contexto, esta pesquisa nos ajudou evidenciar que a *Era das Grandes Escolas* em Psiquiatria tem sido ultrapassada para dar lugar a uma Psiquiatria com fortes tendências Neurobiológicas. O que teria acontecido? Nossas análises do *trabalho real* deste CAPS III/CERSAM Betim Central nos ajudam a apresentar um posicionamento crítico. Do ponto de vista da terapêutica clínica, de técnicas e tecnologias para a construção do caso clínico, poucos avanços ocorreram em Psiquiatria. A hipótese maior que apresento é que até o momento, a Psiquiatria continua dentro de lugares fechados, tanto do hospital, quanto do CAPS, mesmo que este queira inverter idealmente esta lógica.

Explicando melhor, ao entramos no *trabalho real* deste CAPS, constatamos que mesmo que a reforma tenha tentado promover uma reabertura da Psiquiatria, esta insiste em

se manter em sua vertente mais tradicional do ato médico, seja dentro desta mesma instituição ou de hospitais psiquiátricos. Quer dizer, raros são os movimentos de levá-la para fora, lá onde os usuários constroem suas demandas. Situação esta que requer outras parcerias e mecanismos de movimentação da Psiquiatria e dos trabalhadores para fora das instituições de tratamento e do instituído em nível de saberes. Quer dizer, a intenção é que este debate possibilite o engendramento de gestos profissionais em Psiquiatria entre as cidades e as possíveis instituições envolvidas no tratamento.

Percebe-se uma prevalência de escolha do lado mais natural que humano em seu hibridismo do que problematizando a produção de novos saberes. Porém, ao analisarmos os sete gestos profissionais, os saberes em Psiquiatria foram mobilizados em vários níveis no sentido de não apresentar respostas estáveis para questões tão insuportáveis, impossíveis e insolúveis como as situações e os casos analisados. E isso nos trouxe questionamentos possíveis de avanços epistemológicos, conceituais e tecnológicos em Psiquiatria.

O debate é um tanto mais complexo do que se apresenta. Abrimos a tese, dizendo como hipótese que talvez a Psiquiatria tivesse mobilizado de forma insuficiente os seus saberes para lidar com os nove desconfortos que apresentamos, inicialmente, e os quatro casos impossíveis analisados em gestos profissionais. Ao longo da tese, a situação se modificou. Concluímos que há um movimento dos trabalhadores de preferência de determinado saber psiquiátrico em detrimento de outro, prevalências, a meu ver, um tanto reducionistas frente à complexidade das situações. Segundo nosso entendimento, esta preferência não responde ao problema de fundo epistemológico da Psiquiatria – que é tentar responder à instabilidade da produção de sofrimento mental.

A Psiquiatria tal como é vista hoje, ela não responde ao insuportável de forma satisfatória, propondo respostas estáveis e pretenciosas, prenhe de moral e valor, para questões insolúveis de cunho psicológico, social, político, cultural, etc. Segundo meu ponto de vista, ela vai ser sempre insuficiente, considerando a complexidade de seu objeto, o ser humano, a biologia, a subjetividade, o comportamento e o meio. Sabemos que o movimento do ser humano é de escolha e preferência de alguma coisa em detrimento de outra. E, neste percurso, pode-se escolher um caminho reducionista, imediatista e pouco desconfortável. As pessoas podem escolher serem insuficientes, não buscando novos caminhos, novos pontos de vistas, ou não querem fazer esse movimento, ou não conseguem fazê-lo, reduzindo a complexidade da questão da insuportabilidade da loucura que se apresenta nestes serviços.

Neste sentido, essa tese tem algo a dizer, inclusive retornando à (im)possível atividade em Psiquiatria praticada pelos trabalhadores deste CAPS e expressa em *projetos-ações*, atos,

operações e gestos profissionais. Esta atividade torna possível a transformação de situações de trabalho e é nela que aberturas podem acontecer no sentido de não garantir nem estimular a prevalência do tradicional em detrimento da inovação. Consideramos que a atividade do *corpo-si* em suas dramáticas e nuances é o caminho original para a produção de *saberes de tipo novo* em Psiquiatria em relação ao que possa haver de mais arrojado em termos de tratamento. Quer dizer, é ela que filtra na prática as variabilidades e *infidelidades do meio*, antecipando e confrontando as situações de trabalho.

Compreendemos que esta tese extrapola todas as experiências de reformas apresentadas em nome do *desconforto intelectual* e do encontro do trabalhador com os usuários, com a atividade real e os saberes envolvidos nas situações. Ela teve a pretensão de aprofundar na epistemologia dos saberes em Psiquiatria, convocando-a para se desestabilizar frente aos desconfortos, não mais apresentando respostas estáveis para problemas complexos, (in)solúveis. É impossível ser suficiente no campo dos conhecimentos, daí dizermos que há sim uma insuficiência de saberes, uma vez também que os sujeitos-trabalhadores estão acomodados em seus saber-fazer-poder, não antecipando, nem problematizando tais desconfortos. Em outro sentido, esses mesmos trabalhadores não se mobilizam em direção à loucura, ficando à espera de sua chegada na instituição, com uma arma estável e pronta para responder com uma *Psiquiatria Contemporânea da Classificação Internacional e Biológica* do que, por exemplo, trazendo de volta um debate entre a *Psiquiatria Clássica*, as *Grandes Escolas*, as possíveis Psiquiatrias da Reforma Psiquiátrica e aquelas que se praticam, concretamente, nos serviços abertos de Saúde Mental.

Consideramos também que esta tese tenha ultrapassado questões puramente de administração pública, para atingir a *renormalização* singular e universal no campo da loucura (DURRIVE, 2015). Por isso é que, no início, lançamos a hipótese da insuficiência, no percurso, incorporamos a questão da prevalência para, nestas notas conclusivas, compreender que o melhor caminho seja relativizar uma à outra numa postura epistemológica de criação de possíveis. Uma postura evidenciada no diálogo entre Canguilhem, Foucault e Cooper, recebendo a interferência das Clínicas do Trabalho. E isto esta tese tentou fazer, mobilizando conceitos e apresentando uma “máquina de moer conceitos” em nível de *Dispositivos Dinâmicos Ergopsiquiátricos a três Polos* (DD3P) de contra-poder e de contrarreformas. Tais dispositivos possibilitam a criação de um espaço-tempo instável para a Psiquiatria frente aos nove desconfortos, aos sete gestos profissionais em Psiquiatria apresentados e outros desconfortos sociais, culturais, políticos, filosóficos, antropológicos, sociológicos,

psicológicos, e outros. Uma situação que nos faz compreender os coletivos como dispositivos de resistências à estabilidade de saberes.

Porém, ao analisarmos de perto o movimento da Antipsiquiatria, evidenciamos uma riqueza de interrogações à Psiquiatria. Em minha opinião, há uma compreensão errônea e reducionista da mesma. Para muitos, ela teria promovido uma negação da Psiquiatria, da profissão de psiquiatra, conseqüentemente, da esquizofrenia, por exemplo. O que não nos parece uma verdade. Porém, não se trata de perder a identidade profissional de trabalhador em Saúde Mental, de psiquiatra, de psicólogo, de assistente social, de terapeuta ocupacional, de enfermeiro e técnico de enfermagem para aceitar e ocupar essa posição de desconforto epistemológico. A questão é a seguinte: por que tal movimento, tão polêmico e oportuno em sua época de aparição, não evoluiu em suas questões até o momento? O que teria acontecido neste percurso? Mesmo que a Antipsiquiatria tenha sido subestimada, ela trouxe grandes conseqüências, criticando o imobilismo das instituições até o momento construídas. De outra forma, o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica Democrática italiana, na figura de Basaglia, parece-nos uma continuação viva desse movimento antipsiquiátrico. Deixamos em aberto quaisquer tentativas de respostas mais consistentes para outros momentos de estudos.

Constatamos que esta tese evidencia e valoriza o percurso francês de reformas no campo da loucura (e do trabalho), além de reafirmar a importância da influência democrática italiana. Porém, consideramos que outras conexões precisam ser resgatadas ou realizadas, a fim de melhor se compreender o hibridismo e o percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira.

8.4 Do gesto genérico à singularização no campo da Psiquiatria

De início, qual seria o limite conceitual entre gesto e atividade? Acreditamos ter resolvido essa primeira problemática, dizendo, em síntese, que a atividade é um *debate de normas* situado, que envolve tanto as dimensões do gesto profissional, quanto as diversas dramáticas individuais e coletivas que extrapolam o aqui-agora das situações. É o *corpo-si* em movimento, em função de um *mobile* original. Por outro lado, o gesto profissional é uma expressão da atividade. Ele é informado pela atividade em seu percurso de engendramento. Uma forma que a atividade assume em situações de trabalho e o resultado da síntese do *debate de normas* no *corpo-si* em movimento. Em outras palavras, o gesto pode ser uma razão de ser da atividade, ele reforça a existência e potência desta entidade nos *métiers* de trabalho.

O gesto é composto de dimensões (*saberes, política, corpo, técnica, projeto-ação, projeto-herança, intencionalidade, intuição, semiótica, validação/deliberação, inconsciente,*

clínica, movimento, atividade), mobilizadas a partir da engrenagem dimensional *clínica – atividade do corpo-si – movimento*. Podemos dizer que o gesto profissional é um conjunto de ações e atos significados e contextualizados em seu percurso de engendramento, lembrando-nos da complexidade e amplitude do conceito de atividade. O caminho também foi longo para a conclusão de que não existe gesto sem clínica e movimento, deslocamento. Idealmente, construímos um plano para o engendramento de gestos profissionais que passa por um *projeto-ação*, promovendo realizações de atos concretos e situados, mobilizando *debates de normas* em várias dimensões. Engendrar gestos profissionais face à insuportabilidade dos casos impossíveis é o ponto central desta tese, enriquecendo os processos clínicos de trabalho. E isso requer um *debate de normas* em dimensões genéricas, singularizadas no campo de uma *práxis* em Psiquiatria, reivindicando algumas diretrizes que aqui resumimos e ressignificamos com o nome de *Ergopsiquiatria Clínica*.

Esse processo de engendramento de gestos sintetiza, praticamente, toda a razão de ser desta tese, mobiliza desconfortos, expondo a dificuldade epistemológica na *práxis* em Psiquiatria. Ou seja, dizemos da *práxis* e o gesto profissional como síntese de possíveis nas situações reais de trabalho em Psiquiatria, neste caso, o CAPS III/CERSAM Betim Central.

Quer dizer, abrimos a tese com nove desconfortos, trazendo-os para o corpo reflexivo da mesma e podemos dizer que, o que antes era um simples ato, na reconfiguração de saberes mobilizados na tese, sustentamos ser um gesto profissional, mediante um processo complexo de engendramento. Não apresentamos uma regra prévia para este engendramento, mas anunciamos que as dimensões são móveis e intercambiantes. Nos gestos profissionais, não há somente saberes estruturados, ao contrário, o processo de engendramento que apresentamos é heterológico, multideterminado, multifacetado e multidisciplinar.

Os gestos que analisamos na tese são aqueles que caminham na direção da reforma, enriquecendo os processos clínicos em Psiquiatria para a lida com os casos impossíveis. Porém, anunciamos que não é esta a única direção. Da mesma forma que não há somente gestos positivos, humanizados e altruístas, há gestos negativos, egoístas, destrutivos, violentos, etc., que não abordamos na tese. E isso amplia o nosso debate para outros campos do conhecimento e situações concretas de trabalho e de vida. Quer dizer, esta tese servindo à análise e intervenção em outros níveis do agir humano, em outros contextos de trabalho, e que carece de outros momentos de estudos e pesquisas.

Singularizamos a informação genérica do gesto profissional no campo da Psiquiatria, mas reforçamos que este processo serve a qualquer *métier*, por exemplo, na educação, na política, na economia, nas artes em geral, inclusive no teatro, etc.

8.5 O CAPS, lugar das (im)possibilidades em Psiquiatria

O CAPS é um serviço da reforma que alarga as possibilidades e profissões, abrindo espaços e oportunidades para os trabalhadores apresentarem suas dramáticas de *uso de si* por si e pelos outros e *renormalizações* em tempo real de trabalho. Um serviço que comporta a existência de um *gênero* plástico em Psiquiatria. Porém, algumas questões precisamos esclarecer depois da pesquisa que realizamos neste CAPS III/CERSAM Betim Central e que se estendem ao contexto intermunicipal e nacional em graus variados de complexidade.

Frente à distância *prescrito-real*, encontramos um serviço estruturalmente prejudicado pelo tempo e por graves crises dos portadores de sofrimento mental, recebendo pouco ou quase nenhuma atenção do gestor municipal. Inicialmente, de um lado a premissa de que o acolhimento é responsabilidade de todos, porém o médico psiquiatra é demandado o tempo todo, inclusive para diagnosticar e medicar, convocando o ato médico com grande frequência em suas atividades. Trata-se de um serviço marcado por grandes precariedades e más condições de trabalho que têm prejudicado profundamente a invenção de novas possibilidades terapêuticas singulares. Há um evidente conflito de normas que se intensificam na frequente ausência do psiquiatra no cotidiano das equipes, deixando a Psiquiatria em seu hibridismo de representante, problematizando, desarticulando, não necessariamente, inviabilizando a criação e proposição de *projetos-ações* e a realização de atos, visando ao engendramento de gestos profissionais. Na maioria das vezes, a ausência do psiquiatra não tem sido renormalizada em termos da criação de novas possibilidades de tratamento. Em síntese, engendrar gestos não é uma atividade nada simples, principalmente dentro de um contexto vulnerável e repleto de variáveis, conflitos de normas, valores, e infidelidades como este do CAPS.

Se o CAPS amplia o manejo das normas, o médico ausente é o tempo todo convocado política e epistemologicamente. E ele é convocado não somente pelo desejo dos trabalhadores, mas porque o ato médico o reivindica, culturalmente, no cotidiano de trabalho. O que fazer? Acreditamos que esta tese tenha apresentado algumas possibilidades, reabrindo questões, aparentemente, solucionadas e questionando o patrimônio da Psiquiatria em gestos profissionais. Se por outro lado, a Psiquiatria esteve, literalmente, fechada dentro de hospícios e continua fechada dentro de hospitais psiquiátricos, por outro, o CAPS tem uma responsabilidade de reverter esse processo. Mas, em termos reais, esta operação não é tão simples assim, haja vista a universal distância ergonômica entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*. A questão é que os trabalhadores, em sua maioria, reivindicam uma zona de

conforto, institucionalizando-se neste lugar ao invés de convocar a Psiquiatria e a instituição de tratamento em (re)abertura de possíveis.

Quer dizer, idealmente falando, o CAPS não foi criado para ocupar um lugar central na rede de Saúde Mental, assim como o fez o hospital psiquiátrico, porém este é o maior risco que incorre esse serviço no momento. Secularmente, assistimos à criação de instituições para fazer caber a loucura e o CAPS não foge a esta regra. Deixamos a seguinte questão em aberto: seria possível tratar a loucura sem esta evidente determinação? Não seria o caso, então, de convidar o louco para apresentar, de fato, o seu ponto de vista na construção de novos lugares de tratamento? Não estaríamos com esse gesto profissional demandando de volta o movimento da Antipsiquiatria?

8.6 A Ergopsiquiatria Clínica em evidência de construção

Conforme anunciamos na introdução da tese, a *Ergopsiquiatria Clínica* é um conceito *en train de se faire* ao longo do percurso da tese. Trata-se mais do que um conceito, mas um processo que foi sendo autorizado e informado pelo próprio percurso evolutivo da tese e que aqui nestas notas conclusivas apenas reunimos alguns apontamentos em síntese, a fim de que possamos dar continuidade a esse processo em outros momentos. Ela nasceu de uma manipulação de diversas posturas e conceitos mobilizados na gestão da atividade em níveis epistemológicos, critérios, instâncias, valores, debates fecundos na interseção entre as ideias em Psiquiatria e as Clínicas do Trabalho. Não é uma derivada da Ergologia por carregar o prefixo *ergo* e isto estaria pronto e estabilizado. Trata-se de um conceito criado na interseção de conflitos e contribuições de todas as Clínicas do Trabalho.

A *Ergopsiquiatria Clínica* não somente se mostra atenta ao trabalho como recurso terapêutico para os usuários dentro de determinadas instituições (abertas ou fechadas), como também reivindica uma Psiquiatria aberta e renovada como *práxis* nas situações reais de trabalho, mobilizando os trabalhadores em seus pontos de vistas.

A Psiquiatria é um campo do conhecimento que, tradicionalmente, tende a rechaçar qualquer tipo de saberes externos a ela, bem como aqueles que colocam em questão seus próprios fundamentos. Neste sentido, para tentar reverter essa situação, apresentamos a *Ergopsiquiatria Clínica* e seus principais elementos constituintes. O primeiro deles, o próprio gesto profissional em Psiquiatria e seu processo de engendramento. O segundo, o *Dispositivo Tripolar Ergopsiquiátrico (DD3P)*, ou seja, a *máquina de moer conceitos* nesta interseção conceitual. Finalmente, a *Anamnese Ergopsiquiátrica* (vide anexo F) como instrumento

qualitativo e analítico de reunião e coleta de dados singulares das Histórias de Vida dos usuários.

Neste sentido, em termos práticos da construção do caso clínico, propomos uma reconfiguração prática de teorias na interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho, especificamente, anunciando algumas estratégias para se permitir a percepção e a emersão do dito-não-dito na conversa terapêutica em Saúde Mental e Psiquiatria. Em outras palavras, uma singularização da informação genérica do gesto profissional, mobilizando as quatorze dimensões que construímos na tese. Uma forma prática proposta pela experiência (dos trabalhadores e dos usuários) e que não se opõe ao tradicional método de observação clínica, mas avança em algumas proposições importantes, como por exemplo:

- a) o olhar como atividade, ressignificando todas as nuances desse conceito;
- b) o imperativo do silêncio no encontro de si consigo mesmo – cuidar e tratar de si, das *dramáticas de uso de si* por si e, no horizonte, pelos outros na atividade;
- c) suportar constrangimentos e desconfortos provenientes desse silêncio que se quer instaurador de verbalizações. Momento de se ocupar de si, de se enxergar, de olhar para seu interior para permitir uma ampliação do espaço-tempo de desconforto. Algo que não exige regras rígidas, mas posturas e singularidades;
- d) o desafio de debater normas e valores, escolhendo o momento certo para dizer e escolhendo palavras inteligíveis de compreensão e intervenção, reivindicando os seis *ingredientes de competência da atividade* ergológica, em especial o IGR-3.

A *Ergopsiquiatria Clínica* é antes de tudo uma postura frente à estabilização da Psiquiatria em si mesma, aos sete gestos profissionais argumentados e analisados, bem como aos nove desconfortos de abertura da tese e outros possíveis no horizonte da situação real de trabalho em Saúde Mental. Ela é um veículo de abertura de problemas, de *matérias estrangeiras* no contexto da Psiquiatria, uma forma de investigação terapêutica. Um exercício instável de mobilização de possíveis para questões insolúveis e uma maneira singular, debatida, criativa, intuitiva e inventada de abordar os casos impossíveis que desafiam as instituições abertas e fechadas e os saberes cristalizados neste contexto. Por isso, ela reclama em essência o posicionamento clínico de todas as Clínicas do Trabalho e isso vai depender da complexidade e particularidade da situação real que se apresenta.

Apresento um grande desafio para esta tese depois de todo esse debate que realizamos entre Psiquiatria e Reformas Psiquiátricas, intermediado pelas Clínicas do Trabalho e ressignificado pela *Ergopsiquiatria Clínica*. Trata-se do estabelecimento de um debate crítico dessa produção de saberes no interior dos programas nacionais de Políticas Públicas de Saúde Mental e Coletiva, considerando os aspectos biopsicossociais, culturais, antropológicos e filosóficos da atividade em Psiquiatria. Neste sentido, quais gestos profissionais possíveis para fazer esse debate atingir as sociedades, as cidades e suas ruas?

8.7 De um lugar para outras possibilidades

Aos olhos de Georges Canguilhem, toda *matéria estrangeira* serve à filosofia e todo homem deveria ser um rebelde, lembrando que toda rebelião parece ter como horizonte a instauração de uma ordem superior à liberdade subjetiva – uma norma da razão, da normatividade da vida e do conceito. E, para não cairmos no discurso da redução de sentido e da moralidade, convocamos a ação, o fazer e a atividade para reconvocar essa situação em instabilidades possíveis.

Em outro sentido, esta tese também operou duas importantes questões em minha economia psíquica e profissional. A primeira, a passagem histórica de uma experiência singular, capturada pela ideologia e militância antimanicomial, visitando a concretude do *trabalho real*, para atingir uma posição de sujeito-político-cidadão (BARROS, 1998). A segunda, consequentemente, extrapolando este contexto da loucura, reivindicando uma Psiquiatria aberta e política em movimento para fora da instituição e do instituído, possibilitando intervenções em outros contextos da formação humana.

É necessário, então, repensar a existência de *trabalhadores-brasileiros-coletivo-anômalos* de sentidos com as questões da loucura e uma Psiquiatria inquieta e desconfortável com saberes arrojados em movimento? De outra forma: o que colocaria uma pessoa numa posição de desconforto e de movimento para lidar com a insuportabilidade de casos impossíveis?

Da minha parte, não abro mão de minha experiência e posso dizer que topei.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. Notes sur le geste. In : AGAMBEN, G. **Moyens sans fins**: notes sur le politique. Paris: Rivages, 2002. p. 59-711.
- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009.
- ALLIX, S. **Intuition et 6º sens**: une enquête aux frontières de la psychologie. Paris: Éditions de La Mastinière, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA, A. R. B. *et al.* (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre o consumo. Salvador: CETAD/UFBA, 2004. (Drogas: Clínica e Cultura).
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSART, P. Discours politique et réduction de l'angoisse. **Bulletin de Psychologie**, v. 39, n. 322, p. 8-13, 1975.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2002.
- ANZIEU, D. **Le moi-peau**. Paris: Dunod, 1995.
- APPRILL, O. **Une avant-garde psychiatrique**: le moment GTPSI (1960-1966). Paris: EPEL, 2013.
- ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (Org.) **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento laciano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

- BARRETO, F. P. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.
- BARRETO, F. P. O normal e o patológico para Medicina e para a Psiquiatria. In: OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, p. 67-74.
- BARRETO, F. P. **O bem-estar na civilização**. Editora Curitiba, PR: CRV, 2016 a.
- BARRETO, F. P. **A última flor da medicina**: psicanálise e psiquiatria: aproximações. 16 maio 2016. Disponível em: <<http://www.franciscopaesbarreto.com/2016/05/iv-ultima-flor-da-medicina.html>>. Acesso em: maio 2016b.
- BARRETO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco, 1998.
- BARROS, V. A. **De la representation au pouvoir**: une étude sur les trajectoires politiques des dirigeants syndicaux au Brésil. 1998. Tese (Doutorado) - Université de Paris, Paris, 1998.
- BARROS, V. A. Ilusão e relações sociais. **Pulsional Revista Psicanálise**, v. 14/15, n. 152/153, p. 114-123, dez./jan. 2001/2002a.
- BARROS, V. A.; SILVA, L. R. A pesquisa em história de vida. In: GOULART, I. B. (Org.). **Psicologia organizacional e do trabalho**: teoria, pesquisa e tema correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b. p. 133-146.
- BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Vocabulaire de psychosociologie**: positions et références. Toulouse: Éditions Érès, 2013.
- BASAGLIA, F. **Psychiatrie et démocratie**. Toulouse: Éditions Érès, 2007.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.) **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011.
- BENJAMIN, W. **L'oeuvre d'art à l'époque de sa reproductibilité technique**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2013.
- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica psiquiátrica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- BERGER, E. *et al.* **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1991.
- BERNARDES, L. H. G. **Subjetividade**: um objeto para uma psicologia comprometida com o social. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2005.
- BERNIER, C. L. **L'entre-corps**: la symbiose partielle dans l'approche des psychoses en psychothérapie institutionnelle. Paris: MJW Fédition, 2013.
- BERT, J.-F. **Les techniques du corps de Marcel Mauss**: dossier critique. Paris : Publications de la Sorbonne, 2012.

- BERTAUX, D. **L'entequête et ses méthodes**: le récit de vie. Paris: Armand Colin, 2014.
- BERTHOZ, A. **La simplicité**. Paris: Odile Jacob, 2009.
- BERTHOZ, A. **La vicariance**: le cerveau créateur de mondes. Paris: Odile Jacob, 2013.
- BERTHOZ, A. **Le sens du mouvement**. Paris: Odile Jacob, 1997.
- BERTHOZ, A.; PETIT, J.-L. **Phénoménologie et physiologie de l'action**. Paris: Odile Jacob, 2006.
- BEZERRA JÚNIOR, B. *et al.* **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- BEZERRA JÚNIOR, B. **Projeto para uma psicologia científica**: Freud e as neurociências. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- BILLIARD, I. Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. **Cliniques Méditerranéennes: Psychanalyse et Psychopathologie Freudiennes**, Toulouse, n. 66, p. 11-29, Sept. 2002.
- BILLIARD, I. **Santé mentale et travail**: l'émergence de la psychopathologie du travail. Paris: La Dispute, 2001.
- BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.
- BONNAFÉ, L. *et al.* **Le probleme de la psychogenese des nevroses et des psychoses**. Paris: Desclée de Brouwer, 1950. (Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française).
- BONNAFÉ, L. **Psychiatrie populaire**: par qui? pour quoi? Paris: Éditions du Scarabée, 1981.
- BORDA, E. Penser le style? **Critique**, n. 718, p. 131-143, Mars, 2007.
- BORDA, E. **Style**: un mot et des discours. Paris: Éditions Kimé, 2008.
- BOSSEUR, C. **Introdução à antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- BOUILLOUD, J.-P. **Devenir sociologue**: histoires de vie et choix théoriques. Toulouse: Éditions Érès, 2009.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília: DF, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 abr. 2013.

BRECHT, B. **Estudos sobre teatro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

BRESSIA, M. F. Q. **O uso do trabalho como recurso terapêutico**: novas possibilidades no atendimento em serviços de saúde mental. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2003.

BRITO, J. A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: MINAYO GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 479-494.

BROSSAT, A. **Quand Foucault dit “nous”**. Appareil, 2011. Disponível em: <<https://appareil.revues.org/1265>>. Acesso em : 27 jan. 2015.

BRUNO, P. Esquizofrenia e paranoia. In: QUINET, A. (Org.) **Psicanálise e psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001. p. 225-236.

CADOZ, C. **Les nouveaux gestes de la musique**. Marseille: IRCAM, 1997. Disponível em: <<http://recherche.ircam.fr/anasyn/wanderle/Gestes/Externe/nouveauxgestes.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. São Paulo: Zagodoni, 2013.

CAMPOS, G. V. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMPOS, G. V. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

CAMPOS, G. V. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. **La connaissance de la vie**. Paris: VRIN, 2009.

CANGUILHEM, G. **La Santé**: concept vulgaire et question philosophique. Toulouse. Sables, 1990.

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-Posições**, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, jul./nov. 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANGUILHEM, G. Observation à l'Hôpital Psychiatrique de Saint-alban (Lozère) (juillet 1944, Maquis) In: CANGUILHEM, G. **Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences 1940-1965**. Paris: VRIN, 2015. p. 183-189.

CANGUILHEM, G. Qu'est-ce que la psychologie? In : CANGUILHEM, G. **Études d'histoire et de philosophie des sciences**. Paris: VRIN, 2002. Cap. 7, p. 365-381.

CARDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2005

CARRETEIRO, T. C. O.; BARROS, V. A. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 208-257.

CARROZZO, N. L. *et al.* **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTORIADIS, C. **L'institution imaginaire de la société**. Paris: Le Seuil, 1975.

CERTEAU, M. **L'invention du quotidien 1**: arts de faire. Paris : Gallimard, 1990.

CHAIGNEAU, H. **Soigner la folie**: une vie au servisse de la clinique. Paris : Éditions Campagne Première, 2011.

CHASTEL, A. **Le geste dans l'art**. Paris : Éditions Liana Levi, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 1999.

CHAZAUD, J.; BONNAFÉ, L. **La folie au naturel**: le premier colloque de bonneval comme moment décisif de l'histoire de la psychiatrie. Paris: L'Harmattan, 2005.

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

CHILAND, C. ; BONNET, Clément ; BRACONNIER, Alain (Dir.). **Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie**. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

CLOT, Y. **Le travail, activité dirigée**: contribution à une analyse psychologique de l'action. Document de synthèse présenté en vue d'obtenir l'habilitation à diriger des recherches. Paris: Université Paris VIII, 1997a.

CLOT, Y. Le problème des catachrèses en psychologie du travail: un cadre d'analyse. **Le Travail Humain**, v. 60, n. 2, p. 113-129, jun. 1997b.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CLOT, Y. Cliniques du travail et psychopathologie du travail. **Cliniques Méditerranéennes: Psychanalyse et Psychopathologie Freudiennes**, Toulouse, n. 66, p. 5-10, Sept. 2002.

CLOT, Y. **Le travail à coeur**: pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris: Éditions La Découverte, 2010b.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010a.

CLOT, Y.; FERNANDEZ, G. Analyse psychologique du mouvement: apport à la compréhension des TMS. **Activités**, v. 2, n. 2, p. 68-78, 2005.

CLOT, Y.; GORI, R. (Dir.). **Catachrèse**: éloge du détournement. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 2003.

CLOT, Y.; LHUILIER, D. (Dir.). **Agir en clinique du travail**. Toulouse: Éditions Érès, 2010a.

CLOT, Y.; LHUILIER, D. (Dir.). **Travail et santé**: ouvertures cliniques. Toulouse: Éditions Érès, 2010b.

CLOT, Y.; SIMONET, P. Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. **Le Travail Humain**, v. 78, n. 1, p. 31-52, 2015.

COFFIN, J.-C. **La transmission de la folie 1850-1914**. Paris: L'Harmattan, 2003.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COUPECHOUX, P. **Un homme comme vous**: essai sur l'humanité de la folie. Toulon: Éditions du Soleil, 2014.

COUPECHOUX, P. **Un monde de fous**: comment notre société maltraite ses malades mentaux. Toulon: Éditions du Soleil, 2006.

CUNHA, D. M. **Diálogos sobre trabalho**: perspectivas multidisciplinares. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

CUNHA, D. M. Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. In: REUNIÃO DA ANPED, 30, 2007, Caxambu, MG. **Anais**. Rio de Janeiro: ANPED, 2007. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt09-3586-int.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

CUNHA, D. M. Trabalho: um objeto transdisciplinar esperando re-conhecimento. In: CUNHA, D. M.; LAUDARES, J. B. (Org.). **Trabalho**: diálogos multidisciplinares. Belo Horizonte: UFMG, 2009. p. 50-73.

CUNHA, D. M. L'ergologie et la psychosociologie du travail: inconfort intellectuel, intersections conceptuelles et travail en commun. In: LHUILIER, D.; BARROS, V.; ARAUJO, J. G. **La psychosociologie du travail**: perspectives internationales. Toulouse: Éditions Érès, 2013.

CUNHA, D. M. **Atividade humana e produção de saberes no trabalho**. Trabalho apresentado no XIII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino, Recife, 2006. Disponível em: <endipe.pro.br/anteriores/13/paineis/paineis_autor/T246-1.doc>. Acesso em: 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANIELLOU, F. (Dir.) **A ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

DE LA HAYE, J. L. **La mort de l'asile**: histoire de l'Antipsychiatrie. Paris: Éditions du Monde libertaire, 2010.

DEJOURS, C. Interventions à Saint Alban. **Rencontres de de Saint-Alban: Actualité de la Psychothérapie Institutionnelle**, p. 153-167, 2005.

DEJOURS, C. **Le choix**: souffrir au travail n'est pas une fatalité. Montrouge: Bayard Éditions, 2015.

DEJOURS, C. **Travail vivant. 2**: travail et emancipation. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2009.

DELION, P. *et al.* **Créativité et inventivité en institution**: empêchements et possibles. Toulouse: Éditions Érès, 2014.

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

DETIENNE, M.; VERNANT, J.-P. **Les ruses de l'intelligence**: la *mêtis* des Grecs. Paris: Flammarion, 1974.

DEVEREUX, G. **De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement**: champs essais. Paris: Flammarion, 2012.

DEWEY, J. **L'art comme expérience**. Paris: Éditions Tractatus, 2005.

- DI RUZZA, R. L'aventure ergologique. In: DI RUZZA, R.; HALEVI, J. **De l'économie politique à l'ergologie**: lettre aux amis. Paris: L'Harmattan, 2003. p. 51-85.
- DÍAZ, E. **A filosofia de Michel Foucault**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- DORAY, B. **Psychopathologie du travail**. Toulouse: Éditions Érès, 2011.
- DOSSE, F. **Histórias do estruturalismo**. São Paulo: Edusc, 2007. 2v.
- DOSTOIÉVSKI, F. **O idiota**. São Paulo: Editora 34, 2002.
- DOYLE, I. **Nosologia Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1961.
- DURAFFOURG, J. Um robô, o trabalho e os queijos: Algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. In: DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **Emprego e desenvolvimento tecnológico**: Brasil e contexto internacional. São Paulo: DIEESE, 1998. p. 123-144.
- DUROZIER, M. **Parole d'acteur**. Paris: L'Attrape-Science, 2014.
- DURRIVE, L. Actualité plurielle de Canguilhem em philosophie de la médecine. **Revue de Métaphysique et de Morale**, n. 2, p. 257-271, Avril, 2014.
- DURRIVE, L. Comment approcher une situation de travail dans une perspective ergologique. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2012.
- DURRIVE, L. **L'expérience des normes**: comprendre l'activité avec la démarche ergologique. Toulouse: Éditions Octarès, 2015.
- DURRIVE, L. **La démarche ergologique**: por un dialogue entre normes et renormalisations. Trabalho apresentado na Semaine Internationale HETS, HES-SO 2e congrès de la Société internationale d'Ergologie, 2014, Sierre / Suisse Disponível em: <http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/expos_sierre_ldurrive.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.
- DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, I.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFF, 2010.
- ENRIQUEZ, E. Instituições, poder e “desconhecimento”. In: CARRETEIRO, T. C.; ARAÚJO, J. N. (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 48-74.
- EY, H. Colloque : Symposium sur la psychothérapie collective. Bonneval, 9 Sept. 1951. **Evolution Psychiatrique**, XVII, n. 3, p. 531-576, 1951.
- EY, H. *et al.* **L'inconscient**. Trabalho apresentado no VI Colloque de Bonneval. Paris: Desclée de Brouwer, 1966.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 1971.
- FANON, F. **Peau noire, masques blancs**. Paris: Éditions du Seuil, 1952.
- FAVRET-SAADA, J. **Les mots, la mort, les sorts**. Paris: Éditions Gallimard, 1977.

- FERNANDEZ, F. A. **Fundamentos de la psiquiatria actual**. Madrid: Paz Montalvo, 1979.
- FERNANDEZ, O. F. R. L. *et al.* (Org.). **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA, 2015.
- FERRAROTTI, F. **Histoires et histoires de vie**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1990.
- FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- FOSSATI, P. **Imagerie cérébrale en psychiatrie**: contributions physiopathologiques de la neuro-imagerie. Paris: Lavoisier, 2015.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000a.
- FOUCAULT, M. *et al.* **O homem e o discurso**: a arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996 .
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Terra, 2000b.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 3v.
- FREGONEIS, G.; BARONE, L. P. A. Aspectos poéticos e pedagógicos nas criações teatrais de Peter Brook e Ariane Mnouchkine. **O Mosaico: Revista de Pesquisa em Artes**, Curitiba, n. 2, p. 1-10, jul./dez, 2009.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz & Terra, 2011.
- FREUD, S. A perda realidade na Neurose e na Psicose. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 19, p. 203-209.
- FREUD, S. Algumas observações gerais sobre os ataques histéricos. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 9, p. 209-213.
- FREUD, S. Histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 1, p. 75-96.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1996a. v. 21, p. 67-169.

FREUD, S. Psicanálise e psiquiatria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 16, p. 251-263.

FREUD, S. Psicanálise silvestre. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 11, p. 233-239.

GARCIA, M. L. T. **Entre tramas, redes e atos**: a política de saúde mental brasileira e o caso do Espírito Santo. São Paulo: Annablume, 2011.

GARCIA-ROZA, L. A. **Acaso e repetição em psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GAULEJAC, V. **La névrose de classe**. Hommes et groupes éditeurs, Paris, 1987.

GAULEJAC, V. **Histoires de vie et choix théoriques**. Tradução de Vanessa Andrade de Barros. Paris: Université de Paris VXII, 1996. (Les Caschiers du Laboratoire de changement Social, n. 1).

GAULEJAC, V. Psicossociologia e sociologia clínica. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 35-48.

GAULEJAC, V.; HANIQUE, F; ROCHE, P. **La sociologie clinique**: enjeux théorique et méthodologique. Toulouse: Éditions Érès, 2012.

GAULEJAC, V.; LEGRAND, M. **Intervenir par le récit de vie**: entre histoire collective et histoire individuelle. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

GAUTHIER-DARLEY, M. Surrealisme et psychiatrie: la solitude des résistants de fond. Entretien de Lucien Bonnafé avec Guy Bruit et michel Gauthier-Darley. **Raison Présente**, n. 118, p. 25-56, 2º trim. 1996.

GAUTHIER-DARLEY, M.; CATONNÉ, J.-P. Surrealisme et psychiatrie: notes sur quelques travaux et documents. **Raison Présente**, n. 118, p. 57-64, 2º trim. 1996.

GENEROSO, C.M. **O funcionamento da linguagem na esquizofrenia**: um estudo lacaniano. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2006.

GENTIS, R. L. **Psychiatrie, ça sert à quoi au juste?** chroniques de la quinzaine. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

GLON, M.; LAUNAY, I. **Histoires de gestes**. Paris: Actes Sud, 2012.

GODARD, H. Gesto e percepção. In: SOTER, S; PEREIRA, R. (Org.). **Lições de dança**. Rio de Janeiro: Univer Cidade, 2001. v.3.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1968.

GOFFMAN, E. **Asiles**: études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris : Les Éditions de Minuit, 1968.

GOHN, M. G. (Org.). **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1996.

GOMES JÚNIOR, A. B. **O uso de si e o fazer com o sintoma com o trabalho**. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2013.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Quem "liga" para o psiquismo na escola médica? A experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 298-306, abr./jun. 2009.

GORALCZYK-CENNI, F. **Le style professionnel de l'accompagnateur**. Marseille: Instituto RéseauÉval, 2013.

GORI, R. L. **Santé totalitaire**: essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Éditions Denoel, 2005.

GUÉRIN, F *et al.* **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Blucher: 2001.

GUÉRIN, M. Le geste de penser. **Appareil**, n. 8, nov. 2011a. Disponível em: <<https://appareil.revues.org/1338>>. Acesso em: 02 fév. 2015.

GUÉRIN, M. **Philosophie du geste**: essai philosophique. Paris: Actes Sud, 2011.

GUEZ, O. **Éloge de l'esquive**. Paris: Éditions Grasset, 2014.

HAMELINE, D.; BOUTINET, J.-P. Le praticien, l'expert et le militant. In: BOUTINET, J.P. (Edit.). **Du discours à l'action**: les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes. Paris: Editions l'Harmattan, 1985. p. 80-103.

HOLZ, E. B. A competência industriosa como potencializador da pesquisa qualitativa: relato de uma experiência no setor de rochas ornamentais. In: BIANCO, M. F. (Org.). **Competências e gestão**: dialogando com o trabalho e decifrando suas conexões. Vitória: UFES, 2014. p. 71-107.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JACCARD, R. **La folie**. Paris: PUF, 1979. (Que sais-je?).

JANUSZEWSKI, A. Du geste ethnographié au geste créateur. In: JAULIN, R. **La décivilisation politique et pratique de l'ethnocide**. Bruxelles: Éditions Complexe, 1974.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

JESUS, A. F. **Saúde mental no contexto da realidade brasileira**: as peripécias de uma equipe multiprofissional. Curitiba: Appris, 2013.

JOAS, H. L. **Créativité de l'agir**. Paris: Les Éditions du CERF, 1999.

JOUANNEAUX, M. **De l'agir au travail**. Paris: Octarès Éditions, 2011.

KAES, R. **Crise, rupture et dépassement**. Paris: Dunod, 2013.

KLEIN, F. **Être ergothérapeute en psychiatrie**. Toulouse: Éditions Érès, 2014.

KRAJEWSKI, P. Le geste des gestes. **Appareil**, n. 8, nov. 2011. Disponível em: <<http://appareil.revues.org/1298>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1958). In: LACAN, J. **Escritos**. Tradução brasileira de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 537-590.

LACAN, J. Passagem ao ato e *acting out*. In: LACAN, J. **O seminário: livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LAING, R. D. **A psiquiatria em questão**. Lisboa: Presença, 1972.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Paralelo15, 2005.

LANTÉRI-LAURA, G. **Essai sur les paradigmes de la psychiatrie modern**. Paris: Éditions du Temps, 1998.

LAPLANTINE, F. **L'anthropologie au coin de la rue**: le social et le sensible: introduction à une anthropologie modale. Paris: Téraèdre, 2015.

LAUROUA, S. **Les enjeux de la communication non verbal**: la face cache de la relation conseiller/usager dans le cadre de l'activité de conseiller professionnel en insertion. Memoire dirigé par Yves Schwartz. Aix-Marseille: Université de Provence, Département d'Ergologie, 2004.

LE BLANC, G. **Canguilhem et les normes**. Paris: PUF, 2010.

LE COURT, D. **Georges Canguilhem**. Paris: PUF, 2008.

LE GUILLANT, L. **Le drame humain du travail**. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

LE GUILLANT, L. **Quelle psychiatrie pour notre temps?** travaux et écrits de Louis Le Guillant. Toulouse: Éditions Érès, 1984.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Editora Moraes, 1987.

LEROI-GOURHAN, A. **Le geste et la parole**: la memoire et les rythmes. Paris: Éditions Albin Michel, 1965.

LETOURNEAU, D. Le psychiatre et l'infirmier : une collaboration historique entre complémentarité et ambiguïté. In : CHILAND, C.; BONNET, C.; BRACONNIER, A. (Dir.). **Le souci de l'humain**: un défi pour la psychiatrie. Toulouse: Éditions Érès, 2010. p. 387-398.

LEVI, P. **Assim foi Auschwitz**: testemunhos 1945-1986. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais**: sentido e crise do sentido. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LHUILIER, D. **Cliniques du travail**. Toulouse: Éditions Érès, 2008.

LHUILIER, D. Introduction à l'oeuvre de Claude Veil. In: VEIL, C. **Vulnérabilités au travail**: naissance et actualité de la psychopathologie du travail. Toulouse: Éditions Érès, 2012.

LHUILIER, D. Filiações teóricas da clínica do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.) **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-58.

LHUILIER, D. Introduction à la psychosociologie du travail. In: LHUILIER, D.; BARROS, V.; ARAUJO, J. G. **La psychosociologie du travail**: perspectives internationales. Toulouse: Éditions Érès, 2013.

LHUILIER, D. Le "sale bulot". **Martin Media/Travailler**, n. 14, p. 73-98, 2005.

LHUILIER, D. **Négatif psychosocial et sujetivation**: contribution à la clinique du travail. Mémoire pour l'habilitation à diriger les recherches. Paris: Ecole Doctorale Connaissance et Culture, 2002a.

LHUILIER, D. **Placardisés des exclus dans l'entreprise**. Paris: Éditions du Seuil, 2002b.

LHUILIER, D. Psychosociologie du travail: occupational psychosociology. In: ZAWIEJA, P.; GUARNIERI, F. **Dictionnaire des risques psychosociaux**. Paris: Éditions du Seuil, 2014a. p. 611-615.

LHUILIER, D. **Introdução à psicossociologia do trabalho**. Cad. Psicol. Soc. Trab., São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 5-19, 2014b.

LHUILIER, D. **Travail du négatif**: travail sur le négatif. Education Permanente, n. 179, 2009.

LHUILIER, D. ;ULMANN, A-L. Travail et créativité. **Education Permanente**, n. 202, 2015.

LHUILIER, D.; AMADO, G. L'activité au coeur de l'intervention psychosociologique. **Bulletin de Psychologie**, v. 65, n. 3, p. 263-276, May/Juin 2012.

LHUILIER, D.; BARROS, V.; ARAUJO, J. G. **La psychosociologie du travail**: perspectives internationales. Toulouse: Éditions Érès, 2013.

LHUILIER, D.; ROCHE, P. La résistance créatrice. **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, n. 7, 2009.

LIMA, A. P. **Visitas técnicas**: interação escola-empresa. Curitiba: Editora CRV, 2010.

LIMA, M. E. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Tradução: Guilherme Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2006.

LIMA, M. E. A questão do método em psicologia do trabalho. In: GOULART, I. B. (Org.). **Psicologia organizacional e do trabalho**: teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 123-132.

LIMA, M. E. A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In: DINIZ, G. *et al.* **O trabalho enlouquece?** um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A. M.; SILVA, C. R. **Saúde mental, marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: CRP 04, 2013.

LOPES, J. L. **A psiquiatria de Machado de Assis**. Rio de Janeiro: Agir, 1981.

LORIOL, M.; LEROUX, N. **Le travail passionné**. L'engagement artistique, sportif ou politique. Éditions érès, 2015.

MACHADO, R. **Foucault**: a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MACHEREY, P. **Georges Canguilhem, um estilo de pensamento**. Goiânia: Almeida & Clemente, 2010.

MACHEREY, P. **De Canguilhem à Foucault**: la force des normes. Paris: La Fabrique Éditions, 2009.

MACHEREY, P. Epistemologia e história das Ciências. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

MAILLIOT, S. **Qu'est-ce qu'un groupe de rencontres du travail?** réflexions sur la notion de transformation des situations de travail dans le cadre d'une intervention en GRT. 2007. Dissertação (Mestrado) - Université de Provence, Département d'Ergologie, Provence, 2007.

MARTIN, J.-P. **La rue des précaires**: soins psychiatriques et précarités. Toulouse: Éditions Érès, 2011.

MARTIN, J.-P. **Psychiatrie dans la ville**: pratiques et clinique de terrain. Toulouse: Éditions Érès, 2000.

MAURANO, D. **Histeria**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Trad. Mauro W. B. de Almeida. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

- MENDEL, G. Acte. In: MICHEL-BARUS, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (Org.). **Vocabulaire de psychosociologie: positions et références**. Paris: Éditions Érès, 2013, p. 27-37.
- MENDEL, G. **L'acte et une aventure: du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir**. Paris: Éditions la Découverte, 1998.
- MENGER, P-M. **Le travail créateur: s'accomplir dans l'incertain**. Seuil: Gallimard, 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MICHEL-BARUS, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (Org.). **Vocabulaire de psychosociologie: positions et références**. Paris: Éditions Érès, 2013.
- MIGUEL, E. C. *et al.* **Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri, SP: Manole, 2011.
- MILLER, J.-A. Saúde mental e ordem pública. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 20-21, 1999.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental: linha guia**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.
- MNOUCLINE, A. **Entretiens avec Fabienne Pascaud: l'art du présent**. Paris: Plon, 2005.
- MORRIS, D. **La clé des gestes**. Paris: Éditions Grasset et Fasquelle, 1978.
- MORRIS, D. **Magie du corps**. Paris: Éditions Grasset et Fasquelle, 1986.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. **História da psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012.
- NASIO, J.-D. **A histeria: teoria e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- NATHAN, T. **La guerre des psys: manifeste pour une psychothérapie démocratique**. Paris: Empêcheurs de Penser en Rond, 2006.
- NATHAN, T. ; ZAJDE, N. **Psychoterapie démocratique**. Paris: Odile Jacob, 2012.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. **Médecins et sorciers**. Paris: Empêcheurs de Penser en Rond, 2004.
- NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.) **Guia do projeto consultório de rua**. Salvador: CETAD, 2011.
- NIETZSCHE, F. **Crepúsculos dos ídolos**. São Paulo: Companhias das Letras, 2006.
- NOUVELLES LABORDIENNES. **Institutions: Revue de Psychothérapie Institutionnel**, n. 602, n. Esp., 15 Août, 2015.

NUNES, K. G. **Reforma psiquiátrica no Brasil**: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

NUNES, S. A. **A psicopatologia da vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

ODDONE, I. **Rédécouvrir l'expérience ouvrière**. Messidor: Éditions Sociales, 1981.

OLIVEIRA, L. C. S. **O espectador "itinerante"**: cinema e performance como mediadores do processo de encenação e recepção. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Teatro, Salvador, 2011.

OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

OSHO. **Intuition**. New York: Almas, 2010.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

OSTY, F. **Le désir de métier**: engagement, identité et reconnaissance au travail. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2010.

OUVRIER-BONNAZ, R.; WEILL-FASSINA, A. (Coord.). **Suzanne Pacaud (1902-1988)**: de la psychotechnique à l'ergonomie: l'analyse du travail en question : travail et activité humaine. Toulouse: Octarès, 2013.

PAIM, I. **Tratado de clínica psiquiátrica**. São Paulo: EPU, 1991.

PALMADE, G. **Interdisciplinarité et idéologies**. Paris: Éditions Anthropos, 1977.

PAOLIELO, G. (Org.). **Supervisão em psiquiatria**: o ensino da clínica e a clínica do ensino. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

PASSOS, I. C. F. (Org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PÉLICIER, Y. **Os caminhos da psiquiatria**. Toulouse: Éditions Érès e Escher, 1992.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

PICON-VALIN, B. **Le Théâtre du Soleil**: les cinquante premières années. Soleil: Actes Sud Beaux Arts, 2014.

PIERROT, H. A. **Le style en mouvement**. Paris: Éditions Belin, 2005.

PITA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PIZO, C. A.; MENEGON, N. L. Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. **Produção**, v. 20, n. 4, P. 657-668, out./dez. 2010.

POLITZER, G. **Crítica aos fundamentos da psicologia**: a psicologia e a psicanálise. 2. ed. São Paulo: UNIMEP, 1998.

POUSSIN, N. **Développement des sentiments au travail**: dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez des médecins du travail. 2014. Tese (Doutorado) - Abbé Grégoire Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD, EA 4132)/CNAM, 2014.

PRÉVOT-CARPENTIER, M. **Travail et re-travail de la démarche ergologique**: la dynamique d'un dispositif à trois pôles et la circulation des concepts. Provence: Département d'Ergologie, 2007. Disponível em: <http://sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/sem doc/Sem Pub11.05.07_MPC.pdf>. Acesso em: abr. 2016.

QUINET, A. (Org.) **Psicanálise e psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.

QUINET, A. **A lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

QUINET, A. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

QUINET, A. **Um olhar a mais**: ver e ser visto na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RÉGO, R. R. Delírios depressivos: enfoque fenomenológico-existencial (revisitando a Psicopatologia). In: OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p. 123-130.

RENCONTRES DE SAINT-ALBAN. **Actualité de la psychothérapie institutionnelle**: la part de l'ombre. Saint-Alban de Limagnole : Impr. du Gévaudan, 2009.

RENCONTRES DE SAINT-ALBAN. **Actualité de la psychothérapie institutionnelle**: tenir parole: ce n'est pas sans prêter à conséquence. Saint-Alban de Limagnole: Impr. du Gévaudan, 2010.

REY, F. G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson, 2005.

RIBAUT, P. Du toucher au geste technique: la "technè des corps". **Appareil**, n. 8, nov. 2011. Disponível em: <<https://appareil.revues.org/1315>>. Acesso em: 02 fév. 2015.

ROQUET, C. Da Análise do movimento à abordagem sistêmica do gesto expressivo. **O Percevejo Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 01, p. 2-15, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/opercevejoonline/article/view/1784/1447>>. Acesso em: abr. 2016.

- ROTH, X. **Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience: juger et agir 1926-1939**. Paris : J. Vrin, 2013.
- ROUBINE, J.-J. **A linguagem da encenação teatral**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ROUDINESCO, L. **Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sarte, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- ROUILLON, F. **Psychiatrie française: psychiatrie en France**. Paris: Springer-Verlag, 2012.
- ROUX, J.-M. **Le corps: de Platon à Jean-Luc Nancy**. Paris: Groupe Eyrolles, 2011.
- SANCHES, M. *et al.* (Org.). **Manejo do paciente psiquiátrico grave**. São Paulo: Roca, 2009.
- SANTOS, E. H. **Traductions, distorsions, renormalisations: le cas du concept d'activité**. Semaine internationale de Haute Ecole de Travail Social HES-SO et Congrès de la Société internationale d'ergologie, 2014.
- SCARIOLI, S. Psicopatologia: algumas considerações epistêmicas. In: OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia: da psiquiatria clássica à contemporaneidade**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p. 43-46.
- SCHNEIDER, K. **Psicopatologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1965.
- SCHWARTZ, I. (Dir.) **Reconnaissance du travail: pour une approche ergologique**. Paris: PUF, 1997.
- SCHWARTZ, I. (Org.). **L'activité en dialogues: entretiens sur l'activité humaine (II): suivi de manifeste pour un ergo-engagement**. Toulouse: Octarès Éditions, 2009.
- SCHWARTZ, I. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000c.
- SCHWARTZ, I. A experiência é formadora? **Educação e Realidade**, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan. 2010.
- SCHWARTZ, I. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 19-45, 2011a.
- SCHWARTZ, I. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 17-33, set./dez. 2013.
- SCHWARTZ, I. Création artistique et travail: où en sommes-nous? In: LETERRIER, J.-M. **L'inaperçu: travail et création artistique**. 2014a. (Les Cahiers de Convergences, n. 12).
- SCHWARTZ, I. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 457-466, jan./set. 2006.
- SCHWARTZ, I. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, F. (Coord.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004a.

SCHWARTZ, I. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.). **Labirintos do trabalho**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004b. p. 22-23.

SCHWARTZ, I. **Expérience et connaissance du travail**. Paris: Messidor/Éditions Sociales, 2012.

SCHWARTZ, I. **Le paradigme ergologique ou um métier de philosophie**. Toulouse: Octarès Éditions, 2000a.

SCHWARTZ, I. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011b. p. 132-166.

SCHWARTZ, I. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004>. Acesso em: abr. 2016.

SCHWARTZ, I. Pourquoi le concept de corps-si? Corps-soi, activité et expérience. **Travail et Apprentissages**, n. 7, p. 148-177, juin 2011c.

SCHWARTZ, I. Revisões temáticas: glossário da ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008a.

SCHWARTZ, I. Théories de l'action ou rencontres de l'activité. In: BAUDOIN, J.-M.; FRIEDRICH, J. (Ed.). **Théories de l'action et l'éducation**. Paris: De Boeck Université, 2001. (Collection Raisons Éducatives).

SCHWARTZ, I. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, Campinas, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000b.

SCHWARTZ, I. Trabalho numa perspectiva filosófica. In: NOZAKI, I. (Org.). **Educação e trabalho**: trabalhar, aprender, saber. Campinas, SP: Editora da UFMT, 2008a. b p. 23-46.

SCHWARTZ, I. Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. **Activités**, v. 4, n. 2, p. 122-133, 2007.

SCHWARTZ, I. Une remontée en trois tremps: Georges Canguilhem, la vie, le travail. In: SCHWARTZ, I. **Travail et philosophie**: convocations mutuelle. Toulouse: Octarès Éditions, 1992.

SCHWARTZ, I. Voir le travail. In: CHAMPY-REMOUSSENARD, P. **En quête du travail caché**: enjeux scientifique, sociaux, pédagogique. Toulouse: Octarès Éditions, 2014b. p. 1-9.

SCHWARTZ, I.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUFF, 2010.

SCHWARTZ, I.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Rio de Janeiro: EDUFF, 2007.

SCHWARTZ, I.; MENACCI, N. Trajectoire ergologique et gènese du concept d'usage de soi. **Informática na Educação: Teoria & Prática**. Porto Alegre, v. 11, n.1, p. 9-13, jan./jun. 2008b.

SCHWARTZ, Y.; ECHTERNACHT, E. H. O trabalho e a abordagem ergológica: “usos dramáticos de si” no contexto de uma central de tele-atendimento ao cliente. **Informática na Educação**, Porto Alegre, v.10, n. 2, p. 9-24, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, E. R. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**: *pois é José...* 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, E. R. Pour une démarche ergopsychiatrique clinique en gestes. **Revue Ergologia**, n. 14, Décembre, 2015, p. 21-45.

SILVEIRA, N. **Gatos, a emoção de lidar**. Rio de Janeiro: Léo Christiano Editorial, 1998.

SILVEIRA, R. D. O Instituto Raul soares e a Psiquiatria Clássica em Minas Gerais. In: OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, p. 31-41.

SILVEIRA, R. D. **Projeto Lopes Rodrigues**: continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930). 2008. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade Educação, Belo Horizonte, 2008.

SIMONET, P. L'examen méthodique d'un geste de métier pour une prévention durable des TMS: une intervention en clinique de l'activité. **Pistes**, v. 11, n. 2, p. 2-12, 2009. Disponível em: <<https://pistes.revues.org/2404>>. Acesso em: abr. 2016.

SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G. **Ensaio**: o que psiquiatras fazem. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007.

STAHL, S. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TAKEUTI, N. M.; NIEWIADOMSKI, C. **Reinvenções do sujeito social**: teorias e práticas biográficas. Porto Alegre: Sulina, 2009.

TAVARES, L. A.; MONTES, J. C. (Org.). **A adolescência e o consumo de drogas**: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: CETAD, 2014.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TEIXEIRA, A. O desencadeamento delirante na esquizofrenia incipiente. In: OLIVEIRA, R. M. (Org.). **Seminários em psicopatologia: da psiquiatria clássica à contemporaneidade**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p. 99-109.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria: um planetário de erros, uma crítica ao pensamento de Althusser**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

THOMPSON, E. P. **Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

TOLTEN. **L'Être ange monde**. Nimes: Champs Social Éditions, 2015.

TOMÁS, J.-L. L'analyse psychologique du développement des gestes professionnels: une perspective pour la prévention des TMS. **Pistes**, v. 15, n. 1, p. 2-23, 2013. Disponível em: <<https://pistes.revues.org/3234>>. Acesso em : abr. 2016.

TOMÁS, J.-L. S'expliquer avec le colletif de geste: le cas de deux internes en chirurgie cardiaque. **Activités**, v. 5, n. 5, p. 39-51, 2008.

TOSQUELLES, F. **Éducation & psychothérapie institutionnelles**. Vigneux: Matrice Éditions, 2006.

TOSQUELLES, F. **Le travail thérapeutique em psychiatrie**. Toulouse: Éditions Érès, 2009.

TOSQUELLES, F. **Le vécu de la fin du monde dans la folie: le témoignage de Gérard de Nevril**. Grenoble: J. Million, 2012.

TRINQUET, P. **Prévenir les dégâts du travail: l'ergoprévention**. Paris: PUF, 2009.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. esp., p. 93-113, ago. 2010. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edições/38e/art07_38e.pdf>. Acesso em: abr. 2016.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 153-155, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n63/a12v2263.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

VASCONCELOS, E. M. (Coord.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Apresentando com uma explicação: escutar a experiência estudantil. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VELOSO, S. M. Exame do estado mental. In: LÓPEZ, Mario; MEDEIROS, José de Laurentys. **Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.

VERMERSCH, P. **L'entretien d'explicitation**. Paris: ESF, 2014. (Psychologies & Psychothérapies).

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**, Belo Horizonte, v. 13, p. 50-59, set. 1999.

VYGOTSKI, L. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

VYGOTSKI, L. **Défectologie et déficience mentale: textes de base en psychologie**. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994.

VYGOTSKI, L. **Histoires du développement des fonctions psychiques supérieures**. Paris: La Dispute, 2014.

VYGOTSKI, L. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

VYGOTSKI, L. Psychologie concrète de l'homme. In: BROSSARD, M. **Lectures et perspectives de recherche en education**. Villeneuve d'Ascq: Septentrion, 2004.

WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: IMAGO EDITORA LTDA, 1975.

WISNER, A. Questões epidemiológicas acerca da ergonomia. In: DANIELLOU, F. (Dir.) **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

WISNER, A. **Réflexions sur l'ergonomie**. Toulouse: Octarès, 1995.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia: método & técnica**. São Paulo: FTD: Obore, 1987.

YOURCENAR, M. **Alexis, ou, O tratado do vão combate**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

ZAWIEJA, P; GUARNIERI, F. **Dictionnaire des risques psychosociaux**. Paris: Éditions du Seuil, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - “Saberes... construção de saberes...”

1996, julho de 1996; em meados de julho, a farmacêutica entra pela primeira vez no CERSAM. Também, era o 1º CERSAM de Betim: então, era tudo algo “primus”, a ser construído. De início: o desejo de todos da equipe para isto. A vinda do farmacêutico para o CERSAM foi escolhida. Nenhum outro farmacêutico disputou comigo este lugar – optaram por outros serviços. Ganhei sem lutar a vaga, a vaga que eu quis, (talvez esta foi a 1ª lição: no CERSAM escolher estar aqui é importante).

Os primeiros anos me pareciam difíceis enquanto profissional: o saber instituído pelos anos de UFMG e outras práticas só parcialmente encaixaram aqui no CERSAM. Consegui alguns espaços ao me colocar como profissional do medicamento, e assim, pesquisava para os outros profissionais, fazia monografias de fármacos para contribuir nas discussões do grupo que formamos para definir a lista dos medicamentos padronizados para uso na Saúde Mental. Criamos uma Comissão de Padronização interna no CERSAM que estudava, discutia sobre o medicamento. Paralelo eu estudava os casos de usuários em PD, digo estudava o projeto farmacêutico, detectava reações adversas, interações e junto com a prescrita redefiníamos, muitas vezes, algumas condutas. Era gratificante para o farmacêutico ver o benefício para o usuário de tais discussões e decisões em cima daquelas parcerias.

Representantes de laboratório não tinham acesso ao interior do CERSAM: era consenso que não eram necessários, uma vez que a padronização da lista de medicamento era decidida por estudos e pela equipe e encaminhada às referências para os devidos trâmites de aquisição.

Outra conquista foi o espaço físico para a farmácia. Do espaço inicial (em 1996 era onde hoje é a recepção, passou para onde é hoje a enfermagem, depois para onde é hoje a observação masculina) até ao local onde se encontra.

O saber... o saber? O aprendido na faculdade teve de ir se “moldando à loucura”, todo o tempo tentando que o “correto” instituído (portaria, legislação, conselhos...) ficasse um “correto possível”. O fato da farmácia atender a uma grande área de abrangência de Betim, criou uma situação equivocada: um serviço de urgência cuja farmácia dispensava todo medicamento de prescrições originadas na UBS's (em sua maioria ansiolíticos e antidepressivos). A demanda externa à urgência atinge limites insustentáveis. Não se dava a

interlocução clínica lá na UBS com a psiquiatria, parece que tudo da vida passou a ser medicalizado (a dor nas perdas, a falta de recursos financeiros para viver: ninguém mais dá conta de “chorar”) e a farmacêutica na tarefa de suprir esta demanda enquanto responsável pelo setor.

Então, foi-se consolidando o NÃO SABER: eu já não sabia +. Certezas? Não se consolidam, a cada dia menos existem. Parece preciso retomar algo. Pensei que era o “sonho” de meados de 1996: aquele que colocava também o farmacêutico nas ruas junto com os usuários e a equipe; o sonho de um cuidado além do medicamento como instrumento.

Talvez eu não saiba mesmo de que saber é para dizer, pois parece a mim que o que construí foi um olhar a tentar captar o olhar do outro/do louco e a ter consciência de minha perplexidade diante de um “desconhecimento”, de um “não entender” que me mantém próxima como se aquele olhar me clareasse a ignorância de um absurdo.

Abril/2014

ANEXO B - Carta de agradecimento do paciente Zé

Olá. Meu nome é GJM e tenho 32 anos e sou residente em Betim desde 1.999. Quero relatar para vocês autoridades, uma parte da minha vida, que na verdade é um tratamento psiquiátrico. Gosto muito da cidade de Betim, porque tive que deixar minha cidade de Patos de Minas no interior de Minas Gerais no intuito de tentar libertar-me das drogas.

Não vou fazer aqui um texto certo como é exigido no ENEM, prova que participei no ano de 2012. Porém, quero dizer através deste que o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) radicalizou ou melhor mudou a minha vida para melhor. Faço tratamento no CERSAM desde o ano 2000. Na verdade são 14 anos. Vocês devem querer me perguntar como é o tipo de tratamento. Já tomei vários tipos de medicamentos, hoje em dia tomo só um à noite. Faço consultas com horários marcados e volto para casa. O meu psiquiatra se chama DR. ÊNIO RODRIGUES DA SILVA. Foi ele que me pediu para escrever este texto à vocês, mas eu mesmo vou relatar que sou muito feliz com minha vida e com meu tratamento.

O meu diagnóstico fala que tenho sofrimento mental, mas durante este período, fiz o EJA e formei o 2º Grau (Ensino Médio), tirei carteira de motorista e dirijo super bem. Gosto de passear no shopping e curtir festas na cidade. Tenho curso de informática e vendas. Trabalho com minha família em dois comércios bastante movimentados em Betim. Não é fácil para mim, é uma luta, mas com a ajuda da minha família, meu tratamento e acima de tudo DEUS, ganho força para tentar vencer minhas barreiras. Vou encerrar meu texto dizendo à vocês autoridades que sou livre, faço meu tratamento com liberdade e que com o direito de ir e vir, procuro ser um cidadão de bem. Obrigado!!!

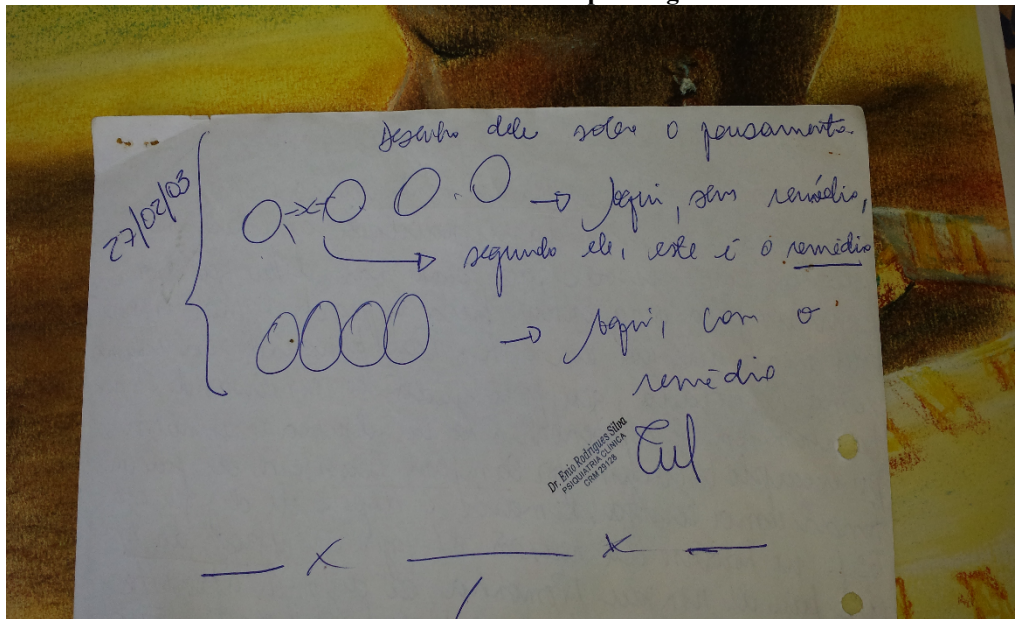
ANEXO C - A representação do gesto profissional em Psiquiatria de arrastar a loucura para tratar o sujeito



Fonte: Agamenon Bomfim de Abreu, 2015

ANEXO D - As bolinhas terapêuticas

As bolinhas simbólicas e psicológicas



Fonte: O prontuário de Zé, 2003

ANEXO E - A casa e o entulho a ser retirado

Fonte: Chamone, 2015

ANEXO F - O instrumento de Anamnese Ergopsiquiátrica

INSTRUMENTO DE ANAMNESE ERGOPSIQUIÁTRICA	
Data	Local
Nome	Sexo
Estado Civil	Nacionalidade
Filiação	Pai
	Mãe
	Filhos
Profissão	
Escolaridade	
Religião	
Residência	
Motivo da Consulta	
História da moléstia atual / Histórias de vida (Aquilo que se precisa contar)	
História pregressa / Normas antecedentes	
História familiar / Projeto Herança de sofrimento	
Trabalho e Atividade profissional e de vida	
Exame mental	
1) Descrição da aparência real e subjetiva 2) Súmula psicopatológica: Aparência / Atitude / Orientação / Consciência / Afeição / Memória / Pensamento / Senso-percepção / Afetividade – Sentimento / Humor / Vontade / Inteligência / Motricidade / Inteligência – Juízo crítico	
Preparando o gesto profissional em Psiquiatria	
1. A hipótese Diagnóstica (HD) 2. O Projeto – ação/atos – Projeto Terapêutico Singular (PTS): 3. Debate de normas em múltiplas dimensões: Saberes / Corpo / Técnica / Projeto – ação/atos / Semiótica / Intencionalidade / Inconsciência / Política / Clínica / Movimento / Atividade 4. Técnicos de Nível Superior envolvidos 4.1) Técnico de nível superior – Técnico de Referência (TNS/TR) 4.2) Técnico de nível superior – Psiquiatra (TNS/Médico)	

Fonte: Elaborado pelo autor

ANEXO G – DIAGRAMA DAS DIMENSÕES DO GESTO PROFISSIONAL

Fonte: Elaborado pelo autor