

O que queremos ao cuidar? – o tênue limiar entre produção de padecimento e produção de saúde.

What we want to look after? – The tenuous boundary between ailment production and health production.

Susan de Avelar Alberoni

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

As questões que norteiam este trabalho se desdobraram das experimentações na Residência Multiprofissional de Saúde Mental, a partir da qual foi elaborada a seguinte indagação: o que queremos ao cuidar e quais efeitos este ato produz? Com intuito de problematizar esta questão, foram discutidas as noções de saúde e doença que instrumentalizam atos de cuidar, para, então, propor a noção nietzschiana de grande saúde como possibilidade de outra forma de experimentar o cuidado, enquanto produção singular de infinitas formas de ser, pensar, viver e estar no mundo.

Palavras-chave: Cuidado; Saúde mental; Atenção psicossocial.

ABSTRACT:

The questions that guide this work were unfolded during the job routine in Multidisciplinary Residency in Mental Health, from which was drawn the following question: what do we want to take care of and which effects does this act produce? In order to discuss this issue, the concepts of health and disease that instrumentalize care acts were discussed, to then propose the Nietzschean notion of health as a great opportunity to experience another kind of care, as natural production of endless forms to be, to think, to live and to be in the world.

Key-words: Care; Mental health; Psychosocial care.

Percursos de uma residência em saúde mental – inquietações de um encontro com a loucura

O convite que permeia o percurso deste trabalho é o de parar. Parar não como sinônimo de paralisia e de estagnação, mas como modo de intensificação do próprio movimento. Movimento que é constitutivo da vida, de suas metamorfoses e figurações incessantes. Parar para dar tempo ao tempo...habitar o tempo naquilo que ele traz de abertura, de inédito e imprevisto. Não o tempo cronológico, controlador e ditador das horas. Mas o tempo intensivo, o da duração infinitesimal¹. Tempo que surpreende o olhar a abrir-se para o acaso dos encontros e o que eles comportam de inesperado.

Este percurso, com seus percalços, com caminhos percorridos, desistidos, inventados, compartilhados...fala de encontros com pessoas de carne e osso e de histórias de vida. Traça contornos de um olhar que foi e está sendo construído. Um olhar que se assustava, sentia medo no encontro com loucura. Olhar formatado, limitado, apressado em atribuir sentidos e significado pré-concebidos, que só conseguia enxergar a loucura em seu estado bruto, naquilo que ela provocava de estranheza, de não-sentido, de bizarrice, de frio na barriga, de medo, loucura tomada em seu sentido negativo. O tempo, os encontros e desencontros, as travessias e atravessamentos foram mostrando que o olhar não precisava se assustar tanto assim. Que o medo poderia se transmutar em curiosidade de mergulhar na experimentação. Que era preciso despir-se, desprender-se de si e ser generoso consigo e com o outro, dando-lhe a possibilidade de mostrar-se, equivocando o olhar que acha que já sabe... Sabe o quê? De quê? Soa nos meus ouvidos uma frase que escutei muitas vezes nessa caminhada: “eu só sei do outro aquilo que ele permite saber dele”. A onipotência do especialista armado com suas técnicas e teorias cai por terra para dar espaço ao não-saber construtivo de mundos e de vida que não estão dados a priori. O olhar foi se dando conta de que não precisava se limitar ao olho, que devia ousar e se espalhar pelo corpo todo e encontrar pessoas com suas formas de estar no mundo e de criar mundos, de rir e chorar, enfim, vidas muitas vezes encerradas em sintomatologias, cronificadas, dopadas, vidas esquecidas que sobrevivem. O olhar começou a se interessar em querer escutar/construir como essas vidas querem viver.

Dando tempo ao tempo...as angústias, as inquietações e os desassossegos puderam ser transformados em força motriz para que uma prática clínica se construísse. Contudo, essas transformações não têm sido experimentadas de forma tranquila e racional, sinto a todo tempo ser capturada por uma lógica tácita de funcionamento do hospital psiquiátrico e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, na qual existe uma demanda de produtividade e uma carga horária de 60 horas semanais em dispositivos de saúde mental diversificados e espalhados pelo Rio de Janeiro. Em muitos momentos, sinto que não é possível para o meu corpo sustentar esta lógica, seja por um padecimento físico ou por um endurecimento das práticas, que tem por efeito uma escuta surda².

Essa escuta surda é consequência de uma certa organização e estruturação da residência. Durante um período estive inserida na emergência psiquiátrica, na

enfermaria de crise e no Capsi, por vezes estando em dois dispositivos num mesmo dia. Sentia, muitas vezes, que estava em muitos lugares e em lugar nenhum. Nessa lógica não era possível construir um tempo para habitar e experimentar a clínica naquilo que ela tem de potência. Como sustentar uma prática clínica em espaços que possuem diferenças de funcionamento e que exigem um certo corpo para habitá-los? Como trabalhar e ter um corpo disponível para a experimentação, estando em um turno com crianças com os mais variados graus de autismo e no outro com pacientes em surto numa enfermaria? Percebia que não estava sendo possível estar de forma ativa e implicada em todos esses dispositivos, meu corpo padecia e uma escuta surda atualizava-se como uma forma de poder cumprir as exigências da Residência. Como cuidar de um sujeito que padece, sem padecer junto?

Acredito que essas sensações não dizem respeito a um eu privado, mas são forjadas e produzidas num campo institucional, com suas implicações históricas, políticas, sociais e éticas. A partir disso, começaram a surgir questionamentos acerca do meu modo de habitar o espaço e o tempo nestes dispositivos de saúde, como este modo se relacionava com o campo no qual estava inserida e quais os efeitos gerados nestes embates.

Nessa direção, Pelbart (1993) fala que a loucura nos convoca a habitar um outro tempo, um tempo que nós mesmos não temos. Aponta que estamos imersos numa cronopolítica que se presentifica num antecipar-se ao acontecimento e que se encontra em curso no contemporâneo. Esse processo implica um achatamento do tempo que, por sua vez, abole a dimensão de imprevisto que um possível futuro comportaria, transformando-o em um presente permanente, numa espécie de 'instante-já'. Essa cronopolítica torna, então, esse presente o único tempo possível e, com isso, retira de cena qualquer desvio. Não se trata de uma necessidade de controlar o tempo e, sim, de abolir a dimensão temporal, com a ilusão de que a vida é da ordem do presente imediato.

Uma cronopolítica está em curso cujos desdobramentos ainda são desconhecidos, mas que implica necessariamente no declínio de uma profundidade de campo nas nossas atividades as mais cotidianas. Um achatamento temporal que proporciona um presente eterno, sem história para trás nem para frente, sem passado nem futuro. Presente sem espessura, ilusão da imortalidade que ignora o começo e o fim, a morte e o imprevisto, que só integra o desconhecido enquanto probabilidade calculável. O paradoxo é que a desmaterialização provocada pela velocidade absoluta equivale a uma inércia absoluta. Estranha equação em que coincidem velocidade máxima e imobilidade total. (PELBART, 1993: 34)

Uma cronopolítica que produz vidas aprisionadas, despotencializadas de sua vitalidade num tempo que não comporta a processualidade. A loucura, na contramão desse processo, nos convoca a habitar outra sensibilidade, outro regime temporal, uma cronogênese, como nos diz o autor. O tempo da gestação, do por vir, “um tempo sem medida, amplo e generoso” (PELBART, 1993: 32), que comporta os acasos e os desvios, restituindo ao tempo sua potência de começo, de inédito, de infinitas possibilidades. Segundo o autor, o que importa no caso da loucura é:

[...] dar tempo e paciência para que o tempo e a forma brotem a partir do informe e do indecيدido. O desafio é propiciar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer o acontecimento que nossas tecnologias insistem em neutralizar. [...] poder acolher o que não estamos preparados para acolher, porque este novo não pôde ser previsto nem programado, pois é da ordem do tempo em sua vinda, e não em sua antecipação. (PELBART, 1993: 36)

Essa caminhada, nem um pouco pacífica, me conecta com dois anos de residência, com serviços de saúde mental e suas dinâmicas, com diversos atores e com ritmos e intensidades vividos. Trilhando esses encontros pude perceber que as questões que foram surgindo falam das inquietações, dos incômodos que habitam/transformam o meu modo de ver e sentir e que não dizem respeito a um eu privado, mas são forjados e produzidos num campo institucional, político, histórico e ético.

Desta forma, não pretendo trazer a história pessoal de uma experiência, mas abordar o residente enquanto uma função que, ao percorrer alguns dispositivos de saúde, tem a possibilidade de cartografar, mapear um estado de coisas que dá visibilidade a um certo funcionamento da rede de saúde mental. Essa escrita, então, pretende trazer à tona as implicações históricas, políticas e o jogo de forças que constitui uma forma-rede e uma forma-residente, ambos produzidos nestes embates. Contudo, é importante sinalizar que se, por um lado, não se trata de uma história pessoal, há um eu que emerge nesse plano de forças e que, portanto, falar em primeira pessoa, como acontecerá em alguns momentos nesta escrita, é falar numa primeira pessoa constituída e transformada pelas forças e pelas suas implicações neste processo.

Esta escrita, então, tem a pretensão de trazer algumas questões que foram surgindo a partir das experimentações e das inquietações no percurso de uma residência em saúde mental. Questões que dizem respeito às práticas de cuidado e aos efeitos que estas produzem. Nesse contexto, emergem as noções de saúde e doença e a forma como estes referenciais instrumentalizam o cotidiano das práticas no campo.

Construindo uma questão-problema: o que queremos ao cuidar?

O que queremos ao cuidar? É isso que a residência pretende nos ensinar? Mas o que significa cuidar e quais os efeitos que esse ato produz? Fui me dando conta de que os atos de cuidar e as implicações³ nele engendradas não são óbvias, muito pelo contrário, guardam sutilezas e armadilhas. Digo isso pois um discurso em nome do cuidado pode estar atualizando práticas manicomiais de controle e tutela. Um discurso que pode se tornar traiçoeiro na medida em que, num contexto de Reforma Psiquiátrica, traz, quase despercebidas, relações manicomiais de cuidado.

Essas relações manicomiais de cuidado se fazem presentes no que Machado e Lavrador (2001) nomeiam de desejos⁴ de manicômios. Segundo as autoras, esses desejos apontam para um aprisionamento da experiência da loucura e são sustentados por uma “racionalidade carcerária, explicativa e despótica” (p. 46): “[...] desejos de manicômios, que se expressam através de um desejo em nós de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. [...] Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para lidar com ele.”

Nesse sentido, a história de Rodrigo e suas passagens pela internação ilustra essa sutileza e/ou armadilha que uma prática de cuidado pode encarnar.

Rodrigo⁵ é um usuário que tinha internações recorrentes, sem conseguir permanecer em casa por muito tempo quando tinha alta. Nas internações, chegava sempre muito desorganizado, com agitação psicomotora, bastante delirante, em más condições de higiene e emagrecido. No decorrer das internações, com o uso da medicação e com os atendimentos psicoterápicos, seu quadro vai se modificando, ficando mais quieto e a “telepatia” aparece pouco. Ele relata que experimenta essa mudança de comportamento como “depressão” e a atribui ao uso da medicação: “*o mesmo remédio que me acalma e me equilibra também me deprime e me faz sentir afastado de Deus. Esse é um problema que eu não sei resolver*” [...] “*estou deprimido, quero ir para minha casa. Estou pensando como fazer para convencer vocês disso. [...] acho que o remédio está me deixando deprimido*”.

Diante deste breve relato, alguns discursos/práticas afirmavam que Rodrigo estava melhor, pois a agitação e os discursos delirantes diminuiram de forma evidente, entendendo esta mudança como sinônimo de saúde. Seus pais também entendiam esta mudança como uma melhora. Contudo, em momento nenhum é considerado o que o

usuário estava sentindo e qual a relação que estabelecia com o que os profissionais e os familiares estavam chamando de melhora. Rodrigo, por muitas vezes, mostrava, a partir de suas falas e do seu próprio corpo, que o que ele estava sentindo era bem diferente. Estava mais silencioso e ficava restrito ao seu quarto na enfermaria, a *telepatia* que estabelecia com pessoas sempre muito importantes, “*Lacan, Freud, Bob Marley, Hermeto Pascal, Bill Gates, Dalai Lama*”, entre outros, desaparecera e, junto com ela, Rodrigo também desaparecera. Verbalizava sempre que estava deprimido, que não tinha o que dizer nos atendimentos e que precisava sair da internação. A telepatia cumpria uma função que o diferenciava das outras pessoas, conferia-lhe um lugar especial, um dom, como ele mesmo dizia, e, nesse sentido, era produtora de vida para Rodrigo. Contudo, sua *telepatia* foi reduzida a atitude alucinatória, a um sintoma patológico que deveria ser eliminado, numa lógica que concebe a saúde como ausência de doença. Sintoma entendido na sua negatividade e não na sua dimensão paradoxal, na qual sinaliza que algo não vai bem, mas, ao mesmo tempo, é o que torna possível sustentar a vida. Essa dimensão paradoxal inerente aos sintomas encarna a provisoriamente das formas que denuncia, ao mesmo tempo, um aprisionamento com seus impasses, mas também aponta que a vida pede passagem (ROLNIK, 2003).

Rodrigo, ao seu modo, dá visibilidade ao limite tenuous entre a produção de padecimento e a produção de saúde, suscitando a questão sobre o que estamos produzindo com nossas intervenções, a serviço de que está a nossa prática. Nesse sentido, a produção de padecimento é entendida aqui enquanto práticas de tutela e controle que reduzem a complexidade existencial do sujeito a sinais e sintomas, entendidos unicamente como produtores de uma doença, de um transtorno que precisa ser contido. Já produção de saúde são práticas que disparam um processo permanente de construção singular de autonomia e vida, trazendo à cena a complexidade do sujeito que sofre e que não se restringem a detectar sinais e sintomas.

Diante disso, a questão do cuidado leva-nos a colocar em análise algumas indagações: o que é o cuidado?; o que norteia o cuidado?; que efeitos esse ato produz?; cuidar é fazer o bem?; pra quem?; que referências de saúde e doença instrumentalizam estas práticas?

Falar do cuidado é trazer uma dimensão que achávamos já superada. A Reforma Psiquiátrica pretende acabar com os manicômios e suas formas de tratamento/tortura, isolamento, choques e maus tratos. Mas, apesar de colocar, como um dos pilares da

transformação das práticas de cuidados dirigidos aos usuários dos serviços de saúde mental, a destruição do espaço físico do hospital psiquiátrico e a construção de dispositivos territoriais de saúde, a reforma não garante a superação de certo modelo de cuidado. A transformação e a inovação que a Reforma Psiquiátrica traz é a aposta de que esta não pode e nem pretende se restringir a uma mudança assistencial, de substituição de serviços, mas visa, sim, a uma ruptura com o modelo anterior e à construção de um novo paradigma ético, político e estético no qual cuidado, clínica, saúde e vida são indissociáveis.

Nessa direção, Pelbart (1993) já nos alertava, há 20 anos, que o que está em jogo na Reforma Psiquiátrica não é a discussão dos espaços físicos e suas transformações, mas sim a instauração de uma outra temporalidade nesses espaços que têm como mandato social oferecer cuidado em saúde mental. Podemos perceber o quanto esta questão ainda é atual:

Caso o fim dos manicômios represente uma estratégia de homogeneização do social, num regime que funciona não mais por exclusão e reclusão, mas por inclusão, e não mais por manipulação prioritária do espaço, porém do tempo, o que pode representar hoje uma política de resistência, tanto no campo da saúde mental como fora dele? Não basta, evidentemente, trocar uma instituição fechada por uma semiaberta, com o que estaríamos vivendo um logro, driblados por um poder mais manhoso do que supõe nossa vã politologia. (PELBART, 1993: 38)

Desta forma, a questão do cuidado traz à tona o limite tênue entre, de um lado, produção de padecimento, tutela/controle e, de outro, produção de saúde, autonomia/vida. É nessa corda bamba que vamos tentando nos equilibrar e produzir interrogações que convoquem a pensar o que estamos produzindo com as nossas intervenções num tempo⁶ em que as tecnologias de controle e de supressão da vida tornam-se cada vez mais sutis e invisíveis.

Construindo conceitos-ferramentas – saúde e doença enquanto produção de subjetividade

Tomar a questão do cuidado nos traz o desafio de problematizar as forças que estão em jogo na constituição de um certo lugar-saber e os múltiplos sentidos construídos sobre saúde e doença, colocando em análise as práticas e discursos vigentes e seus efeitos. Não pretendemos buscar uma verdade acerca destas noções ou alguma definição fechada; pelo contrário, partimos do pressuposto de que saúde e doença não são objetos naturais e estáveis, mas forjados num determinado contexto histórico, social e político em permanente transformação e que instrumentalizam práticas e saberes,

produzindo, assim, modos de pensar, sentir, se relacionar, enfim, produzindo subjetividade.

É preciso ressaltar também que a subjetividade por nós abordada não se restringe ao âmbito individual da existência, interiorizada no sujeito que fala e, sim, enquanto permanentemente produzida, instituída no campo das práticas sociais e que também produz realidade (GUATTAR et alii., 2005). Desta forma, não é possível falar destas noções sem levar em consideração os múltiplos vetores que as constituem no atual contexto do capitalismo contemporâneo. Para tanto, é preciso trazer à tona o mútuo engendramento dos processos de subjetividade e do modo de produção capitalista que vão instituir práticas e saberes acerca da saúde e da doença.

Segundo Foucault (2002), com o advento do capitalismo como modo de produção e organização social, vimos aparecer técnicas de poder centradas no corpo individual. O poder aqui não é entendido enquanto um objeto natural, encarnado na figura do Estado, mas sim enquanto uma prática social, constituída historicamente e que se situa num nível capilar, atingindo e sendo produzido na realidade concreta dos indivíduos. Desta forma, o autor entende a noção de poder em sua positividade, enquanto forma de produção de modos de ser, estar e sentir o mundo.

Dito isso, a emergência do capitalismo instaurou novas relações de poder, constituindo o que o autor chama de sociedade disciplinar. Esse poder disciplinar tinha como ponto de incidência o corpo individual e visava ao assujeitamento e à docilização dos corpos para aumentar-lhes a produtividade. A formação de um corpo dócil e útil é garantido através de um controle contínuo e efetivo dos tempos, dos espaços, dos gestos, dos comportamentos e dos discursos, produzindo assim uma certa ordem, uma certa regularidade.

[...] simplesmente uma ordem, no sentido simples de uma regulação perpétua, permanente, dos tempos, das atividades, dos gestos; uma ordem que envolve os corpos, que os penetra, que os trabalha, que se aplica à superfície deles, mas que também se imprime até mesmo nos nervos e no que um outro chamava de ‘fibras moles do cérebro’. Uma ordem, portanto, pela qual os corpos não são mais que superfície a atravessar e volumes a trabalhar, uma ordem que é como uma grande nervura de prescrições, de sorte que os corpos sejam assim parasitados e atravessados pela ordem. (FOUCAULT, 2006: 04)

Sendo assim, em relação à loucura, a disciplina possibilita a constituição de um saber médico, no qual a ordem, a regularidade, o controle do tempo e do espaço vão

garantir as condições de possibilidade para uma observação exata dos gestos e dos comportamentos. Essa observação exata garante ao mesmo tempo a condução da cura.

Não há por que se espantar muito, escreve Pinel, com a importância extrema que dou à manutenção da calma e da ordem num hospício de alienados, e às qualidades físicas e morais que essa vigilância requer, uma vez que essa é uma das bases fundamentais do tratamento da mania e que sem ela não obtemos nem observações exatas, nem uma cura permanente, não importando quanto se insista, de resto, com os medicamentos mais elogiados. (PINEL citado por FOUCAULT, 2006: 04)

Aliada a esta tecnologia disciplinar, Foucault identifica outro modo de exercício do poder, complementar à disciplina, que possui o mesmo fim, mas opera de outra forma: uma biopolítica, que não é centrada no corpo individual, mas na população, se dirige à multiplicidade dos homens e se interessa pelos fenômenos de massa, como os processos de natalidade e mortalidade.

Desde o fim do século XVIII, temos duas tecnologias de poder que são introduzidas com certa defasagem cronológicas e que são sobrepostas. Uma técnica que é, pois disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, do outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massa próprios de uma população, que procura controlar uma série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva, uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa não o treinamento individual, mas pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos. (FOUCAULT, 2002: 297)

Esse novo poder liga os processos da vida a um modo eficaz de produção, visando a ampliar sua duração. Desta forma, a morte é vista como algo a ser afastado e a doença como processo que enfraquece a vida. A saúde é entendida enquanto ausência de doença e como ponto de sustentação da vida produtiva, pois corpos saudáveis são corpos produtivos. Atualizam-se, desta forma, práticas e discursos que visam à prevenção do adoecimento, tornando a doença e a morte fatores a serem regulados e afastados, e a saúde, uma norma a ser perseguida.

Nessa mesma direção, esse poder que visa tanto a esquadrihar e ordenar os corpos individuais para maximizar a produção, quanto a investir a vida, regulando e controlando os processos biológicos para aumentar-lhe a duração e afastar o adoecimento, também instrumentalizou e organizou as instituições escolares, prisionais e hospitalares, entre outras.

Com as transformações ocorridas no capitalismo, na passagem de um capitalismo centrado na produção para um centrado no consumo, há uma progressiva

passagem da sociedade disciplinar para o que Deleuze (1992) chama de sociedade de controle. Este novo arranjo social se organiza a partir do consumo e não da produção, tornando o poder cada vez mais pulverizado e imaterial. O poder na sociedade de controle não investe na forma-indivíduo, mas nas virtualidades, no que se pode vir a ser, ou seja, em modos de existência mais flexíveis e maleáveis para o consumo.

As noções de saúde e doença também sofreram transformações, deslocando-se do corpo individualizado para dar conta das múltiplas dimensões da vida. Nesse contexto, ganham visibilidade práticas e discursos voltados para a prevenção da doença, a promoção da saúde e o aumento da qualidade de vida. É preciso controlar, gerir os riscos para minimizar a “possibilidade de adoecimento a partir da adoção de estilos de vida saudáveis” (SANTOS et alii., 2010: 87).

Contudo, este novo momento do capitalismo institui saberes e práticas acerca da saúde e da doença que não levam em consideração a experiência singular do sujeito, ditando formas universais de ser e de estar saudável ou adoecido.

Nesta mesma direção, Canguilhem (2006) vai problematizar as noções de saúde e doença hegemônicas no século XIX, as quais entendiam saúde e doença em termos quantitativos, enquanto uma variação de grau do estado normal. O autor, ao contrário, vai defender uma concepção qualitativa, uma vez que entende que saúde e doença dizem respeito a uma experiência singular, que o saber científico não dá conta de explicar. “Na medida em que está fora do campo do saber, relacionada à experiência, a saúde não pode ser um conceito científico, e por isso é um conceito vulgar, o que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (CANGUILHEM *apud* RAMMINGER, 2008: 79). Desta forma, a fronteira entre normal e patológico, apesar de imprecisa, só poderá ser valorada pelo sujeito que sofre suas consequências.

A fronteira entre 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. O indivíduo é que avalia esta transformação, porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM *apud* RAMMINGER, 2008: 79).

Desta forma, normal e patológico são definidos enquanto capacidade ou não de instituir novas normas diante das flutuações impostas pelo meio. A doença não é entendida aqui como um conjunto de sintomas ou ausência de norma; ela é também uma

norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido de que se torna incapaz de construir outras normas. O doente, então, é aquele que perdeu a capacidade de normatividade, ou seja, de ser normativo. “A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 2006: 149).

Segundo o autor, “não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado numa relação” (CANGUILHEM, 2006: 149), ou seja, é o indivíduo que estabelece a medida do que é patológico ou não para ele. A doença só pode ser entendida como tal a partir da relação que o sujeito estabelece com seu corpo e a capacidade de superar ou não as exigências estabelecidas pelo meio, e não como um objeto abstrato desvinculado da experiência singular.

Diante do que foi exposto, podemos entender que a noção de saúde para Canguilhem está ligada à capacidade de instituir diferentes normas em situações diferentes, não para voltar a um estado anterior, mas para a construção de uma nova forma de estar no mundo: “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2006: 158).

Aliados às contribuições de Canguilhem e Foucault, como podemos pensar/construir estratégias que liberem a vida desses processos de aprisionamento, possibilitando a criação de sentidos singulares? Que estratégias ou dispositivos dão sustentação a um trabalho que busca escapar às formas de aprisionamento das mais diversas esferas da vida e que, em contrapartida, produz novos modos de vida?

Construindo problematizações – o ato de cuidar e suas implicações

Para pensar/problematizar os atos de cuidado e suas implicações vamos lançar mão das discussões acerca da reforma psiquiátrica italiana e a radicalidade que ela propõe, ao questionar e desmontar o paradigma que sustentava as práticas e saberes sobre a loucura, o louco e a produção de cuidado. Vale ressaltar que a reforma psiquiátrica brasileira toma como base para transformar suas práticas esta experiência italiana.

A radicalidade da reforma psiquiátrica italiana ganha visibilidade no processo de desinstitucionalização, que não se restringe a uma desospitalização (criação de dispositivos/serviços extra-hospitalares), mas age na desmontagem do paradigma racionalista problema-solução da Psiquiatria tradicional que orientava as práticas dirigidas aos loucos, para a produção de novos sentidos sobre a loucura e sua relação

com o corpo social. Segundo Rotelli (2001), “a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura”.

Desta forma, a transformação operada pelo processo de desinstitucionalização italiana tem início com a desmontagem do paradigma problema-solução, que identifica o problema na doença enquanto objeto de intervenção, e a solução na cura, entendida como restabelecimento de uma normalidade. Propõe-se, então, um novo olhar para a loucura, deslocando-a do corpo individualizado e de seu quadro nosográfico para abarcar as múltiplas dimensões do campo no qual está inserida, dirigindo-se a outros aspectos da vida e do seu contexto sócio-histórico.

Portanto, o que se coloca em questão no processo de desinstitucionalização é a própria doença enquanto objeto de intervenção. A psiquiatria democrática não tem como objetivo enfrentar a etiologia da doença e suas explicações causais, mas sim resgatar a complexidade do objeto, a complexidade do sujeito que sofre. Com isso, o objeto se desloca da doença para a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI et alii., 2001: 30). “O processo de desinstitucionalização torna-se agora a reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (ROTELLI et alii., 2001: 30).

Produz-se, então, um novo paradigma, não mais centrado na doença e sua sintomatologia, mas norteado pela produção/invenção de saúde de sujeitos, enquanto pessoas que sofrem. Nesse contexto, nega-se a clínica enquanto uma prática objetivante e individualizante que reduz a complexidade existencial a sinais e sintomas de um corpo biológico, para que se possa dar visibilidade aos sentidos singulares de produção daquela “existência-sofrimento”.

A simplicidade destas mudanças ajuda compreender como a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. (ROTELLI et alii., 2001: 33)

Nessa direção, Merhy e Ceccim (s/d) também discutem as formas de cuidado e as implicações engendradas nesse ato a partir de duas perspectivas: o “corpo de órgãos” e o “corpo sem órgãos”, que diferem radicalmente.

Na perspectiva do corpo de órgãos, o que está em foco são o corpo biológico e suas disfunções. A direção do cuidado é reestabelecer o equilíbrio perdido, restaurando essas funções. Desta forma, “o adoecimento humano é entendido como processo de patologização do corpo biológico” (MERHY et alii., s/d: 11). O corpo é, então, limitado à sua dimensão física, sede de sinais e sintomas que expressam seu adoecimento e ao qual se deve dirigir uma terapêutica centrada na eliminação desses sinais e sintomas.

A partir deste ponto de vista, forjam-se formas de intervir e modelos de conceber o que são saúde, clínica, cuidado e vida. Neste sentido, a relação de cuidado se estabelece entre um que sabe, que possui um arsenal teórico-técnico, o especialista, portador de uma verdade/saber, e um outro, objeto desta intervenção. Atualizam-se, então, práticas pautadas em protocolos, normalizadoras e prescritoras de modos de vida dados a priori e universais, nos quais o sujeito nada tem a dizer de si próprio. Segundo Heckert, “trata-se de práticas que falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida. O especialismo produz uma escuta surda, por erigir o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação.” (HECKERT, 2007: 08)

A outra perspectiva, segundo os autores, é a do corpo sem órgãos, na qual o cuidado é uma produção que se dá no encontro, onde profissional e usuário são coprodutores desse processo que não está dado a priori, ou seja, “o cuidado passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde e não como um particular da prestação de assistência de saúde” (MERHY et alii., s/d: 05).

Cabe salientar que a noção de corpo sem órgãos é um conceito criado por Deleuze e Guattari (1996), que se refere a um corpo de transformações que não pertence a um sujeito, não é regulado pela transcendência nem estancado em órgãos (opõe-se ao corpo organizado e julgado, retalhado em pedaços fixos que se conectam em relações imutáveis). O corpo sem órgão é, sim, uma corporeidade atravessada por uma vitalidade incorporal e não-orgânica, por uma potência que dá consistência aos fluxos da vida e se abre para as multiplicidades, sustentando agenciamentos. Daí a importância dos encontros, sustentada por Merhy e Ceccim (s/d).

Nesse sentido, o cuidado é pensado, aqui, enquanto um processo em permanente produção, “que se propõe imanente ao ato de fazer-se e realiza-se, fazendo-se” (SANTOS, 2008: 02). Enfatiza ainda Santos:

É no modo como se opera o cuidado – na relação – que será possível constituir sempre provisoriamente um modo de *estar* louco e um modo de *estar* técnico. Apostar na potência de diferir é necessariamente apostar numa deriva via relação, que aponta para permanente decomposição e recomposição dos termos, quais sejam, quem cuida e quem é cuidado. (SANTOS, 2008: 02)

A experiência italiana e as discussões trazidas por Merhy e Ceccim (s/d) nos forçam a sair do nosso lugar comum de provedores de saúde para colocar em questão o que estamos produzindo com as nossas práticas de cuidado: “será que hoje, o que está em foco na saúde é a submissão da vida ou é a afirmação da vida?” (MERHY et alii., s/d: 22).

Diante disso, torna-se imprescindível pensar como a clínica, enquanto dispositivo de expressão do cuidado, pode criar estratégias que liberem a vida dos processos de aprisionamento, possibilitando a criação de sentidos singulares - colocando em análise o estatuto ético-político da clínica enquanto um exercício que se faz a cada encontro, mapeando como aquela subjetividade funciona, quais são as suas formas de afetação, que combinações aumentam ou diminuem a sua potência de criação, acompanhando os movimentos de composição e decomposição daquela existência, produzindo um processo de interrogação que convoque a criação de novas cartografias⁷, entendidas como mapas provisórios, sempre em modificação. A proposta é acionar a dimensão inventiva da vida naquilo que ela tem de possibilidades infinitas de fazer-se, que não estejam atreladas a uma forma dominante, que hoje se configura na lógica de produção capitalista. Com isso, a dimensão ética e estética da clínica é orientada pela criação de novos possíveis, do que se deve ser e fazer diante das circunstâncias, tendo sempre como referência a expansão da vida.

A questão sobre a produção de uma prática clínica que tem como critério a expansão da vida encontra-se respaldada naquilo que Romagnolli (2007) nomeia como uma experimentação clínica que incorpora sua dimensão “menor”. Menor não em sentido pejorativo, mas que aciona a dimensão inventiva da clínica, instaurando processos ético-estéticos que estejam comprometidos com a processualidade e a emergência de possibilidades singulares de vida. Daí a importância da prática clínica enquanto “processo que visa a permitir que os agenciamentos se ramifiquem, proliferem rizomaticamente em um circuito vivo e expressivo, que atue como dispositivo para formar planos de expansão da vida, para expressar e encarnar as sensações que o ‘entre’

– os meios – estão produzindo nas subjetividades, religando a clínica com a vida.” (ROMAGNOLLI, 2007:106)

Desta forma, a ênfase do cuidado se desloca do “processo de cura” para a “invenção da saúde”, do sintoma individual para a dimensão do coletivo, enquanto possibilidade de experimentar infinitas formas de ser. Como afirmam os italianos, “se não existe mais um mundo produtivo definido no qual estar, não existe uma saúde, mas existem mil” (ROTELLI *apud* SANTOS, 2010: 20).

Com Rodrigo, foi possível construir outras formas de experimentar o mundo e suas relações, seguindo as pistas que ele mesmo nos mostrava. Trazê-lo à cena como uma pessoa que tem suas questões e sofre com elas, para além de uma sintomatologia psicótica, trouxe a possibilidade de construirmos outros caminhos. Rodrigo pôde falar do quanto a telepatia, que para ele era um dom, também o incomodava. Pois, às vezes, não tinha vontade de estar em telepatia, mas era algo que ele não podia recusar, pois “a telepatia é um canal aberto”. Ao falar desta questão, se deu conta de que uma forma de barrar esta telepatia seria através da meditação.

Outra construção foi a realização de um atendimento em família, um pedido seu, incluindo o irmão, também psicótico, e com quem não mantém uma boa relação. Nós nos demos conta, no desenrolar do atendimento e por algo verbalizado por eles, que era a primeira vez que esta família se reunia pra falar sobre as questões que a afetavam e sobre o modo como cada um contribuía para isto. Foi um encontro em que puderam expressar que, apesar de toda a dificuldade no trato com a loucura, existia muito amor entre eles, materializando, assim, o cuidado enquanto possibilidade de ampliação dos modos de relação, circulação da fala e dos afetos, tessitura de outro tecido relacional na família.

Além disso, Rodrigo pôde se questionar sobre os motivos de não conseguir dar continuidade ao uso da medicação. Neste processo, ele foi opinando e escolhendo junto com sua médica a medicação que o fizesse se sentir melhor. Também foi possível construir junto com ele e com a sua família a possibilidade da entrada de dois acompanhantes terapêuticos (ATs) que, além de mediarem sua ida aos atendimentos, puderam fazer com que Rodrigo pudesse circular pelo seu bairro, ir à livraria e outros lugares, e não ficar mais restrito ao seu quarto, como era de costume. Diante destas experiências, a loucura de Rodrigo era possível. Antes da entrada dos ATs, em qualquer indício de surto, ele era levado à emergência psiquiátrica e internado. Agora, em momentos de crise, é possível ir à emergência e voltar para casa, chegar aos

atendimentos muito delirante e isso não ser sinônimo de internação, dando um tempo para que se construam sentidos, junto com ele, destes momentos mais delirantes e de outros menos intensos.

Com isso, foi possível deflagrar um processo permanentemente construído e singular de invenção e produção de uma saúde, e não de sujeição de Rodrigo ao paradigma solução-cura, problematizado pela Psiquiatria Democrática e ainda referência presente no engendramento da ideia de saúde mental como remissão sintomatológica.

Conclusão: Ensaando aberturas – Nietzsche e a grande saúde

As discussões tecidas ao longo deste trabalho pretendem problematizar as sutilezas e armadilhas que comportam o ato de cuidado, visando a ampliar o olhar para explorar e experimentar outras possibilidades de ser e estar no mundo. Para tanto, vamos seguir com Nietzsche na pista da grande saúde.

O filósofo afirma que, na grande saúde, há um confronto que é afirmado e a vida é construída a cada momento. Um corpo doente não impede a saúde, pois um corpo sadio, mesmo na enfermidade, pode experimentá-la como possibilidade de criação de novas perspectivas, de novos valores, que afirmam a plenitude da vida. Em suma, a saúde não se define por oposição à doença. Estar adoecido se atualiza na incapacidade de transformar a experiência da doença em possibilidades infinitas de invenção de outros modos de existência.

A grande saúde, na ótica nietzschiana, é, portanto, a capacidade de amar a efetividade até mesmo em nossos momentos de doença. É essa afirmação alegre da vida, mesmo diante da dor, da doença, da morte, do sentido trágico da própria existência. Para o filósofo alemão, a grande saúde é, conseqüentemente, o desejo de vida, a capacidade de dizer sim a vida, de enfrentar os combates físicos e existenciais que compõem a dinâmica fundamental.” (AZEREDO, 2011: 259)

Na sua radicalidade, o autor propõe uma nova maneira de aprender o mundo e seus processos, no qual a vida está a serviço da criação de novos valores que favoreçam sua expansão. Ou seja, a grande saúde se constrói em imanência à vida enquanto capacidade permanente de inventar-se. Enfim, o convite é o de experimentar a vida como potência plena de possibilidades, construída nos encontros com o mundo.

Assim, há inúmeras saúdes no corpo: e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão que abandonar o conceito

de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. [...] Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos prescindir da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento e de autoconhecimento não necessitaria tanto da alma doente quanto da alma sadia; em suma se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia em um refinado barbarismo e retrocesso. (NIETZSCHE *apud* MOREIRA, 2006: 04)

O manejo da clínica, neste sentido, seria o de operar uma transvaloração, enquanto uma experiência de abertura para o inédito, pautada na construção de novas possibilidades de vida, trazendo à cena o que é o bom e o que potencializa cada corpo, acionando na vida sua dimensão inventiva de criação de outros possíveis. Experimentar o que se pode ser é uma operação ética, estética e política presente em um processo analítico. Revisitam-se e, concomitantemente, inauguram-se modos de desejar, tendo como critério ético o que é bom para este corpo, tentando traçar as linhas de um projeto que se transmuta em vontade de potência.

Pensar o cuidado, então, é poder problematizar nossas práticas cotidianas no campo e quais os efeitos nelas engendradas: o que queremos ao cuidar? A partir de que conceito de saúde estamos operando e, simultaneamente, que saúde estamos produzindo? A aposta, aqui, é afirmar uma outra perspectiva, na qual cuidado, clínica, saúde e vida são indissociáveis e materializados enquanto uma experiência de ampliação da capacidade de ser normativo, de criação de novas relações entre a existência-sofrimento e o corpo social. Enfim, trata-se de acionar a vida naquilo que ela tem de potência inventiva de mil saúdes e formas de estar no mundo.

Referências

- AZEREDO, V. P. O. - Nietzsche: a grande saúde e o sentido trágico da vida. *Cadernos Nietzsche*, <http://www.cadernosnietzsche.unifesp.br/pt/home/item/164-nietzsche-a-grande-sa%C3%BAde-e-o-sentido-tr%C3%A1gico-da-vida>, acessado em: 06 de abril de 2013.
- BARROS, Laura; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. Em PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- CANGUILHEM, Georges. Doença, cura, saúde. In: *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- COIMBRA, C., NASCIMENTO, M.L. Sobreimplicação: prática de esvaziamento político?, <http://www.slab.uff.br/textos/texto22.pdf>, acessado em 18 de fevereiro de 2013.

- DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. São Paulo: 34, 1992.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 3. São Paulo: 34, 1996.
- FOUCAULT, Michel. Aula de 7 de novembro de 1973. In: *O Poder Psiquiátrico – Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. Aula de 17 de março de 1976. In: *Em Defesa da Sociedade – Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GUATTARI, Felix, ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- HECKERT, Ana. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?. In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1.
- KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. (orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C., BARROS, Maria Elizabeth B. de. (Orgs) *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MERHY, E. E; CECCIM, R. B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política de Humanização, <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>, acessado em 21 de junho de 2012.
- MOREIRA, Adriana. Corpo, saúde e medicina a partir da filosofia de Nietzsche. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.
- PELBART, P.P. A Nau do tempo-rei. In: *A Nau do Tempo-Rei: 7 ensaios sobre o Tempo da Loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine* vol4. n°2, 2008, <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/view/316>, acessado em 28 de janeiro de 2013.
- ROLNIK, S. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. Conferência proferida no simpósio *Corpo, Arte e Clínica – UFRGS*, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado. Porto Alegre, 11/04/03.
- ROMAGNOLLI, Roberta Carvalho. A resistência como invenção: por uma clínica menor, <http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET%2032/CAP%206%20ROBERTA%20CARVALHO%20ROMAGNOLI.pdf>, acessado em 09 de dezembro de 2014.

SANTOS, Adriana. Diferença infinitesimal e processos de subjetivação: contribuições de Gabriel Tarde para o redirecionamento do cuidado no campo da saúde mental. In: II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos, 2008, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro.

_____ Tudo que é imaginário tem, existe, é: delirando uma vida nos ambulatórios de saúde mental. In: FRAGA, Vivian. *et al* (orgs.) *Experiências em Psicologia e políticas públicas*, Caderno do II Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia/RJ, 2010.

SANTOS, Adriana, CAETANO, Thiago. Rompendo o cerco do círculo: alguns apontamentos entre saúde e formação psi. In: NORTE, Carlos Eduardo; MACIEIRAS, Raiana; FURTADO, Ana Lúcia (Orgs). *Formação: Ética, Política e Subjetividades na Psicologia*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2010.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização. In: NICÁCIO, Fernanda (org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VARGAS, Eduardo. Multiplicando os agentes do mundo: Gabriel Tarde e a sociologia infinitesimal. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19(55), n. 55, 2004.

Susan de Avelar Alberoni

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal Espírito Santo – UFES.

Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Mental - ESAM-RJ.

e-mail: susanalberoni@hotmail.com

¹ A noção de infinitesimal, conforme Gabriel Tarde, “implica: considerar a diferença como relação (e vice-versa) e não como termo (ou unidade discreta), como dinamismo de uma potência e não como atributo de uma essência” (VARGAS, 2004, p.175). Desta forma, “o infinitesimal é sempre um composto, nunca uma identidade/unidade. Nessa perspectiva, o que permanece é a mudança, a variação. [...] Assim, o caráter infinitesimal do real reside na sua natureza diferenciada-diferenciante. Isso significa dizer que o real é múltiplo – diferenciado – e em seu movimento, em suas composições e progressões produz diferença – diferenciante, portanto. A diferença aqui não é uma identidade dentre outras, mas a própria produção da vida em sua raridade” (SANTOS, 2008).

² Escuta surda, conforme apontado por HECKERT (2007, p.07), se refere “àquelas práticas que ouvem sem escutar [...] “neste sentido, a escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo”.

³ A noção de implicação “supõe, dentre outras, as análises transferenciais daqueles que fazem parte da intervenção, a análise de todos os atravessamentos ali presentes (sexo, idade, raça, posição sócio-econômica, crenças, formação profissional, dentre outros) e a análise das produções sócio-culturais, políticas e econômicas que atravessam esse mesmo estabelecimento e que também constituem os sujeitos que dele participam.” (COIMBRA e NASCIMENTO, s/d). Em suma, trata-se de colocar em análise as diferentes instituições que constituem a relação do cuidado, incluindo as que se materializam naquele que cuida.

⁴ “Desejo aqui entendido como trans-social, trans-histórico, trans-cultural, trans-político... O que significa pensá-lo conectado com o mundo e não reduzido a uma unidade auto-explicativa ou a possíveis derivações dessa mesma unidade” (Machado et alii, 2001:45).

⁵ Rodrigo é um nome fictício para preservar a identidade do paciente.

⁶ Este “tempo”, denominado por Deleuze (1992) de sociedade de controle, será melhor discutido no próximo t pico.

⁷ “A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção” (KASTRUP, 2009, p.32). “O objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças   qual o objeto ou fen meno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.57).