

Clínica, política e Reforma Psiquiátrica

Clinic, politics, and Psychiatric Reform

Williana Nunes de Moraes Louzada: Eduardo Passos

Universidade Federal Fluminense

RESUMO:

A partir da relação entre os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiras propomos uma relação entre clínica e política. Dessa relação fazemos o resgate histórico da aproximação entre os movimentos, apontando para o necessário enfrentamento aos modelos medicocêntrico e hospitalocêntrico, proposto pelas Reformas e que se faz presente hoje enquanto força pelo modo como o sistema de saúde se organiza. Pensar o problema da gestão em saúde pública se coloca como uma via de enfrentamento possível para a garantia de direitos quando, através dele, podemos problematizar modos de privatizar serviços públicos. Trazemos, por fim, a privatização não como bloco, mas como linhas que atravessam modos de cuidar/gerir.

Palavras-chave: clínica; política; gestão

ABSTRACT:

Based on the relationship between the Brazilian Health Reform and Psychiatric Reform movements, we propose a relationship between clinic and politics. From this relationship we make the historical rescue of the two movements, pointing to the necessary confrontation to the medicocentric and hospitalocentric models proposed by the Reforms and which are present today as a force for the way the health system is organized. Focusing the problem of public health management is a way of facing the privatization process of the public health system. Finally, we bring privatization not as a block, but as lines that cross modes of care / management.

Key-words: clinic; politics; management

Apresentação

Que relação a Reforma Psiquiátrica propõe entre a clínica e a política? Tal pergunta não pode ser respondida sem considerarmos a relação entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e o da Reforma Sanitária brasileiras. O Movimento da Reforma Sanitária foi expressão da resistência, no campo da saúde, ao autoritarismo que se instituiu a partir do golpe civil-militar-empresarial de 1964. A crítica à maneira como o sistema de saúde se organizava de forma centrípeta levou à aposta na descentralização, na participação com controle social, na cogestão. Tal aposta culmina na Constituição de 1988 que afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado. É esse sentido democrático e cidadão de saúde que direciona o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. No campo da saúde mental, cuidar em liberdade se torna diretriz clínico-política para nossas práticas.

Para montarmos a argumentação desse texto, precisamos partir da relação que a Reforma Psiquiátrica brasileira propõe entre clínica e política. E dizemos clínica e política, e não clínica ou política. A escolha da preposição não é trivial e indica uma posição ética, um *ethos* como atitude fronteira, limiar: habitar uma zona de indeterminação entre um domínio de saber e o outro. Entre clínica e política, não optamos por um ou outro, mas habitamos esse limite e sustentamos a tensão que daí advém.

Chamemos esse *ethos* de transdisciplinaridade, isto é, nem disciplinar, nem multi e interdisciplinar. Entre os dois domínios, valorizar os efeitos de perturbação que a política produz na clínica e que a clínica produz na política. A perspectiva transdisciplinar é a da perturbação, como articulação entre domínios do conhecimento que não se relacionam seja pelo convívio estável da multidisciplinaridade, seja pela relação de interseção entre domínios geradora de novas identidades disciplinares, como na interdisciplinaridade. A transdisciplinaridade articula os domínios num regime de perturbação mútua, de tal maneira que não resultam abordagens multidisciplinares nem novas matrizes disciplinares. Entre clínica e política a relação de perturbação gera como efeito submeter cada uma delas a um regime de variação, de criação de novos problemas, de invenção (PASSOS; BARROS, 2000).

Se a perspectiva transdisciplinar é a da perturbação, daí sua pertinência para pensarmos o tema da loucura. Acreditamos que essa é uma diretriz epistemológica sem a qual a radicalidade da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira perde parte importante do seu sentido. Tal sentido, por sua vez, é tributário da relação que a Reforma Psiquiátrica tem com a Reforma Sanitária brasileira. Nas décadas de 1970 e 1980 assistimos ao disparo do movimento da Reforma Sanitária. E a palavra *movimento* tem aqui o seu sentido forte, pois não se trata de uma organização, de uma associação, de um partido ou sindicato, mas de um movimento social como construção coletiva de um plano comum de ideias, práticas políticas, práticas profissionais na saúde que se direciona construindo para si suas próprias regras e metas. Trata-se de um movimento que aposta na autonomia coletiva, no sujeito coletivo, na gestão coletiva, na saúde coletiva. A Reforma Sanitária brasileira deve ser entendida como movimento de construção de uma política comum porque política pública: saúde pública porque saúde coletiva.

Esse movimento foi expressão, no campo da saúde, da luta contra o autoritarismo que se instituiu entre nós a partir do golpe civil-militar-empresarial de 1964. A partir daquele outro golpe – de que não podemos nos esquecer para orientarmos nossa resistência aos golpes que sofremos agora –, vários movimentos de insurgência surgiram: nos partidos de esquerda levados à clandestinidade; nos movimentos de luta armada contra a ditadura; nos movimentos

artísticos como o Tropicalismo, o Cinema Novo, o Neo-concretismo de Helio Oiticica e Lygia Clark, nas trupes de intervenção estético-urbana como a Nuvem Cigana. No campo da saúde fizemos também nosso movimento crítico pela redemocratização ao colocarmos em análise o modo como o sistema de saúde se organizava em torno de centros de saber e de poder. A diretriz clínico-política do movimento da Reforma Sanitária foi a crítica ao centripetismo no sistema de saúde brasileiro.

Se formos buscar uma fórmula para pensar os diferentes sistemas autoritários, podemos chegar à afirmação de que todo autoritarismo é expressão de um concentrado de saber e poder que se outorga o direito de organizar os coletivos independentemente dos interesses, dos desejos, das ideias desses coletivos eles mesmos. Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiras estiveram desde sempre em consonância ao criticar o modo como o sistema de saúde se organizava centripetamente. Dois centros de saber-poder foram identificados: o modelo hospitalocêntrico e o modelo medicocêntrico organizavam o sistema de saúde. E quando dizemos modelo hospitalocêntrico, não estamos fazendo uma crítica ao hospital, mas sim ao modo de organizar o sistema de saúde a partir da centralidade da atenção terciária e das formas de organização do processo de trabalho no hospital. Nada contra o equipamento, tudo contra o modelo hospitalocêntrico.

A mesma coisa por relação à organização do sistema a partir do concentrado de saber-poder do modelo biomédico. A crítica novamente não é contra os médicos, inclusive porque essa crítica ao modelo centrípeto era feita por muitos companheiros de formação médica. A crítica é ao modelo medicocêntrico.

Movimentos de Saúde e Redemocratização

Dizemos, então, que esses movimentos da saúde nos anos 1970 e 1980 foram pela redemocratização das práticas de produção de saúde porque resistiam ao autoritarismo apostando na descentralização, na participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (gestores, trabalhadores da ponta, usuários e sua rede social), no controle social a partir dos movimentos coletivos, na cogestão do trabalho em saúde.

Tal movimento da saúde acabou por se confundir com o movimento constituinte que culmina na promulgação da constituição de 1988, a constituição cidadã que, no que diz respeito ao tema da saúde, definiu como política de Estado o direito à saúde e o dever do Estado de garantir tal direito. A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse enunciado legal, constitucional, traz uma ideia de “todo”, ideia que precisou ser desdobrada resultando na formulação dos princípios do SUS.

Se a saúde é direito de todos, então todo cidadão brasileiro, independentemente de sua condição social, sexual, racial, religiosa ou de crença política, deve ter acesso aos bens de saúde – saúde tem valor de uso e não valor de troca e nesse sentido deve ser pública e coletiva (CAMPOS, 2000). Eis o primeiro princípio do SUS: universalidade do acesso à saúde.

Mas todos devem ter acesso a toda a saúde. O SUS amplia o conceito de saúde que não pode mais ser reduzido à assistência, pois o sentido de saúde inclui também a prevenção e a promoção. Toda saúde é uma expressão que doravante pressupõe o segundo princípio do SUS: a *integralidade* do Sistema de Saúde. O sistema de saúde, portanto, deve se organizar em rede, por diferentes equipamentos, e não só da saúde, já que a *intersectorialidade* se torna uma estratégia indispensável para o SUS. É a racionalidade médica que se altera com a ampliação do conceito de saúde, o que nos faz entender que a mudança nas práticas de saúde tem consequências epistemológicas importantes (LUZ, 2012).

Mas dizer que todos têm direito à saúde nos leva a perguntar: todos quem? Num país de tamanha desigualdade social, onde a heterogeneidade da população se traduz em injustiça social – uns tendo muito, outros tendo muito pouco –, o SUS propõe que as ofertas de saúde não sejam iguais para todos. O princípio da *equidade* afirma que quem precisa mais deve ter mais e quem precisa menos pode ter menos. A heterogeneidade de demandas sanitárias obriga que sejamos equânimes.

Mas como garantir a democratização das práticas de produção de saúde sem reconhecer os usuários como sujeitos de direito, como cidadãos? Esse é o desafio maior que o SUS enfrenta quando a Reforma Psiquiátrica se torna também política de Estado no Brasil. A atenção psicossocial que orienta o modelo de cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira pressupõe que o tratamento em saúde mental se faz com a diretriz clínico-política da reabilitação dos direitos sociais dos loucos. Tal defesa de uma atenção psicossocial tem sido golpeada, colocando em questão a Reforma Psiquiátrica como política pública. A experiência de golpe que vivemos deve ser entendida na múltipla acepção que a palavra guarda no português: 1) golpe de Estado comprometido em sua legalidade que desmonta políticas públicas e sociais e viola direitos adquiridos; 2) golpe como trapaça, artimanha, ardid, desfalque; 3) golpe como abalo, comoção, infortúnio; 4) golpe como contusão, trauma, lesão.

É porque estamos golpeados que precisamos mais do que nunca fortalecer as armas da crítica que foram propostas pelos movimentos de reforma na saúde. Trata-se, portanto, de uma resistência clínico-política, entendendo que é no limiar entre elas que podemos sustentar

nossa aposta. Para tanto, queremos aqui discutir o problema da gestão em saúde pública como estratégia de resistência ao processo em curso de perda das garantias do direito à saúde.

O SUS é montado a partir de uma estratégia de democratização na gestão. Na Reforma Sanitária, a alteração da estratégia do modelo de gestão é correlata à alteração do modelo de atenção. A pesquisa de doutorado que um de nós realiza no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense trata desse problema a partir da experiência de imersão em dois Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro (CAPS), sendo um gerido por uma Organização Social, o que impacta mais claramente o modelo de gestão. A pesquisa se faz também em um CAPS de gestão direta da Secretaria de Saúde e Superintendência de Saúde Mental, onde há também expressões dessa mudança. O doutorado, em fase conclusão, discute o desafio da democratização da gestão como estratégia de resistência e força de enfrentamento à lógica empresarial que vem tomando as políticas de saúde no país. Interessa-nos pensar a inseparabilidade entre modelo de atenção e modelo de gestão, entre clínica e política no cotidiano das práticas de atenção psicossocial.

Traremos aqui um caso a ser tomado como uma situação analisadora do sistema de saúde mental pública frente aos novos desafios colocados ao SUS pelos processos de privatização em curso.

O distanciamento entre gestão e participação popular

O SUS é um projeto universal de saúde que substitui sistemas que atendiam apenas trabalhadores formais e se assenta na ideia de descentralização e democratização na atenção e na gestão. O que era centralizado nas esferas federal e estadual, com INAMPS, IPSEMG, por exemplo, passa a ter funcionamento básico nas esferas municipais. Funcionamento básico porque a atenção básica cabe aos municípios, o que é o ponto mais fundamental da rede do SUS. É preciso, então, contar com o saber do território para cuidar das pessoas que estão ali. Nesse funcionamento, atenção e gestão não podem se separar, visto que esse mesmo saber que cuida no território deve orientar a política de saúde. O SUS nasce como política com controle social, que são os conselhos distritais, municipais, estaduais e federais, etc. Essas reuniões de conselhos vão produzir conferências municipais, estaduais e nacionais. As conferências são instâncias deliberativas que devem orientar a política de saúde de modo descentralizado e democrático.

Neste contexto, a política de saúde mental é orientada por uma gestão igualmente democrática, com dispositivos que atuam nos territórios de onde extraem as diretrizes das

políticas de saúde. Seguindo esse entendimento do nosso sistema de saúde, formulamos um problema junto às mudanças nos modelos de gestão: que diferença fazem, na nossa clínica, os processos de privatização na saúde mental?

Em várias regiões do nosso país, tanto nos equipamentos federais, estaduais quanto municipais, identificamos a parceria público-privada para a gestão. Temos várias formas de terceirização de serviços, desde aquelas que lidam com as atividades-meio, como alimentação, limpeza, manutenção. Temos também terceirização de mão de obra da atividade-fim, ou seja, das mais diversas profissões que atendem diretamente os usuários. É um pouco estranho separar as atividades: entendemos que em um CAPS, por exemplo, todos de algum modo podem participar do projeto terapêutico dos usuários. Estamos aqui fazendo esta separação entre atividades-meio e atividades-fim, pois, nas mudanças do modelo de gestão, a terceirização aconteceu em tempos diferentes, havendo inicialmente a privatização das atividades-meio. Queremos adentrar um pouco mais na problemática da terceirização integral da gestão do serviço de saúde mental.

Temos, em muitos lugares, a terceirização apenas dos trabalhadores da atividade-fim, mas ainda com gestão direta. São os casos de organizações não governamentais (ONGs) e associações que contratam as equipes, mas essas ainda estão submetidas a uma administração pública direta. Há uma questão ainda mais sofisticada, que são terceirizações completas, onde uma organização recebe repasse de verba pública e faz a gestão completa dos serviços.

Na cidade do Rio de Janeiro, existem as duas situações convivendo na saúde mental. Temos CAPS que funcionam com servidores públicos e alguns terceirizados na atividade-fim e temos CAPS integralmente montados e geridos por Organizações Sociais (OS), que são organizações públicas de direito privado, que devem operar sem fins lucrativos a partir de credenciamento governamental. ONGs e fundações, por exemplo, podem ter essa qualificação. Uma OS não nasce como tal, mas uma determinada organização se qualifica como OS uma vez possua conselho gestor misto que conte com um integrante do setor público. Algum funcionário da prefeitura ou estado precisa participar desse conselho.

Retomando a constituição do SUS em sua relação com o que veio substituir, pesquisas recentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ em parceria com outras universidades identificaram que responsáveis pelos contratos das OSs com os governos têm seus nomes associados às antigas organizações filantrópicas que “cuidavam” da saúde dos não assegurados (Antes do SUS, eram assegurados apenas as pessoas que contribuía para o sistema, os trabalhadores com carteira assinada.). Vale lembrar que essas entidades de caridade, como santas casas de misericórdia, recebiam financiamento governamental (e em

alguns lugares ainda recebem, como conveniadas) para seu funcionamento e ficariam com muito menor demanda após a criação do SUS (SOUSA, 2012). No entanto, com a constituição de 1988 e a fundação do SUS, o setor das fundações filantrópicas não ficaria à míngua. Em 1997, o governo federal, a partir de uma medida provisória, define e cria as Organizações Sociais, onde nos parece que esses empresários da saúde (ou pelo menos parte deles) se alocaram para continuar tendo seus ganhos. Os responsáveis pelos contratos de gestão entre governos e OSs são pessoas ligadas a essas instituições filantrópicas que atendiam, antes do SUS, os “desamparados”.

Em nossa pesquisa, propusemos fazer uma investigação cartográfica em dois CAPS do município do Rio de Janeiro, sendo um gerido por OS e um gerido diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde e Superintendência de Saúde Mental.

A partir de um trabalho de imersão nesses dois serviços, com a atenção voltada às suas engrenagens, visamos entender os modos recentes de gerir, financiar e trabalhar nesses CAPSs. A aposta metodológica da pesquisa impôs que a observação ocorresse com a participação ativa dos trabalhadores, visto que as engrenagens investigadas não podem ser entendidas em seu aspecto puramente técnico e objetivo. O modo de trabalhar e a organização do processo de trabalho em saúde envolve a dimensão subjetiva dos atores envolvidos. Investigávamos uma realidade objetiva-subjetiva, o que nos implicava necessariamente no trabalho de pesquisa e impunha a igual implicação dos participantes tanto na coleta de dados quanto em sua análise. A metodologia da pesquisa tomou como objeto de interesse processos de subjetivação no cotidiano do trabalho em saúde.

Foi um processo de imersão de quatro meses em cada um dos CAPS, observando e participando do cotidiano dos serviços, de oficinas, em relação com trabalhadores e usuários. Cada um desses dias (um turno ou dois por semana nesses quatro meses) gerava um diário de campo. Ao sair dali, a pesquisadora registrava em seu diário o que tinha se passado, como tinha se sentido e em que isso se relacionava com o problema de pesquisa.

Foram experiências muito diferentes em cada um dos CAPS. Inicialmente tínhamos a ideia de comparar os equipamentos para formular a diferença entre eles. Mas esse objetivo se desfez, porque percebemos processos de privatização ou linhas privatizantes nos dois serviços. As diferenças foram inevitáveis e alguma comparação também, embora essa não tenha se mantido como a tônica metodológica da pesquisa.

Em um dos serviços, o que chamamos CAPS próprio (administrado diretamente pela prefeitura), a participação foi efetiva na rotina. A pesquisa foi acolhida e integrada ao cotidiano. Já no CAPS OS, encontramos um fechamento. Não desejavam essa discussão, a

temática da privatização. As conversas e inserções precisavam ser mais forçadas: perguntas mais diretas, entrevista, marcações mais específicas sobre o tema.

Nesse tempo, então, sem separar teoria e prática, conhecimento e produção de conhecimento, trabalho e estudo, colocamos em análise o modo como nos afetamos com o cotidiano na pesquisa de campo nos dois serviços. Certamente nosso olhar esteve cego para alguns pontos e ampliou outros.

Linhas de privatização

Em uma primeira linha de análise, nosso modo de pesquisar encontra-se com a prática clínica, não só pelo que se delimitou como objeto e campo problemático, mas também porque, metodologicamente, a investigação em curso exigia a ativação de uma escuta sensível. Entendemos que nossa postura frente ao objeto que é pesquisado é a de escuta clínica. A partir da nossa presença nos serviços, fomos identificando a demanda que a própria pesquisa produzia e a colocávamos em análise. Cientes de nossas “misturas” incluídas na análise, a pesquisa ganhava esse sentido de análise institucional e de análise das implicações da pesquisa, como defende Lourau (1970; 2004).

Ao longo da pesquisa, seu campo problemático se mostrou constituído de linhas de força e jogos de poder. Frente a ele, a pergunta foi: quais efeitos os processos de privatização na saúde mental pública da cidade do Rio de Janeiro têm tido sobre o trabalho clínico desses serviços? Responder a essa pergunta nos levou ao campo e a autorização para entrada da nossa pesquisa nos CAPS já indicava dados importantes. O CAPS próprio teve aceitação tão logo a pesquisa se apresentou, enquanto o CAPS OS hesitou bastante. As equipes tiveram participação muito diferente nas duas experiências. A sensação de medo e ameaça ficou muito forte no CAPS OS – afinal, também se estava discutindo uma problemática muito mais claramente presente naquele serviço. Mas como não citar a situação do vínculo empregatício também? No caso do CAPS próprio investigado (não é assim em todos os CAPS próprios), 90% da equipe era de servidores públicos que, contanto com a estabilidade, sentiam-se mais à vontade para falar abertamente de suas críticas ao modelo.

No primeiro CAPS, muitas vezes, nos envolvemos em situações práticas do cotidiano do serviço, com manejo clínico e apoio direto nas atividades. No outro, nos sentimos “de fora”, barrados, e tal diferença nos indicava a importância e dificuldade para os trabalhadores do tema da privatização e das possibilidades de subverter as práticas que, por vezes, se tornam mecânicas e submetidas a um funcionamento empresarial e alienado.

Nas análises desse trabalho de campo, não podemos negligenciar a conjuntura da saúde pública no município do Rio de Janeiro na ocasião da entrada no campo da pesquisa. A prefeitura do Rio vivia com constantes atrasos salariais, redução drástica do orçamento da saúde, ameaça de fechamento de serviços e reorientação da política de saúde. Era evidente a fragilidade da política pública de saúde, com vínculos trabalhistas precários na montagem dos serviços. A reorientação na saúde mental podia ser identificada tanto pela política municipal, estadual quanto federal. Temíamos, no início da pesquisa, há quase quatro anos, terminar fazendo história. Já era notório que o desmonte vinha a galope. Hoje podemos constatar que a privatização já aconteceu! O que ainda estava em pauta é a mudança de modelo, a mudança de diretrizes.

No final de 2017, por exemplo, a comissão intergestores tripartite, uma dessas instâncias de gestão democrática e controle social do SUS, aprovou novas diretrizes para a política de saúde mental, retirando sua radicalidade antimanicomial. Em uma mensagem veiculada pelas redes sociais e supostamente de autoria do Coordenador Nacional de Saúde Mental, se evidencia a reorientação da política de saúde mental.

Mensagem dos médicos Antônio Geraldo da Silva (presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria) e Quirino Cordeiro Jr. (Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas) em 14/12/17:

ACABOU!!!! Após quase 30 anos de uma política pública de saúde mental no Governo Federal, que desfocou o atendimento e gerou a desassistência na área da saúde mental, tivemos hoje uma decisão maiúscula, na CIT. Após meses de reuniões, ampla discussão, um trabalho Hercúleo, foi aprovado hoje, sem intercorrências, as novas Diretrizes para as políticas públicas de saúde mental no Brasil. Nela inclui tudo que sempre lutamos e mais itens para beneficiar nossos pacientes, vários, onde se inclui na RAPS: Ambulatório especializado com a presença do Psiquiatra, CAPS IV para áreas de cracolândia com equipe multiprofissional e o psiquiatra 24h, Enfermarias de psiquiatria nos Hospitais Gerais com equipe multiprofissional e presença obrigatória do Psiquiatra, Hospital especializado em psiquiatria, com leitos qualificados, política continuada de proteção e atendimento no sistema extra hospitalar para os pacientes crônicos, não podendo existir mais moradores de hospitais, devendo ocorrer a substituição de pacientes moradores por pacientes com quadros clínicos agudizados, Comunidade terapêutica médica e não médica, e etc. Inicia as políticas de prevenção ao suicídio com a presença dos estados e municípios nas atividades do Setembro Amarelo e parcerias múltiplas. Vencemos uma batalha, mas teremos muitas pela frente para a implantação de todo o sistema e precisamos contar com a presença de todos. Agradecemos a todos pela ajuda continuada nesta luta. Abraço.

Nessa conjuntura constatamos, então, que os serviços de saúde onde pesquisamos esfriaram na discussão e na militância em defesa da gestão democrática. As OSs iniciam como uma grande questão para os trabalhadores e usuários da saúde, com manifestações e grande debate. Hoje são passivamente aceitas e há uma evidente aderência ao discurso da terceirização.

Conclusão

Parece pouco sinalizar que a exclusão do debate político, a calma frente à contratação por OSs e a gestão integral de CAPS por essas organizações é uma linha privatizante. O caminho do desmonte ou da reorientação da política, em larga escala, tem aí sua condição de possibilidade. Na pesquisa, um CAPS próprio parece sucumbir ao mesmo desmonte, em função da falta de investimento e da mudança de modelo de gestão que já se faz independentemente do fato de ser um serviço próprio ou gerido por OS.

Os modos de vida capitalísticos – segundo a expressão de Guattari (1981) para designar um modo de produção de subjetividade que pode estar presente em diferentes arranjos de política de Estado, mais à direita ou mais à esquerda –, nossa cultura de consumo, de descartáveis, a sensação de fontes inesgotáveis, do sem fim, do infinito da circulação do capital vão nos cegando para a direção de trabalho que necessariamente precisa comportar seu fim e, mais do que isso, trabalhar para seu fim. A falta do debate crítico e a aceitação crescente da gestão terceirizada têm sido favoráveis à mudança em paralelo dos modelos de gestão e atenção em saúde. Verificamos, no discurso vigente, uma forçada separação entre clínica e política, atenção e gestão, o que diminui a força democrática trazida pelo SUS. Forçar a separação entre a clínica e a política, entre atenção e gestão, é abrir caminho e criar condições de possibilidade para que o SUS não se efetive como política pública com participação popular e controle social. Arriscamos perder a diretriz de base: saúde para todos e qualquer um.

É muito delicado dizer essas coisas, mas as mudanças também começam pela interrupção do silenciamento gerado pelo modo violento de contratar e gerir uma política que se pretende pública. Certamente que não estamos aqui para fazer críticas vazias, mas para construir modos de enfrentar, criar linha de fuga à lógica de privatização do público que está em curso.

A clínica com os usuários do sistema de saúde mental que passaram ou estão em longa permanência psiquiátrica nos ensinou acerca da radicalidade de trabalhar para o fim de nosso trabalho. Essa é uma ideia indispensável para rompermos com a lógica capitalística no

campo da saúde. Aproveitamos a dureza das longas internações como arma para enfrentar nosso desafio. As enfermarias de longa permanência ou os núcleos de reabilitação e integração social dos hospitais psiquiátricos, na realidade pós Reforma Psiquiátrica brasileira, são espaços onde o trabalho em saúde mental se direciona necessariamente para o seu fim. Nesses espaços trabalhamos para o seu fechamento, considerando a luta antimanicomial como diretriz. Trabalhamos para nosso trabalho nesses espaços acabar. Mas e nos CAPS? A questão da alta clínica é um analisador importante do serviço substitutivo (GUATTARI, 2004; LOURAU, 2004).

Guattari (2004), em sua perspectiva clínico-política, define a direção da intervenção socioanalítica a partir do conceito de transversalidade, entendido como aumento da abertura comunicacional intra e intergrupos. Transversalizar é alterar o coeficiente de abertura de maneira a permitir o reposicionamento dos grupos na direção da autonomia. As noções de grupo sujeito e grupo sujeitado indicam esse reposicionamento. O grupo sujeito é aquele que comporta ou suporta seu próprio fim, isto é, pode abrir-se para processos de mudança, conjurando o medo da finitude intrínseco à introjeção do significante social (GUATTARI, 2004). Convive com a ideia da finitude. Entendemos isso como enfrentamento à lógica capitalística que infinitiza as relações de produção e de consumo. Pensar o trabalho clínico que inclua seu fim é apostar na diretriz da autonomização como tratamento e militância.

No circuito capitalístico como infinitude, de trabalho que gera mais trabalho, a interrupção do processo de produção ou o seu fim enfrenta as automatizações que o cotidiano produz. Na prática dos CAPS atualmente, produzimos e geramos demanda para os produtos de nosso trabalho: atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas, visitas domiciliares etc. Tais produtos são, muitas vezes, reproduzidos não por necessidades da atenção, mas por exigência da gestão. Como na lógica empresarial, o produto e a necessidade dele existir são coetâneos, ambos gerados pela lógica do capital.

Afirmamos então, na contramão, um trabalho que precisa suportar seu próprio fim. Entendemos assim o trabalho clínico em saúde pública, tomando o conceito de público em contraste com os modos de vida capitalísticos. Fazer uma clínica pública é trabalhar para o fim do nosso trabalho. O que isso quer dizer? Quer dizer que temos que visar a autonomia dos usuários, temos que pensar que o CAPS deve trabalhar para que os usuários prescindam do serviço especializado em saúde mental, que possa mapear com eles recursos no território que sejam promotores de saúde, a fim de que eles lancem mão dos recursos da cidade, e não de um serviço especializado.

A privatização do modelo de gestão impacta o modelo de atenção, na medida em que o processo de trabalho em saúde mental passa a visar a sua própria reprodução, isto é, se trabalha para atingir metas de produtividade que garantirão o repasse de verbas para o serviço continuar reproduzindo o seu modo de produção de saúde. A privatização da gestão em saúde pressupõe a infinitização do seu próprio modo de produção. A clínica, assim, é constrangida a não trabalhar para seu término. A clínica fica interminável por um imperativo do modo de produção capitalístico.

Referências

- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos* – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
- GUATTARI, F. O capitalismo mundial integrado e a revolução molecular. In: *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. (org. Suely Rolnik) São Paulo: Brasiliense, 1981.
- _____. *Psicanálise e transversalidade*. São Paulo: Ideias e letras, 2004.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995. Edição original: 1970.
- _____. *René Lourau, analista institucional em tempo integral* (org. Sonia Altoé). São Paulo: Hucitec; 2004.
- LUZ, M. T. *Natural Racional Social* - razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, v.16, p.71 - 79, 2000
- SOUSA, W. C. *Entre biopolíticas e biopotências: uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro*. Niteroi, RJ, 2012. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2012.

Williana Nunes de Moraes Louzada
Eduardo Passos
Universidade Federal Fluminense (UFF)
E-mail:willianabr@gmail.com