SANDRA MARIA SALES FAGUNDES

Águas da pedagogia da implicação

Intercessões da educação para políticas públicas de saúde

Aguas de la pedagogía de la implicación

Intercesiones de la educación para políticas públicas de salud

editora redeunida

Série Saúde Mental Coletiva

ÁGUAS DA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO

Intercessões da educação para políticas públicas em saúde

AGUAS DE LA PEDAGOGÍA DE LA IMPLICACIÓN

Intercesiones de la educación para políticas públicas en salud

Sandra Maria Sales Fagundes

editora
redeunida

Porto Alegre
2020

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Túlio Batista Franco
Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla
Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.
Conselho Editorial:
Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Alexandre Ramos de Souza Florêncio – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;
Àngel Martínez-Hernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Erica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Juleimar Soares Coelho de Amorim - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Mariana Bertol Leal – Ministério da Saúde, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Diagramação
Editora Rede Unida

Arte da Capa
Márcio Mariath Belloc

Copyright © 2020 Sandra Maria Sales Fagundes
Tradução para o espanhol: Márcio Mariath Belloc e Santiago Gómez
Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252
www.redeunida.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

F156a **Fagundes**, Sandra Maria Sales.

Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde / Sandra Maria Sales Fagundes; Prefácio de Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc e Ricardo Burg Ceccim. – 1. ed. -- Porto Alegre : Rede Unida, 2020. 458 p. (Saúde Mental Coletiva).
E-book: 36,9 Mb; PDF.

Edição bilíngue: português/espanhol
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-87180-21-2
DOI 10.18310/9786587180212

1. Educação em Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde. 4. Saúde Mental. I. Título. II. Assunto. III. Fagundes, Sandra Maria Sales.

CDD 610:356.6
20-30180016 **CDU 61:371.133**

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Prática pedagógica; Políticas públicas em saúde; Serviços de saúde mental.

2. Medicina: Prática de ensino; Saúde mental.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. (Saúde Mental Coletiva). E-book (36,9Mb; PDF). ISBN 978-65-87180-21-2.

Celebración de las bodas de la razón y el corazón

Para qué escribe uno, si no es para juntar sus pedazos? Desde que entramos en la escuela o la iglesia, la educación nos descuartiza: nos enseña a divorciar el alma del cuerpo y la razón del corazón. Sabios doctores de Ética y Moral han de ser los pescadores de la costa colombiana, que inventaron la palabra **sentipensante** para definir al lenguaje que dice la verdad.

Eduardo Galeano
El libro de los abrazos

Foto do encontro das águas do Rio Amazonas (Acervo Pessoal, 1999)
Foto del encuentro de las aguas del Río Amazonas (Acervo Personal, 1999)

Dedico essa produção
A quem vive comigo com o contrato de ficarmos juntos enquanto houver desejo;
A quem me disse, no aeroporto de Guarulhos, vindos de Cuba, que não faria a revolução comigo, mas não seria um obstáculo na minha vida;
A quem me provocou para que assumisse a coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 1987, com 28 anos de idade, indagando tens propostas? Tens o que fazer? Então?!...
a **Abraham Turkenicz**
por saber ser companheiro de mulher com vida própria;
por não ser obstáculo;
por produzir desejo há 22 anos.

Dedico esa producción
A quien vive conmigo con el contrato de estar juntos mientras haya deseo;
A quien me dijo, en el aeropuerto de Guarulhos, venidos de Cuba, que no haría la revolución conmigo, pero no sería un obstáculo en mi vida;
A quien me provocó para que asumiera la coordinación de la Política de Atención Integral a la Salud Mental de la Secretaría Estadual de Salud de Rio Grande do Sul en 1987, con 28 anos de edad, indagando ¿tienes propuestas? ¿Tienes lo que hacer ¿Entonces!…
*a **Abraham Turkenicz***
por saber ser compañero de mujer con vida propia;
por no ser obstáculo;
por producir deseo a 22 años.

SUMÁRIO

ÁGUAS DA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO:
Intercessões da educação para políticas públicas de saúde

VIDA PRODUZINDO VIDA, VIDAS PRODUZINDO VIDAS
Ricardo Burg Ceccim 11

ÁGUAS, HISTÓRIA, AÇÃO E O ESCÂNDALO DA IMPLICAÇÃO
Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc 17

INTRODUÇÃO 26

I - NASCENTES 30
1.1 Fronteira: a terceira margem do rio 30
1.2 Família: mescla de Apolo e Dioníso 31
1.3 Iniciações na vida 33

II - VERTENTES: vidaformação 37
2.1 Vidaescolarização 37
2.2 Vidaprofissionalização 39

III - CURSOS DAS ÁGUAS 45
3.1 Políticas Públicas de Saúde 46
3.1.1 A Saúde Mental: história e práticas 50
3.1.2 Municipalização da Saúde e Desinstitucionalização em Saúde Mental: dos hospitais às redes de atenção 79
3.2 Educação: potência intercessora 95
3.3 Movimento social: agenciamentos sócio-políticos 101

IV - ROTAS DE NAVEGAÇÃO: Inventário de práticas e extração de tecnologias pedagógicas intercessoras 112

V - ÂNCORAS DE UMA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO 159
5.1 Formação-atenção-gestão-participação 160
5.2 Poder e pensamento estratégico no setor da saúde 167
5.3 Transdisciplinariedade 173
5.4 Integralidade 180
5.5 Invenção, geração 186

VI - CARTA NÁUTICA OU AS INTERCESSÕES DA EDUCAÇÃO PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE 191

AGUAS DE LA PEDAGOGÍA DE LA IMPLICACIÓN:
intercesiones de la educação para políticas públicas de saúde

AGUAS, HISTORIA, ACCIÓN Y EL ESCÁNDALO DE LA IMPLICACIÓN
Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc 219

VIDA PRODUCIENDO VIDA, VIDAS PRODUCIENDO VIDAS
Ricardo Burg Ceccim 227

INTRODUCCIÓN 235
I - NACIENTES 237
1.1 Frontera: el tercer margen del río 237
1.2 Familia: mezcla de Apolo e Dionisio 238
1.3 Iniciaciones en la vida 242

II -VERTIENTES: vidaformación 245
2.1 Vidaescolarización 245
2.2 Vidaprofrsionalización 248

III - CURSOS DE LAS ÁGUAS 253
3.1 Políticas Públicas de Salud 254
3.1.1 La Salud Mental: historia e prácticas 258
3.1.2 Municipalización de la Salud y Desinstitucionalización
en Salud Mental: de los hospitales a las redes de atención 288
3.2 Educación: potencia intercesora 304
3.3 Movimiento social: agenciamientos socio-políticos 311

IV - RUTAS DE NAVEGACIÓN: Inventario de prácticas y extracción de tecnologías pedagógicas intercesoras 319

V - ANCLAS DE UNA PEDAGOGÍA DE LA IMPLICACIÓN 369
5.1 Formación-atención-gestión-participación 370
5.2 Poder y pensamiento estratégico en el sector de la salud 377
5.3 Transdisciplinaridad 384
5.4 Integralidad 392
5.5 Invención, geración 398

VI - CARTA NÁUTICA O LAS INTERCESIONES DE
LA EDUCACIÓN PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD 419

POSFÁCIO
Parecer sobre la disertación de Sandra Maria Sales Fagundes: Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para a políticas públicas de saúde. Mario Testa 429

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 434

ÁGUAS DA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO:
Intercessões da educação para políticas públicas de saúde

Sandra Maria Sales Fagundes

VIDA PRODUZINDO VIDA,
VIDAS PRODUZINDO VIDAS

Ricardo Burg Ceccim

Desde uma posição privilegiada, tomo em mãos o livro “Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde”, uma edição bilingue da Editora da Rede Unida. Vivi em vizinhança com a autora muitos dos eventos e percursos que marcam de afeto a presente obra. Sobretudo, acompanhei a tessitura do texto que lhe dá conteúdo na condição de orientador na pós-graduação *stricto sensu* em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A autora registrou seu nome na história da reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul e do Brasil. O Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul soube acolher sua proposta de documentar um percurso de formação/formulação de uma política pública onde a formação/qualificação de quadros foi estruturante na medida em que não se tratou de matricular pessoas em vagas de cursos, mas de operar com um processo educativo capaz de gerar movimento social e ativar processos éticos de si. Talvez se possa falar de cursos-dispositivos-de-ação. Poderíamos chamar esse processo formativo de gerador de militantes, mas sempre se tratou de uma paixão pela transformação e pela liberdade, de um lado o cuidar em liberdade da luta antimanicomial e, de outro, sermos poetas de nossas próprias vidas.

O livro discute o poder e discute a produção de subjetividade e, nessa medida, traz a educação como intercessora de políticas públicas. A investigadora, documentarista e perscrutadora de movimentos na paisagem cultural da saúde mental discute o poder, pois quer proporcionar bordas na política para ampliar a passagem das forças de vida que lutam por existir. A luta antimanicomial impôs constatar a luta presente em tantos movimentos contra o aprisionamento e o constrangimento da subjetividade. Por isso, se

em uma fase é a compreensão da fabricação da loucura como fabricação das exclusões, segregações, definição do normal, imposição da perspectiva médica e patologização da diversidade, então não se tratará mais da psiquiatria, mas da saúde mental, como ensinou Thomas Szasz (1971). Assim, é uma reforma da psiquiatria que nos virá para seguir na luta antimanicomial. Não patologizar como doença mental os comportamentos desviados, transviados ou em navegação nômade, mas afirmar a saúde com rumos incertos ou fora da ordem, a saúde da contestação de padrões e da rejeição da forma (fôrma ou pré-formatação). A saúde mental devém, então, como um evento sociocultural. Os movimentos de mulheres, de negros e negras, de gays e lésbicas, das pessoas com deficiência e de indígenas e povos ancestrais teriam muito por dizer, igualmente fora da ordem, em um sofrimento não essencial, mas renovado pela negação da produção singular de existência. Por isso, em uma outra fase, já não será mais a reforma psiquiátrica, mas uma reforma geral da subjetividade, como propunha Félix Guattari (1992), para afirmar não só a existência, mas as existências. São essas navegações que levam da luta antimanicomial, à reforma da psiquiatria, da reforma da psiquiatria à reforma geral da subjetividade, da psiquiatria à saúde mental, da saúde mental à saúde mental coletiva.

A obra que temos em mãos foi antes do livro, uma ação na política, pautada pela coragem, pela sinceridade e pela decisão de fazer. A narradora documentarista atuou na gestão governamental e, na oportunidade, fez mover pensamentos e práticas no campo da saúde mental, em luta por novas formas de subjetividade, o que implicava viver e agenciar novas formas de subjetividade, implicava transformação social e a produção de relações socioéticas que permitissem: o cuidar em liberdade; a liberdade; e a criação das formas de vida da liberdade. Leia-se: saúde mental coletiva. Esse exercício da ação política ganhou território por meio de práticas de formação e, então, a palavra formação derivou para neologismos de tessitura com a invenção da vida ou a atualização de si no mundo da vida, desmanchamento de formas para aventuras de formação: vidaformação. Donde a vidaescolarização e a vidaprofissionalização, pois, sim, tratou-se de

pensar as políticas da vida ou da saúde mental coletiva na educação formal e na preparação de novas gerações profissionais, assim como na educação permanente em saúde para os quadros de trabalhadores no ensino e no trabalho em saúde.

O presente livro teve um primeiro trabalho de intervenção na realidade, passou pelo trabalho *dissertativo* de pensar e escrever uma prática, trazendo a *tese* de que foi a educação que operou o processo subjetivo de enunciação e visibilidade à saúde mental coletiva: a *dissertese* da educação como intercessora em políticas públicas de saúde, inserido no mapa socioético da cidadania, donde a saúde mental coletiva. O que é fascinante nessa *dissertese* é a reunião de um dossiê memória do nascimento e implantação da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e a introdução do conceito de Saúde Mental Coletiva na cena nacional como pauta de gestão em saúde e como pauta da formação e educação permanente em saúde. A sessão pública de defesa acadêmica desse trabalho, em sua primeira versão, contou com uma nota no jornal de maior circulação na cidade e com a presença de um público de 140 participantes. O Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul dispunha de uma "sala das defesas" com 40 lugares, por sorte, foi movida a defesa pública para o auditório da Faculdade.

Ao longo dos anos, desde a defesa na pós-graduação, até hoje, são constantes as consultas sobre onde encontrar o conceito de Saúde Mental Coletiva e a principal referência tem sido o acervo de dissertações e teses da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nos últimos 10 anos, o trabalho original presente no acervo digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul teve 2.878 downloads e 2.028 acessos. Nos anos de 2015 e 2016 (período que marcou o golpe parlamentar que retirou do governo federal a presidenta Dilma Rousseff, período cujo abalo à saúde mental nacional só encontra maior precedente, no caso do período democrático, com os anos de 2018 e 2019, com a ascensão do governo Bolsonaro), o número de downloads e acessos ao trabalho foi recorde (em 2015 foram 586 downloads e 206 acessos; em 2016 foram 427 downloads e 231 acesos). Os recordes

de acesso foram em 2016 e em 2017 (231 em 2016, 224 em 2017). Foram 1.013 downloads em 2015-2016; 437 acessos em 2016-2017.

Transformar planos de metas em presença na realidade sempre foi o fazer da pensadora que soube escrever um documento de fôlego, por isso também exerceu muitos cargos de gestão e, mesmo não assumindo uma carreira universitária, jamais abandonou a docência (desde o final dos anos 1980 até hoje), atuando como professora convidada em múltiplos programas de educação em serviço, cursos de especialização, programas de residência e aperfeiçoamento e cursos de mestrado. Apenas Sandra, Profa. Sandra ou Dra. Sandra, tanto faz, se da docência ela nunca se afastou sem ser professora de carreira, já que na clínica em saúde mental ou na luta antimanicomial sempre atuou e na gestão já ocupou muitos lugares: foi coordenadora estadual da política de atenção integral à saúde mental; foi secretária municipal de saúde em Viamão (região metropolitana) e em Porto Alegre (capital), no caso do Rio Grande do Sul; foi secretária estadual de saúde nesse mesmo estado e foi superintende do Complexo de Saúde Grupo Hospitalar Conceição. Não se trata de uma mulher da retórica ou do palavreado bonito, características que efetivamente dispõe, mas de uma mulher de iniciativa política, de ação coordenadora, de ação dirigente, de ação formadora, de pensamento ousado e de desestabilização de qualquer lugar comum nas retóricas, nas iniciativas e na coordenação de processos.

Para a autora, o processo educativo é pensar junto, produzir conhecimento em agenciamento de aprendizagens. Para ela, a transformação do mundo não passa pela idealização e pela promoção de um mundo melhor, passa pela ação imediata. Uma mulher ousada e deliberada, sensível e acolhedora. Possui o charme da mulher irreverente, o sorriso farto de quem se encontra com as forças vivas da alegria, a precisão de quem aposta na abertura de possíveis, na invenção de realidades (de si, de mundo e dos entornos) e nos poetas de vida.

Águas da pedagogia da implicação: água é navegação, é mergulho, é molhar-se, é força da vida e o substrato insubstituível da vida, é a imagem símbolo da biologia, imagem da vida. Águas são, também, os lençóis

subterrâneos de vida, que fazem caminhos invisíveis de redes de vida, que afloram em bacias, que evaporam e chovem, que irrigam e que convidam a nadar. Quantas vezes precisamos de um banho de água fria, de um banho quente ou de um banho nas águas do rio? Quantas vezes precisamos de águas da pedagogia para nos mover do lugar, nos tirar das certezas inúteis, das zonas de conforto para as zonas de desenvolvimento, nos convocar à interação e ao compartilhar? Águas da pedagogia da implicação: passa por mim, passa por nós, passa em cada fazer nosso. Quer transformar? Transforme-se.

O livro nos apresenta a formulação de teoria, a formulação de prática, a formulação de política, o componente intersetorial e interinstitucional da saúde mental de movimentar realidades, coletividades, a vida em sociedade. Para essa autora formadora e formuladora, Saúde Mental Coletiva foi um conceito exigido pela ação, por seu modo de fazer a formação e a gestão. A profissional atenta não desperdiçou seus aprendizados, soube generosamente fazer política, gestão e ensino. Seus conceitos são criação de conceitos que emergem da produção de realidade. Este livro é o livro de uma documentarista, de uma militante da saúde mental, de uma mulher armipotente. Com uma experiência prolífica, seu texto tem passado, presente e futuro, já era ação, antes de ser texto, foi texto-ação, vem sendo ação-texto e agora armífero. Na edição bilingue com o espanhol, as águas subterrâneas, em cujas bacias de superfície a autora muitas vezes se banhou, e águas de vida subterrânea a transmigrar pelo continente sul-americano. Águas de profundo amor latino-americano, decolonial. Um livro como aquífero decolonizador por uma saúde mental da latino-américa.

Nesse momento em que escrevo esse prefácio me recordo de outra pesquisadora, Maria Cristina Carvalho da Silva (2008), também pesquisadora nos encontros da Saúde Mental com a Educação e que nadou e navegou por essas águas, aqui relatadas, da pedagogia da implicação e apresentou uma reflexão narrativa, resultado de pesquisa junto aos Centros de Atenção de Psicossocial, com a presença da força imagética de uma porta de saída, uma imagem donde se constatava os usuários saindo para a

rua. Já não mais a etapa do acolhimento em um serviço, mas a coragem de tomar a rua. O livro que temos em mãos reporta a memória dos Centros de Atenção Integral em Saúde Mental – Cais Mental, antecedentes, no Rio Grande do Sul, dos Centros de Atenção Psicossocial, hoje integrantes da política nacional de saúde. “Cais” são embarcadouros e desembarcadouros para aqueles que navegam. Se os Centros de Atenção Psicossocial emergiram após o debate da reabilitação psicossocial (sair dos manicômios), os Cais Mental já se propunham, via Saúde Mental Coletiva, ao ponto de embarque e de desembarque ao longo do navegar em águas da pedagogia da implicação, estando em causa a saúde mental.

O leitor pode se deliciar com o livro: é leve, é ágil, é historiográfico, é geográfico, é educativo, é político, é sentipensante, como traz nossa pesquisadora, desde Eduardo Galeano (2002) e sua reivindicação à compreensão dos ancestrais da latino-américa sobre “a palavra que diz a verdade, que não separa cabeça e coração”, díade irrecusável para o estar presente no mundo vivo, sob a vida, em produção de vidas, em direito à saúde! Boa leitura, bom aprendizado e ganas à boa luta pelas vidas de todos e todas!

Referências

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. **Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade**. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GUATTARI, Félix. Pratiques écosophiques et restauration de la Cité subjective. **Chimères – revue des schizoanalyses**. 1992; n. 17, p. 95-115.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. [1971]. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

ÁGUAS, HISTÓRIA, AÇÃO E O ESCÂNDALO DA IMPLICAÇÃO

Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc

As fontes de Sandra Maria Sales Fagundes estão em Uruguaiana, terra natal de onde traz sua forma de ser, de se expressar e sua natureza de conexão com as terras vizinhas da Argentina. Suas nascentes se expandem pelo solo gaúcho, brotando aqui e ali, às vezes em forma de arroio doce e calmo, às vezes em corredeiras e águas turbulentas. E dessa mescla ganha força para habitar muitos outros territórios nos aforas, pelo Brasil e pelas Américas como uma só pátria, uma só América! Sandra é cidadã do mundo!

Mulher, mãe, avó, amiga, companheira, militante, psicóloga, psicanalista, gestora, trabalhadora, educadora, Sandra é múltipla! Navega pela vida e seus cursos d'água tendo sempre ancoradouro nas causas nobres: militante da saúde pública e universal, como construtora do Sistema Único de Saúde brasileiro; militante de la luta antimanicomial e pelo cuidado em liberdade, sendo uma referência política, técnica, ética e afetiva do campo da saúde mental; militante dos direitos humanos e atualmente escutando e acompanhando os migrantes. Suas correntezas estão espraiadas nas lutas em que o humano esteja em jogo. A defesa da vida é sua causa maior. Os direitos humanos, mais que palavras de ordem, são a força do pensamento estratégico de Sandra em todas as áreas em que trabalha.

Mulher de palavra certeira, visão estratégica, raciocínio rápido e coração gigante. Prenhe de ideias, fecunda a vida onde haja espaço: seja na coordenação da política de saúde mental, ou como superintendente do mais importante complexo hospitalar público do sul do país, o enorme Grupo Hospitalar Conceição (GHC), seja como Secretária Municipal de Saúde de Viamão ou Porto Alegre, seja como Secretária Estadual de Saúde do Rio

Grande do Sul, seja no movimento social junto ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), ou como professora da Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ou inclusive em uma reunião na sala de sua casa, sempre aberta a uma boa conversa, à acolhida, ao pensamento construtor de mundos melhores e mais inclusivos, a pensar o coletivo. E se não há espaço para este tipo de pensamento, ela o cria, escava, inventa, põe forma. Trabalha na oportunidade, habita a fronteira. Assim é Sandra!

Quem convive com ela tem a oportunidade de aprender com uma mulher forte, sem perder a ternura, que tem posição e opinião, inclusive quando o cenário é hostil. E as mulheres sabem que o cenário é invariavelmente hostil. Uma mulher que é absolutamente generosa em compartilhar, que não deixa ninguém para trás, que insiste em investir sempre na relação com o outro, no encontro. Nunca perdeu o brilho nos olhos, as utopias, o calor no coração e a capacidade de lutar e de acreditar que um outro mundo é possível!

Forjada nos interstícios da fronteira, com um pé lá e outro aqui, Fagundes nos ensina que é necessário habitar o entre. A fronteira é espaço de vida e também de criação, inclusive de outras línguas. É possível inventar o novo, criando uma terceira margem para ancorar desejos de independência, autonomia e autoria, adquirindo uma familiaridade com o infamiliar que nos habita. A busca de possíveis no impossível do humano, assim caminha Sandra em sua vida e em seus escritos.

Em suas *águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde*, que a autora defendeu como dissertação de mestrado em 2006, somos convidados a lançar-nos no curso dos rios da saúde mental coletiva, da educação permanente e dos movimentos sociais. O escrito parte do problema gerador de construir e defender uma pedagogia da implicação como gestão de processos de transformações nos sujeitos e seus entornos. Como orienta-nos a própria autora, tomaremos o escrito como quem examina una carta náutica, tendo a formação como eixo estrutural. Partimos das nascentes vida-escolarização e vida-profissionalização, itinerários formativos que na obra de Fagundes são

premissas básicas para que possamos ser quem somos e operar transformações no tecido do mundo como produção de vida e cidadania. E na preparação para este porvir, somos convidados a um passeio pela história desta grande aventura vivente. Desafios macro e micropolíticos da construção contínua de nossa sociedade, que não é um progresso ascendente, senão uma constelação de giros e espirais históricas, uma sinfonia interminável composta por mutíssimas mãos. Assim, neste livro a reflexão se estrutura por narrativas, historias de transformações singulares e coletivas. Entra-se nas águas fagundeanas de mãos dadas a Heráclito. Ou melhor, Fagundes nos toma generosamente pela mão para adentrar em correntes heraclitianas.

E nesta dialógica narrativa um grande divisor de águas se apresenta: la residência multiprofissional do Murialdo. Espaço de encontro com outras profissões, outras lógicas do saber e fazer saúde depois de graduação em psicologia. O próprio encontro passa a se constituir como território. Espaço-transição entre estudante e profissional. Espaço-entre cheio de impossíveis, mas também de possibilidades. Espaço-mesclas, de aprender novas línguas, o Murialdo foi o caminho das águas que produziu o estuário da saúde pública e coletiva como curso de vida. A gestão, a atenção, a educação e o movimento social são os rios que conduzem a este destino.

Quando adentramos ao apartado das políticas públicas de saúde do início dos anos 1980 apresentado pela autora, deparamo-nos com seus precisos debate e reflexão – profundamente atuais – sobre as propostas neoliberais, o terror de estado e o discurso econômico buscando calar movimentos e sindicatos, com recessão e crise, a desvalorização da vida de muitos e muitas, mas também com toda a potência que se engendra a partir das novas organizações não-governamentais, as cooperativas, as experiências de autogestão. O cenário apresentado no texto, como a narrativa definida por Walter Benjamin, se atualiza no agora deste contexto pandêmico e nos dá pistas para entender o presente e os desafios que enfrentamos neste 2020: com todas as contradições, conflitos e incertezas, com as desigualdades sociais aprofundadas pelo avanço de uma postura ultraneoliberal. Um agora que também se dobra e se atualiza em uma

resposta possível, convoca-nos a uma militância sócio política como nos ensina Fagundes.

Navegando nesses rios, deparamo-nos com as histórias e práticas da saúde mental coletiva, já em 1987 com ares de grandes mudanças sendo desenhadas pelos atores da reforma sanitária brasileira, da luta antimanicomial e da redemocratização do país. Assim, Fagundes assume a coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde de Rio Grande do Sul (SES/RS) em um contexto de reabertura democrática nacional, no qual várias cidades e estados vivem novas possibilidades de constituição de uma rede de cuidado em território. Na SES/RS, em conjunto com diversas(os) outras(os) trabalhadoras(es) que vai agregando nesta construção, criam a carta guia como uma proposta de saúde mental para o Rio Grande do Sul. Passo a passo a saúde vai se estruturando desde três esferas de governo – federal, estadual e municipal – onde as cidades passam a ter maior protagonismo: o que se chamou municipalização solidária da saúde. No campo da saúde mental, a desisntitucionalização é a palavra de ordem que deve ser buscada como forma de restaurar uma dívida histórica e humanitária criada por uma política equivocada de confinamento e segregação. A educação é a potência intercessora que põe o processo em movimento, dando o empuxo para a ação, na construção de novas respostas sociais à cidadania do dito louco, sendo o movimento social o agente sócio político desta engrenagem.

As rotas de navegação nos conduzem à análise do processo de formação desenvolvido pela autora, em interlocução com suas próprias produções para os cursos de pós-graduação postos em prática, a bibliografia vigente, as produções acadêmicas de várias(os) autoras(es) sobre saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul e o diálogo aproximado com outros mentaleiros, primeiros leitores desta produção, que contribuíram para a mesma, detalhando informações, lançando questionamentos, produzindo reflexões para uma pedagogia nômade. O curso das águas passa por várias cidades gaúchas, onde ocorriam os cursos de pós-graduações e percursos formativos e as transformações: Porto Alegre, Santa Maria, Passo Fundo, Ijuí, Bagé, Nova Prata e a região do litoral norte. Também Rio Grande,

Alegrete, fazendo ponte com Posadas (Argentina) e Melo (Uruguai). A passagem por estes territórios com as formações em saúde mental coletiva se transformaram em eventos-adventos. A aposta foi por módulos nos quais se realizaram eventos abertos mobilizadores com o objetivo de politizar a sociedade com o tema da saúde mental coletiva, produzindo ressonâncias e transformações em eventos futuros e incidindo na construção de políticas públicas nas Américas, com a produção de livros a leis. Os encontros contaram com a presença de muitas(os) gestoras(os) e trabalhadoras(es) de múltiplas formações, com as grandes referências da saúde mental da época e muita produção coletiva. Algo que podemos classificar como um acontecimento, tal como nos ensina Jorge Valadares, pois tem a força de produzir rupturas, de transformar, de gerar rotações no tecido social. O sul se transformou no centro do mundo e convidados de todos los lados do país e de fora vinham contribuir com esta potente construção. Colocou em movimento outros campos como a arte, com destaque para a exposição da obra de Bispo do Rosário. Assim como a comunicação, o evento do Fórum Estadual de Saúde Mental em 1991 invadiu as ondas do radio, permitindo com que os ouvintes participassem da mesa saúde e loucura, intervindo, questionando. Eventos-adventos que rompem as paredes da institucionalidade para desaguar no tecido social, entrar nas casas, e dialogar com as pessoas da comunidade, ali onde elas vivem, mobilizar. Nas regiões mais fechadas e sem histórico de trabalho expressivo no campo da saúde mental coletiva, a estratégia para tirar o tema da invisibilidade é colocá-lo no centro da polis. Neste sentido, foram desenvolvidas feiras de artesanato produzidas por usuárias e usuários de saúde mental.

A passagem desta nau produzia efervescência, tensionamentos, desacomodações e encontros. Em cada região os eventos-adventos dialogavam com as necessidades e características locorregionais como forma de abrir espaço para circulação de um outro discurso. E assim as formações e eventos-adventos se espraiaram por todo o solo gaúcho.

Então surgem as âncoras de uma pedagogia da implicação, circuitos desejantes que põem em movimento a criação, a partir dos conceitos de transdisciplinaridade e integralidade, com a marca indelével do dispositivo da

invenção/geração, das categorias do matriciamento para implicação, a partir da aposta de que os ambientes de trabalho são espaços de forma(ação)-aten(ação)-gest(ação)-particip(ação)-investig(ação). Também na necessária analise das relações de poder, utilizando o pensamento estratégico como forma de planejar as ações, já que era urgente estabelecer estratégias ativas para implementação do SUS e sua consolidação nos distintos territórios. Mas implementar estas estratégias com tais categorias é um enorme desafio, pois a concepção hegemônica ainda hoje considera que o trabalho em saúde é a assistência, sendo todo outro não-trabalho, em função de quatro vetores que precisam ser desmontados, como nos ensina Fagundes: concepção de saúde como ausência de doença, remuneração dos serviços por procedimentos, política de pessoal como gerencia de recursos e formação em saúde. Para desmontar estes vetores é necessário criar espaços que permitam o nascimento do investigador/praticante dentro dos serviços de saúde. Alguém que possa deixar de apenas realizar procedimentos para assumir um trabalho de pensamento, de intervenção e análise, contrapondo as forças instituídas cristalizadas dentro do setor saúde à análise das implicações. A implicação, neste sentido, é constitutiva de produção de conhecimento. A autora então argumenta que é necessário acionar as engrenagens de mudança indicadas por René Lourau, o amor e a loucura e produzir o “escândalo da implicação” como aconteceu no processo do Rio Grande do Sul com a Saúde Mental Coletiva. Para contar essa história, a autora nos apresenta seus companheiros de pensamento e ação, e que inspiraram a construção desta rota de navegação, como Mario Testa, Ricardo Ceccim, Emerson Merhy, Abraham Turkenicz, Judete Ferrari, Alcindo Ferla, entre outros. Vai lançando mão de conceitos-ferramentas ao mesmo tempo em que indaga e analisa os movimentos instituintes que surgem nas diferentes regiões. Sempre analisando as relações de poder político, administrativo e técnico, que, apesar de independentes, se interssecionam no campo. Na formulação do escrito, o poder surge como uma categoria a serviço do pensamento estratégico, capaz de promover autonomia, coragem, ousadia para as autorias.

A carta náutica, ou as intercessões da educação para uma política pública de saúde que a autora nos apresenta, estão recheadas de experiencias, que generosamente ela divide com o colectivo. Partindo de sua própria historia e de seu lugar no mundo, falando em primeira pessoa e expondo as aventuras e as desventuras de trabalhar no campo das políticas públicas, seja como gestora, militante, professora, mulher e trabalhadora. No compartilhamento de suas experiências se tece o mapa das águas da pedagogia da implicação, deste desafio que é gerar capacidade de análise coletiva e resgatar autorias para os processos de transformações necessárias para a implementação de um dos maiores patrimônios brasileiros que é o *Sistema Único de Saúde*. Fagundes afirma que percorrer as correntes possibilita conhecer o lado de dentro do mundo, compreender o escorrer e circular do sentido. E prossegue nos falando de uma corrente flamante, que desce como mil vozes audíveis, decifráveis em outras tantas línguas encarnadas. É assim que percorremos seu texto, conhecendo o lado de dentro da saúde mental coletiva, escutando as mil vozes polifônicas que gritam nos territórios, os escândalos e as provocações, as ações, os pensamentos, a vida como ela é, ali onde ela acontece. Esperamos que os leitores se deixem levar neste curso das águas, pelas rotas de navegação propostas pela autora, embalados nos sonhos de ousadia, banhados de implicação para construir um outro mundo possível a partir de movimentos instituintes e de autoria.

Esta edição bilíngue conta com também com uma versão em castelhano, traduzida por Márcio Mariath Belloc e Santiago Gómez. Tradução mais que necessária para fazer chegar às Américas e aos territórios de língua castelhana, uma produção que sempre foi construída coletivamente com estes, que nunca esteve de costas aos demais países da América Latina, pois sempre a considerou ¡*una sola patria*!

Para nós um grande prazer adentrar estas águas, navegar nesses rios e deixar-nos levar pelo pensamento de Sandra Fagundes. Amiga, professora, chefa, colega de trabalho, parceira de militância e companheira de vida. Transitar na fronteira do português e do espanhol também foi um suave percurso, marcado por recordações e afetos, uma vez que esta língua

também é para nós uma língua materna. Com bons ventos, carta náutica na mão e ânimos inspirados convidamos o leitor a esta imersão na escrita inspiradora de Sandra. Com ela voltar no tempo e desaguar nos inícios de nosso século é fundamental para compreender o presente e inspirar uma pedagogia da implicação em cada um dos leitores e leitoras capaz de romper com as amarras do presente, desenhando um novo amanhã!

Camiseta da Campanha *São Pedro Cidadão* (RS, 2000)

INTRODUÇÃO

O problema gerador desse trabalho é a construção e a defesa de uma *pedagogia da implicação*, desafio detectado nas intercessões da educação para as políticas públicas de saúde, quando se operam processos de gestão da inclusividade, da permeabilidade social e da mobilização da participação, além da operação de dispositivos de aprendizagem e, nesse sentido, a pedagogia da implicação se configura como gestão de processos de mudança de si e dos entornos. O *problema* pode ser desdobrado:

- uma pedagogia da implicação contém uma metodologia de educação?
- uma pedagogia da implicação é instituinte (intercessora) de políticas públicas de saúde?

Para o percurso da escrita, na procura de uma teoria, foi utilizada a imagem das águas e das navegações. Esta escolha é a da produção de sentidos, de um lado, na minha gênese histórica e psíquica, e, de outro, nas invenções/gerações exigidas pelos processos de mudança e intercessões apresentadas pela prática de educação usada como forma de fazer política. Na imagem das águas há uma história, uma geografia e uma produção de sentidos onde essa escrita-teoria se encharca:

- história: as Grandes Navegações, responsáveis por nossa mestiçagem; Bacia do Rio da Prata, leito da cultura gaúcha; *Rio* Grande do Sul, determinação da fixação de povoamentos e desenvolvimento por meio de bacias hidrográficas;
- geografia: as águas doces — o Rio Uruguai, o Lago Guaíba e a Lagoa dos Patos — parte de minha vida, desde o nascimento até o presente trabalho;
- sentidos: nascimento; rituais de iniciação e travessia; diferentes religiões e culturas; vida em movimento de mergulho e cursos como corrente de água que encharcam e penetram por entre os interstícios.

O roteiro textual abrange seis partes: nascentes, vertentes, cursos das águas, rotas de navegação, âncoras da pedagogia da implicação e uma carta náutica das intercessões da educação.

Em ***Nascentes,*** registro as fontes que alimentam os modos de andar a vida. Nesse sentido, pontuo minha cultura de fronteira, a constituição da minha família nuclear, o modo como nasci, a vivência de família ampliada, a iniciação nas palavras e nas histórias transmitidas oralmente, bem como a experiência de processos coletivos e artesanais na construção dos brinquedos da infância.

Nas ***Vertentes: vidaformação*** são colocadas aquelas que têm a potência de mudar o rumo da vida e estão vinculadas a processos educacionais — a escolarização e a profissionalização.

Inserida numa cultura de valoração do estudo e do diploma universitário como *a melhor herança e a garantia para independência*, numa época em que esta equação tinha eficácia, havia um imperativo de sair de minha cidade de origem para obter tal graduação.

Uma grande *vertente,* a partir da graduação, foi a Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, no início dos anos 1980. A Residência dirigiu minha vida para a saúde coletiva, área das políticas públicas de saúde e foi decisiva para o entendimento do quanto os coletivos de trabalho são essenciais, bem como a formação é constitutiva dos mesmos.

Nos ***Cursos das águas*** desenvolvo itinerários que se encontram, entre cruzam e misturam, produzindo outros cursos. São os *cursos* e suas águas de ensino-aprendizagem.

Os grandes itinerários estão no “curso” das políticas públicas de saúde, marcadamente de saúde mental, no “curso” da educação permanente em saúde e no “curso” dos movimentos sociais. Esses “cursos” produziram a correnteza da “saúde mental coletiva”, modos coletivos de gestão e de atenção em saúde, processos de educação permanente em saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Nas ***Rotas de Navegação*** reviso os apontamentos dos diários de bordo, os arquivos de viagens, tendo como linha mestra os Cursos de

Aperfeiçoamento e de Especialização em Saúde Mental Coletiva, realizados no Rio Grande do Sul, a partir de 1988, estruturando canais de navegação até 2005. Desse modo, estou identificando — e pondo em análise — os tripulantes a bordo, as celebrações em água e em terra, os portos, os cais e as cidades de desembarque, as embarcações utilizadas, assim como as trocas ocorridas. O reencontro com as rotas produziu um inventário das práticas e a extração de tecnologias pedagógicas intercessoras.

Com as *Nascentes* retomadas, as *Vertentes* identificadas, as *Águas em Cursos* detectadas e as *Rotas* inventariadas, veio o momento de formular uma referência de conhecimentos (formalização dos saberes e das práticas): as ***Âncoras de uma Pedagogia dalmplicação.*** São as categorias, os conceitos ferramentas e os dispositivos que propiciaram o*poder-aprender-saber-fazer* no cotidiano dos percursos, bem como a definição de outras rotas. Os materiais recolhidos trataram das categorias do matriciamento entre formação-atenção-gestão-participação e do poder e pensamento estratégico no setor da saúde; dos conceitos da transdisciplinaridade e da integralidade nas práticas de saúde, bem como a invenção/geração de dispositivos intercessores para políticas públicas em democracia forte, referência de história, geografia e sentidos configurados como âncoras de uma pedagogia da implicação. São materiais esculpidos e banhados ao longo dos itinerários, incluindo formulações posteriores aos percursos inventariados, conferindo ao próprio texto movimento e contemporaneidade.

Finalizo o roteiro, emitindo uma ***Carta Náutica das Intercessões da Educação para uma Política Pública de Saúde***, com traçados entrelaçados por matriciamentos e transversalizações, com pontos de sustentação, com vazios de incompletude, produtora de devir e com outras vontades de potência: convite à implicação. Uma carta traçada ao operar a transformação da *Nau dos Insensatos* em *Nau da Liberdade* navegando nas águas da pedagogia da implicação.

Obra de Cláudio Gomes (Claudinho) – Porto Alegre/RS, Arambaré/RS

I

NASCENTES

Nascentes são os lugares donde nascem os cursos das águas. Nascentes, aqui, serão os olhos d'água que correrão por vertentes, que alimentarão os cursos das águas que depreendi e aprendi como uma pedagogia da implicação.

1.1 Fronteira: a terceira margem do rio

Nas origens familiares, reconhecidas como o arquivo de que fala Foucault (2005, p.95), isto é, "o conjunto dos discursos efetivamente pronunciados, conjunto que continua funcionando, transformando-se através da história e dando possibilidade de surgimento a outros discursos", identifico em mim a educadora matéria que me possibilitou navegar nas correntezas da vida.

Nasci em 1958 e fui criada em Uruguaiana, às margens do rio Uruguai, cidade do extremo sudoeste do Brasil, fronteira internacional com a Argentina e com o Uruguai. Apenas na última década do século XX é que Uruguaiana perdeu a condição de cidade de tríplice fronteira, com a emancipação de um distrito, hoje município de Barra do Quaraí.

A vida na fronteira ocorre em múltiplos planos concomitantes: o plano dos Estados-Nação, com divisões, leis e regras político-administrativas em separado; o plano da zona de fronteira, na qual há uma quase total livre circulação de bens e de pessoas; e um plano locovivencial, gerador de uma cultura própria e onde linguagem e costumes constituem um código só inteligível entre os que vivem nas cidades vizinhas. São planos constitutivos da subjetividade desses cidadãos. Há palavras só compreensíveis na

fronteira. Na fronteira que refiro, as palavras não são nem portuguesas nem espanholas, como as línguas dos respectivos Estados-Nação. Por exemplo, a *cucharra* da fronteira, em português-brasileiro é *concha* e em espanhol-argentino é *cucharrón.* Para *virmos a ser* nessa cultura, temos a possibilidade de circular nesses três planos e habitarmos o que de fronteira há nas fronteiras. Assim, nos tornamos nacionais, estrangeiros-internacionais e estrangeiros-nacionais. Nem todos os cidadãos permitem-se constituir à fronteira e cravam permanentemente divisas. Em um encontro nacional de coordenadores de saúde mental do Brasil, no período em que eu coordenava esse setor na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1987 a 1991, escutei de um coordenador do sudeste brasileiro *vocês não são Brasil, vocês são Cone Sul*. Vivemos situações de estranhamento em nosso próprio país. Considero que circular nos três planos em nosso *virmos a ser,* nos possibilita vivermos mais à vontade em diferentes territórios, adquirirmos familiaridade com o estranho que habita em nós e podermos dizer genuinamente que somos isto e aquilo, que *somos Brasil* e *somos Cone Sul.* A fronteira pode ser nossa terceira margem do rio. Na formulação de Guimarães Rosa (2001): viver entre as margens do rio, ou, como propôs Ceccim (2005): nadar no meio das águas, "entre" disciplinas, para trabalhar em equipe.

1.2 Família: mescla de Apolo e Dioníso

A família de minha mãe, Adelaide Teixeira Sales, teve vida urbana. Constituiu-se da mescla entre o índio, o espanhol e o português da Ilha da Madeira, sustentou-se do trabalho no setor de serviços e na pequena indústria: o transporte coletivo, o comércio e as fábricas de tamanco e de sabão. Meu avô materno, Salaberga, era marceneiro e pequeno empresário. Minha avó materna, a única dos avós com quem convivi (os demais já haviam morrido quando nasci), vó Celsa, a mais velha de catorze irmãos, ajudou a criá-los com seu trabalho de costureira e bordadeira, assim como a sua própria família nuclear de marido e três filhos. VóCelsa viveu durante o século XX, de 1903 a 2001, acompanhando ativamente a vida política e sócio-cultural do país. Seus maiores valores eram o *trabalho* e o *estudo* para

a *independência*. O trabalho, pela experiência vivida e independência adquirida; o estudo, pela falta de acesso e pela convicção de que a escolarização possibilitava muito maior independência. O trabalho foi a marca da sua união amorosa: o modo como o Salaberga manifestou seu desejo de casar com a Celsa foi presenteando-a com um gaveteiro, feito por ele, para que ela guardasse seu material de bordado e costura. A estética do trabalho artesanal e a lógica utilitária. Em minha família materna um devir de Apolo desenvolvia nosso modo de ser. Ainda, os laços de parentesco da família se estendiam pelo Brasil, pela Argentina e pelo Uruguai, transpunham as fronteiras e alargavam o território familiar. Mais uma vez a centralidade do trabalho: meu avô realizava o transporte de pessoas e mercadorias entre Uruguaiana e Passo de los Libres, na Argentina.

Na família do pai, Oscar da Silva Fagundes, vida rural, gaudéria do Inhanduí, interior do Alegrete, a mesma mescla de índio, espanhol e português, com forte acento indígena. Trabalhou na lida do campo, incluindo os cuidados com a saúde e nascimentos. A avó de meu pai, Cecília Farias, era parteira e o pai de meu pai, Albertino Fagundes, era "médico de campanha", chamado por "doutor Alberto". Ambos se locomoviam pelos campos para visitar as famílias da região: a avó de tílburi e o pai a cavalo. O avô de meu pai, João Batista Fagundes, era carreteiro e fazia frete rural. A família era extensiva, gregária e os filhos eram criados e cuidados pelos que tinham mais condições de fazê-lo. Meu pai, entre os homens o mais velho de nove irmãos, foi criado pelos avós, a partir dos três anos, por isso mesmo, teve facilitado o caminho para estudar. Os valores familiares eram o da proteção, da sobrevivência, da religiosidade e da celebração, com forte acento na cultura gaúcha e nas tradições oral e musical. Em minha família paterna, um devir Dioníso cultivou mais a estética da festa, da música e dos coletivos.

O encontro das duas famílias ocorreu pela ida a Uruguaiana do Oscar para estudar e, posteriormente, servir o exército, ocasião em que passaram a morar na mesma rua. O que os atraiu? A beleza da Adelaide, a festa e a música da família do Oscar. O apolíneo de um e o dionisíaco do outro os magnetizou. Vivem juntos há 49 anos, competindo e se complementando

mutuamente. Enquanto estiveram ocupados com o sustento da família, trabalho, estudos e carreiras profissionais, suas vidas eram mais conflituosas. Os valores cultivados foram o da responsabilidade com os compromissos assumidos, o do estudo como melhor herança e o do prazer, que vinha depois do dever, mas necessário à vida. O prazer oriundo das festas e da música, principalmente a música latino-americana, de tocar um instrumento (o violão), das serenatas e do convívio com amigos. Depois dos três filhos adultos, da chegada dos netos e, principalmente, da aposentadoria, ficaram mais de bem consigo mesmos: entre si e com a vida. Sua agenda? Intensa atividade sócio-cultural, incluindo muitas viagens com grupos de amigos. O modo dionisíaco contribuiu para melhor andar a vida de casal de aposentados. Aliás, nova experiência de casal, apenas os dois vivendo sob o mesmo teto, pois casaram jovens, logo tiveram filhos e a sogra do pai, com eles morou até sua morte. Há apenas cinco anos estão vivenciando a experiência de um tempo de casal. O aumento da expectativa de vida e a longevidade a dois propiciou o advento.

As minhas raízes são um entremeado de vida na fronteira, mestiçagem das raças, das racionalidades, dos modos apolíneo e dionisíaco de ser e, ainda, meus deslocamentos constantes para poder viver e melhorar a vida, por meio do trabalho e do estudo, para a independência, para a autonomia e para a autoria.

1.3 Iniciações na vida

Quando nasci, um anjo torto, desses que vivem na sombra, não me disse para ser *gauche* na vida, como o fez com Carlos Drummond no seu "poema de sete faces" (1930). O meu anjo disse para buscar os *impossíveis*. Nasci escura, roxa, com o cordão umbilical envolto no pescoço, com pouco oxigênio, num parto feito por parteira, no dia de Santa Rita de Cássia: a santa das causas impossíveis! Pois sobrevivi ao parto e, até hoje, procuro os possíveis entre os impossíveis humanos.

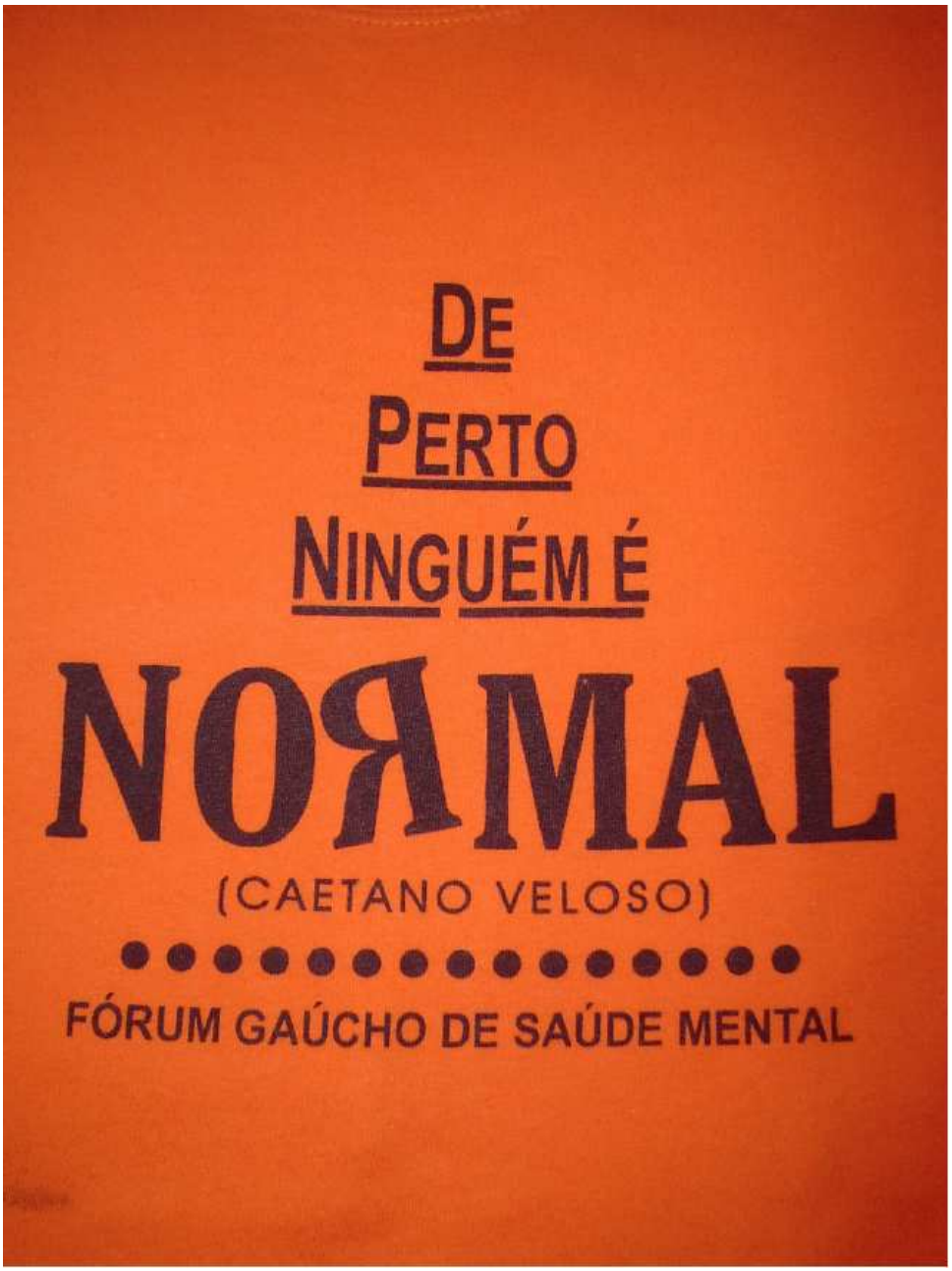
A infância e a adolescência foram vividas em Uruguaiana, numa experiência de família ampliada: morávamos no edifício dos Bancários e circulávamos pelos 21 apartamentos como se fosse praticamente a nossa

casa. Ali e no entorno, todos os ensaios e iniciações para a vida: amores, ódios, rivalidades, cumplicidades, brincadeiras, sexualidade, festas, danças, descobertas, invenções. Meus padrinhos foram decisivos no gosto por ler e contar histórias. O padrinho, Eliseu Moura, reunia as crianças ao seu redor e contava *causos e acontecidos,* em geral vinculados ao campo e às pescarias. Sua identidade era ser contador de histórias; escreve até hoje para um jornal local e já publicou livros. A madrinha, Marina Porto, reunia as crianças para ler histórias infantis. Em nossa pré-adolescência, nos reuníamos no seu apartamento para contarmos, uns aos outros, novidades lidas nos livros, em geral enciclopédias, bem como competíamos para demonstrar quem mais sabia palavras difíceis e com mais letras: *inconstitucionalissimamente* era uma delas. Palavras muitas vezes encontradas em dicionários, embora estivéssemos mais interessados no impacto sonoro delas do que no seu significado.

Outra marca foi a da construção dos próprios brinquedos: carrinho de lomba, pernas de pau, patinete, guitarra, tambores, chocalhos, peteca, bilboquê, cinco marias, caleidoscópio, espada, revólver, bonecas, roupas para bonecas, mobílias, carrinhos, trens, caminhões, quebra-cabeças, ligue-ligue e jogos de memória, de damas e de botões, entre outros. A maioria dos brinquedos e jogos era praticada tanto pelos *guris* quanto pelas *gurias*. Um dos brinquedos preferidos, quase exclusivo das *gurias*, era o brincar com bonecas de papel: todas recortadas das revistas, com as quais produzíamos e reproduzíamos cenas familiares. Os brinquedos eram artesanais e, grande parte deles, feitos coletivamente por nós mesmos e alguns adultos. Para realizar o desejo de brincar com determinado brinquedo, antes precisávamos fabricá-lo, mas o processo de produção era educação lúdica. Os brinquedos industrializados não existiam em abundância, não eram acessíveis economicamente e se constituíam em presentes especiais de datas festivas.

Sou de uma infância anterior à televisão e à industrialização em massa dos brinquedos; situação propiciadora do gosto pelas letras, palavras e histórias, pela escuta, pelos processos, pelas invenções e por tornar possível o impossível. Aprendemos que, entre o desejo e sua realização, há um

caminho a percorrer, que é possível trilhá-lo e que o percurso é facilitado quando feito coletivamente, em grupo e em solidariedade.



Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Porto Alegre)

II

VERTENTES: vidaformação

As v*ertentes* são aquelas que tiveram a potência de mudar o rumo da vida e estiveram vinculadas a processos educacionais para a independência, para a autonomia: a escolarização e a profissionalização.

A valoração do estudo e do trabalho como vetores para a independência, como queria a avó, ou para a autonomia, como reconheço, foi determinante para que a formação fosse estruturadora e ativadora da minha subjetividade. Estudo e trabalho, materializados pelos processos de escolarização e de profissionalização que, por sua vez, propiciaram intercessores para melhor andar a vida. A vida como potência formadora e a formação como potência de vida. Identifiquei dois períodos em minha vida com poder de formação, como vertentes: um vai do ensino primário ao término do Curso de Psicologia e outro demarcado pela especialização em saúde comunitária. O primeiro denominei *vidaescolarização* e o segundo *vidaprofissionalização*.

2.1 Vidaescolarização

Os primeiros vinte e dois anos de vida foram preparatórios para o trabalho; mescla de vidaescolarização — nos quais as inter-relações se deram entre familiares-vizinhos-amigos-amores —, animadas pela música, convivência em grupos, estudo, esporte e com tudo o que há de *humano, demasiadamente humano,* no estilo de Nietzsche (2004), com indagações filosóficas e psicológicas, enganos e desenganos e com a invenção de "espíritos livres" para dialogar.

A escola foi uma referência importante na socialização de minha geração, sendo o estudo um valor organizador da subjetividade e da vida. O diploma representava o passaporte para a emancipação. O primário, o ginásio e o científico cursei em Uruguaiana. A alfabetização, a quinta série do primário e primeiro ano ginasial foram cursados no Colégio do Horto, católico, todos os demais em escolas públicas. O grupo de amigos, constituído a partir do ginásio, foi o suporte para os primeiros vôos autônomos em relação à família ampliada da infância. Nesse período, um laboratório significativo foi o time de vôlei: o trabalho de equipe; a aprendizagem da técnica e de táticas; a descoberta e o aperfeiçoamento de habilidades e competências; a velocidade para tomar decisões e agir com precisão; o respeito aos adversários; a consciência da representação institucional; a competição e a circulação por diferentes territórios e cidades. São algumas experiências que contribuíram para meu andar a vida. O vôlei foi uma ponte para a travessia do científico para a faculdade, do interior para a capital, pois continuei jogando ao longo do curso universitário e estudei três semestres da graduação em educação física na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, concomitante com a graduação em psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Para o trabalho final de Psicologia Clínica, um trabalho importante na formação em psicologia, escolhi como tema O *vôlei e a adolescência*, bem como cogitei especializar-me em psicologia do esporte.

Sair de Uruguaiana para estudar na Universidade era praticamente obrigatório devido às poucas alternativas na cidade. As outras possibilidades abrangiam o Uruguai e a Argentina, além do próprio Estado. Fazia parte de nossa subjetividade, de nossa trajetória de vida, o sair da cidade: acompanhávamos a saída de gerações anteriores à nossa, procurávamos saber sobre suas vidas em outras cidades, assim como conhecer os lugares referidos. A formação que eu queria era em Psicologia e, em 1975, no Rio Grande do Sul, só era oferecida na capital. O mesmo ocorreu com outros amigos e, assim, fomos para Porto Alegre, passamos no vestibular na primeira tentativa: Engenharia, Análise de Sistemas e Psicologia.

Inicialmente, minha avó veio para morar comigo e, após um ano, a família — pais, uma irmã e um irmão — mudou-se para Porto Alegre.

Na graduação, a experiência foi de transições: entre interior-capital, estudante-profissional, adolescente-mulher, amigos de Uruguaiana-amigos da faculdade. O grupo de amigas, durante a graduação, era oriundo, em sua maioria, do interior do Estado e retornou para a cidade de origem, após a conclusão do curso, para exercer a profissão. NaUniversidade, tive a oportunidade da politização: eram tempos de luta contra a ditadura militar e pela democratização do país, sendo o movimento estudantil um ator importante desse momento histórico. Participar do Diretório Acadêmico do Instituto de Psicologia e integrar sua diretoria foram alternativas decorrentes dessa efervescência.

As identificações profissionais foram com as áreas da Psicologia Clínica e daPsicologia Comunitária. Fui monitora da disciplina de Psicologia Clínica e realizei estágio curricular de Clínica, durante um ano, na Unidade de Saúde Murialdo, hoje Centro de Saúde-Escola Murialdo. A unidade era a referência no Rio Grande do Sul para a nascente AtençãoPrimária à Saúde, formulada pela Organização Mundial de Saúde, durante a ConferênciaInternacional de Cuidados Primários à Saúde[1] realizada em Alma–Ata, antiga URSS, em1978. A organização da U.S. Murialdo (Busnello, 1976) foi concebida como Sistema deSaúde e se constituiu como uma unidade de saúde de referência, na qual ocorriam, durante o dia, os atendimentos especializados, a coleta de material para exames laboratoriais e a distribuição de remédios controlados; à noite e aos finais de semana, os plantões realizados por equipes multiprofissionais, que garantiam o atendimento 24 horas, sete dias na semana. O "Sistema" completava-se com cinco postos de saúde localizados na região, cada um com um território

[1] Os cuidados primários à saúde são "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal dos indivíduos e família das comunidades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (Declaração de Alma-Ata, 1978).

delimitado, onde eram ofertados os cuidados primários de saúde, realizados por uma equipe multiprofissional, integrada por servidores do quadro da Secretaria Estadual de Saúde, por estudantes de especialização em serviço, agentes de saúde e estagiários de graduação das profissões da área da saúde.

2.2 Vidaprofissionalização

Ao receber o diploma de psicóloga, já se delineavam caminhos entrelaçados: saúde pública, ensino, psicoterapia e movimentos sociais. Mais uma vez caminhos constituídos de impossíveis incontornáveis, a serem transpostos ou a gerarem possíveis, como já afirmara Freud (1937) sobre as três profissões "impossíveis": analisar, educar e governar, referindo-se à insuficiência dos resultados.

Fiz Residência em Saúde Comunitária na Unidade de Saúde Murialdo (Grossman et al, 1975), de 1980 a 1982. Lecionei, no Curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS), a disciplina Psicologia Comunitária, além de ter sido supervisora de estágio. Na Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), lecionei Psicologia Geral e participei da implantação de um Centro Comunitário na Vila Fátima, cuja função era ser Centro-escola para a PUC-RS.

Após a Residência, foi a vez da formação em psicoterapia, no Núcleo de Estudos Psicoterápicos Psicanalíticos (NEPP), em Porto Alegre.

Foram caminhos construídos e percorridos em outros vinte e dois anos de vidaprofissão, nos quais as teses e os valores aprendidos sobre ***estudo*** *— que abre as portas para o mundo do* ***trabalho****–qualificado–que-garante–* ***independência/autonomia*** se confirmaram e se firmaram. Teses e valores que, no final do século XX, já não tinham a mesma eficácia.

O grande divisor de águas foi a Residência na Unidade de Saúde Murialdo: novos amigos, amigos de hoje; outros amores; muita divergência, conflito e contradições de toda ordem e hierarquia, como ingredientes da aprendizagem. Na Residência aprendi a possibilidade de vôos enraizados e vivenciei a implicação (aprendizagem desejante).

A Residência do Murialdo foi a primeira do Estado do Rio Grande do Sul a ampliar o programa de formação especializada em serviço, incluindo vários profissionais da saúde: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, odontólogos, médicos veterinários e psicólogos. Fato que ocorreu em 1980. Nossa jornada semanal era de 60 horas-atividade, incluindo plantões noturnos e nos finais de semana. A concepção era a da "aprendizagem em serviço". A maior carga horária era destinada ao atendimento e trabalho junto às coletividades, as supervisões ocorriam diretamente nos Postos de Saúde, tanto as destinadas para o conjunto da equipe quanto às específicas de cada profissão. Apenas os seminários e os plantões eram realizados na sede da Unidade de Saúde Murialdo. A Residência foi uma importante ponte de transição entre o *ser estudante* e o *ser profissional:* nela, as práticas tinham o compromisso do exercício profissional e, ao mesmo tempo, comportavam a moratória própria dos aprendizes. Nesse período, tivemos a oportunidade de aprender a indagar, a argumentar, a solicitar ajuda; manifestar dúvidas; tomar decisões individual e coletivamente, entre profissionais de diversas profissões. No Murialdo, uma peculiaridade, esse processo era acompanhado atentamente e, muitas vezes, compartilhado com as pessoas da população local. Aprendi o exercício da Psicologia, tornei-me psicóloga, entre iguais psicólogos, entre outros diversos profissionais e entre pessoas da população. Uma possibilidade ímpar de experimentar a alteridade.

Nesse contexto, também fazia parte de nossa aprendizagem a comunicação uns com os outros: era preciso que o *psicologuês* fosse compreendido por outros profissionais e pelas pessoas da população e vice-versa. Esta exigência estava presente tanto na comunicação verbal quanto na escrita, pois, além das *discussões de casos,* escrevíamos nos prontuários, que, àquela época, eram de família e pertenciam à família, ou seja, continham dados de todos os integrantes do grupo familiar, das coletividades específicas com quem conviviam e habitavam e de cada membro individualmente (Lewin et al, 1979; Busnello et al, 1980). Este documento era de propriedade da família, que o levava para casa. Portanto, era passível de ser lido e, mais, era estimulada a leitura do que nele estava escrito. Estava incluído nas práticas do Murialdo o incentivo à autonomia das

pessoas, utilizando o método pedagógico como parte do cuidado: aprendíamos a explicar e explicitar as situações para as pessoas. Às vezes, apostávamos mais na potência da informação objetiva do que seus reais alcances na terapêutica, na autonomia e na ampliação da consciência sanitária. Hoje, a Aids e a gravidez na adolescência nos ensinam o quanto é insuficiente a informação pura e simples para a mudança de comportamento.

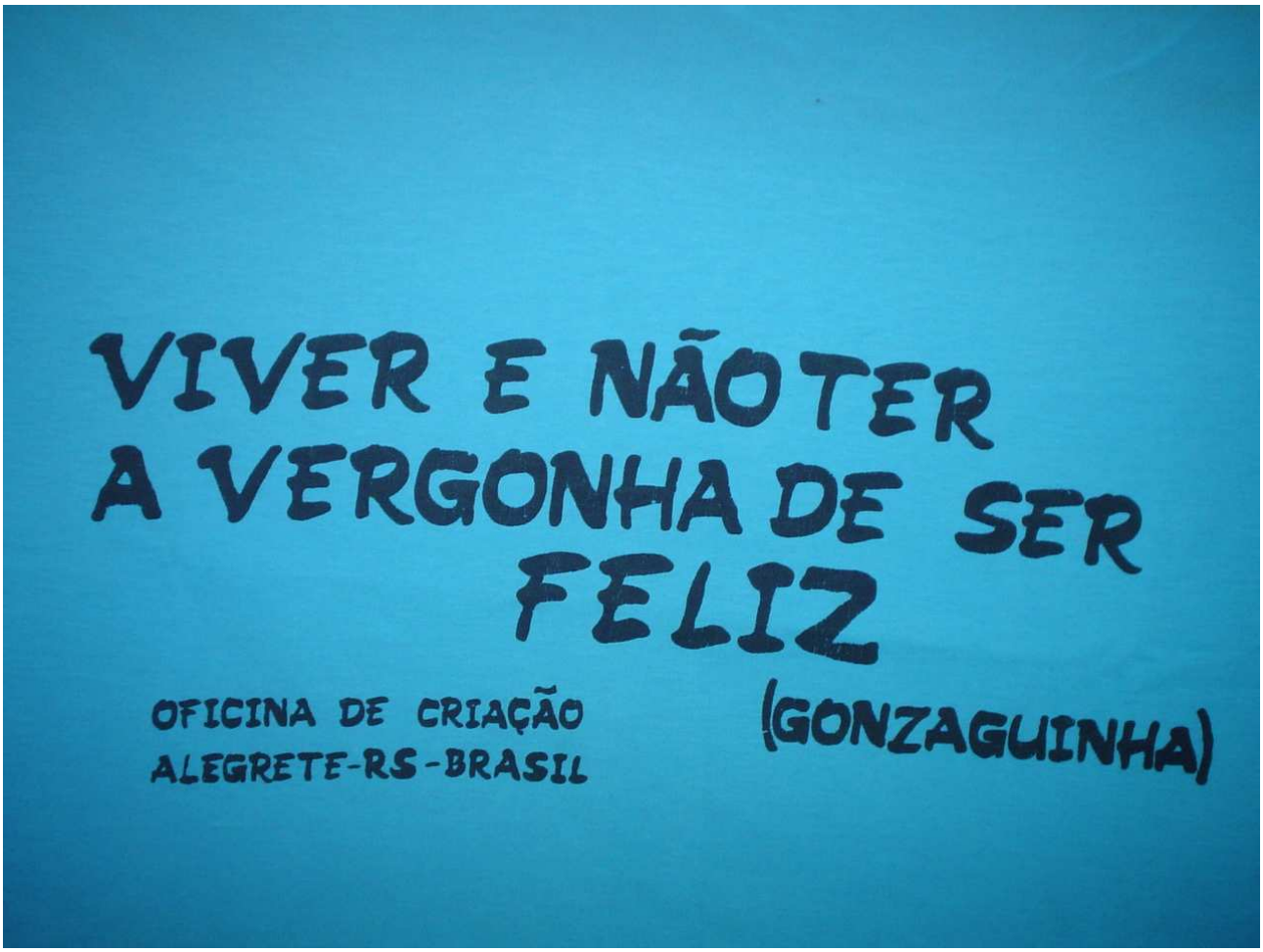
Outros registros que são vivos, do Murialdo e da saúde pública que por ali aprendi:

- a centralidade no usuário, seja individual ou grupal, e a conseqüente valorização e busca da competência clínica, era uma clínica, entretanto, desafiada a ser bio-psico-social e não transdisciplinar;
- a participação nas políticas públicas de saúde e de saúde mental, concebendo-as a partir da epidemiologia e de uma lógica do planejamento e da programação, mas também das necessidades das pessoas;
- o desenvolvimento de pesquisas conectadas com agendas e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde;
- a intensa efervescência gerada pela circulação de ideologias e práticas conflitantes e contraditórias entre os diversos atores, em especial, residentes *versus* preceptores-direção e população, que colocava, constantemente, o "modelo" em questão, onde sobressaía a permeabilidade ao questionamento, abrindo-se rodas de discussão e análises institucionais com profissionais externos;
- a disposição institucional para a participação da população, pois lá existia o Conselho Comunitário de Saúde, que não tinha caráter deliberativo, mas era fórum de participação social local;
- a convicção de que o modelo assistencial em saúde no formato de pirâmide, no qual a atenção primária (de menor complexidade, produtora dos cuidados primários nas unidades básicas de saúde ou "postos" de saúde) ocupava a base, o meio era próprio da atenção secundária (especializada, de média complexidade, exercida majoritariamente em serviços ambulatoriais) e o topo da atenção terciária e quaternária (de alta complexidade, produzida em centros de

referência especializados localizados em hospitais) era entendido como a melhor configuração de um sistema de saúde, o que se constituiu como um ponto cego nas análises dos problemas referentes à resolutividade e integralidade da atenção;

- a impermeabilidade da instituição para as ciências sociais e políticas de origem marxista, que levou a leituras de teses sobre saúde e sociedade e produção histórica e social do processo saúde-doença realizadas por iniciativa dos próprios residentes, em horários alternativos, leituras desafiadas por estarmos em equipe numa aprendizagem da atenção à saúde no exercício da mesma e buscando ser íntimos das vidas vividas no local. Foi este mesmo lugar que entendeu necessário prestar atendimento à saúde dos trabalhadores rurais do primeiro acampamento do *Movimento Sem Terra (MST)*, na Encruzilhada Natalino, no interior do Estado,por meio de seus residentes. Particularidade que me possibilitou trabalhar durante um mês, em dezembro de 1981, com dois médicos residentes, junto aos trabalhadores rurais sem terra, organizados em movimento social, quando o acampamento havia sido transferido para o município de Sarandi. Aqui se deu minha experiência de convívio com o sofrimento psíquico tanto dos acampados, quanto dos policiais da Brigada Militar e o exercício de superação de preconceitosem um intenso trabalho em equipe.

A experiência no Murialdo foi a vertente que dirigiu os cursos das águas da minha vida pelas correntezas da saúde pública. Os rios que se encontraram e se misturaram nesse percurso, foram o da saúde mental, o da educação, o do movimento social e o da gestão de políticas públicas de saúde.



Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Alegrete)

III

CURSOS DAS ÁGUAS

As águas da minha vida foram direcionadas para a Saúde Pública, e suas correntezas fizeram os percursos da gestão da política de Saúde Mental, na Secretaria Estadual da Saúde (1987 a 1991) e da gestão dos Sistemas Municipais de Saúde, de Viamão (1998 a 2002) e de Porto Alegre (2003 e 2004).

A outra direção foi a da Educação, orientada para a formação de pessoas que trabalhavam nos serviços públicos de saúde, a Educação se constituiu na grande ativadora e geradora de intercessores para as políticas públicas das quais fui gestora, especialmente no campo da saúde mental.

Um dos defluentes do entrelaçamento entre Políticas Públicas e Educação foi o Movimento de Saúde Mental no Rio Grande do Sul, denominado Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O Fórum, por sua vez, encontrou-se e misturou-se com as águas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Destaco aqui que minha equação genética (a da avó) estudo-trabalho-indepedência foi atualizada e, ao mesmo tempo, se tornou propulsora de políticas públicas na fórmula *trabalho-formação-autonomia*. O **trabalho** — na gestão e na atenção, ativado e ativador da — **formação** — por meio da educação permanente, possibilitadora de — **autonomia** — dos usuários e trabalhadores implicados em projetos coletivos do presente.

Nos cursos das águas, fazendo recortes que ressaltam as variáveis que compuseram a equação genética em fórmula ética, estão águas que se encontram, se misturam, constituem outros cursos e se separam, já distintas pelas dobras e desdobras do caminho. Desse modo, em todos os recortes

estão presentes a gestão, a atenção, a educação e o movimento social, constitutivos das políticas públicas instituintes de saúde.

3.1 Políticas Públicas de Saúde

A democratização política na América Latina ocorrida em meados dos anos de 1980 - parte conquistada, parte negociada - veio acompanhada pelas políticas neoliberais de ajuste. Sua aplicação gerou recessão, deteriorou as condições de vida da população, precarizou o mundo do trabalho e agudizou os problemas sociais, ao mesmo tempo em que diminuiu o orçamento para as políticas sociais.

O terror de Estado foi substituído pelo terror econômico. O medo de perder o emprego e a carteira de trabalho assinada — identidade de cidadania — amorteceu movimentos, calou reivindicações. Os sindicatos entraram em crise. A recessão e a revolução tecnológica geraram exclusão do trabalho formal. Houve aquecimento do trabalho informal, porém, formal/informal são lados de uma mesma moeda, um tensiona o outro.

O problema que emergiu e se agudizou foi o "trabalho ilícito": roubo; seqüestro; tráfico de crianças, de mulheres, de órgãos e de drogas, além de pessoas "empregadas" como "laranjas" ou "mulas". O "trabalho ilícito" se infiltrou no trabalho formal/informal, devorou-o parcialmente e expandiu-se autonomamente, sem almejar formalização. Associada ao ilícito, recrudesceu a violência social, outro terror que surgiu e se aditou ao terror econômico.

A situação social gerava uma crise que, por sua vez, significava perigo e oportunidade: de um lado muitos indícios de desagregação social — o vale-tudo, o cada um por si —, de outro, a possibilidade de ressignificação do trabalho, de diversificação de atividades, de desenvolvimento de habilidades e de ampliação de espaços de lazer. Efetivamente, surgiram e se fortaleceram as organizações não-governamentais, as cooperativas, as experiências de autogestão; só viáveis com organização e em movimentos sociais.

O que no período de exceção militar foi "opacificado" passou a ser "transparenciado": o Estado e as forças que o compunham apareciam como corruptas, portanto, a sociedade deveria sonegar e subornar. Em decorrência

disso, o Estado deveria ser mínimo ou o Estado, sendo frágil, deveria ser fortalecido e tornado de domínio público? No risco da primeira hipótese, corrupção, suborno e sonegação passam a ser valores naturalizados na sociedade. Os entulhos autoritários ainda sobrevivem, como também a lógica de que a vida dos excluídos (dos marginalizados, dos subalternos, dos esquecidos) vale nada.

Um fio da navalha passou a expressar a vida e os novos valores anunciados:

- trabalho ilícito ou outra organização laboral;
- Estado-sociedade corrupto ou uma organização social ética;
- extermínio de alguns ou vida de todos.

A realidade, portanto, convocava para uma militância sócio-política, no sentido da construção de projetos de presente, sob a ordem da democracia e da alteridade, um trabalho de criação de história e cultura como fatores de agregação social. O esforço seria no sentido de utilizar criativamente as contradições, os conflitos e as incertezas contemporâneas.

No setor da saúde, as contradições, os conflitos e a complexidade se reproduziram. Alguns exemplos assinalam como as desigualdades sociais determinaram e condicionaram o acesso à tecnologia:

- no Brasil, já nasciam crianças de proveta e, ao mesmo tempo, continuavam morrendo aproximadamente 200 crianças em cada 1.000 nascidas vivas nos bolsões de pobreza de norte a sul, até meados de 1990;
- no Brasil, as adolescentes — de classe econômica média e alta — já utilizavam métodos anticoncepcionais adequados ao período de crescimento, no entanto, a gravidez dos 12 aos 16 anos de idade passou a ser um problema social e sanitário;
- no Brasil, já se eliminavam pedras renais com técnicas de ultrassom, porém a maioria da população obtinha apenas acesso à técnica cirúrgica, que afasta de casa, do trabalho e expõe a infecções hospitalares.

O setor da saúde, de modo geral, reproduzia/reproduz as diferenças sociais, tanto no que diz respeito a medicamentos e insumos, como a

equipamentos e serviços. Em relação aos últimos, existem centros de alta tecnologia, com profissionais habilitados, com institutos de pesquisa que se articulam com centros de excelência do mundo e que dirigem seu trabalho para uma parcela muito pequena da população, mesmo considerando o grande número daqueles que necessitam de tais serviços. São centros, em geral, viabilizados por verbas públicas, que gradativamente vão se auto-sustentando e se privatizando.

Cerca de 39 milhões de brasileiros (ANS, 2005), 21,5 % da população do país, têm acesso aos serviços oferecidos por seguradoras e caixas de assistência, que apresentam uma resolutividade limitada, contratualizada em planos de saúde. As pessoas acabam sendo triplamente oneradas: ao contribuírem com impostos, ao contratarem planos pagos e ao desembolsarem diretamente a assistência privada, quando dela se utilizam.

Para a maioria da população, existe uma rede de ambulatórios estatal, sucateada física e tecnologicamente, com profissionais que desvalorizam seu trabalho; e serviços hospitalares contratados de baixa complexidade tecnológica, constituindo um sistema de pouca resolutividade, iatrogênico e genocida, financiado por verbas públicas. Paralelamente, gestões inteiras se organizam para modificar essa situação, como os municípios de Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bauru (Capistrano Filho e Pimenta, 1989), Belo Horizonte (Campos et al, 1998; Franco e Magalhães Júnior, 2003), Betim (Bueno, 1997), Campinas (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Porto Alegre (Porto Alegre, 2004), Santos (Campos e Maierovich Henriques, 1996), os quais criaram serviços especializados de atenção à saúde e constituíram redes de cuidados progressivos e contínuos.O estado do Rio Grande do Sul (Ferla et al, 2002; Ferla, Ceccim e Pellegri, 2003)desenvolveu uma política de ampliação e de qualificação de serviços especializados nas regiões sanitárias gaúchas e o Ministério da Saúde (MS, 2004) demonstrou poder de trabalho na mesma direção.

As universidades e os centros formadores de profissionais de saúde reproduzem a realidade perversa ao atribuírem valor diferenciado e hierarquizado aos conhecimentos e às práticas relativas aos serviços de

maior complexidade tecnológica. Da mesma forma, também revelam esforços locais de mudança.

Concomitantemente, houve avanço dos movimentos sociais na luta por mudanças no setor. A sociedade ampliou a cidadania e a consciência sanitária. No âmbito do Estado, quem mais implementou as propostas da reforma foram os municípios: em relação ao orçamento,todos os que se comprometeram com a municipalização[2] têm destinado, no mínimo, 15% de suas verbas para a saúde. A União não compromete mais que 6% de seu orçamento e osEstados, em sua maioria, não cumprem os 12% constitucionais. Houve uma ampliação do acesso aos serviços de atenção básica à saúde, por meio da estratégia de saúde da família[3], e aos procedimentos de alta complexidade, como os transplantes na rede própria, contratada ou conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil é o segundo país do mundo em realização de transplantes, praticamente todos executados pelo SUS.

Os municípios têm criado estratégias que melhoram as condições de vida de seus moradores. Righi (2002) identifica como de alta complexidade tecnológica os sistemas municipais de saúde, mesmo nos municípios de pequeno porte, pois a complexidade não seria tributária do uso concentrado ou intensivo de tecnologias duras (dos equipamentos), mas também pela gestão de diversificados dispositivos de tecnologia leve: processos de trabalho vivo (gerados em ato), constituição de redes de proteção social e interferência em itinerários de vida.

---

[2] Municipalização foi a estratégia implementada no Brasil em cumprimento à diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde. Os municípios assumiram a responsabilidade de instituir o sistema municipal de saúde e sua gestão, com recursos oriundos das três esferas de governo (município, estado e união) e com controle social, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências de Saúde. Nesse processo, os municípios e os conselhos constituíram-se em atores sociais do setor saúde.

[3] Saúde da Família foi a estratégia utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1994, para ampliar o acesso à assistência à saúde e reorganizar o sistema. Constitui instância de atenção (atenção básica ou primária) do sistema que se caracteriza pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas, de um determinado território, por equipe multiprofissional com um processo de trabalho centrado na vigilância à saúde (promoção à saúde). Equipe constituída, no mínimo, por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foi uma estratégia que efetivamente ampliou o acesso, contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde (cobertura vacinal e de pré-natal, redução da mortalidade infantil) e gerou um novo profissional de saúde: o agente comunitário, porém não foi potente para a reorganização do SUS e atendimento às necessidades de saúde da população (Merhy e Franco, 2003).

Os municípios, apesar de suas fragilidades político-econômicas, constituem-se em lugares de resistência à política da globalização neoliberal, operam com outra lógica: pressionados pela participação popular que se organiza na proximidade do poder executivo, os municípios organizam ações de inserção social — enquanto a do neoliberalismo exclui —; investem em políticas sociais — enquanto o neoliberalismo diminui verbas nessa área —; criam formas cooperativadas de trabalho — enquanto o neoliberalismo gera desemprego, mas esta não é uma lógica em ascensão e, gradativamente, de 1988 a 2001, tem havido uma conversão dos diversos atores sociais, que definem o campo das políticas públicas de saúde no Brasil, às propostas neoliberais, condicionadas pelo Banco Mundial, como demonstrou Misoczky (2002).

Há muito a construir/desconstruir para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Porém, já existe uma experiência acumulada que possibilita reafirmar sua pertinência e viabilidade, assim como é preciso ampliar a rede de aliados comprometidos com a geração de inclusão, participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais.

3.1.1 A Saúde Mental: história e práticas

Em 1987, tive a oportunidade de assumir a coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Paismental) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O contexto era o da redemocratização do país e, na segunda eleição, pós-ditadura militar, os gaúchos elegeram representantes dessa luta por democracia, para o governo estadual. Assumiram a condução da SES/RS, pessoas vinculadas aos movimentos pelos direitos humanos e sanitário. A proposta era de mudança nos propósitos, conceitos e organizações. Na saúde, uma das medidas foi substituir a denominação de *programas de saúde* por *políticas de atenção*, para indicar a vigência de novos paradigmas ético-políticos na formulação e na autoria de políticas públicas. Nesse contexto, fui a primeira mulher e primeira psicóloga a assumir a coordenação da política de saúde mental da SES/RS. Nas palavras do Secretário substituto, durante a posse, *a*

primeira não-masculina e não médica a ocupar o cargo, duas negações e não duas afirmações (primeira mulher e primeira psicóloga). A ausência do Secretário titular da pasta e as *negativas* expressas na posse indicavam a dimensão do desafio para tornar presente e afirmativa a política de saúde mental. A posse foi mais uma iniciação, semelhante à do nascimento, estava diante de impossíveis.

A primeira tarefa foi a de constituir uma equipe condutora da política, com potencialidade para sustentar a diversidade, tanto no que diz respeito à multiplicidade quanto às divergências. A multiplicidade foi expressa nas profissões: assistente social, enfermeiro, pedagogo, psicólogo, psicopedagogo e psiquiatra; posteriormente nas atribuições: de formuladores de política, de gestores, de assessores, de professores, de interlocutores e de apoiadores das demais políticas de atenção integral à saúde, assim como de servidores públicos; na disponibilidade de trabalhar em equipe, de modo transdisciplinar, articulando e problematizando as práticas específicas de cada profissão com as demais profissões, transitando e intervindo *nos* e *entre os* campos da saúde mental e da saúde coletiva. A disponibilidade se estendia às possibilidades de trabalho em turno integral e de deslocamentos ao interior do estado. O tema da diversidade se impunha pelo objeto de trabalho: processos de saúde-doença-cuidado, de subjetivação nas diversas regiões do estado e de alteridade, não de segregação com os usuários da saúde mental. A capacidade de trabalhar com as divergências e adversidades se vislumbrava como necessária, pois o processo a ser desencadeado era de mudança, no qual haveria disputa entre concepções e práticas e a equipe deveria, pelo menos, se dispor a enfrentá-las.

Assim, a equipe se constituiu com profissionais da Secretaria Estadual da Saúde e Ministério da Saúde, com uma visão crítica das políticas públicas de saúde até então desenvolvidas. Muitos de seus integrantes, com formação em saúde pública ou comunitária, dispostos a construir possibilidades e a aprender com o desafio. Havia uma identificação ético-política entre os profissionais, propiciadora de uma base suficientemente estável para desenvolver o trabalho de condução em equipe. A divisão do trabalho foi realizada, procurando conciliar e potencializar competências e

interesses individuais com as definições institucionais. A Secretaria Estadual da Saúde procurou organizar o trabalho, contemplando a descentralização, a integração entre departamentos e o funcionamento matricial. Nesse sentido, os profissionais assumiam múltiplas responsabilidades: cada um era referência para uma região sanitária do estado, trabalhava com outros departamentos ou seções da secretaria: Escola de Saúde Pública, hospitais próprios e os setores de medicamentos, de informação e de epidemiologia, bem como apoiava e implementava outras políticas de atenção integral à saúde: da criança e do adolescente, do idoso, da mulher, do trabalhador e bucal. Para desenvolver o trabalho, a aprendizagem em serviço foi o suporte essencial. A equipe reunia-se semanalmente e contou com consultorias para a gestão durante os quatro anos. Para as áreas específicas, como a epidemiologia, produziu intercâmbio de experiências, de acordo com as necessidades do cotidiano e da política. Assumiu-se em conjunto com a Escola de Saúde Pública, como prioridade, o desenvolvimento da residência multiprofissional em saúde mental, já existente no Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 1984, e a formação em administração de serviços de saúde mental, realizada em um curso de aperfeiçoamento ocorrido em Concórdia, na Argentina, promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental daquele país, já a partir de 1987. Esse curso integrava a política de formação de equipes de condução de serviços de saúde mental das províncias da Argentina, promovida pelo Ministério da Saúde daquele país. O projeto tinha apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e estava estruturado em oito módulos mensais. Como Concórdia ficava na fronteira com o Uruguai e próxima do Brasil, foram ofertadas vagas para os dois países.

Desse modo, integramos um curso de composição tri-nacional. Fui beber das águas das fontes, pois Concórdia ficava na fronteira, era banhada pelo rio Uruguai, o curso exigia esse deslocamento para as atividades presenciais e o itinerário escolhido incluía Uruguaiana, o que permitia sermos acolhidos pela família de meus padrinhos. O local onde ocorriam as aulas se chamava “Ayuí”, em guarani, “água que corre*”.*

Nesse contexto, se deram as condições propícias para elaborarmos coletivamente uma proposta para o Rio Grande do Sul, “Delineamentos da

Política de Atenção Integral à Saúde Mental" (1987), que apresentamos como trabalho de conclusão do curso, e que compôs o informe do Ministério da Saúde da Argentina à Opas, tornando-se o documento, carta guia, para as navegações gaúchas. A proposta foi constituída com a matéria da Bacia do Prata: o conceito de saúde mental adotado foi o elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde da Argentina, formulado pelo psicanalista Vicente Galli (1986), os princípios foram os propostos para o Sistema Único de Saúde do Brasil, na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. As propostas incluíam deliberações da I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, ocorrida em 1987, e a concepção de integralidade foi inspirada na formulação da equipe de saúde mental da província de Córdoba (1987), concepção que articulava instâncias de atenção com propostas de promoção à saúde, às quais acrescentamos o ensino e a pesquisa. O que chamou a atenção dos colegas e coordenadores do curso foi o tema da participação social, que estava incluída no conceito de saúde mental. A participação constituía-se em uma das prioridades, um dos princípios e um dos objetivos da política, com propostas para viabilizá-la.

O curso gerou três novas estratégias: seminários bimestrais sobre planejamento e pesquisa, durante o ano seguinte, no Ayuí; o *Fórum Concordia de Salud Mental* integrado por argentinos, brasileiros, uruguaios e paraguaios, com encontros anuais, nos quais debatíamos temas preparados previamente com autores. Assim, tivemos encontros com Manfred Max-Neef, chileno, que havia recebido o prêmio Nobel alternativo de economia pelo trabalho sobre "Desenvolvimento em Escala Humana" (1986) e com Franco Rotelli e Augusto Debernardi, de Trieste, Itália, sobre o tema da desinstitucionalização (1992). A terceira estratégia foi a da edição, pela Escola de Saúde Pública, do Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental, no Rio Grande do Sul. O curso foi dirigido à equipe de condução da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, da Secretaria Estadual da Saúde, para profissionais das diversas regiões sanitárias do estado, para as coordenações de saúde mental das Secretarias Estaduais de Saúde de Santa Catarina e do Paraná e para trabalhadores de saúde mental do Uruguai (professores da Universidade de Montevideo). Um dos

desdobramentos do curso foi a constituição da *equipe descentralizada de saúde mental* (Oliveira e Saldanha, 1993), equipe que foi decisiva para desencadear processos de formação, de criação de serviços e de mobilização nas regiões e municípios gaúchos. A equipe descentralizada produziu um modo itinerante, nômade e mestiço de trabalhar, estudar, pensar e inventar. A mestiçagem ocorria entre o poder aprender e o poder decidir, com o poder fazer. Aprendíamos sobre a gestão, e as demandas da gestão incidiam sobre a formação e a atenção.

Esse modo de pensar-agir propiciou uma revisita à história das políticas de saúde mental desenvolvidas no Rio Grande do Sul e à formulação de novas conceituações e práticas.

No âmbito da saúde mental, a descentralização do atendimento foi tema no Rio Grande do Sul desde 1925 (SES-RS, 1990). A alternativa única de um hospital de abrangência estadual, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, dava mostras de fracasso: superlotação, abandono e cronificação dos problemas sofridos pela população atendida, o que preocupava as administrações públicas já no primeiro quartel do século XX. A proposta era de construção de hospitais psiquiátricos regionais.

Os serviços extra-hospitalares constituídos por equipes multiprofissionais só passaram a ser concebidos na metade do século XX, com a produção de novos recursos tecnológicos. No Rio Grande do Sul, ao final da década de 1950 e início dos anos 1960, foram criados os primeiros ambulatórios públicos, vinculados às universidades e ao hospital psiquiátrico estadual.

A década de 1970 foi a de maior repressão política no Brasil, período do “milagre econômico” e da maior destinação de verbas para a assistência psiquiátrica no país (Resende, 1994). No Rio Grande do Sul, foram contratados profissionais e instalados serviços de saúde mental junto às unidades básicas de saúde ou centros de saúde, da capital e das principais cidades do interior, pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS, 1981). A

proposta era a da setorização[4]: atendimento aos doentes mentais por adscrição de área geográfica. Proposta a que o Hospital Psiquiátrico São Pedro veio se adaptar e que teve como objetivo central reduzir a população internada e cronificada pela hospitalização. Muitos pacientes asilares foram reconduzidos aos seus locais de origem ou foram deslocados à Colônia Agrícola deReabilitação[5], localizada junto ao Hospital Colônia Itapuã, antigo leprosário. A Colônia Agrícola de Reabilitação (CAR) foi criada para receber pacientes que não apresentavam quadro de patologia aguda, não tinham mais como retornar para casa e nada justificava que fossem mantidos em internação psiquiátrica.

Dos anos 1970 é significativo assinalar (SES-RS, 1990):

- a implantação, no Rio Grande do Sul, da "saúde comunitária", por meio de um sistema de saúde de atenção primária e da residência multiprofissional em saúde comunitária, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em Porto Alegre, como referido na minha vidaprofissionalização;
- o início da atenção aos alcoolistas, por meio de serviços públicos hospitalares e ambulatoriais;
- a instalação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais;
- a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais universitários;
- a instalação, em Porto Alegre, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, de um serviço ambulatorial, especializado em psiquiatria na região central, além do credenciamento de profissionais e da efetivação de convênios com hospitais psiquiátricos privados, em diferentes regiões e municípios doestado.

Foram políticas institucionais de saúde nos âmbitos estadual e federal, paralelas e superpostas, que provocaram o múltiplo vínculo de trabalho por

---

[4] Política de saúde mental desenvolvida na França a partir de meados de 1960 cujos princípios eram: 1) delimitação de território para o atendimento de uma população de 50 a 100.000 habitantes; 2) continuidade terapêutica — a mesma equipe atender, no conjunto de cada setor, o paciente desde a prevenção à reabilitação; 3) a assistência ser prioritariamente extra-hospitalar, deslocando o eixo do hospital para a comunidade (Desviat, 1999).

[5] Serviço hospitalar asilar destinado à reabilitação de pacientes crônicos procedentes de zonas rurais cujo tratamento consistia em executar trabalhos do campo: capina, ordenha, plantação e colheita, por exemplo. Criados com a tese de que o trabalho no ambiente semelhante ao de origem era recuperador da saúde.

um mesmo profissional, a redução dos leitos psiquiátricos públicos e o crescimento dos privados.

Na primeira metade da década de 1980, a tendência política foi de unificação: o Plano Estadual de Saúde Mental foi elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde e pela Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitou a constituição da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM) e a política específica passou a ser regida pela lógica da programação. Foram delimitadas prioridades, elaborados manuais e programas de cuidados primários de saúde mental e realizadas qualificações para técnicos e auxiliares de saúde da rede pública dos serviços estaduais (SES-RS, 1981). No âmbito da especialização realizada em serviço foi criada a residência multiprofissional em saúde mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Apesar dos serviços que foram criados e dos programas de educação realizados (treinamentos, aperfeiçoamentos e residências), os doentes mentais continuaram sendo cronificados e estigmatizados. A população do grande hospital psiquiátrico público diminuiu: de 5.000 pessoas, nos anos de 1960, caiu para 3.000, na década de 1970, e dez anos depois para 1.400. O decréscimo, entretanto, resolveu parcialmente o problema do Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas os problemas das pessoas foram agravados: o Estado descomprometeu-se de cuidá-las. As famílias, bem como as localidades, não estando disponíveis nem preparadas para recebê-las, reproduziram a cronificação e a exclusão nas próprias casas, com reinternações nos hospitais psiquiátricos privados ou recorrendo aos asilos. As unidades básicas de saúde, planejadas como entrada do sistema de saúde, passaram, no caso da saúde mental, a ser saída: começaram a atender egressos de instituições psiquiátricas. Numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa do hospital e de reinternação a cada surto psicótico, fechando um circuito gerador/reprodutor de aniquilamento psíquico e social. A descentralização foi administrativa e tecno burocrática. Dessa forma, as tensões nesse período histórico foram transformadas em questões técnicas e administrativas:hospital x unidade básica de saúde, ensino x

serviço, especialista x generalista, médicos x não médicos e psicanálise x psiquiatria. Não ocorrendo o enfrentamento das questões ético-políticas geradoras da exclusão dos portadores de sofrimento psíquico.

A necessidade de transformação da atenção à saúde mental, no mundo, vinha sendo assinalada e realizada há pelo menos quatro décadas na Itália, França, Inglaterra e Espanha (Desviat, 1999). O campo da Saúde Mental precisava ainda constituir-se como tal: complexo e transdisciplinar. As contribuições da psicanálise, da psiquiatria e da psicologia de caráter social e democrático, produzidas na Europa e América Latina, foram significativas, mas insuficientes para produzirem efetivamente as mudanças necessárias: da inserção da subjetividade, da singularidade, da diversidade e do conflito no cotidiano das instituições e da sociedade. A proposta foi a da desinstitucionalização, não apenas das doenças ou dos doentes, mas dos modos de pensar, de criar, de expressar, de produzir, de agir, de amar e de lutar.

A ampliação e a modificação do campo da saúde mental realizada, a partir de meados dos anos 1980, no Brasil, constituiu fato analisador das transformações sociais, determinadas, principalmente, pelas lutas pela (re)democratização da sociedade. No transcorrer do século XX, a luta pela sobrevivência passou a coexistir com a luta pelos direitos de viver e de escolher como viver de diferentes parcelas da população. Movimentos sociais vigorosos nesse contexto, como os ecológicos e os dirigidos à conquista e à garantia de direitos específicos de populações excluídas e/ou segregadas por questões ideológicas, étnicas, religiosas, políticas, econômicas, de gênero, de idade, de patologias ou de necessidades especiais, geraram ou provocaram novos paradigmas e teorias, bem como outras estruturas organizacionais junto aos serviços e políticas públicas.

As categorias analíticas desse fato “analisado” são incerteza, complexidade, fragmentação, dependência, conflito e contradição. Mário Testa define categoria analítica como “uma abstração realizada com base no exame de uma realidade (...) que pode incluir imprecisões e ambigüidades, mas que está fundamentado em experiências concretas” (Testa, 1992, p.95).

A categoria analítica é uma derivação da realidade e é historicamente determinada.

Considerando que o contexto histórico exigiu uma conceituação da saúde mental capaz de dar suporte a políticas públicas, escolhi três conceitos que embasaram a formulação de propostas de saúde mental no estado do Rio Grande do Sul e na Argentina, que continuaram vigentes em diversos cenários da gestão, da atenção e da formação em saúde mental no Rio Grande do Sul.

O primeiro conceito integrou o documento Delineamentos da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, de 1987, já citado, caracterizando a saúde mental como:

> [...] um estado de relativo equilíbrio e integração entre elementos conflitivos constitutivos do "sujeito da cultura" e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, do qual as pessoas ou os grupos participam ativamente, gerando suas próprias mudanças e no contexto social. (Galli, 1986)

Este conceito sintonizava as diretrizes do Sistema Único de Saúde, dava suporte para que a participação ativa fosse considerada uma prioridade da política de saúde mental, conferia positividade à saúde mental e superava conceitos anteriores, pela sua plasticidade e perspectividade. Foi amplamente estudado nas formações em serviço e nos cursos de especialização em saúde mental, realizados no período de 1988 a 1996, coordenados ou em parceria com a SES-RS. Em 2001, estava sendo utilizado nos cursos de graduação em enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional das universidades que contavam com os campos de estágio da SES-RS e em alguns cursos de pós-graduação em saúde mental do Rio Grande do Sul. Continua sendo um conceito organizador de políticas de saúde mental nesse estado. É um conceito vigente vinte anos após sua elaboração, o que lhe confere aceitação e aplicação.

O contexto político, histórico e social no qual foi concebido foi o da reabertura democrática, após as duras ditaduras do Cone Sul, em especial, a da Argentina. A redemocratização possibilitou o protagonismo de pessoas e grupos, foi indicativa de transformações e foi afirmativa da potência de pessoas e grupos para efetivarem mudanças. O sentido da reabertura foi o

da esperança. O contexto foi determinante para a inclusão da participação ativa das pessoas ou dos grupos, em suas próprias mudanças e nas transformações sociais, como conceito de saúde mental.

Depois de vinte anos, a ditadura militar foi substituída por uma ditadura econômica e não pela democracia plena, o "protagonismo" incentivado foi o do espetáculo narcísico, sem mudança social e o sentido não ficou como o da esperança (espectante), mas como do sonho (desejante). O fortalecimento da democracia e o protagonismo cidadão tornaram-se bandeiras de luta, situações a serem alcançadas, mas não conquista experimentada plenamente. Os processos argentino e brasileiro apresentaram semelhanças e guardaram diferenças, entre as diferenças a de um vigor maior dos movimentos sociais no Brasil e a da promulgação de uma "Constituição Cidadã" brasileira. Constituição (1988) das mais avançadas do mundo em relação aos direitos sociais, que incluiu o Sistema Único de Saúde, com as diretrizes da descentralização da gestão, do atendimento integral e da participação social no setor. A manutenção do conceito se refere à participação ativa em uma democratização em curso. Embora o sentido seja mais de resistência e de medo da exclusão, os brasileiros, em geral, e os portadores de sofrimento psíquico, em particular, têm acumulado experiências concretas de inclusão cidadã, desde a aprovação da lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde, a Lei Federal 8.080, de setembro de 1990.

O referencial teórico utilizado, no conceito referido, era o da psicanálise, diferente da lógica biológica da psiquiatria e psicologia que vigoravam, até então, nas concepções de saúde mental das políticas públicas. As propostas de saúde mental vigentes abrangiam a descrição de quadros psiquiátricos prevalentes, orientavam diagnósticos e prescreviam ações terapêuticas para esbatimento dos sintomas e manutenção dos doentes, incluíam a intervenção psicológica durante o ciclo do desenvolvimento humano, em especial nas crises vitais e eram impregnadas

pelo preventivismo higienista[6] (Arouca, 2003; Freire Costa, 1989). Eram orientadas ações descontextualizadas, que desconsideravam a imprevisibilidade da vida e descoladas das mudanças teóricas na psiquiatria, psicologia e saúde coletiva. O conceito sintetizado por Galli era condizente com a subjetividade humana, ao sinalizar que se trata de um estado de relativo equilíbrio e integração, superando conceitos e práticas que almejam um estado permanente de saúde mental. Ao explicitar que o conflito é constitutivo das subjetividades, evidencia que este não é passível de eliminação e nem é indicador de psicopatologia, bem como evidencia que as práticas, que se propõem a evitar ou a eliminar conflitos, não fazem sentido. Ao considerar a cultura e os grupos, destaca que produzimos e somos produzidos pela cultura e nos grupos, ou seja, que não existe o indivíduo sem o coletivo. O não entendimento da expressão *sujeito da cultura e dos grupos* levava muitos leitores a suporem uma vírgula entre as palavras *sujeito* e da *cultura*. Ao indicar que as crises são previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, evidencia a impossibilidade de prever todas as crises e a insuficiência dos registros objetivos para orientar propostas de saúde mental.

As práticas geradoras do conceito e derivadas do mesmo exigiam mais plasticidade dos operadores das políticas públicas e das instituições em situações conflitivas e críticas, do que condutas normatizadas. A aplicação coerente do conceito conduz a uma contextualização permanente, ou seja, ao conhecimento da história cultural e dos grupos para maior pertinência e eficácia das ações. O conceito valoriza o local, a cultura e os cotidianos, como constituintes de políticas públicas.

---

[6] O preventivismo se refere às práticas desenvolvidas a partir da concepção de que os problemas de saúde podem ser evitados e até erradicados, uma vez identificadas as causas (em geral biológicas), produzidas e socializadas as tecnologias (em geral vacinas e medicamentos). Concepção desconstituída por Arouca em sua tese intitulada *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva,* escrita em 1976, publicada em 2003, na qual comprovava sua insuficiência e inconsistência, por desconsiderar os determinantes históricos, políticos e sociais no processo saúde-doença. O recrudescimento da tuberculose no Brasil e no mundo no final do século XX reafirmou a tese de Arouca. A expressão *higienista* está associada às práticas preventivistas por seu caráter de "limpeza" sanitária, as quais atingiam determinados grupos populacionais. Na saúde mental, a "eliminação" das ruas e das cidades dos doentes mentais (pobres, mendigos, desempregados) e sua segregação nos hospitais psiquiátricos, higienizava a sociedade, prática demonstrada por vários autores, entre eles, Jurandir Freire Costa (1989).

O segundo conceito que recupero foi apresentado no Seminário de Saúde Mental realizado em Córdoba, Argentina, em 1986, por Rubén Ferro, psicanalista, sanitarista, professor, coordenador da formação em saúde mental do Ministério da Saúde daquele país, ao proferir a conferência denominada *Prevención en Salud Mental: algunos modos de pensar el problema*. Ferro considerava que a saúde mental era:

> colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para o que se funda num projeto político de transformação, para a melhoria da vida de nosso povo. (Ferro, 1986)

O conceito ficou obscurecido pela maior difusão do apresentado anteriormente, também por sua complexidade e ainda pelo marco preventivista ao qual ficou agregado, uma vez que o autor o expressava como concepção da desejada prevenção em saúde mental. Ferro foi assessor das políticas de formação em saúde mental coletiva do Rio Grande do Sul, de 1988 até 1996.

O contexto da prevenção em saúde mental é o da mudança de paradigmas, bem como da construção de melhores condições de vida, com maior inclusividade e menor sofrimento pela exploração e opressão econômica. O conceito afirmava a centralidade da escuta e da fala, como recursos tecnológicos do cuidado, discrepantes da tradição medicamentosa e da internação hospitalar, num processo instituinte e criativo. Nomear o desconhecido, o que não se sabe, o que se oculta, permite trazer o sensível, o afetivo, o psíquico à existência e transformar ou assimilar a cultura. A palavra possibilita o reconhecimento e a visibilidade daquilo que, se ficar apenas na sensação, se torna insuportável. Ferro explicitava que a técnica e a palavra têm sentido e significado de ativação daquilo que se funda num projeto político para a melhoria da vida. Esse é um conceito que dialoga com uma idéia de Mario Testa (1992, p.126) sobre o *pensamento estratégico*, ao afirmar que o planejamento em saúde só tem sentido se “criar uma estrutura de comunicação que devolva ao povo as ferramentas necessárias para a sua libertação” e com a formulação de Boaventura Souza Santos (2001) de que a ciência só é válida se contribuir para a construção emancipatória de sujeitos.

Esse conceito sustenta a multiplicidade de diálogos e dá suporte a processos criativos, trazendo vigor à construção de políticas públicas democráticas. Testa propôs a noção de pensamento estratégico em lugar de planejamento para preservar a autonomia e a criação dos atores ao traçar caminhos para a ação.

No Rio Grande do Sul, o conceito de Rubén Ferro presidiu a estruturação de alguns processos locais (municipais) que o consideraram capaz de produzir tecnologias (teoria com saber fazer) de cuidado à saúde mental. A Cooperativa Qorpo Santo[7], de Alegrete (Salbego, 2004), e a Oficina de Criação Coletiva, de Bagé (Meira, 1995 e 2001), são exemplos operacionais.

O terceiro conceito foi introduzido pela designação de Saúde Mental Coletiva, formulado por mim como:

> processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (Fagundes, 1995)

Diversos cursos de formação em serviço realizados no Rio Grande do Sul, de 1988 a1996, foram denominados de saúde mental coletiva, como sinalização de que o objetivo era formar para a elaboração e implementação de políticas públicas. No transcorrer dos cursos de aperfeiçoamento e especialização, os mesmos se transformaram em efetivas usinas de

---

[7] **Qorpo-Santo** nasceu em **Triunfo-RS,** em 1829. Chamava-se José Joaquim de Campos Leão, mas em 1863, auto-intitulou-se Qorpo-Santo, pois optava por um corpo sob a proteção contra os perigos da carne. Mudou-se para Porto Alegre em 1839. Estudou letras, formou-se professor em 1850 e em 1851 criou um grupo de teatro. Em 1857 mudou-se para **Alegrete**, onde **fundou uma escola**, da qual foi seu diretor. Também foi delegado, tipógrafo e fundou um jornal. Ainda orientava o uso de homeopatia e escrevia poesias (até hoje pouco estudadas). Em 1860, foi eleito **vereador em Alegrete**. Em 1862, teve a interdição de seus bens e perdeu seus direitos civis, judicialmente acusado de louco pela esposa. Por ordens médicas foi forçado a parar de escrever (devido à "mania de escrever"). Considerado o precursor do Teatro do Absurdo e fundador do surrealismo, somente após os movimentos de **maio de 1968** foi compreendido no teatro e teve a primeira encenação de uma peça sua (cem anos depois de escrita). Com base na sua experiência de alfabetizador, **propôs uma reforma da ortografia brasileira** e compôs uma extensa e variada **Ensiqlopédia.** Escreveu 17 comédias, entre as quais certa identidade em busca de outra; Eu sou vida, eu não sou morte; Hoje sou um e amanhã sou outro; A impossibilidade da santificação ou A santificação transformada e Marinheiro escritor. Foi submetido a numerosos exames psiquiátricos por suas excentricidades cotidianas, por sua relação com a sociedade a que chamava de rebanho e por suas denúncias dos problemas da cidade e dos atrasos provincianos. Qorpo-Santo foi um homem rico, mas perdeu o direito de gerenciar seus bens, também perdeu o convívio com os filhos, considerado louco pela psiquiatria e pela justiça do Século XIX.

pensamento criativo, constituindo-se em estratégia da política de atenção à saúde mental para produzir mudanças éticas, políticas e conceituais, para inventar serviços de atenção integral à saúde mental, com potencialidade de legitimação e de enraizamento nos municípios. O processo propiciou a publicação da revista **Saúde Mental Coletiva**. A elaboração do conceito foi publicizada em 1993 nos cursos de especialização e publicada em artigo no ensaio*Exigências contemporâneas*, de 1995, nessa revista.

O conceito de Saúde Mental Coletiva procurou inscrever a saúde mental no campo da saúde coletiva, possibilitando intervenções na realidade social, de modo coerente com o propósito de mudança na gestão e na atenção em saúde nas políticas públicas. Propósito que abrangia a descentralização democratizante[8] (Belmartino, 1990), a integralidade, a autonomia e que exigia processos instituintes.

O referencial teórico que fundamentou o conceito foi o pensamento estratégico de Mário Testa, articulado com o pensamento criativo de Rubén Ferro, com a desinstitucionalização, formulada por Franco Rotelli e com processos instituintes, o que foi engendrado pelos institucionalistas, em especial René Lourau e Félix Guattari.

Analisando o conceito, é possível sinalizar que foi utilizada a expressão *processo construtor de sujeitos sociais,* para indicar um movimento gerador de atores sociais. O contexto de mudança histórica determina um novo sujeito, protagonistas de movimentos sociais. A possibilidade de construir atores sociais, efetivamente, se configurou com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, criado em 1991, por trabalhadores, usuários e familiares, articulado com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Lobosque, 2003). Movimento que propôs a reforma psiquiátrica desinstitucionalizante no Brasil pós-ditadura militar. Ao indicar que são sujeitos *desencadeadores de*

---

[8] Expressão utilizada por Susana Belmartino, no VI Congresso de Medicina Social em 1989, ao discutir alternativas às políticas neoliberais na saúde. A autora refere que a descentralização para ser uma prática transformadora e não atenuadora de conflitos e mantenedora do *statu quo* está relacionada à mudança nas relações de poder entre Estado e sociedade, às formas operativas e à elaboração de metodologias participativas. "Se trataria de una participación plena en un medio democrático dotado de estructuras formales y informales de manera a garantizar un proceso transaccional y creativo entre gobierno municipal y comunidad." (Belmartino, 1990, p.35).

transformações, o conceito ressalta o protagonismo dos indivíduos e dos coletivos, os quais sofrem efeitos e são produtores de mudanças.

As transformações em saúde mental são instigadas pelo destaque aos *modos de pensar, fazer, querer e sentir* referidos às noções de integralidade e de implicação, bem como à busca de coerência entre propósito de mudança, métodos e organizações.

Política, ciência e gestão correspondem aos três poderes identificados por Mário Testa (1992) no setor da saúde: político, técnico e administrativo. Poderes entendidos como capacidades: de formular propostas de distribuição de poder, de mobilizar e convocar atores para sua implementação, também de lidar com informações e gerar tecnologias e ainda de gerir, redirecionar e potencializar recursos. Portanto, é preciso modificar a correlação de forças e o exercício da cada um dos poderes, é preciso modificar o cotidiano das organizações (escolas, hospitais, prisões, por exemplo) criadas para responder a determinadas necessidades, mas que não têm servido aos objetivos originais ou cujas estruturas, por antigas, não suportam novos propósitos. Na *extinção e substituição de estruturas tradicionais*, explicita-se a desinstitucionalização, as organizações a serem criadas têm de ter capacidade de *contribuir para* projetos de vida, isto é, devem se compor com as invenções da vida e não apenas oferecer perspectivas de destino pré-fixado. A *criação de projetos de vida* é o objetivo das novas estruturas e remete a projetos emancipatórios de todos os participantes.

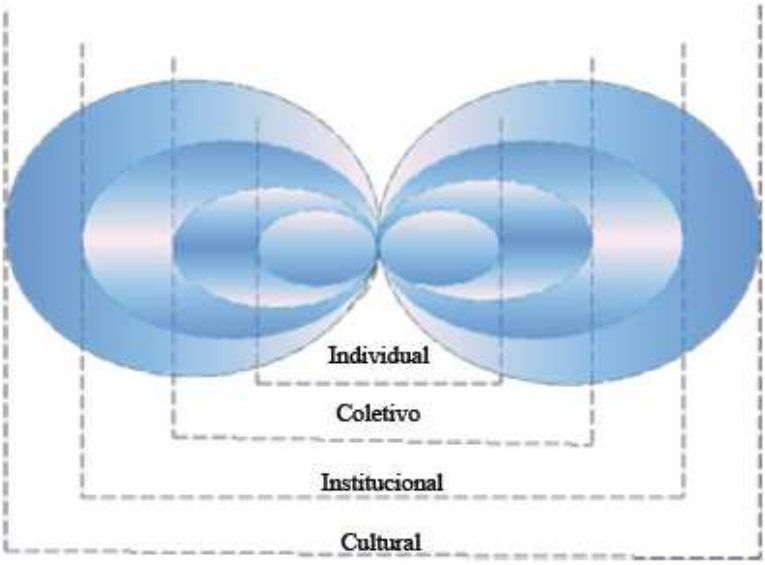
No Rio Grande do Sul, essa concepção propiciou que profissionais e serviços trabalhassem com portadores de transtornos psíquicos, bem como com populações de rua, com grupos de familiares em situação de vulnerabilidade, com presidiários, com crianças e adolescentes maltratados e com mulheres vítimas de violência, também nos movimentos sociais e nos setores da saúde, da educação, da assistência social, do trabalho, da habitação, do ambiente e da cultura e, ainda, com os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Ao identificar âmbitos de conhecimento apropriados aos espaços de intervenção, cotejávamos vertentes da análise institucional, pedagogia,

psicanálise, psicologia, psicopedagogia e psiquiatria e construímos um diagrama que nos permitiu pensar os múltiplos espaços, que exigiam tecnologias próprias nas políticas públicas, inspirados nas formulações de Gaston Bachelard, no livro *A Poética do Espaço* (1996), e de José Bleger, no livro *Psicologia Institucional* (1984). Bachelard referia-se ao *espaço vivido* e trabalhava com a intimidade e a imaginação. Bleger sinalizava que o conhecimento da psicologia abrangia os âmbitos individual, psicossocial, institucional e comunitário, que o mesmo se desenvolvia na direção do indivíduo para o coletivo e que era necessário fazer o caminho inverso, do coletivo para o indivíduo. Os institucionalistas que trabalhavam com as formulações de Foucault, Guattari, Deleuze e Nietzsche enfrentaram o desafio e constituíram práticas que o superaram, arrematando o tema dos processos de subjetivação.

A elaboração desse diagrama ocorreu em uma das aulas-oficina do curso de especialização em saúde mental coletiva, ocorrido em Bagé, em 1992. Os espaços/âmbitos identificados como construtores/produtores de subjetividade foram o cultural, o institucional, o coletivo e o individual, marcados pelo encontro/afecções. São espaços que se entremeiam, são dobras e desdobras produtoras de subjetivação, os quais decompomos para precisar intervenções, que partam de onde partam transversalizam os demais âmbitos (encontro/afecção).

Diagrama 1 — **ESPAÇOS de CONSTRUÇÃO/PRODUÇÃO de SUBJETIVIDADE**



O espaço da cultura é o das ruas, das praças e dos meios de comunicação, a matéria prima é a sociedade, o universo é a população em geral, os habitantes de um local ou sua inscrição macrossocial nas culturas planetárias. A abrangência é a de um dado território social, município, bairro ou vila. É o campo próprio para a mobilização social, para a abertura de processos instituintes, para a promoção da saúde, para alertar sobre os direitos humanos e suas violações e sobre as questões ecológicas. A comunicação é predominantemente visual. As palavras, quando utilizadas, constituem *slogans* de fácil apreensão e/ou estão musicadas. A inter-relação, em geral, é momentânea entre os participantes, embora os efeitos possam ser duradouros. Nos finais de semana, as ruas são os melhores locais para atividades culturais e pedagógicas, como oficinas esportivas, de expressão corporal, teatro, feiras, passeatas, *showmícios*, campanhas e mutirões. Os veículos de divulgação são os jornais, as rádios, os canais de televisão, os automóveis com auto-falantes, os muros, de acordo com as realidades locais, entre outros, como panfletos, "mosquitinhos", camisetas, faixas, vídeos.

Existem animadores, trabalhadores de rua e comunicadores profissionais para esse tipo de intervenção, sem dispensar os amadores. As atividades nesse âmbito, no município, podem responder sinergicamente às necessidades de lazer e de segurança, ampliar a consciência sócio-sanitária e ambiental e, principalmente, gerar valor entre os munícipes. Geração de valores que implicam trabalho continuado, articulação de atividades cotidianas, ressignificação da história e possibilidade à criação de novas estruturas.

O *chimaloco,* rodas de chimarrão para conversar sobre a loucura, realizadas em alguns municípios do Rio Grande do Sul (Oliveira e Saldanha, 1993), tiveram ou têm, onde ainda são realizadas, o poder de mobilização sobre o tema da loucura, à moda gaúcha. As ações neste âmbito são intersetoriais, um dos setores imprescindíveis é o da comunicação. São atos ativadores de subjetividade: a conquista do direito de expressão pública para quem foi silenciado tanto tempo é revolucionária. A circulação nas ruas, nas cidades é uma das principais conquistas ético-políticas e estéticas do

Movimento Antimanicomial, pela potência coletiva e de afirmação da subjetividade que implica.

Insiro uma história de vida como marcador desta potência e afirmação: um morador da Pensão Pública Protegida *Nova Vida*[9], em Porto Alegre, natural de uma cidade do interior, à beira da Lagoa dos Patos, passava horas desenhando bichinhos e figuras humanas em movimento num caderno ou bordando-os em tapetes e concomitantemente tinha sintomas psicóticos em abundância: despersonalização, alucinações visuais e auditivas, com intenso sofrimento psíquico, que não se modificavam com o uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, mesmo em doses elevadas. Sua situação foi mudando quando encontrou outra expressão estética para seus "monstrinhos": desenhou-os em papéis coloridos, recortou-os e os distribuiu num fundo de uma cor só. O efeito da obra foi de forte impacto sobre o autor: ficou surpreso com a beleza produzida e com a sua capacidade. Efeito semelhante ocorreu em seus colegas de moradia e na equipe da pensão. A partir de então, foi se tornando/considerando artista, ganhando as ruas: pintou muros e murais, viajou às cidades de Belo Horizonte e Florianópolis, com o fruto de seu trabalho.

A viagem-advento da virada foi o retorno a sua cidade natal, na qual foi recebido pelo prefeito como artista do município, onde junto com sua família e conterrâneos pintou o maior muro disponível, ao lado de uma pracinha de brinquedos, durante o período de carnaval. O impacto ético-estético foi coletivo, afetou a cidade, a família, os trabalhadores de saúde mental que o acompanhavam e o próprio artista, que desde então passou a ser/estar de outro modo na vida. A partir de então ocorreu a efetiva redução do uso de medicamentos psicotrópicos e de seu sofrimento psíquico, a valoração da família em relação a ele: cidadão capaz de produzir beleza; e dele em relação a si mesmo: gostar do que fazia. Foi uma travessia do invisível, do não nominado, do incapaz, do apartado, para o visível, para o público, para o ético-estético incluído. O artista interveio na cidade que o acolheu com o seu

---

[9] Moradia mantida pelo Estado para pessoas em sofrimento psíquico sem familiares ou com dificuldades de residir com os mesmos, com autonomia limitada temporária ou definitivamente. O processo de criação da Pensão no Rio Grande do Sul está registrado mais adiante nesta dissertação.

modo de ser. Cidade (Arambaré) e artista (Claudinho) mudaram seus contornos, suas fronteiras, seus territórios. Também se modificaram os trabalhadores que deram suporte e agenciaram a (re)invenção de vida e tornaram pública a experiência por meio de artigos (Sibemberg, 2003), de vídeo (produzido por Patrícia Dornelles), da viabilização de exposições (Mercado Público de Porto Alegre, 1994 e Pensão Nova Vida, 1998; em Paris, 1999; naFundação Ecarta em Porto Alegre, 2005) e de *outdoor* (Centro Municipal de Cultura de Porto Alegre, 1995). O artista levou para as ruas e cidades os trabalhadores.

O espaço institucional é o das entidades, das associações, dos serviços e dos estabelecimentos, o universo são as instituições, as organizações. É o campo próprio para ações dirigidas a populações e grupos específicos, utilizando linguagens e tecnologias orientadas às mesmas. São populações muitas vezes já cadastradas e identificadas. Há construção de identidades setoriais ou de divisão do trabalho, as pessoas podem não se conhecer, mas desejam a identificação por pertencimento a uma categoria profissional, por exemplo. Os lugares propícios para tais trabalhos são as escolas, as associações, os sindicatos e os serviços de saúde entre outros. É um espaço para as ações dirigidas, que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida por seu potencial de agregação, servindo à intervenção oportuna no processo saúde/doença, à inclusão psicossocial e à redução de danos em populações específicas, também servem à qualificação das práticas de trabalho pela reunião de agentes de produção da saúde. O reconhecimento do espaço institucional potencializa a utilização de recursos, possibilita a avaliação do processo de trabalho e dos resultados nas referidas populações.

O espaço institucional também é um espaço de invenções, criação e desenvolvimento de parcerias. São inúmeras as experiências nesse âmbito, por meio do desenvolvimento de projetos como o de saúde mental no trabalho, que visa à redução de psicopatologias decorrentes da ocupação profissional; de sensibilização, incentivo e constrangimento para diminuir os acidentes de trânsito; da educação para a sexualidade na escola para reduzir a evasão escolar, a gestação na adolescência e transmissão sexual

de doenças, entre outros. A instituição pode ser o objeto de intervenção e a análise institucional, uma ferramenta para problematizar as ações, colocar em ato rupturas e transformações e pôr em questão os instituídos.

Santos (Nicácio, 1994), Campinas (Onocko e Amaral, 1997), Belo Horizonte (Lobosque, 2003), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Alegrete (Salbego e Fabrício, 1995; Ferrari e Mulazzani, 1997), Viamão (Fagundes, 2001; Pelliccioli e Guareschi, 2004; Marca Filho e Rosa, 2002), Joinville (Lima, 2005), Porto Alegre (Carvalho da Silva, 2004; Ferreira et al, 2004; Guilhermano-Neto et al, 2004), Santo André (Os de volta pra casa), Belém (Nascimento, 2002), Recife (Balanço 2001) e Rio de Janeiro (Hugo Fagundes, 1997; Guia RJ, 1997), entre outros, são alguns dos municípios brasileiros que têm inventado instituições capazes de dar suporte para processos de desenvolvimento da autonomia das pessoas com a existência em sofrimento e a processos de trabalho instituintes.

Porém, os municípios, além de inventarem serviços e tecnologias de cuidado em processos de abertura ou de mudança, necessitam de suporte para processos de avanço e consolidação que não reproduzam instituídos, a institucionalização ou a cronificação da subjetividade dos hospitais psiquiátricos, ou seja, que não criem uma cultura de perpetuação dos serviços pelos serviços, independentemente da função social que exercem, de tutela dos usuários, de cerceamento de suas potencialidades, de emissão de mandatos inviabilizadores de projetos de vida, como *não tem mais o que fazer ou não tem mais saída,* de prescrições burocratizadas, repetidas sem conexão com as singularidades ou os percursos de cada um, de divisão rígida do processo de trabalho e de cristalização dos poderes nas instituições. Para enfrentar e superar a tendência à "manicomialização" dos serviços que objetivam justamente o fim dos manicômios é preciso que os mesmos comportem espaços de auto-análise e autogestão, de suspensão de julgamentos e de hierarquias, instiguem às indagações e à formulação de novas perguntas e respostas, sejam lugares propícios para a identificação de conflitos e contradições, facilitadores para a elaboração de contratos e recontratos, mesmo que provisórios, entre seus membros e com seus usuários. Nesse sentido, a análise institucional e/ou o pensamento

estratégico têm sido ferramentas potentes para a institucionalidade dos serviços. As assembléias têm sido um dispositivo proposto, assim como supervisões, assessorias e consultorias podem se constituir em espaços de análise do trabalho vivo. O essencial é a disponibilidade do conjunto da instituição de se colocar em análise.

No Brasil, ocorreu a intervenção na *Casa de Saúde Anchieta*, hospital psiquiátrico do município de Santos, realizada pelo governo municipal em 1989-1990 (Tykanori, 1996; Lancetti, 1997). Intervenção cujos atores referentes foram uma mulher: a prefeita da cidade; um líder sanitarista: secretário municipal da saúde; um psiquiatra e um psicanalista: interventores e institucionalistas, aos quais se somaram trabalhadores das mais diversas profissões e municípios num pacto ético-político de compromisso com a vida e de superação do manicômio, que fez a diferença (bifurcação de rumo) na história da reforma psiquiátrica de nosso país. Um dos dispositivos utilizados para a transformação do cotidiano institucional foi a assembléia, coordenada pelo psicanalista, na qual todos participavam: usuários, familiares, funcionários e poder público, cada um a seu modo. Nesse espaço, institucionalmente *caótico,* foram se constituindo pactos e laços viabilizadores de outra ordem-desordem-ordem.

A implantação da Pensão Pública Protegida *Nova Vida* (Fischer, 1993) em Porto Alegre foi outra experiência na qual a assembléia foi o dispositivo decisivo para gerar novos pactos de convivência cotidiana. A referida Pensão foi a primeira moradia pública para portadores de sofrimento psíquico do Rio Grande do Sul e surgiu em conseqüência do fechamento de um serviço privado conveniado com o Ministério da Previdência e Assistência Social, abrigando cinqüenta e cinco moradores que não tinham para onde ir. A mobilização de familiares, vereadores, deputados e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS, antecessora dos atuais Conselhos Municipais de Saúde que ainda não existiam) determinou que, desde a Secretaria Estadual da Saúde, por meio da Política de Atenção Integral à SaúdeMental (Paismental), fosse encontrada uma solução. Essa solução era a criação de um serviço residencial público. Com o objetivo de garantir a continuidade desse serviço após o final de governo, pois era o

último ano da gestão estadual e, num contexto de municipalização da saúde, foi efetivado um convênio com o município de Porto Alegre para que o mesmo assumisse a Pensão. A mobilização dos familiares propiciou a feitura de um contrato com os mesmos de participação ativa na estruturação e no cotidiano do serviço, já que o desafio era instituinte: com o compromisso de não reproduzir os modos de funcionamento da pensão anterior e de inventar possibilidades de emancipação e de construção da subjetividade. Havia uma considerável reticência, tanto de familiares, quanto dos moradores, quanto, inclusive, de alguns trabalhadores apostarem nessas possibilidades. O fato de não haver alternativa fez com que a proposta fosse implantada.

Para coordenar um processo de tanta importância e repercussão foi escolhida uma integrante da direção da Paismental e do Hospital Psiquiátrico São Pedro: a psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer. Ela coordenava assembléias abertas a todos implicados na constituição do serviço e nos cuidados: moradores, familiares, trabalhadores, representantes da população. As assembléias ocorriam ao ar livre, em grandes rodas de discussão e pactuação. Nelas eram debatidos temas do cotidiano: alimentação (desde a logística ao cardápio), cuidados com alguém que estava em crise e namoro entre moradores. Este último tema foi motivo para um deputado estadual mover uma ação contra a coordenadora, levando a questão da sexualidade-promiscuidade-interdição a ser debatida na Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa e na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre (1992).

Nessa Conferência foi aprovada uma moção de repúdio à ação movida pelo deputado e de apoio ao trabalho desenvolvido na Pensão. Toda a conflitiva, com suas implicações subjetivas, institucionais e sociais foi posta em análise nas assembléias. O debate sobre a sexualidade foi um analisador das relações entre as pessoas na Pensão, desvelou preconceitos, revelou ausências, insuficiências, reproduções de exercício de poder e de violência entre gêneros e possibilitou novos acordos (contratos) entre os pensionistas. A partir de então passaram a haver namoros feitos, desfeitos, refeitos. Alguns casais se estabilizaram, houve quem fosse viver em casas próprias ou não. A Pensão foi o serviço gerador da *rede* de atenção à saúde mental

em Porto Alegre. Outros desses serviços foram: a oficina de geração de renda, o Caismental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental), a casa de transição (casa de passagem e de exercício da autogestão do cotidiano domiciliar), o residencial terapêutico (casa para o máximo de oito pessoas residirem, as quais não retornariam a viver com a família de origem), a equipe itinerante para o acompanhamento de ex-pensionistas e de moradores de outros lugares (Guilhermano-Neto et al, 2004). A Pensão foi se transformando e desdobrando na medida em que os moradores foram fazendo suas vidas e a equipe também se mobilizando na geração de tecnologias de cuidados apropriados. Um dos moradores da pensão, que depois foi residir noutra casa disse "aqui descobri que sou um normal oculto" (Airton).

O espaço coletivo é constituído por pessoas que se afinam por objetivos, por problemas e/ou por situações de vida em comum, durante um determinado período de tempo. As relações são interpessoais, cada coletivo tem um processo singular, compartilhado apenas pelos seus integrantes. Os coletivos também têm uma tecnologia própria, seja informativa, pedagógica, terapêutica ou de ajuda mútua. Os coletivos podem ser facilitadores para o desenvolvimento da solidariedade e da afirmação das diversidades, do protagonismo coletivo e da produção de subjetividade.

Nesse sentido, é necessário questionar e superar a justificativa de que o trabalho nos serviços públicos é feito em grupos pelo excesso de demanda e para atender mais pessoas, pois desse modo, o que de fato ocorre, com maior freqüência, é a repetição de prescrições tanto medicamentosas quanto de como devem andar as vidas: o que fazer, o que deixar de fazer, sem possibilidade de escuta, de diálogo, de vínculo ou de produção da saúde. Há uma reunião de pessoas, que não chegam a se tornar um coletivo e sem coletivo não há aposta. Para tanto, é preciso despertar o coletivo com os integrantes e entre os integrantes, incluir o grupo como uma das modalidades de atenção, não como a única, pôr em análise o que ocorre nos encontros, considerar a entrada e saída de pessoas como parte do processo, ou seja, é preciso se colocar em situação grupal, produzir implicação, mutualidade entre os participantes e agenciar invenções de vida.

Muitas vezes, um grupo se desenvolve melhor quando a coordenação é compartilhada e/ou o processo é acompanhado por meio de apoiadores. Nos municípios, os grupos podem contribuir para a constituição de uma rede de suporte psicossocial. O trabalho com grupos provoca indagações quanto aos critérios de agrupamento por patologias (diabéticos, hipertensos, depressivos etc.) gerando pensamento. Ao propor grupos por patologias se está, mais provavelmente, propondo um modo de vida centrado na doença, homogêneo e prescritivo. Muitas vezes os grupos geram organizações que se identificam pela patologia e suas principais ações são destinadas à garantia de acesso ao tratamento: medicamentoso, ortopédico ou cirúrgico; outras vezes, ao lazer. Assim, os serviços de saúde determinam um modo de organização social e de subjetivação, pois identificações e vínculos substituem interrelações e inserções tecidas a partir dos grupos.

Se os serviços de saúde e suas práticas têm poder sobre a vida das pessoas, é possível transformar esse poder em potência de vida, provocador de projetos de presente. Seria mais pertinente que os grupos fossem propostos e desenhados a partir da vida e dos grupos de convivência cotidiana do que das patologias. Hipertensão é problema apenas para hipertensos? Diabetes para diabéticos? Depressão para depressivos? Pessoas têm histórias, necessidades e desejos, convivem com outras, familiares, vizinhos e colegas de várias faixas etárias, que nos afetam e por nós são afetadas reciprocamente.

Os grupos poderiam ser constituídos de modo heterogêneo, diverso, como os humanos. A partir dessa implicação ética, trabalhadores de saúde mental têm desenvolvido tecnologias de cuidado em grupos que imitam e possibilitam inventar a vida. Em Alegrete, o serviço de saúde mental criou o *grupo de convivência* para acolher as pessoas que procuravam atendimento, no qual cada uma contava o que havia motivado a procura, os integrantes do grupo faziam perguntas, davam sugestões e decidiam quem necessitava de atendimento imediato, quem poderia aguardar e quem não necessitava mais do que o próprio grupo já ofertava: convivência. Discussões e decisões que se foram modificando e definindo com mais precisão na prática do grupo. Esse grupo foi capaz de dar suporte para o sofrimento psíquico de um

presidiário e um agente penitenciário concomitantemente. Numa ocasião veio ao grupo uma professora solicitando tratamento porque estava deprimida. Após expor o problema, a coordenadora do encontro propôs que ela exercesse sua profissão dando aulas para alfabetização dos usuários, familiares e moradores do bairro. A oferta foi aceita, o trabalho desenvolvido e a depressão sumiu, sem que a professora fizesse psicoterapia ou tomasse qualquer medicação. A prática do grupo de convivência gerou outra: *grupo de causos*, inspirado na cultura rural de se reunir ao redor do fogo, tomando chimarrão e narrando vivências, foi proposto para que pessoas se inscrevam para contar o seu *causo* e, a partir de uma breve apresentação, os integrantes escolhiam a história a ser desenvolvida e analisada pelo conjunto. Desse modo, histórias singulares são reinventadas coletivamente.

Os grupos também são facilitadores do trabalho em equipe e da gestão democrática de serviços e sistemas de saúde. Gastão Campos (2000) chamou de "método da roda" uma proposta de análise e co-gestão de coletivos, enquanto modo de produção de sujeitos capazes de autonomia. Ricardo Ceccim (2005) propôs que as equipes de saúde fossem chamadas de "coletivos organizados de produção de saúde", coletivo-dispositivo localizado em diagrama, não em organograma. O diagrama proposto pelo autor é de uma mandala cujo desenho mais simples é um círculo sobre um quadrado desdobrado em linhas que estabelecem contato em torno de um centro (Ceccim, 2005, p.165). Um quadrado dos esquadrinhamentos e um círculo das liberdades do fora e tramas múltiplas. Municípios e vários serviços têm criado colegiados gestores (gestão em coletivos) como espaços de análise, planejamento, contratualidade e tomada de decisões: Campinas (Campos, 2003), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Chapecó (Franco et al, 2004), Viamão (Fagundes, 2001), Porto Alegre (Ortiz et al, 2004), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Aracaju (Carvalho, 2006) e João Pessoa (Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2006) são exemplos dos últimos oito anos.

O espaço individual é o da intimidade, da privacidade, de cada um saber a *dor e a delícia de ser o que é,* como cantou Caetano na canção *Dom de iludir*, também é da possibilidade da relação entre duas pessoas, centrado

numa delas - o usuário -, embora as duas interajam, sejam aprendizes e se afetem mutuamente. O trabalho com pessoas, que têm pouco ou nenhum espaço para sua privacidade, que têm sido invadidas em sua subjetividade e singularidade, exige atendimento individualizado e, algumas vezes, individual. Há pessoas que preferem ou se beneficiam mais com o atendimento individual, portanto, é necessário ofertá-lo nos serviços de saúde. É o espaço inicial da clínica, não é o único nos anos 2000.

A partir de práticas em diversos espaços e âmbitos de perspectiva ético -estético-política afirmativa da vida (Ceccim, 1997), a clínica foi-se transformando, sendo ressignificada (Lancetti, 1997; Benevides e Passos, 2000 e 2004), ressingularizada (Guattari, 1989) e renominada: clínica ampliada (Campos, 1994), clínica antimanicomial (Lobosque, 1997), clínica em movimento (Lobosque, 2003; Palombini, 2004), clínica nômade (Ferla, 2004), clínica da resistência e criação (Ceccim, 2004). Na prática dessa clínica ressignificada, integral, ocorre a vivência com o inusitado, a fragilidade, a incerteza, com a invenção de possíveis. Retomo esse ponto mais adiante nos aprendizados da pedagogia da implicação.

A clínica ganhou as ruas. Um dispositivo potencializador nesse processo foi o do acompanhamento terapêutico, no qual ocorre o agenciamento de subjetividades, os trabalhadores dão suporte a projetos de reinvenção da vida dos portadores de sofrimento psíquico e os acompanham em casa, nos serviços de saúde, nas ruas, onde for necessário. Uma das primeiras publicações brasileiras sobre o tema foi *A rua como espaço clínico* (1991), cuja a autoria foi da equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia *A casa* (serviço privado de São Paulo que atende psicóticos). Em 2004, já foi possível publicar o livro *O acompanhante terapêutico na rede pública* (Palombini, 2004) com experiências desenvolvidas em Porto Alegre. Foi realizado um *colóquio em dois movimentos*, um em Porto Alegre (2005), outro em Niterói (2006) entre acompanhantes terapêuticos sobre suas práticas nas políticas públicas, promovido pelas Universidades Federais do Rio Grande do Sul e Fluminense.

A clínica é constitutiva da integralidade, conceito ferramenta da pedagogia da implicação. Experiências de uma nova clínica e de

responsabilização dos municípios foram sendo mobilizadas pelas diversas cidades do Rio Grande do Sul, no bojo da saúde mental coletiva.

O período que referirei a seguir é de 1988 a 1996 e as situações relatadas objeto dos trabalhos de conclusão dos cursos de especialização em saúde mental coletiva.

Em Santo Augusto, situada no noroeste do estado, com aproximadamente 15.000 habitantes em 1995, o trabalho em saúde mental coletiva iniciou em 1989 tendo como diretrizes proporcionar atendimento onde se dá concretamente a vida e propiciar capacitação contínua dos trabalhadores (Crescente e Oliveira, 1995). Uma situação de exemplo da radicalidade com que a equipe exerceu essas diretrizes do trabalho foi quando a polícia militar pediu ajuda para atender solicitação de uma comunidade rural. Essa ajuda era para prender um homem que corria praticamente nu pela lavoura, perturbando o cotidiano do lugar. A profissional que recebeu o pedido sentiu-se demandada e acompanhou os policiais até o campo, indagando-se sobre o que faria? Todos sabiam o que não fazer: não produzir um ato de violência, não tratar como ato delinqüente. O que encontraram? Um homem com as roupas esfarrapadas esfregando violentamente seu corpo numa “barroca” (buraco raso de terra). O que ocorreu à enfermeira? Tinha a informação de que os familiares do homem queriam apropriar-se de suas terras, então, dirigiu-se a ele dizendo que compreendia a importância da terra para ele e que a equipe lhe daria suporte para sair da situação. Os policiais acompanhavam a cena à distância. O homem aos poucos diminuiu o ritmo violento de seu corpo contra a terra, parou e foi possível uma negociação que incluiu atendimento noutro lugar em outros trajes. A enfermeira expressou em palavras as sensações que o homem manifestava em ato. A situação foi colocada na roda de discussão pela equipe, com os policiais e com os moradores. A roda funcionou como analisadora dos modos da cidade se relacionar com a loucura e os loucos e da possibilidade de efetivar outros contratos.

Em Bagé, situada na região da campanha, ao sul do estado, com mais de 100.000 habitantes em 1995, com atividades ambulatoriais de psiquiatria desde meados da década de 1970, foi desencadeado o processo de

mudança na atenção à saúde mental a partir de 1988, considerando como tarefa primordial ao trabalho cotidiano a ressignificação da vida dos usuários de saúde mental (Rocha et al, 1995). Nesse ressignificar, os trabalhadores acompanhavam os usuários na afirmação de seus processos de subjetivação e do desejo de livre circulação pela cidade. Afirmação e circulação a serem conquistadas, que precisavam ser agenciadas pelos trabalhadores. Uma usuária que andava pela cidade como mendiga com um turbante na cabeça, após atendimento e atividade que lhe permitiu ingresso de dinheiro, manifestou o desejo de usar brincos e quis comprá-los. A pedagoga, trabalhadora de saúde mental, que a acompanhava, foi com ela até a joalheria. Inicialmente, não queriam deixar a usuária entrar, permissão concedida pela autoridade da acompanhante, mas, depois, a vendedora dirigiu-se à pedagoga para saber o que desejava. A acompanhante respondeu que quem desejava era a usuária e que a pergunta fosse refeita à mesma. Os objetos foram mostrados primeiro para a acompanhante, que recusava cada oferta e a vendedora redirecionava a mostra para a usuária. Feita a escolha dos brincos, a informação do preço e a negociação do pagamento foram novamente direcionados para a acompanhante, que se recusou, outra vez, ao papel e a vendedora mais uma vez teve de dirigir-se à real compradora. Essa experiência foi suficiente para que em outras vezes as portas fossem mais facilmente abertas e as compras efetivadas diretamente pela usuária.

Alegrete, município da fronteira oeste do estado, com aproximadamente 80.000 habitantes em 1997, contava com os primeiros atendimentos psiquiátricos na década de 1970 e iniciava um trabalho de atenção integral à saúde mental a partir de 1989 (Ferrari e Mulazzani, 1997; Salbego, 2004). Um dos primeiros atendimentos realizados, e marcador da mudança ético-política na atenção, foi de um homem desconhecido, que ficava na praça central se masturbando, o que perturbava muito a ordem urbana e confrontava a moral dos munícipes.

O recém criado serviço de saúde mental foi acionado para intervir na situação. As primeiras abordagens foram feitas em praça pública e a história foi-se compondo por informações dos moradores e freqüentadores do centro

da cidade. Ele havia chegado de ônibus, vindo de Porto Alegre, de onde o haviam embarcado, pois ele repetia a palavra *Alegrete.* Assim, foi considerado natural do município. Nas tentativas de comunicação da equipe com ele, falava também em Canoas. O que resolveram? Não iriam repetir o ato de colocá-lo num ônibus para Canoas, mas iriam dar ouvidos à referência, pois o mesmo, alegretense não era. Então, tiraram uma foto do usuário e um auxiliar de enfermagem que o acompanhava foi até a cidade de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, verificar se encontrava alguma referência do passageiro dessa versão moderna da Nau dos Insensatos(Foucault, 2000). Em Canoas, quando já tinha perdido as esperanças de encontrar alguma referência do "passageiro", foi beber um refrigerante. Numa última tentativa, mostrou a foto ao dono do bar e, então, teve a primeira sensação de que a viagem tinha valido a pena! O senhor reconheceu o "passageiro", informou que morava na rua *Alegrete* e que a família andava atrás dele! O trabalhador-investigador para lá se dirigiu e localizou os familiares! Os parentes ficaram surpresos, indignados, contentes e apreensivos ao mesmo tempo, pois o mesmo "morava na Febem" (antiga Fundação do Bem-Estar do Menor) e após uma fuga dos internos, a instituição havia informado aos familiares, que ele havia desaparecido e talvez estivesse morto! Ele, por sua vez, na fuga, tinha se dirigido a Canoas, mas como falava Alegrete foi embarcado para aquele município. A viagem seguinte foi de volta para casa: o acompanhante viajou com uma pessoa que tinha história e não apenas com a foto de um pertubador da moral e dos costumes. A situação instiga a indagar, seu comportamento não era a representação do modo como as instituições e a sociedade o vinham retirando de sua ordem? A equipe de saúde mental do Alegrete manteve contato e teve notícias da trajetória do usuário, que passou a morar com a família e a ser acompanhado por trabalhadores de Canoas.

Essas experiências narradas têm a força de vertentes nas vidas dos usuários e trabalhadores, pois modificaram os cursos de suas histórias, foram compartilhadas nos espaços de formação proporcionados pelos cursos de saúde mental coletiva e alimentaram as águas da minha vida.

Ao propor políticas públicas, é preciso incluir ações em todos os espaços/âmbitos, seja da cultura, institucionais, coletivos e/ou individuais, tarefa complexa e viável não apenas articulando os diversos atores sociais e estruturas envolvidas, mas implicando-os na construção de métodos organizativos, coerentes com as propostas viabilizadoras de projetos de presente, aceitando e incentivando encontros que se produzem por alteridade e produzem afetos (afecções) em atos cúmplices da vida. Os municípios, no Brasil, têm-se constituído nos espaços efetivos para políticas públicas inclusivas, primeiro passo às afecções.

3.1.2 Municipalização da Saúde e Desinstitucionalização em Saúde Mental: dos hospitais às redes de atenção

A descentralização das políticas públicas de saúde, que propicia o protagonismo dos municípios, é recente em nosso país. É uma conquista do processo de democratização, desencadeado a partir da metade da década de 80 do século passado e em construção até o presente momento.

A descentralização é um dos princípios constitucionais do sistema brasileiro de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, e possibilitou que o gestor municipal se tornasse um ator central do setor da saúde e pudesse compartilhar a condução das políticas, historicamente conduzidas pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde e, complementarmente, pelos estados. Mais recentemente, com competências específicas a cada esfera de governo, União, estados e municípios cumprem papéis que vão do apoio à execução, cabendo aos municípios, como atribuição constitucional (Constituição, 1988, art. 30) a implementação da política local de saúde, o município passa a ator social de grande densidade na operação política da saúde.

A reconstituição e até a constituição da rede de serviços passou a ser responsabilidade dos municípios. Os mesmos têm a possibilidade de serem instituintes de um novo modelo de atenção, que contemple os princípios constitucionais da participação da população, da descentralização da gestão e da integralidade da atenção em saúde.

Os municípios têm sido fonte para a formulação, implementação e avaliação da saúde pelos diversos núcleos de estudos e pesquisa em saúde coletiva do país, bem como, constituem-se em território de encontro, de mistura, de sinergia entre a produção sanitária e da saúde mental em específico. A transformação da assistência em atenção e da atenção em afirmação da vida impõe a reorganização dos serviços, incluindo o acolhimento, a resolutividade e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários como produção da sinergia entre as produções sanitárias e a produção em saúde mental (Ceccim, 2004). A municipalização da saúde, então, tem favorecido a instalação de múltiplos serviços substitutivos aos asilos do passado e aos manicômios da modernidade quando se trata de atenção à saúde mental.

Propostos na reforma psiquiátrica, esses serviços substitutivos são suporte para a invenção de modos de atender que incluam a construção de cidadania, a acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, a diversificação de modalidades terapêuticas e a provocação de novos entrelaçamentos sociais. Essa potencialização tem sido propiciada quando, no mesmo espaço e tempo, encontram-se gestores, trabalhadores e pesquisadores/assessores militantes sócio-políticos.

Municípios de vários estados do Brasil são paradigmáticos desse processo: Alegrete (Ferrari e Mulazzani, 1997), Amparo (Relatório de Gestão de 2004 e 2005), Angra dos Reis (Ferreira, 2001), Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bagé (Rocha et al, 1995), Bauru (Capistrano Filho e Pimenta, 1989), Belém (5ª. Conferência Municipal de Saúde, 2000), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Campinas (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Joinville (Lima, 2005), Niterói (Rocha, 2001), Porto Alegre (Saúde em Porto Alegre, 2004; Ortiz et al, 2004), Quixadá (Sampaio e Santos, 2001), Santo André (Os de volta pra casa), Santos (Campose Maierovich Henriques, 1996), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Sobral (Andrade,Sampaio e Santos, 1998), Viamão (Fagundes, 2001), Vitória da Conquista (Balanço de Gestão, 2004) e Volta Redonda (Cecílio, 1997), dentre muitos.

O processo não é contínuo em todos eles, pois há mudanças nas conduções dos governos municipais, mesmo quando as mesmas forças políticas são eleitas. Porém, todos eles produziram experiências potentes, geradoras de valor. Entre as experiências mais constantes, mesmo com trocas de governo, e que continuam inventando práticas de gestão e de atenção, pontuo Campinas e Aracaju (sistemas de saúde), Alegrete e São Lourenço do Sul (serviços de saúde mental). Consolidar o município como instituinte de mudanças na atenção à saúde e provocar uma capilarização da rede de serviços substitutivos, a ponto de modificar sua cartografia no Brasil é uma tarefa acolhida pela militância sócio-política da saúde mental coletiva.

Nesse percurso, há dois movimentos que integram o mesmo processo de desinstitucionalização: um de desmonte e outro de invenção de práticas nos municípios. No Rio Grande do Sul, a provocação inicial para problematizar, para tornar questão social e construir respostas diferentes veio da política de atenção integral à saúde mental e de sua convicção em uma pedagogia que implicasse atores de gestão, dos serviços, da formação e do controle social na disputa por mudanças, oferecendo cursos de formação que serviam à mobilização local, à produção de serviços locais de saúde mental e intervenções na cultura. O diálogo com os municípios encontrou diversas situações. A maioria deles identificava que havia problemas em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais e a solução variava em torno da convicção de que *lugar de louco é no hospício.* Muitos manifestavam que era necessário ter acesso às internações em hospital psiquiátrico, com sede na cidade ou não, para tanto era preciso ampliar o acesso por meio da ampliação de leitos e/ou internações nos hospitais existentes ou construindo outros.

Em 1987, havia legisladores e executivos gaúchos propondo a construção de hospitais psiquiátricos regionais. Como os municípios com hospitais psiquiátricos eram os maiores e não passavam de uma dezena, a maioria das cidades participava do sistema "hospitalocêntrico" com o transporte, mediante *ambulancioterapia*. Seus problemas giravam em torno dessa logística: o veículo, manutenção, combustível, motorista, diárias, número de idas e vindas mensais, às vezes, acompanhantes. Muitas vezes,

o veículo era um dos mais velhos da frota, faltando bancos e com grades entre o motorista e passageiro para proteção. A ambulancioterapia e os encaminhamentos reforçavam o modelo hospitalocêntrico, a tal ponto que as viagens eram realizadas somente para aumentar os ganhos dos motoristas e dos funcionários que autorizavam ou acompanhavam os doentes, independentemente da necessidade dos mesmos. No processo de desvelamento dessa realidade, descobriu-se que, em alguns municípios, os motoristas das ambulâncias regulavam o fluxo de internações/mês e reinternações de pessoas nos hospitais das diferentes regiões do estado, de modo a garantir deslocamentos constantes e regulares (Dalmolin, 1998). O procedimento estava tão banalizado, que os próprios motoristas contavam como procediam. Tratava-se de um procedimento de elevado custo econômico, psíquico e social. Envolvia um número significativo de pessoas - prefeito, primeira-dama, vereador, locutor de rádio, assistente social, secretário de saúde, pessoal administrativo, paciente, motorista, familiares e polícia -, para uma ação paliativa e não resolutiva. Em São Lourenço do Sul, os trabalhadores de saúde mental e a secretária municipal de saúde utilizaram o custo com a referida logística para convencer o prefeito a contratar mais profissionais e alugar um prédio para a *Nossa Casa,* um dos primeiros serviços substitutivos do estado e do Brasil (Besckow, 1993). Aprendizagem estratégica que se multiplicou rapidamente para os demais municípios pela via dos cursos de saúde mental coletiva e dos intercâmbios entre gestores municipais e estaduais.

O fato dos hospitais não aceitarem mais que as pessoas se tornassem moradoras das instituições provocava o seu retorno para os municípios, favorecendo a abertura para outras soluções ao problema da assistência em saúde mental. Já que o *lugar do louco não pode mais ser o hospício, onde será?!* Com essa indagação/indignação foi desencadeado um processo de atenção integral no município de Santiago. A equipe da unidade psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria não queria perpetuar o atendimento a uma moradora de Santiago com sucessivas internações. Ela internava várias vezes ao mês e o município, por sua vez, não sabia o que fazer com ela. As integrantes da equipe descentralizada da região propuseram uma

reunião no município com todos os incomodados com a situação, a oferta foi aceita e o secretário municipal de saúde a convocou.

Fomos à cidade: uma trabalhadora do hospital e uma professora universitária de Santa Maria, integrantes da Comissão Insterinstitucional de Saúde Mental do município e da equipe descentralizada do estado, e eu, coordenadora da política de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Encontramo-nos com o secretário de saúde, a coordenadora da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims), o médico da unidade básica, o responsável pela brigada, o psicólogo e o diretor do presídio, um dos mais interessados em encontrar uma solução. A moradora quando entrava em surto e não havia vaga no hospital, ficava numa cela no presídio! Essa situação gerava enorme transtorno, pois o presídio era masculino e, quando ela estava no presídio, os detentos não podiam circular pelo pátio. Para recebê-la a cela era preparada: a pia e qualquer móvel tinham que ser retirados, uma vez que tudo costumava ser quebrado. As manifestações e os sentimentos para com a mulher eram hostis, com desejos de morte e agressão ou traduzidos como de esgotamento, de fim da linha. Possivelmente, eram os sentimentos da própria usuária, que não estava na reunião. Aceitamos a ausência, nos colocamos ao lado dos participantes em relação ao sofrimento e fizemos algumas perguntas, entre elas *se a moradora era sempre inacessível e agressiva.* Aos poucos, a moradora de rua sem abordagem possível, foi tendo uma história, familiares, algumas inter-relações e nenhum tratamento entre as crises.

A partir de então, foi possível fazer alguns acordos e assumir compromissos. O que o município poderia fazer e o que o hospital faria. O cuidado continuado seria na cidade, feito pela secretaria municipal da saúde, não pela segurança pública, incluindo acompanhamento terapêutico, medicamento e aproximação com a família, o importante era a demonstração de responsabilização, de interesse e de acolhida, não de expulsão do município. O hospital faria uma reavaliação psiquiátrica, encaminharia para o município e os profissionais de um e de outro lugar manteriam contato: o hospital também a trataria e não a rechaçaria. O acordo foi efetivo, a

paciente chegou a ficar meses sem internação e passou a prestar serviços para a prefeitura. O encaminhamento dessa situação foi precursor da primeira cooperativa da cidade e do estado: *a Coop Loc*, a qual prestava serviços gerais e de jardinagem para a prefeitura. Os profissionais de Santiago buscaram formação: estágio no hospital universitário, oficina de atenção integral à saúde mental realizada pela equipe da Política de Atenção Integral à Saúde Mental em Santa Maria e o psicólogo foi aluno do curso de especialização em saúde mental coletiva.

Não saber o que fazer em situações limites, com pessoas com transtornos mentais, o esgotamento das alternativas utilizadas e o vazio gerado foi um modo freqüente de desencadear processos de mudança nos municípios. Os "casos" graves foram os precursores de vários serviços municipais de atenção integral à saúde mental. Salbego (2004) faz o registro dos "casos" marcadores para a invenção da atenção à saúde mental em Alegrete: o morador de Canoas (José), referido anteriormente, e Clara, menina de 13 anos que começou a apresentar problemas de comportamento com dificuldades de aprendizagem e que a família adotiva não queria continuar abrigando-a.

A equipe de saúde mental do município recebeu a demanda, através do Conselho Tutelar e do Ministério Público, de internar Clara em hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Após três reuniões, a equipe conseguiu pactuar um plano terapêutico a ser desenvolvido na cidade com a participação dos demandantes, iniciando com a internação e cuidados intensivos, com acompanhante 24 horas por dia, no hospital geral e continuando com o encontro de outra família para Clara.

José provocou a abertura dos leitos psiquiátricos no hospital geral, a ampliação do horário de atendimento no serviço de saúde mental e a articulação com o serviço de assistência social em Alegrete. Clara provocou a viabilização do atendimento e de atividades nos feriados e finais de semana. A equipe produziu plantões participativos realizados por trabalhadores de saúde mental e moradores, em contra-partida a sala de oficinas do serviço de saúde mental era utilizada pela população para comemorações de aniversários, por exemplo. Salbego (2004, p.48) refere

que “os plantões passaram a ser uma festa, sempre tínhamos a presença dos grupos de jovens da comunidade com capoeira, pagode, teatro”.

Os municípios que tinham hospitais psiquiátricos em seu território, quando os consideravam problema, não os consideravam parte da cidade. Eram cidades invisíveis dentro das cidades. Era preciso dar visibilidade à instituição e problematizá-la. Já havia conhecimento sobre a função social da exclusão, o sentido do que eram as instituições totais e o disciplinamento nos hospitais psiquiátricos.

Jurandir Freire Costa, em Porto Alegre, em 1989, no encontro *Sexto lobo: clínica do social,* apresentou um texto contundente em relação à perversidade institucional - *psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela*. Também já havia a experiência italiana com a psiquiatria democrática e a, então, recente intervenção na *Casa Anchieta*, hospício localizado em Santos, já referido anteriormente, publicizava a situação de vida com a desassistência e a manicomialização em saúde mental. Contudo, os hospitais psiquiátricos se mantinham como o *lugar do louco*. Na busca de novas respostas foram identificados os espaços e a rede social gerados pelo hospital psiquiátrico como situação a analisar e a intervir. Às vezes, uma cidade nascia no seu entorno e dependia do hospital psiquiátrico. Outras, um bairro. Outras, uma economia própria: pensões para familiares e motoristas que vinham de outras cidades; lanchonetes para pacientes, familiares e funcionários; pontos de táxi para locomoção; paradas de ônibus, até linhas de ônibus; farmácia para venda de remédios; creches e escolas para filhos de funcionários. Quando próximas ou anexas aos hospitais gerais, ainda cercavam as unidades de internações psiquiátricas os laboratórios, funerárias e consultórios médicos. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico era solução para muitas pessoas, o que é acentuado em tempos de recessão.

Ao propor o desmonte do modelo hospitalocêntrico era preciso incluir no processo também essas populações, caso contrário seria um projeto tecnocrático fadado ao fracasso, pois a população diretamente afetada se oporia à mudança. Seus defensores não teriam como sustentar a contradição de uma proposta de inclusão social com uma prática excludente. O trabalho era político-social e implicado com projetos de vida. No Rio

Grande do Sul, não houve experiência de intervenção em hospitais psiquiátricos. Houve redução dos leitos, proibição legal da construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos, fiscalização dos existentes, regulação das internações e estímulo à abertura de leitos em hospitais gerais (Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, Relatório Azul, 1999/2000; Dias, 2001). O primeiro hospital que encerrou suas atividades foi um do município de Pelotas, nos anos 2000, cujo governo municipal para substituir a instituição psiquiátrica criou sete Centros de Atenção Psicossocial. O antigo hospital virou sede de uma universidade.

Os municípios também se implicaram com o desmonte do modelo hospitalocêntrico ao procurarem levar de volta para casa moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os primeiros que tomaram a iniciativa foram São Lourenço do Sul e Alegrete. São Lourenço doSul foi ao hospital procurar munícipes e realizou o caminho de volta, acolhendo-os numa casa de um conjunto habitacional, que os recebeu como vizinhos. A primeira alegretense que retornou após quarenta anos de institucionalização foi morar sozinha numa casa alugada, hoje aguarda o término de um conjunto habitacional para viver em casa própria ou o desfecho de um processo judicial relativo a um terreno da família ao qual tem direito. Nessa situação, verifica-se o território destinado ao "louco" nesta família e nesta cidade: primeiro o silêncio sobre sua existência e seus bens, depois o trabalho de reterritorialização com a equipe de saúde mental, o reconhecimento da família e da herança, por fim, destinação de um terreno. O terreno concedido foi interno, sem saída para a rua: um não lugar, um "vazio" urbano! Com o agenciamento da equipe essa situação está sendo questionada.

Nesse movimento processual, os municípios foram saindo do distanciamento, a loucura da periferia e o louco da exclusão para se constituírem em centro da busca de soluções para os problemas referentes à vida das pessoas, para criarem serviços que respondam às suas necessidades, para contratarem trabalhadores que circulem pelo município. O desmonte/invenção tornou visível o hospital psiquiátrico, a loucura e os loucos, até então invisíveis, e produziu uma reterritorialização libertadora, pois a afirmação de que *lugar de louco é no hospício,* foi superada para *lugar*

de louco é qualquer lugar, na cidade, nas ruas, nas praças ou em casa, menos nos hospitais psiquiátricos. Uma das primeiras consignas da reforma psiquiátrica na Itália foi *a liberdade é terapêutica* (Basaglia, 1979) que mantém o vigor de dialogar diretamente com o que expressam os usuários dos serviços desinstitucionalizantes. Eles dizem *agora é melhor, tenho liberdade, sou livre* e a liberdade é saboreada, vivida na possibilidade de abrir e fechar janelas de casa, de usar a roupa que escolheram para vestir, de tomar água em copo de vidro, de andar de ônibus, de ir e vir pelas ruas da cidade.

Nas trajetórias de reterritorialização e de visibilidade, reúno três situações produzidas nos municípios, as quais identifico como: *louco destaque, louco eleitor* e *louco gestor.*

Em São Lourenço do Sul havia o Baile Municipal dos Destaques, no qual as pessoas, projetos e instituições destacadas recebiam um troféu. Ocorreu que a *Nossa Casa*, foi destaque municipal e nos deslocamos das diversas regiões do estado para comemorarmos e dançarmos juntos. Nos anos seguintes, durante a década de 1990, a *Nossa Casa* criou, ela própria, um prêmio, passou a escolher os destaques: pessoas ou instituições relevantes para a reforma psiquiátrica. O prêmio era produzido com exclusividade por artistas locais e a entrega ocorria num evento festivo de repercussão estadual.

Em Bagé e em Alegrete, a legitimidade do trabalho foi expressa nas eleições. Há três mandatos de vereadores que coordenaram as políticas de atenção integral à saúde mental nos seus municípios, desencadearam processos de reforma psiquiátrica no estado e são referências nacionais. Delvo Oliveira em Bagé, terceiro mandato; Maria Judete Ferrari em Alegrete, que, além de vereadora, foi candidata à prefeita e à deputada estadual, e Maria de Fátima Mulazzani, segundo mandato na vereança em Alegrete, identificada pelas lutas por direitos humanos. Suas eleições contrariaram a máxima de que *louco não dá voto*. Suas campanhas, seus mandatos, seus gabinetes e suas práticas têm a marca ético-política da luta pelos direitos humanos, da desinstitucionalização e da saúde mental coletiva, produziram outra estética exemplificada na luta pela saúde mental. Luta por outros

territórios à produção de vida, territórios onde fossem possíveis a circulação da loucura, dos loucos e de outros grupos minoritários. Modificações instáveis, tensas, mas que fizeram a diferença no agir político.

Em meados da década de 1990, os municípios começaram a indicar secretários municipais de saúde e dirigentes de secretarias que haviam liderado a criação de serviços municipais de saúde mental, com o desafio de desencadear e/ou consolidar o processo de municipalização do sistema de saúde. Assim ocorreu em São Lourenço do Sul, Turuçu, Viamão, Rio Grande e Pelotas. No final dos anos de 1990, a Secretaria Estadual da Saúde trouxe das lutas por saúde mental os dirigentes ou equipes dirigentes das Coordenadorias Regionais de Saúde com sede em Alegrete, Santa Maria, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Lajeado e Passo Fundo.

A reterritorialização, com nova história, língua e visibilidade ao louco, à loucura e aos espaços de saúde mental fez necessário ressignificar os temas da incapacidade e da periculosidade. As questões do portador de transtornos psíquicos têm especificidades na interdição e na inimputabilidade, fundamentadas na incapacidade e na periculosidade, respectivamente. Ambas inviabilizaram a cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental, produzindo existências em sofrimento, impossibilitadas de trabalhar, de morar, de gerir seus bens, de herdar, de serem responsabilizadas por seus atos. Delgado (1992) analisou criticamente essa temática no livro “As razões da tutela”. Foucault, em 1970, na aula sobre “a ordem do discurso”, identificou, na separação entre a razão e a loucura, um dos princípios da exclusão na produção discursiva. A conclusão foi de que era preciso transformar a cultura e o aparato jurídico-legal legitimador da exclusão, por isso, a luta era, e ainda é, de construção de cidadania e de direito, direito às singularidades. Para tanto, era necessário mudar a lógica: a incapacidade e a periculosidade são produções sociais e humanas, não são exclusividade de um determinado grupo. A partir de questões como: quem é incapaz, quais as incapacidades, o que é perigo ou quem é perigoso, foram-se modificando atitudes culturais e ações jurídicas nos municípios. Vale sinalizar que dois *slogans* facilitavam o diálogo e foram, então, disseminados: “ninguém é louco 24h por dia, 365 dias no ano” e “de perto ninguém é normal” (retirada

da música *Vaca Profana* de Caetano Veloso) para romper com preconceitos e fundamentar novos conceitos. O primeiro ditado reconhecia a loucura e negava sua imutabilidade. O segundo a socializava e humanizava e foi a frase que ganhou o mundo, escrita em português, italiano, inglês, alemão e espanhol.

Os municípios foram assumindo que para cada pessoa que nascia, que morava ou que estava de passagem era necessário proporcionar condições de vida dignas, de inserção social, de acordo com suas precariedades e potencialidades, rompendo com as discriminações e exclusões. Coerentes com o entendimento de que a saúde é determinada pelas condições de vida e trabalho, isto é, moradia, transporte, lazer, educação, cultura, ambiente e renda. Pois, onde as pessoas nascem, crescem, moram, trabalham, ficam ociosas, estudam, aprendem diferentes formas de expressão e de comunicação, dançam, cantam e se constituem é nas suas cidades. Poder-se-ia responder que é na família, mas toda família habita um lugar — habitar é uma condição social — que, na maioria das vezes, é mais forte que o laço involuntário de pertencimento a uma família. É no município e desde este lugar que se devem construir os projetos de presente. Uma pedagogia da implicação é uma pedagogia da cidade.

Nos municípios, as pessoas vivem a cultura em seu cotidiano e constituem coletivos. Nos municípios, os problemas têm visibilidade. Faz parte da subjetividade e da cidadania ser natural de algum município. A mudança de lógica da exclusão para a inclusão social, do encaminhamento desresponsabilizado para a atenção local comprometida, levou os governos, em conjunto com os conselhos de saúde, à inversão de investimentos em saúde. Os recursos que antes eram investidos em ambulâncias, diárias de pessoal e compra de serviços em hospitais psiquiátricos passaram a ser aplicados na criação de serviços resolutivos locais, bem como a saúde passou a ser incluída no orçamento das prefeituras. A exigência é de uma administração estratégica, flexível, complexa e local, articulada com a região.

O hospital psiquiátrico começou a ser substituído por uma rede de serviços de atenção integral à saúde, serviços que foram se estruturando de acordo com as necessidades identificadas na população, em conjunto com

ela. Serviços-instituintes, portanto, constituídos por inquietudes, questionamentos, conflitos e discensos, nos quais a incapacidade de mudar ede criar são indicadores de cronificação. Nos serviços, o caminho da conquista é traçado no cotidiano, em cada contrato feito/desfeito/refeito/ modificado.

Os múltiplos sentidos e significados de rede de serviços de saúde mental expressam o quanto a invenção é imprescindível quando o objetivo é ativar projetos de vida. A rede onde se recebe cuidados deve ser constituída por múltiplos serviços, saberes e fazeres. Uma rede de balançar é flexível, molda-se ao corpo de quem a utiliza, *é pendurada nos mais diversos lugares* e, mesmo sendo uma, tem várias funções. Uma rede, onde se recebe cuidados, é de serviços, saberes e fazeres, mas deve servir para deitar e relaxar, isto é, ser um bom lugar para receber cuidados e um lugar para confiar.

Os serviços podem incluir centros de atenção psicossocial, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas de trabalho, oficinas de criação e leitos em hospitais gerais, serviços nos quais se vai tecendo uma rede flexível e solidária de cuidados, de proteção e de atenção às diversas necessidades: saúde, educação, trabalho, lazer e afeto. Rede na qual passem a circular diferentes trabalhadores: artistas, professores, recreacionistas, pedagogos, jornalistas, jardineiros, marceneiros, agricultores etc., além da equipe de saúde: assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, técnicos e auxiliares de enfermagem e acompanhantes terapêuticos. Rede na qual os serviços se beneficiem dos saberes populares e científicos, enriquecidos reciprocamente e onde possa ocorrer a concretude da inter e da transdisciplinariedade, da inter e da transetorialidade, dos contratos sociais e terapêuticos.

Os fazeres incluem atividades individuais, coletivas, institucionais e sócio-culturais, de informação, de orientação, de formação, de acolhimento, de tratamento, de cuidados, de investigação, de aprendizagem, de comunicação, de expressão artística e de expressão corporal. É complexa a tecnologia criada nos serviços municipais: de disponibilidade, de exposição, de continência, de acolhida, de proteção, de tolerância, de “afetivação”, de

“hominização”, em que a diversidade é motor de construção das subjetividades. A organização do trabalho deve possibilitar tais características de forma constante e não somente os trabalhadores, pois estes são humanos e não super-homens: nem sempre estão disponíveis, acolhedores, continentes, protetores, tolerantes, “afetivados”. Os serviços devem se adaptar às necessidades e às singularidades dos usuários e de seus familiares e não o contrário. As ações de saúde mental devem ocorrer onde houver necessidade: na rua, no domicílio, nas escolas, nos hospitais, nos locais de trabalho e nos serviços de saúde.

Portanto e por fim, a rede pode ter as funções de proteção, de lazer, de convivência, de escuta, de tratamento, de cuidado, de orientação, de interação, de suporte, de tolerância e de apoio. A rede deve ser inventada e possibilitar invenções. Essa exigência técnica e ética exigia uma pedagogia da implicação. Sem os recursos estratégicos e políticos próprios das ciências da educação não haveria como produzir, viabilizar e sustentar tanto ensinar e aprender. A carreira de cursos de saúde mental coletiva formava essa capacidade de educação permanente em saúde na gestão das suas políticas públicas para a saúde mental.

Nos municípios gaúchos, a rede começou a ser tecida a partir da busca de novas soluções para velhos problemas com portadores de transtornos mentais. As soluções encontradas tinham potência irradiadora e seu alcance favorecia o desdobramento de novas questões e invenções. As redes municipais se constituíram a partir dos primeiros serviços que operaram efetivamente como laboratórios de projetos de vida. O desafio dos cuidados integrais foi possibilitando a invenção de novos dispositivos e a rede, assim como a clínica, é constitutiva da integralidade, conceito ferramenta da pedagogia da implicação. Surgiu a noção de Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. Algumas tessituras municipais relato a seguir.

O município de Santo Augusto (Crescente e Oliveira, 1995) iniciou a rede incluindo a saúde mental nas políticas prioritárias de atenção à saúde: para crianças, para mulheres e para os trabalhadores rurais. Depois criou o espaço denominado *Nossa Sala,* pois efetivamente era uma peça da Secretaria da Saúde, de livre circulação, a qual as pessoas freqüentavam

para conversar, tocar violão e pintar. A sala foi o *cais* de onde a equipe partiu para oficinas, intercâmbios com outros municípios e países e de onde preparou encontros regionais, ampliando a capacidade de prestação de cuidados e conquistando o *Nosso Espaço,* ambiente especificamente para a saúde mental. Espaço que continuou sendo um lugar para parar, abastecer e continuar, pois a equipe foi enraizando o trabalho em toda a cidade com os mais diversos atores: prefeitos, secretários municipais, lideranças comunitárias e funcionários. Quando havia necessidade de internação essa era realizada num leito do hospital geral da cidade, sob os cuidados da equipe e de um médico clínico que se dispôs a trabalhar com o sofrimento psíquico.

O compromisso da cidade pode ser dimensionado pelo atendimento a uma usuária que necessitava medicação diariamente e não tinha autonomia suficiente para administrar seus horários e freqüência e, por isso, comparecia diariamente à unidade de saúde ou alguém da equipe a procurava. Nos fins de semana, entretanto, a unidade de saúde não funcionava. O medicamento ficava, então, com o único trabalhador da prefeitura com carga horária no final de semana, o vigilante. Quando ela não ia tomar o medicamento, o vigilante avisava à secretária de saúde, que por sua vez ia até a casa da usuária. Conheci esta rede singular quando fui secretária de saúde do município de Viamão e perguntei à secretária de Santo Augusto como fazia com as pessoas que precisavam de atendimento nos finais de semana.

Em São Lourenço do Sul, o laboratório-matriz foi a *Nossa Casa,* a qual passou por metamorfoses desde sua criação em 1988 (Besckow, 1993) e de onde foram surgindo tecnologias do cuidado, outros serviços e projetos. A criação do serviço foi provocada pela secretária municipal de saúde, que havia participado de um Encontro Estadual de Saúde Mental promovido pela SES-RS. Quando inaugurada, a *Nossa Casa* foi descrita como uma casa de portas abertas onde todos comem a mesma comida na mesma mesa, utilizam o mesmo banheiro e a cama para descansar é a mesma para todos, ou seja, não havia espaços, nem equipamentos ou móveis de uso exclusivo dos usuários ou dos trabalhadores. Essa foi uma decisão de equipe que

incluiu as assessorias de Rubén Ferro, já citado e de Ana Pitta, psiquiatra responsável pela criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Brasil, em São Paulo (Goldberg, 1996). Foi tema em encontros e aulas de saúde mental coletiva. Na *Nossa Casa* se iniciaram oficinas terapêuticas, o coral, os acompanhamentos terapêuticos, os primeiros trabalhos dos usuários no comércio e serviços da vizinhança, a articulação com cuidadores voluntários da zona rural e a associação dos usuários, familiares e amigos. A *Nossa Casa* foi o suporte para que o hospital geral da cidade tivesse coragem e disponibilizasse leitos para atendimento que, depois, se transformaram numa unidade de internação. A partir do ano 2000, foram inaugurados Caps específicos para atenção às crianças e adolescentes e para pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Um espaço que manteve a cidade ligada ao tema da saúde-sofrimento mental foi o programa de rádio *CucaLegal* realizado por Elsa Timm (na bibliografia referida como Elsa Besckow) e Flávio Resmini, respectivamente a psicóloga e o psiquiatra, que foram coordenadores de serviço e lideranças do processo de desinstitucionalização no município.

O município de Bagé desencadeou sua rede a partir da ação de trabalhadores de saúde mental e da cultura que primeiro trabalhavam com os usuários onde era possível — centro de saúde, rua, domicílio — e, depois, também em espaços específicos (Rocha et al, 1995). O primeiro espaço específico foi na Santa Casa, que disponibilizou leitos para internação, depois, foi uma casa para moradia transitória viabilizada pela prefeitura e, a seguir, um espaço para a Oficina de Criação Coletiva, aberta num hospital geral (Meira, 1995). Os serviços foram criados a partir das necessidades dos usuários: internação fora de casa, moradia, expressão, trabalho e cuidados.

Do processo desenvolvido em Bagé destaco duas radicalidades na invenção de vida: a moradia e a oficina. A proposta feita pelos trabalhadores de saúde mental para o secretário de saúde e prefeito foi de que o repasse financeiro do Ministério de Saúde para o município pelos atendimentos em saúde mental fossem repassados para a moradia e para os moradores administrarem. A proposta foi aceita e foi desenvolvido um processo de

autogestão na casa. Os moradores decidiram que metade dos recursos seria destinada para a manutenção, melhorias e equipamentos coletivos; a outra metade seria para prioridades individuais dos moradores como dentadura e óculos. Os investimentos coletivos e a ordem dos beneficiados individualmente eram decididos em grupo. Desse modo, tive a possibilidade de acompanhar o processo de decisão e a comemoração tanto pela compra da máquina de lavar roupas, quanto pela aquisição da dentadura por parte de uma moradora. Nesses atos concretizava-se o desafio proposto por Benedetto Saraceno (1992), coordenador de saúde mental da Organização Mundial de Saúde: na reforma psiquiátrica o dinheiro deve acompanhar o paciente onde a vida acontece e não o contrário; como o paciente ter de morar no hospital psiquiátrico porque lá estão os recursos financeiros para prover suas necessidades de saúde.

A Oficina de Criação Coletiva de Bagé iniciou num hospital geral e, depois, foi para a sede da Coordenaria Regional de Saúde, para, então, conquistar uma sede própria. A Oficina era o serviço municipal de saúde mental, seus freqüentadores foram chamados de ***participantes,*** não mais de pacientes e nem de usuários, por decisão dos mesmos e dos trabalhadores; seus objetivos eram a invenção de possíveis, de projetos de vida; suas práticas incluíam atividades criadoras, de cuidado, de subsistência, laborais, de ócio, de cultura, de informação e de participação social (Meira, 1995).

A Oficina sustentava práticas desinstitucionalizantes em ato, não havia delimitações rígidas de espaços, na mesma sala era possível atender alguém em crise, falar com um familiar e confeccionar envelopes. O impacto era caótico e a produção era de vida. O suporte que fez a diferença para a radicalidade das práticas foi a implicação de artistas plásticos, particularmente Mirela Meira, que construiu uma dissertação de mestrado sobre a Oficina desde a ótica dos participantes (Meira, 2001). A vida estava em permanente criação na Oficina, com uma implicação intensa dos trabalhadores que, por sua vez, também eram exigidos a defender o projeto na cidade e junto às autoridades municipais, pois o processo provocou uma não menos intensa disputa ético-política entre os diversos atores sociais locais. A Oficina manteve sua efervescência enquanto contou com as

presenças em seu cotidiano do psiquiatra coordenador da equipe estadual descentralizada, Delvo Oliveira, e da referida artista plástica, assim como, enquanto o município foi sede dos cursos de saúde mental coletiva, isto é, até 1996.

A circulação de professores estaduais, nacionais e internacionais na cidade, as assessorias e as rodas proporcionadas nesse período de gestão pública em educação permanente em saúde, davam o suporte necessário para a equipe inventar os seus possíveis. O serviço continuou existindo quando se reduziu o vigor exuberante que lhe deu invenção e ainda conservou energia para sustentação de outros possíveis. Bagé foi vertente para muitos e foi nascente para outros tantos militantes da vida, mobilizados em torno da saúde.

3.2 Educação: potência intercessora

A invenção da *Saúde Mental Coletiva* ocorreu no Rio Grande do Sul e este nome foi usado para marcar um lugar de construção, não de uma saúde mental em geral, de uma saúde mental das populações ou de uma saúde mental vinculada às ações preventivas, que neste estado é bastante forte, mas uma Política Pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade e pluralidade.

Em dez anos, 1987 a 1996, a experiência de uma intercessão inédita: a formação levava à criação de serviços inovadores e substitutivos, mobilizava profissionais ao pensamento estratégico e ao trabalho em ato (como a enfermeira de Santo Augusto), desafiava gestores de saúde (como a secretária da saúde de São Lourenço do Sul), reinventava práticas tradicionais (como os grupos de convivência do Alegrete) e constituía um movimento social, envolvendo agentes políticos, técnicos, cidadãos, “participantes”, familiares e amigos.

O nascimento da política pública foi proporcionado pelos cursos de formação, os quais chamamos inicialmente de Administração de Serviços em Saúde Mental e depois Saúde Mental Coletiva, que se desdobraram em um curso de aperfeiçoamento em Gestão e Programação, outros dois em Políticas Sociais e Municipalização e, mais recentemente, um de Educação

em Saúde Mental. O que estávamos querendo demonstrar era que a força de trabalho em saúde e em saúde mental é constituída por pessoas e não por recursos humanos, que se orienta pelo cuidado às pessoas e não pela eliminação ou tratamento de doenças. Pessoas necessitam de formação, não de treinamentos, práticas cuidadoras requerem desenvolvimento de si e não destrezas em procedimentos; geram acompanhamento e responsabilização, não, pronto-diagnóstico ou tratamento pontual. Foi desenvolvido um processo no sentido da socialização e do compartilhamento de saberes e da identificação de desconhecimentos e nós críticos à mudança.

Precisávamos criar novas estruturas e inventar instituições, terminologias para o cuidado, terminologias para o cuidado e terminologias gerenciais e administrativas que pudessem mobilizar pessoas, desafiar posturas cristalizadas ou práticas identificadas com cada formação profissional específica, precisávamos de profissionais e serviços que se sentissem convocados ou provocados a participar de uma desterritorialização e outra territorialização, não conhecida, como administração de serviços de saúde ou de políticas públicas. Foi uma estratégia que teve mais que os efeitos esperados, pois, efetivamente, conseguimos criar serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Por ser educação, a transformação realizava-se por convocação pelo desconhecido e pela superação de limites, isto é, mobilizava o desejo de aprender. Se a ignorância compartilhada coletivamente, num espaço de aprendizagem, torna mais fácil sua explicitação, também torna mais fácil o reconhecimento de que nenhuma ignorância é absoluta e ficamos mais disponíveis para aprender e criar uns com os outros e nos coletivos.

Um dos pilares conceituais que mais se mostrou pertinente ao processo em curso, o pensamento estratégico de Mário Testa, apresentava-nos um princípio básico para a invenção da realidade, o postulado de coerência, que tem semelhança com o triângulo de governo proposto por Carlos Matus (1996) em seu Planejamento Estratégico Situacional (PES). O postulado de coerência, entre outras questões, partiu da constatação de que um dos fracassos das propostas de políticas públicas de transformação é a

incompatibilidade e incoerência entre os propósitos, os métodos e a organização. Os vértices do triângulo de governo concebido por Matus são o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo.

O esforço da política estadual de atenção integral à saúde mental, apresentada em 1987, foi de buscar coerência entre, de um lado, os propósitos de mudança ético-política e epistemológica e, de outro, o poder e o pensamento estratégico no setor da saúde. Acumulamos muito no campo da saúde coletiva e também no campo da saúde mental em relação à reforma psiquiátrica, à necessidade de modificar e de criar tecnologias de cuidado na área de urgências e à eliminação dos manicômios para que a loucura ocupasse outro lugar na sociedade, junto aos trabalhadores e nas instituições de saúde. Precisávamos saber como se fazia tudo isto, mais, precisávamos aprender esse saber. Precisávamos aprender quais métodos e quais organizações criar, eis um território muito propício para a problematização e agregação de coletivos de aprendizagem, típicas tecnologias de educação para a gestão dessa política pública.

Uma formação por meio de uma educação problematizadora e por coletivos de aprendizagem indaga, põe questões, sobre o indivíduo que somos, as instituições que fazemos funcionar com nossos saberes e práticas e os coletivos de nossa própria formação. Detectamos a pedagogia da implicação: como modificar nossas práticas? O que faremos para isso? Essas eram questões dirigidas aos trabalhadores que já estavam nas instituições. Uma das possibilidades era de propiciar a formação em serviço. Essas questões configuravam nosso campo de intervenção pedagógica e os cursos oferecidos eram para “mudar” os trabalhadores da gestão e da atenção nas instituições municipais e estaduais de saúde ou inseridos nos mais diversos setores públicos, instigando a formação, a criação de serviços e a constituição de movimento social local.

Para possibilitar o acesso aos cursos pelas pessoas que viviam nos municípios havia a necessidade de cursos interiorizados, que ocorressem em vários municípios, durante os finais de semana e à noite, para que os(as); alunos(as), mesmo em trabalho, pudessem freqüentá-los. Não queríamos fazer mais do mesmo que já vinha sendo feito: ofertar cursos de

aperfeiçoamento ou especialização na capital, com baixa implicação com os locais, durante o afastamento do trabalho, como se a formação fosse uma acumulação e não a experimentação.

Instigar vários setores e provocar ações locais intersetoriais era crucial à pedagogia buscada pelos cursos. Os cursos eram viabilizados e garantiam a presença e a articulação continuada entre o estado, os municípios envolvidos e as universidades locais/regionais; entre os setores da saúde, da cultura e da educação e entre representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Durante os cursos eram realizados painéis, seminários abertos à população em geral e para públicos específicos: estudantes universitários, juízes, professores e escolares.

A coordenação dos cursos, bem como seus corpos docentes, eram constituídos por equipes de professores de inserção local, regional, estadual, nacional e internacional, de várias profissões e instituições e dispostos à itinerância, com a assessoria permanente de Rubén Ferro. O objetivo era provocar um diálogo entre saberes e práticas de diferentes inserções e produzir, em aula, a desterritorialização e o desenho para as reconfigurações de práticas e serviços, provocar a transdisciplinariedade (outro conceito ferramenta da pedagogia da implicação).

A pedagogia da implicação exigia incluir trabalhadores e populações que estavam excluídos do processo de formação. Desse modo, realizamos em dez anos, de 1987 a 1996, dezoito cursos de saúde mental coletiva, que estão inventariados no próximo capítulo, “implicamos” 709 alunos, 556 em aperfeiçoamento e 153 em especialização. Contamos com 97 professores e “implicamos” igual dezena de apoiadores docentes locais em cada curso. Já na metade do período, em 1992, tínhamos 112 serviços de saúde mental criados nos municípios “implicados”.

Ancorados no *pensamento estratégico* de Mario Testa, trabalhávamos com a categoria “poder”, instigando a capacidade de mobilizar, de propor, de gerar e de gerir recursos e tecnologias. A lógica era de reterritorializar, possibilitar a continuidade das políticas e serviços, independentemente dos períodos das gestões governamentais e, por isso, precisávamos localizar aliados junto aos municípios, desencadear processos de mobilização e

trabalhar com políticas sociais, o que propiciaria um trabalho junto às câmaras de vereadores, junto aos executivos municipais, junto aos movimentos sociais, junto às populações locais e junto aos próprios formadores dos diversos locais. Era preciso desencadear processos de abertura, geradores de mudanças políticas, técnicas e administrativas, mobilizando diferentes atores sociais, articulando e comprometendo diversos setores, instituições e disciplinas do ensino regular formal. As estratégias de criação de serviços de atenção integral à saúde mental, de sistematização dos intercâmbios entre os municípios e regiões, entre os estados e internacionais e de articulação de atores em torno de um movimento, o Fórum Gaúcho deSaúde Mental, efetivamente, garantiram a continuidade do processo de implicação, após o término da gestão estadual em 1991 e tivemos cursos ocorrendo por todos os dez anos do nosso inventário. A autoria de políticas públicas passou a ser exercida desde outros espaços sociais, constituídos durante a gestão estadual.

Um apoio decisivo para a continuidade da formação foi o da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Cosam-MS), que assumiu a política de implementação da reforma psiquiátrica desinstitucionalizante a partir da década de 1990. O coordenador, Domingos Sávio de Nascimento Alves, garantiu o apoio tanto do Ministério quanto da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) enquanto esteve na condução da política de saúde mental e na direção do Departamento de Programas de Saúde (1991-1996) do Ministério da Saúde. O apoio foi construído ativa e estrategicamente: a gestão estadual havia terminado, estava em andamento o primeiro curso de especialização em saúde mental coletiva na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), havia a possibilidade de uma segunda edição em Bagé na Universidade Regional da Campanha (Urcamp) e precisávamos de novos aliados institucionais para avançar o processo desencadeado. Nestas circunstâncias nosso coletivo de trabalho constituído por Teresinha Klafke, professora da UFSM, coordenadora do curso de Santa Maria e integrante da equipe descentralizada, Delvo Oliveira, coordenador da equipe descentralizada e do curso de Bagé, Carmen Oliveira, ex-coordenadora da formação em saúde

mental da SES-RS e por mim, decidiu ir à Brasília solicitar o apoio do Ministério da Saúde.

Nos cursos foram provocadas expressões criadoras de cada um, nas aulas e nas oficinas de criação com artistas educadores. Como escreveu Marly Meira (1993), sobre as oficinas, *através da arte integram-se o campo dos afetos com o campo dos saberes e práticas.* Uma das criações foi o boletim poético *cometa loucura* produzido coletivamente durante os módulos dos cursos.

A linguagem poética foi a escolha de muitos para se expressarem. Lúcia Crescente, deSanto Augusto, enfermeira e militante sócio-política, assumiu-se, desde então, também poeta.Introduziu seu trabalho de conclusão com uma poesia (Crescente, 1993):

Estalos da vida, estalos da meia-noite
Nos entrelaçam, nos estruturam
Garantindo rumos.
Rumos de paixão, de fantasia, de angústia
Que não nos permitem enrijecer
Diante do amanhecer e do anoitecer
De um novo brilho, de um novo degrau
Que nos permite saltar e bailar
Como sujeitos amorosos e epistêmicos.

No final de um dos cursos, uma aluna silenciosa e presente, solicitou um espaço para manifestar-se, abriu um estojo de violino e tocou, diante de uma platéia boquiaberta. Agradeceu ao curso o fato de retornar ao violino depois de um longo período de abandono.

As experiências criadas possibilitaram nomear essa trajetória de construção, como o nascimento do campo da saúde mental coletiva, em ato, construção que exige militantes sócio-políticos da vida cotidiana, que exige pessoas *sentipensantes.*

Para viabilizar as mudanças, os serviços precisam flexibilidade e agilidade administrativa para decidir e mudar. É preciso viabilizar plantões, visitas domiciliares, idas aos serviços de referência e contra-referência, contando com infra-estrutura para as atividades itinerantes e com

remuneração para as mesmas. O trabalho deve incluir a prestação e o desenvolvimento da atenção, onde a formação ganha estatuto de desenvolvimento de si e das práticas, desenvolvimento do pensamento investigativo e da atuação criativa e, definitivamente, o desenvolvimento da potência instituinte da criação da vida.

Ao final do período de dez anos houve a construção de legitimidade do conhecimento produzido por meio de dissertações de mestrado e teses de doutorado. Entre 1999 e 2002, muitos "quadros" da saúde mental coletiva ocuparam postos de direção na gestão estadual de saúde, como já foi mencionado, e de 2003 a 2006 de novo a academia acolhe e fortalece em produção do conhecimento essa, agora nomeada, pedagogia da implicação. As dissertações e teses legitimaram, trabalharam sobre o inventado e contribuíram para a consolidação do processo. São Lourenço do Sul foi objeto de três dissertações de mestrado (Bernardes, 1995; Hirdes, 2000; Wetzel, 2000). *A Casa,* o primeiro serviço de saúde mental antimanicomial do município de Novo Hamburgo e um dos pioneiros do Rio Grande do Sul, foi o tema da dissertação de Fábio Moraes (2000). De Bagé, a Oficina de Criação Coletiva foi objeto de dissertação de mestrado (Meira, 2001). Santo Cristo, município onde era alto o número de suicídios, levou ao mestrado e ao doutorado o desenvolvimento da saúde mental coletiva, repercutindo seus efeitos na formação em saúde mental nos cursos universitários regionais (Heck, 1993 e 2000). Dissertações e teses foram elaboradas pelos egressos dos cursos sobre a lei da reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul (Dias, 1997); cidadania, saúde mental e população de rua (Martins, 1998); localização das diversas categorias profissionais na reforma psiquiátrica (Kantorski, 1998; Dalmolin, 1998; Saldanha, 2004) e aprofundamento dos recursos assistenciais substitutivos à internação (Arejano, 2002; Sotelo Prandoni, 2005; Cabral, 2005). Vera Miron (1998) escreveu sua tese de doutorado sobre as *memórias da loucura em Ijuí de 1890 a 1990.* As interrelações e interfaces entre reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação foram formuladas na dissertação de Tatiana Ramminger (2005).

Basicamente, fomos construindo, nesse processo, dirigentes/gerentes/ gestores de políticas públicas, seja no executivo, ou na diretoria de departamentos universitários, capazes de criarem espaços para a invenção, facilitarem a possibilidade de criação de serviços inovadores em saúde mental e desencadearem processos de educação permanente em saúde mental coletiva.

3.3 Movimento social: agenciamentos sócio-políticos

A reterritorialização, para se efetivar, precisa permear as relações interpessoais, laborais, institucionais e sociais. Para que todos se impliquem num processo democrático, é preciso reconhecer as desigualdades e a diversidade, criar modos de vida que superem desigualdades sociais e incluam as diversidades, bem como, legitimar espaços de liberdade e eqüidade. Para tanto, é preciso conquistar o lugar de ator social: poder de agenda, de autoria de mudanças políticas, culturais e institucionais, poder de reterritorializar.

Os movimentos sociais são vigorosos quando conseguem mudar a agenda do Estado e suas reivindicações incidem nas políticas públicas de modo determinante ou condicionante. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), por exemplo, conseguiu mudar a agenda do governo, revelando as necessidades culturais, sociais e econômicas da reforma agrária, não apenas como uma condição de estrutura sócio-econômica. O Movimento Ação da Cidadania conseguiu que a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fizesse o mapa da fome. Os movimentos de saúde mental foram se legitimando como constituição de novos atores sociais, reescrevendo histórias de vida e criando uma agenda sócio- política apresentada ao setor da saúde, incidindo em e exigindo políticas públicas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial propôs mudanças sócio-culturais, a partir de um paradigma ético-estético-político e assumiu, em 1987, sua configuração enquanto tal, quando em um encontro nacional, realizado na cidade de Bauru, em São Paulo, definiu a consigna *Por uma sociedade sem manicômios* e o dia nacional da luta antimanicomial: 18 de

maio. A luta pela eliminação dos manicômios e construção de rede substitutiva se nominou *Movimento Nacional da Luta Antimanicomial,* superando o movimento de trabalhadores de saúde mental, já integrado, que se fazia por trabalhadores, "participantes", seus familiares e outros interessados, todos na condição de cidadãos. O Movimento propôs encontros nacionais do conjunto de militantes articulados em núcleos nos estados e municípios e outros específicos de usuários e familiares. Encontros que efetivamente ocorreram, a partir de 1993, em Salvador (Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios, 1993), Belo Horizonte (Fórum Mineiro de Saúde Mental, 1995), Porto Alegre (Fórum Gaúcho de Saúde Mental, 1997), Maceió, Rio de Janeiro e São Paulo e foram decisivos na construção de propostas e agendas. Não conseguindo exercer suficiente mediação ou superação de divergências ocorridas entre os militantes a partir do final dos anos de 1990, os encontros geraram a Rede Internúcleos do Movimento.

No Rio Grande do Sul, os militantes sócio-políticos da mudança na saúde mental, os atores sociais *sentipensantes*, "implicados" pelos cursos de saúde mental coletiva configuraram uma instância coletiva que se prolongou rizomaticamente da formação ao movimento social: o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Muitos trabalhos de conclusão dos cursos de especialização foram indicativos dessa travessia. Cito:

- de Delvo Oliveira e Olinda Saldanha: *Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva* (1993);
- de Lúcia Crescente e Jucemara Oliveira: *Da saúde mental para as políticas sociais:a trajetória em Santo Augusto* (1995);
- de Mara Crasoves: *O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade-instituição-sociedade* (1995);
- de Maria Judete Ferrari e Maria de Fátima Mulazzani: *Ressignificando a história: de técnicos a políticos* (1997).

O Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi criado com uma concepção de rede articulada por núcleos regionais, num encontro estadual ocorrido na cidade de Bagé, em 1991, no término da minha gestão estadual da política de saúde mental e foi-se constituindo em ator social ao longo dos anos 1990.

O Fórum integrou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Rede Internúcleos do Movimento e uma rede internacional que visa à transformação dos modos de pensar e de agir sobre a loucura. O Fórum foi o espaço social inventado para desterritorializações e para reterritorializações, pois todos seus integrantes são instigados à participação no sentido da mudança e da ocupação do lugar de atores de direitos e de desejos. Os técnicos, os usuários e os familiares não são constrangidos a reproduzir seus respectivos papéis enquanto tais, ao contrário, são desafiados a se (re)criarem como atores e em singularidade. A nominação criada, *mentaleiros,* que dá passagem aos integrantes do movimento é indicativa dessa (re)criação. O Fórum é constituído também por conflitos, contradições e criações/repetições próprias de um movimento que se propõe a mudanças radicais. O seu grande desafio é o de ampliar sua capacidade de suporte, de acolhida, de tolerância e de invenção dos coletivos de produção da saúde mental.

Um "movimento" mantém sua vitalidade enquanto constituir atores sociais, enquanto gerar valor para seus integrantes, portanto, participar de movimentos é indagar-se, é refazer-se, é lidar com conflitos e contradições. Sem uma pedagogia da implicação, os movimentos não geram coletivos e nem põem coletivos em gestão de projetos de vida.

Mário Testa (1997), em *Saber en salud*, escreveu sobre a constituição dos atores sociais, fazendo a articulação entre ciências sociais e vida cotidiana. Nessa articulação, ele propôs um percurso que parte do *sujeito da vida,* o qual, ao se indagar sobre essa vida, constrói hipóteses e pensamento, transformado-se em *sujeito epistêmico* que, ao avaliar e tornar pública sua produção, passa, respectivamente, a *sujeito avaliador* e *sujeito público*. Não estando concluída a sua trajetória, é preciso que seu trabalho contribua para a reconstituição da vida, transformando-se em *sujeito militante sócio-político.* Nesse livro, Testa refere o Fórum Gaúcho de Saúde Mental como um movimento que foi capaz de constituir essa militância e destaca a produção poética nos cursos de saúde mental coletiva:foi sua escuta de nossa pedagogia da implicação e sua capacidade intercessora de políticas públicas.

Um trabalho de conclusão de um dos cursos de especialização que expressou a singularidade desse processo do cotidiano-produção-restituição foi o de Maria do Horto Salbego e Márcia Fabrício intitulado *Alegrete — O Diálogo*, de 1995. As autoras, a partir das frases das camisetas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, reconstituíram as suas trajetórias e a do município na desinstitucionalização. O roteiro do trabalho iniciou com o título *vestindo palavras* e continuou com *livre para viver, loucos pela vida, viver e não ter a vergonha de ser feliz, sonho pessoas sonham eu, cidadanize-se.* Maria do Horto Salbego (2004) continuou trabalhando a intercessão movimento e política pública de saúde mental em sua monografia de conclusão da especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o título *Contribuição da luta antimanicomial para a política de saúde mental de Alegrete.*

O Movimento delimitou um conjunto de questões que auxiliaram na precisão dos problemas a enfrentar e das situações a construir na elaboração de estratégias políticas ou pedagógicas, facilitando a comunicação com outros atores sociais. As questões em relação à loucura e a saúde mental, no período que antecede e propicia a origem do Movimento eram: qual o objeto, qual a disciplina, quais os procedimentos, qual o espaço e qual o objetivo na atenção e na educação? Ao responder, identificava-se um objeto que era a doença mental; uma disciplina que era a psiquiatria; dois procedimentos que se associaram, ao longo da história da assistência, a internação e o medicamento; um espaço que era o hospital psiquiátrico, e um objetivo que era a cura, mesmo considerando-a inatingível. Esse conjunto foi-se transformando num pacote compacto, legitimador/legitimado por tecnologias e políticas, naturalizado, cristalizado e tornado inquestionável, ou seja, quando uma pessoa era identificada como doente mental ela deveria ser tratada pelo psiquiatra, com medicamentos pelo resto da vida, pois a doença não tinha cura e, quando em surto, internada em um hospital psiquiátrico.

A própria psiquiatria começou a questionar a imutabilidade e a indissociabilidade desse pacote. Apoiada em aportes da filosofia (Foucault, 1972) e das ciências sociais (Goffman, 1990), a psiquiatria reconheceria que

o pacote era gerador de mais sofrimento psíquico e de exclusão social, não condizente com a complexidade humana, em especial no que diz respeito ao espaço destinado aos doentes mentais, os hospitais psiquiátricos (Basaglia, 1985; Freire Costa, 1989; Rotelli, 1992). São inúmeros os trabalhos acadêmicos que evidenciam o fracasso dos hospitais psiquiátricos como lugar de tratamento, bem como evidenciaram sua alta eficácia como dispositivo de exclusão e de aniquilação de singularidades (Resende, 1994). A insuficiência do pacote, num contexto mundial de crise de paradigmas e de novas conquistas, de lutas pelos direitos humanos e por democracia em nosso país, em meados da década de 1980, instigou à articulação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e este assumiu o desafio de decompor o pacote, de transformá-lo e de superá-lo. As questões passaram, então, a ser formuladas no plural: quais eram os objetos, as disciplinas, os procedimentos, os espaços e os objetivos? As novas respostas foram muito diferentes:

- quanto aos objetos, a doença foi substituída pelo processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e pela noção de uma existência em sofrimento, objetos definidos desde a saúde coletiva e desde a desinstitucionalização;
- quanto às disciplinas, a psiquiatria passaria a compatilhar com um conjunto de outras disciplinas, que se ocupariam dos novos objetos constituindo um campo transdisciplinar entre saúde, educação, sociologia, antropologia, política, história, filosofia e arte;
- quanto aos procedimentos, as categorias analíticas da integralidade, complexidade, singularidade e subjetividade foram centrais para a multiciplicidade e pluralidade de procedimentos criados e utilizados: acolhimento, acompanhamento terapêutico, orientação de atividades da vida diária, círculos de convivência, psicoterapias individuais e grupais entre outras, para além, quando não em lugar do uso do medicamento e da internação (as possibilidades de internação também se diversificaram - a internação domiciliar, o hospital-dia, o hospital-noite - e a prescrição de medicamentos se complexificou e singularizou);

- quanto aos espaços, o hospital psiquiátrico foi superado pela constituição de uma rede intersetorial de cuidados e de inserção social, que incluía unidades básicas de saúde; Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que, no Rio Grande do Sul, foram chamados de Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (Caismental), Minas Gerais, Centros Regionais de Saúde Mental (Cersam) e no Pará, Casamental; oficinas de criação; centros de convivência; serviços residenciais terapêuticos e leitos em hospitais gerais, entre outros, ressaltando que os espaços também se diversificaram e que a intersetorialidade era essencial, pois o setor sanitário era limitado para as exigências de cuidados e de inserção social dos portadores de sofrimento psíquico;
- quanto aos objetivos, a cura foi substituída pelos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização, objetivos que podiam ser sintetizados como possibilidades para projetos de vida para as parcelas da população que não tinham essas alternativas. Objetivos que exigiam novos e outros saberes e práticas.

O Movimento foi decisivo na construção dos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização. O Movimento operou como dispositivo para a expressão das subjetividades, para a valoração das singularidades e para a reinvenção da vida. A publicação *Reinventado a vida* (Vasconcelos, 2005) foi escrita por dezoito pessoas do Brasil que narraram suas histórias de *vida com o*, *vida apesar do*, *vida e o* sofrimento psíquico. Para a maioria delas, os espaços criados pelo Movimento e/ou a militância no mesmo foi determinante para a própria reinvenção. O Movimento tem sido vertente para seus participantes.

As estratégias do Fórum, ao longo de sua história, foram direcionadas para os âmbitos social, jurídico-político, organizacional e tecnológico. No que diz respeito às mobilizações sociais, o Fórum foi promovendo, anualmente, atividades de transmissão de informação, de esclarecimento, de conscientização, de debate e problematização sobre o tema da loucura e da existência em sofrimento: múltiplas linhas educativas de educação

permanente em saúde. As ações foram em conjunto com operadores da cultura, artistas plásticos e das artes dramáticas, escritores e animadores de rua; com outros movimentos sociais; com entidades profissionais, em especial da psicologia, do serviço social, da enfermagem e da terapia ocupacional; com cursos universitários, mais especificamente, professores que também eram *mentaleiros* e com o apoio de legisladores e gestores. Os eventos ocorriam nas ruas, nas praças, nos parques, nos calçadões, nos corredores de passagem das universidades, nos espaços de convivência, bem como nas salas de aula, auditórios, teatros, cinemas, atelieres, oficinas e associações comunitárias. Em geral, acontecem durante o mês de maio, em função do *Dia Nacional daLuta Antimanicomial.*

Em 2005, houve uma grande articulação em todas as regiões do estado, cujo ponto culminante foi o *Mental Tchê!* Realizado em São Lourenço do Sul, convocado e organizado coletivamente pela via eletrônica da Internet, com equipe de apoio logístico local. Reuniu 1.600 pessoas, de 61 municípios, que formularam a *Carta de São Lourenço.* O encontro mobilizou todos os setores da cidade: hoteleiro, do comércio, da alimentação, do transporte, do turismo, da educação, da cultura e da saúde. No final, o Prefeito declarou que o *MentalTchê* passou a integrar o calendário de eventos da cidade: louco é destaque de novo.

O Fórum também promove encontros entre usuários e familiares e atividades preparatórias para eventos nacionais do Movimento e da saúde mental, como as Conferências previstas pela legislação do SUS.

O Fórum Social Mundial foi um importante cenário para intercâmbios e produções da saúde mental. Um representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental integrou o comitê organizador estadual do Fórum Social Mundial nas suas três primeiras edições. Vários núcleos do Movimento realizaram atividades e o Fórum Gaúcho realizou oficinas em todas as edições que ocorreram em Porto Alegre. No primeiro a oficina ocorreu no Hospital Psiquiátrico São Pedro e foi coordenada por Mário Testa. Nos dois últimos, promoveu o encontro *Nau da Liberdade;* um sobre exclusão e outro sobre estigma. A atividade ocorreu no barco *Cisne Branco,* três horas de passeio

pelas águas do lago Guaíba, para reidratar a luta antimanicomial. O Fórum mobiliza-se em defesa das conquistas e pelo não retrocesso do conquistado.

No âmbito jurídico-político, o Fórum integra o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) desde sua criação, em 1994. Integra alguns Conselhos Municipais e a Comissão Estadual de Saúde Mental, vinculada ao CES-RS. A Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (1992) e as leis municipais de saúde mental (Alegrete, 1996, Bagé, 1998, Canoas, 1995) são conquistas nas quais a militância do Fórum foi central, desde sua elaboração até sua aprovação. Houve uma tentativa, no final de 2004, de mudança da lei estadual de saúde mental, reincluindo os hospitais psiquiátricos na rede de assistência, projeto de lei que só não foi à votação pela pressão dos *mentaleiros*. O projeto foi reapresentado em 2005 e novamente não foi aprovado.

O Fórum precisou se constituir em um espaço mais visível e concreto de fiscalização do cumprimento das referidas leis, capaz de acolher e dar respostas para as denúncias de violação dos direitos dos usuários e dos familiares. A Comissão de Direitos Humanos daAssembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul foi aliada fundamental nessa tarefa.O *Relatório Azul* publicado anualmente desde 1995 pela referida Comissão inclui na sua temática a reforma psiquiátrica: seus avanços, retrocessos e desafios. A legitimação das propostas do Movimento, em alguns municípios como Alegrete e Bagé, se materializaram, também, pelo compartilhamento do espaço legislativo, como a eleição de vereadores que foram lideranças constituintes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Em relação ao âmbito organizacional, o Fórum se dedicou à criação da rede de serviços locais de saúde mental. Rede resolutiva, diversificada, acolhedora, dirigida às pessoas e suas vidas, não apenas às patologias. No início dos anos 2000, mais da metade dos497 municípios do Rio Grande do Sul conta com serviços substitutivos (Dias, 2001; Guia deServiços de Saúde Mental, 2002). Em 2005, os desafios são de ampliação da rede de serviços, incluindo espaços de trabalho, de expressão artística, de moradia e de acolhida 24 horas por dia, sete dias por semana. Desafios que incluem, portanto, modificações nos modos de financiar, de gerenciar e de organizar o

processo de trabalho e de constituir equipes de trabalho. O Fórum integrou o Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAAP[10]),depois denominado pelo Ministério da Saúde de Grupo Técnico de Organização eAcompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental[11] o Conselho Gestor do HospitalPsiquiátrico São Pedro e algumas referências do movimento estão no gerenciamento de serviços estaduais e municipais, de secretarias municipais, bem como na condução de políticas sociais e de saúde mental, mas, o principal desafio é o da *institucionalidade, seminstitucionalização* (existir na fronteira instituinte).

Manter a circulação de vida, de inquietudes, de capacidade inventiva, de grupalidades antimanicomiais e de constituição de coletivos de gestão é uma tarefa de educação que não pode se afastar do Fórum. É a sua natureza de educação permanente, em ato, que o fez intercessor das políticas públicas e não uma nova/outra/inédita instituição.

---

[10] Grupo criado pelo Ministério da Saúde para avaliar as condições físicas, estruturais, organizacionais e terapêuticas dos hospitais psiquiátricos do Brasil. Grupo composto por gestores, trabalhadores e usuários em cada estado da federação, articulado com o grupo nacional. A avaliação é o instrumento para induzir modificações, gerar descredenciamento do serviço no Sistema Único de Saúde e, inclusive, subsidiar intervenções.

[11] Criado pela Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde, no. 799, de 07 de julho de 2000, amplia a abrangência do trabalho incluindo toda a rede de assistência em saúde mental. (Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 2004, p.105-108).

Prefeitura de Porto Alegre
MAIS CIDADE, MAIS CIDADANIA.
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
5 a 9 NOVEMBRO
1997
III ENCONTRO NACIONAL DO
PORTO ALEGRE
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.
Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE
MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de
Saúde Mental

MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de
Saúde Mental
III ENCONTRO NACIONAL DO
PORTO
ALEGRE
5 a 9 NOVEMBRO
1997
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.
Prefeitura de Porto Alegre
MAIS CIDADE, MAIS CIDADANIA.
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE

IV

ROTAS DE NAVEGAÇÃO: Inventário de práticas e extração de tecnologias pedagógicas intercessoras

É o momento de por em análise o processo de formação desenvolvido no período de 1987 a 1996 e os canais construídos até 2005, por meio dos cursos de aperfeiçoamento e de especialização em saúde mental coletiva, seus prolongamentos e intercessões, refazendo as rotas de navegação. As fontes utilizadas foram as revistas de *Saúde Mental Coletiva* (1993, 1995 e 1997), uma publicação de 1990 da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) com a síntese das atividades da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, um levantamento feito por mim em 1997 para o curso de especialização em saúde coletiva na Universidade Regional da Campanha (Urcamp), em Bagé, projetos e relatórios dos cursos, trabalhos dos alunos, apontamentos próprios que compõem minha biblioteca, monografias e artigos produzidos em especializações (residência multiprofissional em saúde mental coletiva, cursos de formação de sanitaristas e de gestão em saúde), bem como dissertações e teses relativas à saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul.

As histórias narradas e as rotas inventariadas foram lidas pelos *mensageiros* implicados, que agregaram e precisaram informações desse arquivo, possibilitando a produção desse outro, presente discurso (Foucault, 2005, p.95) de minha inteira responsabilidade. Os leitores participantes foram Delvo Cândido de Oliveira (equipe descentralizada, coordenador dos cursos de saúde mental coletiva, psiquiatra, vereador, de Bagé), Elsa Timm (equipe descentralizada, psicóloga, de São Lourenço do Sul, secretária

municipal de saúde de Turuçu), Flávio Resmini (equipe descentralizada, psiquiatra, de Pelotas e São Lourenço do Sul, consultor do Ministério de Saúde), Hélio Possamai (equipe descentralizada, coordenador de curso de saúde mental coletiva, psicólogo, mestre, professor da Universidade de Passo Fundo), Kátia Barfknecht (Oficina Geração PoA, terapeuta ocupacional, professora do Instituto Porto Alegre - Ipa), Liane Beatriz Righi (equipe descentralizada, coordenadora de cursos de saúde mental coletiva, enfermeira, doutora, professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí), Lúcia Otoneli Crescente (enfermeira, mestre, professora temporária da Unijuí, de Santo Augusto), Márcia Falcão Fabrício (fonoaudióloga, especialista em saúde mental coletiva, de Alegrete), Maria de Fátima Mullazani (coordenadora de curso de políticas sociais, fisioterapeuta, especialista em saúde mental coletiva, vereadora, de Alegrete), Maria do Horto Salbego (assistente social, especialista em saúde mental coletiva e em gestão em saúde, de Alegrete), Maria Judete Ferrari (coordenadora de curso de políticas sociais, psicóloga, especialista em saúde mental coletiva, ex-vereadora, de Alegrete), Maria de Fátima Bueno Fischer (equipe do Paismental, primeira coordenadora da Pensão Pública Protegida *NovaVida*, psicóloga, sanitarista, de Porto Alegre e professora da Universidade do Vale dos Sinos - Unisinos), Olinda Lechmann Saldanha (equipe descentralizada, coordenadora de curso de saúde mental coletiva, psicóloga, mestre, professora da Universidade do Vale de Taquari - Univates), Patrícia Dornelles (acompanhante do Claudinho, terapeuta ocupacional, mestre, professora do Ipa) e Teresinha Eduardes Klafke (equipe descentralizada, coordenadora de cursos de saúde mental coletiva, psicóloga, mestre, professora da Universidade Federal de Santa Maria, à época, e hoje professora da Universidade de Santa Cruz - Unisc).

Identificávamos, na formação em saúde mental coletiva, um modo de produzir educação como uma *formação sobre rodas*, uma formação itinerante, com uma pedagogia nômade, os temas eram os mesmos, mas o trabalho era de contextualização, de produção local de diferença, de implicação. A formulação de uma educação na estrada (formação sobre rodas, nomeada na itinerância nômade dos cursos) substituí pela formulação

das águas da pedagogia da implicação: *correntezas das águas* e *as navegações.* Educação na água e não na estrada. As estradas têm pontos de partida e pontos de chegada. As águas têm nascentes, vertentes, afluentes, defluentes e confluentes. As águas não terminam em um ponto, deságuam no oceano. As águas correm, os humanos que nelas navegam necessitam parar e para isso inventaram o artifício dos portos. Serres (2001, p.229) contrapõe o liso e deslizante deslocamento das estradas ao caótico, descontínuo e diverso ritmo, canto, dança e escrita das correntezas, dizendo que "os ritmos dessa dança inteligente e os compassos dessa música sublime marcam o verdadeiro tempo das coisas", percorrer as correntezas possibilita conhecer "pelo lado de dentro o corpo do mundo", compreender o escoamento e circulação do sentido. Prossegue: "flamejante, a corrente desce como mil vozes audíveis, decifráveis em outras tantas línguas encarnadas".

O roteiro inicia por Porto Alegre, em 1988 e 1989. Neste último ano, vai também para Santa Maria, segue, em 1990, para Passo Fundo, passa pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro, vai a Ijuí e Bagé. Em 1991 continua em Bagé, volta a Santa Maria, vai para Nova Prata e percorre o Litoral Norte. Em 1992, concluem-se as viagens de Santa Maria e Nova Prata e continua a de Bagé. Em 1993, o roteiro inclui Rio Grande, Alegrete e retorna a Ijuí com ponte para Posadas (Argentina) e mantém o de Bagé. Em 1994, o roteiro se estende a Melo (Uruguai) e continuam os roteiros iniciados em Rio Grande, Alegrete, Ijuí/Posadas e Bagé, onde continuamos aportando até 1996.

Refazendo o roteiro, é possível afirmar o quanto Bagé foi base, lugar de abastecimento, ancoradouro. Houve efetivamente um deslocamento, uma descentralização da capital para o interior (campanha, fronteira) na construção da saúde mental coletiva.

Os cursos foram viabilizados considerando as necessidades locorregionais, os operadores locais e os tempos políticos e técnicos. Os cursos foram se constituindo em espaços de construção coletiva, de diálogo, de exposição protegida, nossa terceira margem do rio, preparatória para outras exposições com pouca proteção, porém sem ingenuidade, para a construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental. Os módulos

eram entremeados com atividades abertas e mobilizadoras com o objetivo de politizar: tornar nosso problema uma questão social, nos manter *na boca do povo,* produzir vida presente e legitimação. Por isso, as rotas incluem eventos que tiveram potência de adventos como os próprios cursos o foram. Adventos, acontecimentos capazes de ressonâncias, interferências, permeabilidades entre saberes e práticas. Eventos-adventos só ocorrem em uma pedagogia da implicação.

As rotas foram primeiramente reveladas por Delvo Oliveira e Olinda Lechmann Saldanha na revista Saúde Mental Coletiva, em 1993.

Em 1987, realizamos o I Encontro Estadual de Saúde Mental, com 280 participantes, preparatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental e nossa delegação marcou diferença ao eleger entre seus representantes um líder comunitário. O Rio Grande do Sul foi o único estado que levou como delegado um militante oriundo do movimento popular. O Rio de Janeiro fez a diferença levando a única usuária delegada da Conferência. Nesse ano, a equipe condutora da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da SES-RS fez o curso em Concórdia (Argentina) e ocorreu um encontro de coordenadores de saúde mental da Argentina, com a participação de autoridades daquele país, do Uruguai e consultores da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Com o objetivo de promover intercâmbio e sensibilização para desencadear um processo de formação no Rio Grande do Sul mobilizamos uma delegação gaúcha, interinstitucional, multiprofissional e de várias regiões do estado para o encontro em Concórdia. Fomos 33 pessoas de ônibus e nos reunimos com Vicente Galli (coordenador nacional de Saúde Mental), Rubén Ferro (coordenador de formação) e Miguel Ángel Nicolla (coordenador local do curso e do encontro).

No ano seguinte, 1988, iniciamos o I Curso de Aperfeiçoamento em Administração em Serviços de Saúde Mental com 103 alunos, de 22 municípios. Concluíram o curso, depois de oito módulos, 85 alunos. Durante o curso, promovemos intercâmbio entre coordenadores de saúde mental das províncias de Córdoba e Mendoza, na Argentina, com coordenadores da área da região sul do Brasil (alunos). Nesse encontro, tive um retorno do modo como conduzia a política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma

liderança “a par”, compartilhada, disse Diego Rapella, coordenador de saúde mental em Córdoba. Nesse ano, realizamos o II Encontro Estadual de Saúde Mental, com 320 participantes, nele Galli fez a conferência sobre *Construção participativa em saúde mental,* que integrou a bibliografia de todos os cursos, assim como contamos com a presença de Pedro Gabriel Delgado, à época, atuando na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Colônia que havia sofrido uma intervenção com o uso inclusive de urutus (tanques de guerra) e, no encontro, aprovamos uma moção de repúdio ao ato.

Ainda em 1988, apresentei a proposta de Política de Saúde Mental da SES-RS no II Encontro Latino-Americano de Psicologia Marxista e Psicanálise: intercâmbio de experiências, práticas e teorias, em Cuba (Camargo et al, 1988). Encontro cuja primeira edição em junho de 1986 já havia sido decisivo para aceitar o convite de coordenar a Paismental, pois lá vivi com intensidade a implicação de profissionais com projetos públicos. Os intercâmbios com cubanos se produziram ao longo dos anos de 1990 e muitos são companheiros de vida.

Também em 1988 organizamos junto com a Universidade Federal de Santa Maria, por meio do Departamento de Psicologia (com professores alunos no curso de saúde mental), o I Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária (Sismec): *repensando a saúde mental*, que contou com 750 participantes vindos do Brasil, Uruguai e Argentina. No Simpósio, ocorreu um dos módulos do curso de Porto Alegre: alunos e professores se deslocaram à Santa Maria, as aulas ocorreram em espaços compartilhados e próprios e o trabalho do módulo foi sobre a experiência. Deslocamento mobilizador, explicitador de implicação e marcador de itinerância.

Em 1989, iniciamos em Santa Maria o II Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental com 84 alunos, de 27 municípios. Ao final, 65 alunos concluintes.

No mesmo ano, propusemos um curso de aperfeiçoamento em *programação e gestão estratégica* para a equipe descentralizada de saúde mental (constituída no I curso) e alguns gerentes de serviços, com uma metodologia de autogestão: os conteúdos, professores e textos eram pactuados em sala de aula a cada um dos cinco módulos: dos 40 inscritos,

de onze municípios, 32 terminaram o curso. Desse modo, tivemos acesso ao seminário sobre *planejamento estratégico* com Mário Testa e Carlos Matus, que havia se realizado na EscolaNacional de Saúde Púbica, no Rio de Janeiro, e desenhamos a formação, que passou a ser chamada por saúde mental coletiva, para 1990 (último ano do governo estadual). Ainda em 1989 realizamos o III Encontro Estadual de Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro, dele participaram 850 pessoas. Entre os convidados estiveram os coordenadores nacionais de saúde mental do Brasil, da Argentina e do Uruguai e uma convidada especial, a enfermeira Eunice Xavier de Lima, que realizou uma oficina com os trabalhadores do hospital sobre sexualidade e loucura, pois era um tema tabu na instituição e que precisava ser enfrentado de outro modo. Eunice era livre docente em enfermagem psiquiátrica, autora de projetos inovadores na universidade (à época Universidade Federal de Pelotas, depois estava em Florianópolis, na Universidade Federal de Santa Catarina) e se tornou uma importante aliada na construção da saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul.

Em 1990 foram viabilizados quatro Cursos de Aaperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva em Passo Fundo, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Ijuí e Bagé, coordenados por integrantes da equipe descentralizada. Os dois primeiros tiveram 8 módulos e os últimos 6. Passo Fundo teve 75 alunos inscritos de 33 municípios, dos quais 65 concluíram o curso. No Hospital Psiquiátrico São Pedro foram 120, de seis municípios e terminaram 80 alunos. Em Ijuí, 45 se inscreveram, de onze municípios e 35 concluíram. Em Bagé, 60 concluíram de 165inscritos, oriundos de doze municípios. Neste período, os coordenadores passaram a nomear os cursos de acordo com a realidade locorregional. Assim, no Hospital chamou-se *desinstitucionalização*; em Ijuí *saúde mental nos sistemas locais de saúde*; em Bagé *liberdade é terapêutica.*

Em Passo Fundo, a grande marca foi a quantidade de municípios, outras foram:

o início de uma interlocução militante com um procurador do estado (Geraldo Feix) e um juiz do município (Paulo Félix) que realizaram os demais roteiros como professores e integraram o Fórum Gaúcho de Saúde Mental;

- a produção de uma aluna, que serviu de guia para as demais rotas, no módulo sobre saúde e trabalho: saúde mental do trabalhador, na qual ela disse “aprendi que no meio do caminho tinha uma pedra e essa pedra era eu!”, inspirada na poesia de Carlos Drummond de Andrade (1978) *No meio do caminho*;
- a nominação de Caismental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental) para os serviços substitutivos no município, proposto no trabalho final de alunas de Passo Fundo, um nome que propusemos para Porto Alegre e que foi aceito pela pertinência à história da cidade, seu nome e seu porto.

Dois adventos ocorreram no II Curso, um foi a conferência do cubano, psicólogo, professor doutor Juan Guevara Valdez, proporcionada pelo curso, pela Universidade de Passo Fundo e Coordenadoria Regional de Saúde. Era a primeira vez que um cubano ia ao município e o fato repercutiu na região. Durante a década de 1990, Guevara foi professor convidado da Universidade Federal de Santa Maria e também realizou os roteiros da saúde mental coletiva (Guevara Valdez, 1995). O outro advento foi a luta que travamos ao longo do curso contra a abertura de um hospital psiquiátrico regional em Passo Fundo, conseguimos problematizar, tornar público o embate e adiamos a inauguração, que ocorreu e se tornou o manicômio presumido. Este advento foi decisivo para acelerarmos a criação de dispositivos que proibissem a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos. Assim, conseguimos, junto ao Conselho Estadual de Saúde e sanção pela Secretaria Estadual da Saúde de uma resolução que impedia novas contratações de leitos em hospitais psiquiátricos e, em 1991, foi proposto o projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e a substituição gradativa dos existentes por uma rede de serviços, semelhante às proposições do projeto de lei do Deputado Paulo Delgado aprovado na Câmara de Deputados e que tramitava no Senado Federal.

O curso no Hospital Psiquiátrico São Pedro instalou a problematização na instituição que já vinha sendo provocada pela política de saúde mental e, especificamente, pela área de desenvolvimento de pessoal do hospital, da

Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da realização do III Encontro Estadual, culminando com a troca da direção. Uma marca do curso foi a quantidade de alunos de nível médio, os auxiliares de enfermagem, e o seu silêncio em aula. Quando indagados sobre o silêncio responderam "estamos amadurecendo as idéias", desde então aprendemos sobre produção silenciosa de cumplicidade e de aprendizagem. Alguns desses profissionais se tornaram autores da desinstitucionalização e militantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A implicação produz cumplicidade.

Em Ijuí, ocorreu o encontro com a enfermagem, com a realidade dos minifúndios e dos pequenos municípios, como a que já havia iniciado em Passo Fundo: o conhecimento de Santo Augusto, de Santo Cristo (com seu alto índice de suicídios) e de Três de Maio formulando a proposta de Raismental (Rede de Atenção Integral à Saúde Mental), *raiz* e *mental* referindo o cultivo da terra e às raízes. Ijuí promove anualmente a *festa das nações* e esta motivou a ida de Giovanna Del Giudice, de Trieste, para a cidade, o que se constituiu um advento agregador na região para a saúde mental coletiva.

O curso em Bagé iniciou no final de 1990 e deu o suporte para a transição de construção de uma política pública desde o Estado (Secretaria Estadual da Saúde) para o movimento social, bem como para a continuidade da formação em saúde mental coletiva. Chamou a atenção o número de alunos inscritos: 165, que nos levou a realizar no primeiro módulo um encontro com a apresentação do curso para que os inscritos fizessem a escolha da continuidade ou não: confirmaram 105 alunos. O curso também deu suporte para a instalação da Oficina de Criação Coletiva de Bagé. Neste curso, a utilização do "conto", de histórias transmitidas oralmente, de "acontecidos" da vida consolidou-se como método pedagógico eficaz para produção de conhecimento e de possíveis. Duas histórias tornaram-se código entre nós a da *nuvem negra* e a da *passagem de Drake*, contadas pelo professor Rubén Ferro.

A primeira, uma ficção escrita pelo físico inglês Fred Hoyle (1964) sobre acesso e modos de produção de novos conhecimentos. Uma enorme nuvem negra se aproximava da Terra e foi detectada por dois grupos de

cientistas, de dois pontos distintos do planeta, um utilizou a tecnologia de ponta disponível e outro, métodos clássicos de observação e cálculos próprios da astronomia. Os dois concluíram que a nuvem se chocaria com a Terra e que sua aproximação seria suficiente para a destruição planetária. Os Estados reuniram um estrato representativo de humanos numa comunidade criada artificialmente para estudar e evitar o choque. Durante os estudos, verificaram que a nuvem respondia, era inteligente, e recrutaram os melhores cientistas para tentarem comunicação com a mesma. Ocorria que cada um chegava no limite de suportabilidade do cérebro: entrava em estado febril, convulsionava e morria. O exército queria utilizar a força e armas nucleares para destruir a nuvem e os cientistas resistiam. O físico coordenador da missão procurou se comunicar. Nesse processo, foram decifrando códigos e a nuvem ia revelando o quanto os humanos éramos atrasados e precários no modo como necessitávamos de corpos e quanto trabalho tínhamos para carregá-lo, reproduzi-lo, em ciclos muito curtos de vida. Por outro lado, contava como era sua vida puramente energética e inteligente. Chegou o momento limite do físico coordenador, que, então, antes de morrer, chamou o jardineiro para continuar a comunicação, pois era o que poderia utilizar o cérebro de outro modo: seus neurônios estavam disponíveis para diferentes circuitos.

A expressão *Nuvem Negra* passou a ser utilizada diante de situações de aprendizagem e de vida que exigiam saberes e práticas diferentes dos utilizados até então, e mais, situações nas quais o conhecido não permitiria acessar o desconhecido. A desinstitucionalização exigia movimento de desaprender o aprendido, de um lado, e de aprender diferente, de outro.

A passagem de Drake foi experienciada por Ferro. É a passagem mais perigosa do sul do planeta, pois nela encontram-se os mares dos Oceanos Pacífico e Atlântico, correntes frias e quentes, ventos de mais de uma direção. O barco para atravessar se assemelha a uma bacia, é redondo para poder jogar mais levemente. Todos os tripulantes se amarram no barco para poder atravessar e apenas tomam, de um recipiente preso ao corpo, com canudinho, o líquido necessário para a sobrevivência. Há movimentos concomitantes de todas as direções e diferentes velocidades e temperaturas.

Chama-se Drake em homenagem ao pirata que conseguiu atravessar a passagem, numa fuga da marinha inglesa. Apenas uma pessoa não se amarra, pois há um lugar estável no barco, de movimento zero, seu centro de gravidade: aí fica quem está no comando, que nessa situação nem sempre é o comandante. Após a passagem há uma cerimônia em homenagem a Netuno. *Drake* passou a ser utilizada para identificar situações limites, nas quais são necessários saberes e práticas mestiços e híbridos: científicos e míticos, ritos técnicos e religiosos. Duas histórias para criar uma linguagem para a implicação.

O final da gestão (1990) na Política de Saúde Mental da SES-RS ocorreu com três grandes eventos-adventos: o II Sismec, a exposição da obra de Bispo do Rosário e o IV Encontro Estadual. O II Sismec: *criando alternativas de liberdade,* foi em Santa Maria, contou com 732 participantes e reuniu a rede estadual, nacional e internacional que vínhamos tecendo. Realizamos inúmeras oficinas sobre municipalização, saúde mental e trabalho, desinstitucionalização, comunicação, arte, cooperativas e legislação, entre outras. Do Brasil, estiveram presentes Ana Pitta, Fernanda Nicácio e Roberto Tykanori (coordenadores de saúde mental de Santos), Eugênio Escanovino Neto e Magnólio (Paulo Sposito Oliveira) do projeto amazônico *saúde e alegria.* Projeto com o qual sintonizamos rapidamente por sua itinerância e compromisso com a vida: uma equipe de saúde que andava de barco pelas comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, por onde aportavam fazendo um espetáculo de circo, no qual os profissionais eram os personagens, com temáticas de saúde e utilizando produtos da terra (sementes e frutos) no lugar da pipoca e do amendoim. Com sua tecnologia, tinham reduzido a desnutrição e a mortalidade infantil da região. Também iniciaram projetos de desenvolvimento local e prosseguiram sua trajetória com práticas de ecodesenvolvimento. Continuamos trabalhando com Magnólio na produção da saúde mental coletiva, que ele, por sua vez, utilizou para formular o que intitulou de “educologia” (Magnólio, 2003). São de sua autoria frases como “saúde alegria do corpo, alegria saúde da alma” e “a alegria não nos tira a seriedade”. Magnólio coordenou uma grande oficina que incluiu uma caminhada pelas ruas da cidade e o término num

showmício no centro de Santa Maria pelo fim dos manicômios e pela invenção de vida, com a participação dos convidados internacionais: Giovanna Del Giudice, da Itália, Alma Carrasco, Suzana Rudolf e Marcelo Viñar, do Uruguai, Vicente Galli, Rubén Ferro, Silvina Malvarez, Hugo Cohen, Miguel Angel Nicolla e Luis Ellerman, da Argentina. O encerramento do II Sismec foi a produção coletiva de uma carta, na qual todos que quiseram escreveram uma frase, uma poesia, uma história ou uma música suscitada pelo simpósio. Foi uma carta multilingüe (português, espanhol e italiano) escrita a 300 mãos. A implicação era alegre, produzia coletivos e mestiçagens e nos levou à praça pública.

A exposição da obra de Bispo de Rosário foi considerada pelo mundo da cultura gaúcha o acontecimento do ano. Foi o evento de 1990 com maior público no Museu de Artes do Rio Grande do Sul (Margs): 6.000 visitantes. Achutti, fotógrafo que registrou a exposição chamou-a de *bordado de uma existência.* Bispo do Rosário, sergipano, foi da Marinha brasileira, morreu na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, tempo onde produziu toda sua obra (que intitulava de *reconstrução do universo)* desfiando lençóis e juntando objetos no hospital, permitindo que pouquíssimas pessoas tivessem acesso a ela. Ele nos colocou no mundo *a marteladas,* parafraseando Nietzsche. Suas obras ilustraram a primeira revista do Fórum, a *Saúde Mental Coletiva* e o cartaz do IV Encontro Estadual de Saúde Mental. A implicação também ocorre *a marteladas.*

O IV Encontro chamou-se *Desconstruindo manicômios a caminho da municipalização* e contou com 1.200 participantes vindos de cem municípios gaúchos. Ocupamos múltiplos espaços de Porto Alegre para a realização de cursos e oficinas, inclusive alguns não disponibilizados ao público como o terraço do Margs (graças ao Bispo do Rosário). Houve uma oficina-advento no encontro-advento intitulada *o mundo das imagens* coordenada por profissionais do Museu de Imagens do Inconsciente, fundado por Nise da Silveira, do Rio de Janeiro (Silveira, 2001). Desta oficina, que ocorreu no auditório da Assembléia Legislativa participaram 600 pessoas. O Encontro terminou com os participantes no palco do salão de atos da Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), num movimento coletivo que abarcou todo

o auditório expressando que a política pública de saúde mental era de autoria de todos. A implicação produz uma estética própria.

Ao mapearmos as rotas de navegação percebemos que a política de saúde mental no Rio Grande do Sul produziu e foi produzida por eventos-adventos promovidos por coletivos implicados, em movimentos itinerantes de expansão (encontros, simpósios) e de recolhimento (cursos), que ampliou progressivamente a quantidade de aliados e territorializou projetos de presente. Ocorreram nesse período (1987-1990) inúmeros encontros municipais e regionais no estado, possibilitadores de aprendizagem e de legitimação de práticas: São Lourenço do Sul, Santo Augusto, Bagé, Santa Maria, São Francisco de Assis, Santiago, Erechim, Passo Fundo, Nova Prata e Caçapava do Sul (Oliveira e Saldanha, 1993). Os eventos também se constituíram em *celebrações* de encontros, de produção de híbridos e de mestiçagem.

O IV Encontro sinalizou o caminho: os municípios. Estes assumiram a continuidade da formação em serviço (aperfeiçoamentos) e as universidades regionais (com as quais já tínhamos trabalhado) abriram espaço para as especializações em Saúde Mental Coletiva.

Em 1991, continuou o curso iniciado em Bagé, lá promovemos o Fórum Estadual de Saúde Mental, com 350 participantes entre eles Mário Testa, Vicente Galli, Rubén Ferro e Miguel Ángel Nicolla (Argentina) e no encerramento criamos o Fórum Gaúcho. No evento uma exposição inédita: uma mesa interativa sobre *saúde e loucura* transmitida pela rádio, possibilitando a intervenção dos ouvintes. Experiência que passamos a utilizar sempre que possível: Uruguaiana, Alegrete, São Lourenço do Sul, São Francisco de Assis e Três de Maio, e que provocou o intercâmbio com a rádio *TAM-TAM* de Santos (Oliveira e Saldanha, 1993).

Em 1990, havia duas regiões que não tinham desencadeado processos de formação e que praticamente não contavam com serviços substitutivos: o litoral norte e a serra gaúcha. Desde a Paismental procuramos prefeitos e secretários municipais da saúde propondo o curso de aperfeiçoamento em saúde mental coletiva. Os do litoral aceitaram, sendo decisivo o compromisso da secretária municipal de saúde de Osório e, na Serra, o

apoio foi de Nova Prata. Desse modo, em 1991 realizamos dois cursos de aperfeiçoamento mantidos pelos municípios, pois a gestão estadual tinha encerrado esse tipo de financiamento com a mudança de governo. Em Nova Prata, inscreveram-se 43 alunos de oito municípios e concluíram 22. No litoral foram 60 inscritos de nove municípios, dos quais 35 concluíram. Nos dois cursos a presença significativa de profissionais de nível médio e, no litoral, de funcionários públicos sem experiência na saúde ou saúde mental. A aprendizagem no curso do Hospital Psiquiátrico São Pedro facilitou o desenvolvimento pedagógico nesses dois cursos. Em Nova Prata, a invenção local foi por meio do trabalho: marca da cultura regional italiana, portanto código que todos os alunos dominavam. Assim, a loucura começou a circular e a sair da invisibilidade e do quase absoluto silêncio, por meio das feiras de produtos artesanais caseiros, também produzidos pelos usuários da saúde mental.

No litoral norte, os módulos foram itinerantes e cada cidade preparou a recepção aos alunos e professores: Osório, Torres, Capão da Canoa, Tramandaí, Santo Antonio da Patrulha e Canela (também promotora do curso). Neste curso, tivemos a experiência e o desafio de pensar a gestão de municípios com populações sazonais: durante o ano com 250.000 habitantes no máximo e no verão com 1.500.000 pessoas! Eram cidades praticamente desertas a maior parte do ano e nitidamente estratificadas: havia o território dos veranistas (com infra-estrutura e próximo da praia) e o dos munícipes (quase sem infra-estrutura e distantes da praia). Era visível a necessidade de políticas eqüitativas e de fixação de moradores no litoral. O aumento da longevidade e de pessoas morando sozinhas, bem como do empobrecimento da classe média brasileira, a partir de 1991, contribuiu para a ampliação de habitantes nas cidades litorâneas. Neste curso, a experiência do contra-fluxo: aulas, hospedagem e festas em lugares ociosos e em dias não convencionais (segundas e terças-feiras). Modo facilitador para a indagação, para a invenção de possíveis. Assim, acompanhamos, por exemplo, duas funcionárias administrativas do município de Maquiné (município com muitas correntezas e cachoeiras) transformarem-se em trabalhadoras de saúde mental, capazes de romper com o cárcere privado

de um morador da cidade, conseguindo que ocupasse outro lugar na família e no município e, ainda, que o médico da unidade de saúde o atendesse. Provocaram o interesse do profissional por meio do próprio compromisso. A implicação é encarnada.

Em Palmares do Sul, também com alunos no curso, o atendimento iniciou na sede da secretaria da saúde, a loucura invadia as salas, rompia silêncios, incomodava/desacomodava, todos foram aprendendo a lidar com os problemas e muitos a cuidar das pessoas em sofrimento psíquico. Em homenagem a essa história, quando inauguraram uma casa para o atendimento chamaram-na *Meu Cantinho.* A implicação desacomoda.

Decorrente do curso realizamos um segundo Fórum Estadual, que denominamos Fórum de Serviços Locais de Atenção Integral à Saúde Mental, em Canela, com as presenças de Mário Testa e Rubén Ferro (Argentina), de Domingos Sávio Nascimento Alves, coordenador nacional de saúde mental do Ministério de Saúde (Brasil) e de Tereza Ragno (Itália). No Fórum, realizamos uma reunião com secretários municipais de saúde da região para discutir a viabilidade de abertura de serviços locais de saúde mental e preparamos nossa participação para um encontro internacional que ocorreria em Santos. A grande marca foi o local do evento e da hospedagem: um hotel cinco estrelas para todos os participantes: usuários, trabalhadores e convidados. Já havíamos aprendido sobre contra-fluxos: durante a semana há pouco movimento em lugares turísticos. A implicação gera linhas de fuga para a invenção.

Em 1991, iniciamos o I Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria com 62 inscritos de quatorze municípios, dos quais 56 concluíram. Dois novos encontros, com o professor doutor Ricardo Rossato, demógrafo que passou a integrar o corpo docente dos demais cursos, que preparava textos específicos para as regiões dos alunos e nos apresentou os trabalhos do professor Milton Santos (2004), e com o professor mestre da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) Nilson Rosário Costa, organizador do livro *Cidadania e Loucura* e que estudava o tema das políticas públicas. No final do curso, professores da

Ensp integraram as bancas de apresentação dos trabalhos, os quais foram publicados na primeira revista *Saúde Mental Coletiva*. Durante o curso, Mário

Testa pôs em discussão suas elaborações iniciais sobre a relação entre vida cotidiana e ciências sociais, publicadas em 1997 no livro *Saber en salud.* Referíamos, à época, a necessidade de constituição de sujeitos *amorosos e epistêmicos* e nos encontramos com a expressão *sentipensantes*, publicada por Eduardo Galeano. A experiência na formação em saúde mental coletiva contribuiu para a consolidação do Instituto de Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. No curso de Santa Maria, foi elaborado o pré-projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica, referido anteriormente, apresentado pelo deputado Marcos Rolim, cuja formação política iniciou na UFSM. Também nesse curso, no módulo sobre política de pessoal, coordenado por Carmen Oliveira e Teresinha Klafke foi utilizada uma história infantil sobre o equilibrista (Almeida, 1999). Desde então passamos a nos considerar *equilibristas da vida.* Rubem Alves foi outro autor que passou a ser constante nos cursos. Na formatura, os alunos produziram um texto coletivo no qual referiram a obra de Bispo do Rosário e destacaram o barco, que diferente da *nau dos insensatos*, era produto e produtor da liberdade de criar possíveis, "de ultrapassar barreiras, descobrir outros portos, de ir além, descobrir águas em que não mais navegue só uma triste embarcação" (A pós-graduação em saúde mental coletiva, 1993).

Ainda em 1991, desde o Conselho Regional de Psicologia, do qual eu era presidente, tivemos a oportunidade de organizar o II Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, decidimos pelo tema dos novos paradigmas e práticas no mundo do trabalho, enfatizando a transdisciplinariedade e as novas tecnologias, e o denominamos *o trabalho na constituição do sujeito.* Foi mais um evento-advento de muita efervescência, tensionamento, desacomodação e encontro. Reunimos psicólogos, físicos, sociólogos, sanitaristas, sindicalistas, mentaleiros, médicos e pedagogos. Um dos debates intensos foi sobre subjetividade, trabalho e a dimensão prazerosa do mesmo. A professora que fazia a interlocução desses temas com o espaço público era a psicóloga Sandra Jovchelovitch.

Nesse ano, tramitava o projeto de lei estadual sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, para consolidar apoios, convencer legisladores em dúvida e demover os contrários tivemos a possibilidade de organizar, junto com Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa, um Seminário Internacional de Saúde Mental com a presença de Franco Rotelli, da Itália, e 1.500 participantes. Nessa ocasião, Rotelli visitou a Pensão Pública Protegida *Nova Vida*, em Porto Alegre, e a *Nossa Casa,* em São Lourenço do Sul. A visita a São Lourenço do Sul foi marcadora da internacionalização do município no mapa da desinstitucionalização. A implicação produz uma geografia própria.

Em 1992, iniciou o II Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, agora em Bagé, com 43 alunos, de treze municípios, dos quais 37 concluíram. Nesse ano, nos dedicamos à aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em todas as suas etapas: municipais, estaduais e nacional bem como com a organização e participação no III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva a cargo da Secretaria Municipal e Saúde de Porto Alegre.

No curso, houve a organização em comissões de trabalho com alunos e coordenadores para a elaboração do regimento interno, para a confecção do boletim (que se tornou poético): *cometa loucura*, de mobilização e de participação em eventos, assim como constituímos uma comissão de ética com dois coordenadores e dois alunos eleitos em plenária. O segundo módulo, cujo tema era cidadania e legislação, transformou-se numa oficina com a assessoria jurídica da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa sobre a lei estadual da reforma psiquiátrica, na qual identificamos os pontos possíveis de negociar e os inegociáveis. A produção da oficina foi subsídio para a redação do texto substitutivo aos projetos apresentados pelos deputados Marcos Rolim e Beto Grill (que havia apresentado outro projeto). Texto pactuado entre os dois, as respectivas assessorias e o Fórum Gaúcho de SaúdeMental, aprovado por unanimidade e sancionado em agosto de 1992. O deputado Grill apresentou, ainda, um projeto de lei sobre pensões protegidas, que também foi aprovado.

De Bagé, da Oficina de Criação Coletiva, foi a ilustração de todo o material da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), escolhida após um concurso público. Participamos de conferências municipais, entre elas a de Porto Alegre, que realizava sua primeira conferência intitulada *Loucura maior é o preconceito* (Porto Alegre, 1992), da qual participaram mais de 1.000 pessoas, onde foi aprovado o Plano Municipal de Saúde Mental para a cidade e a moção de apoio à Pensão Pública Protegida *Nova Vida* e sua coordenação, como foi registrado nos cursos das águas. Fomos escolhidos delegados para a conferência estadual, em Tramandaí e a relatora geral, escolhida em plenária, foi Olinda Lechmann Saldanha, uma de nossas referências da saúde mental coletiva. O fato é que a delegação gaúcha para a Conferência Nacional foi composta majoritariamente com os *mentaleiros*, o que motivou um encontro preparatório na cidade de Rio Grande, viabilizado por dois alunos do curso de Bagé. O encontro gerou o Fórum Riograndino de Saúde Mental e nele preparamos nossa participação com propostas, camisetas e bancas expondo os trabalhos desenvolvidos nos municípios. Nossa participação na II CNSM internacionalizou a experiência gaúcha (Desviat, 1999). A grande marca da Conferência foi a quantidade e intensidade da participação dos usuários.

No III Congresso Nacional de Saúde Coletiva (1992), da Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (Abrasco), organizamos um curso sobre *saúde mental nos municípios*, coordenado por Delvo Oliveira (coordenador da equipe descentralizada e do curso de especialização em saúde mental coletiva de Bagé), com a participação de municípios pequenos (Lavras do Sul, Santo Augusto e São Lourenço do Sul), médios (Passo Fundo, Bagé e Santos) e grandes (Porto Alegre, São Paulo e Campinas), em processos de abertura, avanço e consolidação, pois já havia experiência nacional diversificada e complexa o suficiente para por em discussão. Uma das palestras do Congresso foi proferida por Rubén Ferro sobre Planejamento Estratégico em Saúde Mental e um dos livros lançados foi o de Mário Testa, *Pensar em Saúde*, o qual tive o prazer de apresentar junto com Rubén Ferro. Estivemos presentes em comunicações coordenadas sobre o tema: *processo de desinstitucionalização: determinantes e democracias;*

planejamento e avaliação da política de saúde mental do Rio Grande do Sul e *saúde mental: o problema da reinserção social* (Abrasco, 1992). No Congresso circulou a camiseta *de militonto a militante,* título de trabalho apresentado por Carmen Oliveira (Abrasco, 1992) e produzido nas rotas de navegação da saúde mental coletiva. Os referentes para a saúde mental da Abrasco, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante organizaram uma oficina sobre a reforma psiquiátrica. A forte presença do tema da saúde mental no Congresso gerou o livro *Psiquiatria sem hospício* (1992), que foi um marco para o processo em curso no Brasil e no qual está inserida a trajetória do Rio Grande do Sul, um texto de minha autoria. A implicação provoca autoria.

Uma ousadia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, cuja titular era Maria Luiza Jaeger, socióloga, primeira mulher no cargo, foi promover concomitantemente ao congresso uma *feira de saúde* aberta ao público e, ainda mais, autorizar que a chaminé da Usina do Gasômetro fosse vestida com uma cobertura que simulava um preservativo (camisinha), prática inusitada até então. A implicação convoca ousadia.

O ano de 1993 foi um ano de desencadear um novo ciclo de cursos de aperfeiçoamento e continuar as especializações. Alunos das especializações de Santa Maria e Bagé viabilizaram cursos em seus municípios. Em Rio Grande, realizamos um Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva com 30 alunos inscritos, de cinco municípios, dos quais 25 o concluíram. Em Alegrete, o curso de aperfeiçoamento foi sobre Políticas Sociais e Municipalização, para o qual 50 pessoas de três municípios se inscreveram, 21 cursaram até o final e 14 apresentaram os trabalhos finais, entre elas duas alunas do Paraguai.Foram cursos que vivenciaram a ampliação da internacionalização da saúde mental coletiva, pois foram muitos professores de outros países aos municípios de Rio Grande e Alegrete, cuja presença fez diferença: além dos já constantes Rubén Ferro (Argentina) e Juan Guevara Valdez (Cuba), estiveram presentes Manoel Desviat (Espanha) em Rio Grande, Montserrat Pellegri (Espanha) e Angélica Vallejos (Paraguai) em Alegrete (Salbego e Fabrício, 1995).

Ainda em 1993 retornamos a Ijuí para uma Especialização em Saúde Mental Coletiva, numa experiência inédita: o curso era bi-nacional. Liane Beatriz Righi, professora da Unijuí (Brasil), integrante da equipe descentralizada de saúde mental, e Glória Montenegro, professora da Universidad de Missiones (Argentina) propuseram e obtiveram a aprovação das Universidades para realizarem o curso. Inscreveram-se 22 alunos de nove municípios gaúchos, dos quais 17 o concluíram. Alunos, professores e coordenadores aceitaram o desafio da travessia de balsa, meio de transporte mais rápido de ir de um país ao outro, em meses alternados, pois os módulos ocorreram um mês no Brasil e outro na Argentina. O curso contou com duas alunas do Paraguai, da cidade de Encarnación. No curso, a experiência tri-nacional, o impacto da cultura indígena, da pesca no rio Paraná e da travessia do rio Uruguai. A parceria entre as duas universidades continua até hoje (2005) com seminários e publicações bi-nacionais sobre os temas da saúde coletiva, políticas públicas e desenvolvimento local. Implicação gera pontes.

Em 1993, ainda, uma outra experiência pedagógica em Bagé, fizemos coincidir o término de um curso de especialização em Saúde Mental Coletiva com o início de outro. Os novos alunos (34, de quinze municípios, dos quais 30 concluíram) assistiram a apresentação dos trabalhos finais do curso anterior e os alunos concluintes fizeram a recepção aos que estavam ingressando. Uma comissão de trabalho que constituímos nessa 4ª edição do curso foi a de publicação e o grupo viabilizou a revista *Saúde Mental Coletiva.* A produção dos boletins poéticos a cada módulo continuou. Uma experiência intercessora foram as aulas proferidas por usuários e familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Geraldo Peixoto, um familiar e liderança do Movimento ficou surpreso com o convite e o pagamento das horas-aula, manifestando que estava acostumado a falar, fazer depoimento de vida, mas não “dar aula”, menos ainda numa especialização. A implicação tensiona contradições.

No mesmo ano, outros dois eventos-adventos: *São Pedro Cidadão* e o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. O *São Pedro Cidadão* foi decorrente da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do

Sul, pois era necessário dar conseqüência à aprovação da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços de saúde mental. O entendimento de que só com uma ampla adesão social e da comunidade interna e externa levaria a termo o compromisso, levou a que propuséssemos desde o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ao Conselho Estadual de Saúde (CES-RS), uma grande força-tarefa para elaboração da transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). O Conselho aprovou e delegou à recente Comissão Estadual de Saúde Mental do próprio CES-RS a tarefa de coordenar o trabalho e a psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer foi escolhida coordenadora. A Comissão Estadual de Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa, também integrou o grupo. Foi realizado um seminário onde foram pactuados o método, os temas e o prazo para apresentação das propostas. Os temas foram: moradias, rede de serviços substitutivos, força de trabalho e cultura e lazer, com participantes do bairro Partenon (onde se localiza o HPSP), dos funcionários do hospital, das entidades das categorias profissionais da saúde, das gestões estadual e municipal e do legislativo. Os trabalhos foram apresentados em outro seminário na Assembléia Legislativa e sistematizados no documento intitulado *São Pedro Cidadão.* A proposta foi aprovada no CES-RS, mas só foi retomada cinco anos depois como política pública a ser implementada, quando Maria Luiza Jaeger foi Secretária Estadual de Saúde, primeira e única mulher no cargo. A implicação produz resistência.

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial ocorreu em Salvador, na Bahia, e discutiu a produção social da loucura, as intervenções culturais, a invenção da atenção, a legislação e a organização do Movimento. O Fórum Gaúcho (1993) preparou sua participação no encontro estadual chamado *Louca vida,* realizado em Porto Alegre, apoiado pelo Conselho Regional de Psicologia e pelas Secretarias Municipais da Saúde e da Educação da capital. Pela primeira vez, a Secretaria Municipal da Educação se envolveu com um evento de saúde mental, assumindo um novo lugar de responsabilidade nas políticas públicas de educação. Ricardo Burg Ceccim, então diretor da Divisão de Assistência ao Educando, da Secretaria

Municipal da Educação, colocou o segmento da educação especial nas ruas, com professores e alunos, que pintaram o Muro da Avenida Mauá, no cais do porto, e expuseram camisetas pintadas à mão, assim como telas e máscaras, entre outras expressões de artes plásticas, produzidas nas escolas especiais municipais. Essas escolas faziam a inclusão reversa, aceitavam alunos sem qualquer indicação psicopedagógica de educação especial para aulas de teatro, dança, educação física, oficina de máscara, jardinagem ecológica, entre outras (Ceccim, 1997). A Secretaria Municipal de Educação bancou nova tiragem da revista Saúde Mental Coletiva, inserindo a fala do secretário municipal da educação, professor doutor Nilton Bueno Fischer. O documento elaborado no *Louca vida*, ao referir-se sobre a intervenção cultural incluiu o tema das ruas, da construção de coletivos, da reterritorialização da loucura nas cidades e a formação como determinantes para a produção de atores sentipensantes. A implicação é militante.

O ano de itinerância máxima foi 1994, foram seis cursos, quatro iniciados em 1993 e dois novos de aperfeiçoamento: um em saúde mental coletiva em Melo, Uruguai, com 22 alunos inscritos de quatro municípios, dos quais concluíram 18; outro em Bagé de políticas sociais e municipalização, com 35 alunos de cinco municípios, dos quais 20 terminaram. Um dos trabalhos de conclusão da especialização em Saúde Mental Coletiva de Bagé foi a proposta de criação do Centro de Estudos Sociais Contemporâneos (CESCON), fundado em 1994 (Carpes, Vieira e Rodrigues, 1995). Centro que publicou outros dois números da revista *Saúde Mental Coletiva.* Outra marca de 1994 foi a campanha para deputada estadual, na qual a candidata era eu, uma aposta na ética-estética da diferença. A chamada da campanha foi *cidadanize-se,* o panfleto de apresentação intitulava-se *Iceberg tropical,* inspirado no fato de que o iceberg gira sobre si, quando, pelo trabalho das águas, a parte inferior se torna menor que a superior, proporcionando um dos espetáculos mais belos e ruidosos da natureza. A aposta era na virada do Brasil; incluía outro fato o de ter sido mãe sem ter parido e os demais materiais de campanha foram produzidos regionalmente pelos grupos de apoiadores. Foram 6.200 corajosos votos, dos quais 1.100 de bageenses. A implicação produz bifurcação.

Em 1995, o início do 5º Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, em Bagé, com 16 inscritos de cinco cidades, dos quais 13 o concluíram. Neste ano, ainda, realizamos o V Encontro Estadual de Saúde Mental Coletiva e o *I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur*, em Bagé, com a participação de 500 pessoas do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai.Novamente as presenças de Magnólio e Rubén Ferro foram marcantes e dessa vez o programa interativo de rádio teve continuidade através de um programa levado ao ar durante um ano apresentado por Delvo Oliveira e seus convidados.

Em meados de 1990 estávamos sob o impacto da aposta político-partidária e resolvemos, em 1996, nos auto dissolvermos enquanto coletivo de ensino, destino dos grupos instituintes (Lourau, 1993; Conde, 2003). Num coletivo menor continuamos a militância política e elegemos vereadores em Bagé e Alegrete desde 1996 e noutro coletivo, descentrado e diversificado, a militância no Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Práticas que se entremeam, entrecruzam, transversalizam e mantêm diferenças.

Outra linha seguida foi a de sistematizar os saberes e as práticas desse período em dissertações de mestrado e teses de doutorado como já foi referido. Em 1996, decorrente da rede que tínhamos construído no Brasil e na Argentina, a Urcamp (Bagé) iniciou um mestrado bi-nacional em convênio com a Universidad de Rosario (Argentina). A negociação foi entre as autoridades universitárias, sem nossa participação formal. Os alunos que realizassem os seminários e apresentassem uma monografia obteriam o título de especialista em saúde pública, os que continuassem com orientação e elaborassem uma dissertação obteriam o título de mestre. Entendendo que esse era um curso coerente com nossos itinerários, reivindicamos ingresso, pois era destinado apenas para professores do quadro da Urcamp. A implicação produz desconforto e oposição.

A aliança com professores referentes da Argentina favoreceu a aceitação de nossa reivindicação. Assim, cursamos o primeiro ano: Delvo Oliveira, Maria de Fátima Bueno Fischer, Maria Judete Ferrari e eu, indo a Bagé uma semana por mês.

No período de 1988 a 1996 foram realizados 18 cursos, dos quais 10 de Aperfeiçoamento em Administração em Saúde Mental Coletiva, cinco de Especialização em Saúde Mental Coletiva, dois de Aperfeiçoamento em Políticas Sociais e Municipalização e um de Aperfeiçoamento em Programação e Gestão Estratégica. O dimensionamento ocorreu em relação à centralidade das pessoas (tripulantes) e dos municípios (cais) para o processo desenvolvido, bem como a necessidade de instituições (embarcações) para a realização das viagens. Os tripulantes distribuídos em alunos, dos quais mapeamos o gênero, escolaridade e profissão, professores e coordenadores, dos quais identificamos a profissão. O inventário foi traçado com questões descritivas:quantos alunos participantes os cursos convocaram, quantos concluíram e de quantos municípios vieram?

Os cursos de aperfeiçoamento em Administração convocaram 787 pessoas, que fizeram suas inscrições e freqüentaram pelo menos um módulo. Concluíram o curso, apresentando trabalho final, 522 (66,32%) dos inscritos. Os alunos estavam trabalhando em 113 municípios do Rio Grande do Sul, 34 dos quais tiveram alunos em mais de um curso. Destacaram-se Bagé, Porto Alegre, Santa Maria, Alegrete, Pelotas e Santo Augusto que tiveram alunos em seis cursos. De Santa Catarina, Paraná e São Paulo vieram alunos de onze municípios. Do Uruguai, participaram alunos de cinco municípios.

Nas especializações foram 177 inscritos, dos quais 153 (86,4%) concluíram o curso. Os alunos vieram de 41 municípios do Rio Grande do Sul e onze municípios tiveram alunos em mais de uma especialização, sendo que Bagé e Alegrete participaram com alunos em quatro dos cinco cursos.

Nos cursos de políticas sociais inscreveram-se 85 pessoas. Cursaram até o final 50 (70%), dos quais 34 (40%) apresentaram trabalho de conclusão. Vieram oito municípios do estado do Rio Grande do Sul e dois do Paraguai.

Todo o processo envolveu diretamente 1.049 alunos, dos quais 709 (71,9%)concluíram os cursos.

TABELA 1
ALUNOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

CURSOS	ALUMOS		
	Inscritos	Concluintes	%
Gestão	787	522	66,32
Especialização em Saúde Mental Coletiva	177	153	86,40
Políticas Sociais	85	34	40,00
TOTAL	1049	709	71,90

TABELA 2
MUNICÍPIOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

CURSOS	ALUNOS		
	Inscritos	Concluintes	%
Gestão	787	522	66,32
Especialização em Saúde Mental Coletiva	177	153	86,40
Políticas Sociais	85	34	40,00
TOTAL	1049	709	71,90

Precisando os dados, considerando que alunos se inscreveram e concluíram mais de um curso e municípios tiveram alunos em mais de um curso, quantas pessoas se inscreveram, quantas concluíram os cursos e de quantos municípios?

Freqüentaram mais de um curso 56 pessoas: 52 que já haviam feito gestão cursaram a especialização e quatro que participaram das políticas sociais fizeram posteriormente a especialização. Portanto, foram 993 pessoas inscritas e 653 pessoas que concluíram os cursos, oriundas de 126 municípios do Rio Grande do Sul, doze do Brasil e doze de outros países (Uruguai, Paraguai e Argentina).

TABELA 3
PESSOAS e MUNICÍPIOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

		CONCLUIRAM		MUNICÍPIOS		
CURSOS	Inscritas	1 Curso	2 Cursos	RS	Brasil	Outros Países
Gestão	787	522	-	113	11	4
Especialização en Saúde Mental Coletiva	125	101	52	11	1	6
Políticas Sociais	81	30	4	2	-	2
TOTAL	**993**	**653**	**56**	**126**	**12**	**12**

Os 126 municípios representavam 29,5% dos 427 municípios gaúchos existentes até o ano de 1994.

Considerando que a relação entre número de habitantes por profissionais é um indicador utilizado na gestão de pessoas e que o objetivo do curso era formar para a intervenção em municípios, dimensionei a relação habitantes/aluno dos cursos de especialização. Não dispunha de dados dos demais cursos (gestão e políticas sociais) para o cálculo desta relação.

Os municípios com melhor relação foram:

TABELA 4
MUNICÍPIOS com MELHOR RELAÇÃO HABITANTES/ALUNO dos CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO em SAÚDE MENTAL COLETIVA, de 1991 a 1996

MUNICÍPIOS	HABITANTES*	Nº DE ALUMOS	HABITANTES/ALUNOS
Bagé	110.784	49	2.261
Santo Augusto	15.283	3	5.094
Três de Maio	26.527	5	5.105
Três Passos	26.511	4	6.628
Santa Maria	212.565	31	6.857
Alegrete	78.741	9	8.749

*Censo 1991-IBGE

- Qual o gênero, escolaridade e profissão dos alunos dos cursos de Aperfeiçoamento em Administração e de Especialização em Saúde Mental Coletiva?

A maioria dos alunos dos cursos de aperfeiçoamento e especialização em saúde mental coletiva eram mulheres (79%), tinham curso superior (78%) e suas profissões eram psicologia (25,38%), enfermagem (21,38%), serviço social (14,15%), medicina (12,46%) e pedagogia (11,23%). 12,46% dos alunos eram auxiliares de enfermagem. O percentual de médicos que nos cursos de gestão chegou a 15%, nas especializações em Saúde Mental Coletiva foi para 5%. Os dados dos alunos dos cursos de políticas sociais em relação a gênero, escolaridade e profissão, não estavam disponíveis.

TABELA 5
GÊNERO dos ALUNOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

CURSOS	MULHERES	%	HOMENS	%	TOTAL
Gestão	614	78	173	22	787
Especialização em Saide Mental Coletiva	151	85	26	15	177
TOTAL	**765**	**79**	**199**	**21**	**964**

TABELA 6
ESCOLARIDADE

CURSOS	**Superior Completo**	**%**	**Secundário Completo**	**%**	**Primário Completo**	**%**	**TOTAL**
Gestão	580	74	185	23	22	3	787
Especialização	168	95	9	5	-	-	177
TOTAL	**748**	**78**	**194**	**20**	**22**	**2**	**964**

TABELA 7
PROFISSÕES

PROFESSÕES	GESTÃO	%	ESPECIALIZAÇÃO	%	TOTAL	%
Psicólogos	125	25	40	26	165	25,38
Enfermeiros	96	19	43	28	139	21,38
Médicos	73	15	8	6	81	12,46
Aux. de Enfermagem	72	15	9	6	81	12,46
Assistentes Sociales	68	14	24	16	92	14,15
Pedagogos	56	11	17	11	73	11,23
Terap. Ocupacionais	7	1	12	8	19	2,92
Subtotal	**497**		**153**		**650**	**99,98**
OUTROS*	290		24			

***** Fisioterapeutas, administradores, jornalistas, nutricionistas, odontólogos, educadores físicos e não informados.

Quando apresentamos o curso de especialização num grupo de trabalho sobre formação em saúde mental promovido pelo Ministério da Saúde com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde, em 1993, geramos estranheza por aceitarmos alunos sem escolarização universitária, que somente chegou a ser aceito pelo fato de não receberem título de especialistas. A condição de alunos especiais para pessoas sem curso superior consistia em prerrogativa das Universidades. O que não foi aceito pela maioria dos participantes, em especial professores universitários, foi conferir título de especialista para profissionais “alheios” aos serviços de saúde (jornalistas e advogados) ou da terapêutica em saúde mental (odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos), profissionais não “tipicamente” *psi*. Indagavam: o que pode fazer um jornalista em saúde mental? Contamos com o apoio decisivo da Escola Nacional de Saúde Pública, representada por Paulo Amarante, na legitimação de nossas propostas de educação. Situação que expressa estratégias de concentração do poder-saber instituído nos especialismos e no disciplinamento.

- Em relação aos demais tripulantes (coordenadores e professores) como se constituíram, quais suas atribuições, como trabalhavam e quais suas profissões?

A Coordenação era constituída por uma equipe de trabalho, que havia feito a sua formação em algum curso anterior, formada por três pessoas, no mínimo, das quais, pelo menos uma trabalhava em instituição do município promotor do curso e outra de inserção estadual.

A coordenação acompanhava todos os módulos, realizava a integração contextualizada dos conteúdos, escolhia a bibliografia em conjunto com os professores, estruturava a programação de cada um dos módulos, supervisionava os trabalhos, realizava avaliações diárias e mensais do processo de trabalho, constituía espaços de atualização e elaboração teórico-política dos próprios coordenadores, professores e alunos.

Foram 28 coordenadores nos 18 cursos, sendo que coordenaram mais de um curso: Liane Righi, enfermeira, professora da Unijuí; Teresinha Klafke, psicóloga, professora da UFSM; Delvo Oliveira, psiquiatra de Bagé, Carmem Oliveira, psicóloga da SES-RS, Leila Guimarães e Sônia Acalde, assistentes sociais de Bagé, Rubén Ferro e eu participamos de todos os cursos.

Os dados a seguir referem-se aos cursos de gestão e de especialização em saúde mental coletiva, pois os dos cursos de políticas sócias não estavam disponíveis.

As profissões dos coordenadores estavam assim distribuídas:

TABELA 8
PROFISSÃO dos COORDENADORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

PROFESIÓN	**NÚMERO**	**%**
Psicólogos	10	35,8
Médicos (Psiquiatras y Generalistas)	6	21,4
Trabajadores Sociales	5	17,8
Enfermeros	3	10,7
Pedagogos	2	7,1
Otros (filósofo y fisioterapeuta)	2	7,1
TOTAL	**28**	**99,9**

A cada módulo dos cursos constituiram-se grupos de trabalho com a coordenação e com professores oriundos da instituição local, do Rio Grande do Sul, do Brasil e de outros países (Argentina, Uruguai, Cuba, Espanha e Itália). O objetivo dos grupos de professores foi de propiciar a construção de práticas situadas, capazes de articular os conhecimentos e processos histórico-sociais do mundo com os locais e cotidianos.

Nos cursos de Gestão foram 75 professores e nas Especializações 45, assim distribuídos:

TABELA 9
ÂMBITOS dos PROFESSORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

	GESTÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
LOCALIS	37	49,30	17	37,70
ESTADUAIS (RS)	19	25,30	13	28,80
NACIONAIS	2	2,66	6	13,30
INTERNACIONAIS	17	22,66	9	20,00
TOTAL	75	99,92	45	99,80

23 professores dos cursos de Gestão também lecionaram nas especializações em Saúde Mental Coletiva, os cursos tiveram 97 professores ao todo.

O que nos chamava a atenção era a disponibilidade dos professores doutores de participarem como docentes dos cursos, sentiam-se provocados pelo tema, pela diversidade e produziam agenciamento de nossas práticas nômades, mestiças e multi referenciadas, expunham em aula suas novas produções, enviavam materiais que consideravam pertinentes. Implicavam-se e produziam implicação.

A distribuição dos professores sinaliza que nos cursos de administração havia uma articulação loco-estadual-internacional. Já nas especializações ocorreu o incremento de professores de âmbito nacional: de 2,66% nos cursos de administração, para 13,3% que ampliou a articulação

anteriormente existente, tornando-a mais harmônica. Essa ampliação tem correspondência com o apoio institucional, nacional e internacional que os cursos passaram a ter do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, bem como com a rede que foi sendo constituída entre instituições formadoras, serviços substitutivos e Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Uma relação possível de se verificar é a estabelecida entre o número de alunos por professor:

TABELA 10
RELAÇÃO do NÚMERO de ALUNOS por PROFESSOR

Cursos	GESTÃO			ESPECIALIZAÇÃO		
Alunos	Professores	Alunos	Alunos/ Professor	Professores	Alunos	Alunos/ Professor
Inscritos	75	787	10/1	45	177	3,9/1
Concluintes	75	522	7/1	45	153	3,4/1

A estrutura dos cursos, em consonância com os seus objetivos, possibilitaram um número elevado de alunos e de professores, mantendo uma relação professor/aluno propiciadora de um ensino/ aprendizagem coletivo e singularizado.

Os professores tinham como formação profissional:

TABELA 11
PROFISSÃO dos PROFESSORES

PROFISSÃO	**NÚMERO**	**%**
Psicologia	25	25,77
Psiquiatria/Psicanálise	21	21,64
Enfermagem	14	14,43
Medicina/Saúde Pública	8	8,24
Pedagogia	5	5,15
Sociologia	5	5,15
Filosofia	4	4,12

Serviço Social	4	4,12
Direito	4	4,12
Arte - Educação	3	3,09
OUTROS	4	4,12
TOTAL	**97**	**99,95**

Pode-se realizar uma correlação entre as profissões mais freqüentes dos alunos, coordenadores e professores dos cursos de Saúde Mental Coletiva.

TABELA 12
PROFISSÕES dos ALUNOS, COORDENADORES e PROFESSORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

PROFISSÃO	ALUNOS %	COORDENADORES %	PROFESSORES %
Psicólogos	25	35	25
Enfermeiros	21	10	14
Aux. de Enfermagem	15	0	0
Assistentes Sociais	14	17	4
Médicos	12	21	29
Pedagogos	11	7	5

Há diversidade e um certo equilíbrio proporcional entre as profissões e os lugares ocupados, chamando a atenção a pequena percentagem de professores do serviço social (5%)em relação a quantidade de alunos (14%) e coordenadores (17%). Indicativa de maior disponibilidade à gestão? Outra relação a destacar é entre os alunos (13%), coordenadores (21%) e professores (29%) médicos e psiquiatras. Indicativa de menor disponibilidade para a condição de aluno?

- Quais instituições apoiaram, embarcaram e foram embarcações para os cursos de saúde mental coletiva e políticas sociais?

QUADRO 1

	Instituições	MS/ OPAS	SES/RS CRS	Universidades Federais Regionais	CIMS/CISM CMS	Prefeituras/ Associações FAMURS/ Municípios	Mov. Saúde Menral Centros de Estudos	Outros LBA/ SENAC/ SESI
	Instituições							
Ge stã o	Porto Alegre (1;2)							
	Santa Maria							
	Passo Fundo							
	HPSP							
	Ijuí							
	Bagé							
	Nova Prata							
	Litoral Norte							
	Rio Grande							
	Melo							
Esp ec.	Santa Maria							
	Bagé (1)							
	Bagé (2)							
	Bagé (3							
	Ijuí							
Pol i.	Alegrete							
	Bagé							

INSTITUIÇÕES PROMOTORAS e APOIADORAS do CURSOS deSAÚDE MENTAL COLETIVA e POLÍTICAS SOCIAIS de 1988 a 1996

MS - OPAS: Ministério da Saúde - Organização Pan -Americana de Saúde
SES - RS: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
CRS: Coordenadoria Regional de Saúde
CIMS: Comissão Interinstitucional de Saúde
CISM: Comissão Interinstitucional de Saúde Mental
CMS: Conselho Municipal de Saúde
FAMURS: Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul
LBA: Legião Brasileira de Assistência
SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SESI: Serviço Social da Indústria

Promoveram e deram suporte político-institucional órgãos governamentais (federais, estaduais e municipais), universidades (regionais e federais), instâncias públicas (conselhos de saúde) e entidades não governamentais (movimentos, centros de estudos).

A multi-institucionalidade conferia legitimidade, possibilitava o trânsito da saúde mental coletiva em diferentes espaços e entre diferentes atores sociais, bem como era própria para a constituição de políticas públicas.Desde o início dos cursos, as embarcações (instituições) eram representativas da formação e pesquisa (universidades), da assistência e administração (secretaria estadual) e da participação social (comissões e conselhos), componentes da equação propiciadora do matriciamento necessário para a implicação.

No final da gestão estadual (1990) e a partir de Bagé, outras embarcações ampliaram e diversificaram a frota, em especial os municípios, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

São visíveis a participação das Universidades ao longo de todo o processo de formação e a capacidade mobilizadora de Bagé ao contar com o maior conjunto das instituições, notadamente na segunda e terceira edições do curso de especialização em saúde mental coletiva.

A organização e desenvolvimento dos cursos incluiu:

- a história dos municípios e dos processos sociais locais, bem como a problematização do poder, da exclusão e do inconsciente como estratégia e reorganizadora do pensamento e convocadora de um pensar-sentir-querer da desinstitucionalização;
- a análise da construção de políticas sociais de como o Estado e a sociedade têm excluído parcelas da população das políticas púbicas e quais as possibilidades de inclusão, levantando, nas cidades, os movimentos existentes e quais as reterritorializações necessárias;
- a investigação dos processos organizativos que podem ser coerentes com processos inclusivos, problematizando as categorias do óbvio, do local e do cotidiano que têm sido organizadoras e desencadeadoras dos processos locais de constituição das redes de serviços;

- a busca das respostas tecnológicas inusitadas que são, foram ou podem ser criadas e geradas nos locais;
- a elaboração de um projeto viável em saúde mental coletiva para os locais de trabalho/vida dos alunos/trabalhadores/cidadãos.

Apresentada de outro modo estrutural, a organização dos cursos abrangia áreas, conteúdos e conceitos curriculares:

QUADRO 2 — **ESTRUTURA dos CURSOS**

	ÁREAS	**CONTEÚDOS**	**CATEGORIAS / CONCEITOS**
MÓD. I	História e controle social Estado: estrutura jurídica e política. Teoria em saúde	Movimentos Sociais.Políticas públicas, leis e normas. Do preventivismo à saúde coletiva	Exclusão, cidadania. Poder, pensamento estratégico e ação política. Saúde e Saúde Mental Coletiva
MÓD. II	Análise da situação de saúde Função social da loucura.	Epidemiologia Processo saúde-doença-cuidado	Informação em saúde Causalidade, determinações e condicionantes sociais da saúde
MÓD. III	Organização dos serviços de saúde	Administração e organizações Estratégias tecno-assistenciales	Processo de trabalho. Do hospital à rede de serviços e a municipalização
MÓD. IV	Investigação Formação	Investigação e metodologias Ensino e desenvolvimento	Produção de conhecimento Aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.
MÓD. V	Ações, serviços e sistema de saúde	Tecnologias de Cuidado	Acolhimento, integralidade e autonomía

Os conteúdos eram desenvolvidos por módulos mensais, durante seis a oito meses, segundo uma pedagogia da problematização e estavam agrupados por áreas temáticas. Os módulos iniciavam com restituições sobre o que havia ocorrido entre um e outro encontro. Restituições que incluíam relatos, poesias, músicas, textos, atividades, intercâmbios, embates, questionamentos do conjunto de alunos e professores. As restituições não são meras informações, operam como disparadores para análise institucional e para aprendizagem. Nelas se deve e se pode falar "coisas que, em geral, são deixadas à sombra, (...) silenciadas, faladas

apenas nos corredores, cafés ou na intimidade do casal" (Lourau, 1993, p.51). A restituição refere-se a um modo de pesquisar e aprender, "um movimento para retomar os acontecimentos excluídos" (idem, p.57) e retornar "às pessoas com quem trabalhamos o saber científico que se permitiu construir" (idem, p.53).

As aulas eram conduzidas por um docente e compartilhada por outros, que intervinham complementando, contextualizando e/ou contradizendo, estabelecendo um diálogo instigante. A bibliografia era fornecida no final de cada módulo, pois o objetivo era primeiro trabalhar com a bagagem de cada um e uma produção em aula para, depois, significar o referencial teórico. Nesse processo, ia-se constituindo a grupalidade e o coletivo de produção desinstitucionalizante, no curso.

No transcorrer do curso, entre os módulos, os alunos elaboravam trabalhos teórico-práticos, uma monografia sobre a função social da loucura, desde a perspectiva da saúde mental e um trabalho final, que deveria conter um projeto exeqüível na realidade, comprometido com a transformação das características locais e do cotidiano. Trabalho apresentado publicamente na presença dos atores envolvidos ou a serem envolvidos na viabilização da proposta. O primeiro trabalho era sobre a situação de saúde do município, incluindo a história do lugar. A produção ocorria em torno de probabilidades: *com tal situação e com essa história é provável que a tendência seja...* O trabalho sobre a função social da loucura, era o momento da criação, da utopia, do desvelamento do contraditório, do livre pensar e dos sonhos. Solicitávamos que o conteúdo da monografia fosse apresentado em 3 formas: uma frase e/ou imagem (para camisetas ou faixas, por exemplo); um artigo para jornal e um trabalho acadêmico. O trabalho final propiciava a singularidade, a elaboração de uma proposta de intervenção implicada, era o momento da construção de possíveis: *entre a situação na qual vivo e a que quero, o que é possível fazer?*

Os cursos de políticas sociais expuseram a questão da exigência do trabalho final para receber o certificado de conclusão, pois dos 80 alunos inscritos, 50 (70%) participaram de todos os módulos e 34 (40%) concluíram. Ao analisar os dados verificamos que para além da dificuldade de escrever,

houve uma priorização do processo de aprendizagem para a ação na cidade em relação à elaboração do trabalho. O aprendido serviu de instrumento para atividades desenvolvidas nos municípios de Alegrete (atividades sócio-ambientais), de São Francisco de Assis (ações conjuntas entre saúde, educação e cultura), de Assunción, Paraguai (Fórum Paraguayo de Salud Mental), de Bagé (seminários sobre assistência social, cultura, ética e política) e de Hulha Negra (oficina sobre saúde, cidadania e desenvolvimento local).

Completando o inventário das rotas de navegação é o momento de identificar as *trocas* (produtos) ocorridas nas viagens, nos ancoradouros e nas embarcações.

O primeiro curso realizado em Porto Alegre propiciou a constituição da equipe descentralizada constituída por Delvo Oliveira (coordenador), da 7ª Delegacia Regional de Saúde (DRS-SES-RS), Bagé; Maria Cristina Couzen e Teresinha Klafke, da Universidade Federal de Santa Maria; Elza Tim Beskow e Flávio Resmini, da Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul; Hélio Possamai e Maria Cândida Salton, da 6ª DRS, Passo Fundo; LianeRighi, da Universidade de Ijuí; Olinda Lechmann Saldanha, da Prefeitura Municipal de Nova Prata; Simone Gazzola, da Prefeitura Municipal de Lagoa Vermelha e Leda Zanini, do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O curso também proporcionou a articulação entre as coordenações de saúde mental dos estados da região sul do Brasil e a criação do primeiro serviço antimanicomial do Rio Grande do Sul, *A Casa,* de Novo Hamburgo.

O segundo curso e o processo desenvolvido em Santa Maria fortaleceu a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM), que incidiu em toda região central gaúcha (apoiando e propiciando as iniciativas de Santiago, por exemplo), contribuiu para a consolidação do Instituto de Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria e possibilitou a criação do Serviço de Psicologia da Universidade em Serviço de Saúde Mental, que por muitos anos foi o único recurso antimanicomial da cidade.

Em Passo Fundo, o curso propiciou a criação da CISM regional e a transformação do Serviço de Psicologia em serviço de saúde mental, diversificando atendimentos e ampliando o período de funcionamento dos

mesmos para o ano inteiro (não somente no período escolar). Além disso, ocorreu a articulação entre profissionais professores de psicologia e medicina para ações integradas de saúde, que posteriormente constituíram um núcleo de saúde coletiva. Hélio Possamai, ativador e operador de toda a mobilização, integrante da equipe descentralizada, mudou suas práticas de atenção aos portadores de sofrimento psíquico na Unidade de Saúde e seu trabalho foi o embrião do Caismental da cidade. O trabalho regional possibilitou a constituição da rede de serviços em Carazinho, incluindo hospital geral e serviço de saúde mental, a criação de uma casa de passagem aberta a qualquer cidadão na cidade de Campina das Missões, pois essa tinha sido a necessidade social de saúde identificada na cidade, o atendimento em saúde mental em Lagoa Vermelha, Panambi, Selbach, Tapejara e Tapera, bem como a integração de recursos comunitários com o serviço de saúde mental em Erechim.

Bagé foi-se tornando um centro formador e irradiador da saúde mental coletiva. Gerou a Oficina de Criação Coletiva, a moradia e os leitos psiquiátricos no hospital geral da cidade, contribuiu para a criação de serviços em Caçapava do Sul, Dom Pedrito, Lavras do Sul, Pedras Altas, Pinheiro Machado e São Gabriel. Foi decisiva para o impedimento da criação de uma unidade psiquiátrica no hospital geral de Cachoeira do Sul, concebida de modo manicomial. O trabalho incluiu ações de saúde e de saúde mental entre municípios da fronteira entre o Brasil e o Uruguai: Aceguá e Melo. O curso de psicologia da Urcamp criou a disciplina de Saúde Mental Coletiva, com práticas nos serviços municipais de saúde mental e a Universidade viabilizou o mestrado em saúde coletiva em convênio com a Universidad de Rosário (Argentina). O curso de políticas sociais e municipalização fortaleceu ações intersetoriais entre educação, cultura e assistência social, bem como abriu espaço para o trabalho com Hulha Negra, particularmente com a população de assentados do município. Bagé foi, ainda, berço do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, constituiu o Centro de Estudos Sociais Contemporâneos e publicou a Revista Saúde Mental Coletiva. Em Bagé tomamos a decisão de os *mentaleiros* concorrerem aos legislativos estadual e municipais.

Os cursos em Ijuí foram ativadores e apoiadores do serviço de saúde mental de Santo Augusto, e da interrelação entre municípios na atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas unidades básicas de saúde em Alecrim, Boa Vista do Buricá, Braga, Campo Novo, Catuípe, Chapada, Condor, Independência, Ronda Alta, Santo Cristo, Três de Maio e Três Passos (municípios com população entre 5.000 e 30.000 habitantes). O trabalho nos municípios de pequeno porte teve o suporte decisivo da Unijuí, em especial do curso de Enfermagem, com práticas disciplinares, estágios, assessorias e pesquisas. Um produto importante foi a articulação binacional Brasil-Argentina (Ijuí-Posadas), antecipando o que hoje as organizações internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho propõem: convênios para processos internacionais locais, mediados pelas Organizações entre municípios de mais de um país (Opas, 2005). O conhecimento produzido foi sobre a complexidade do trabalho em saúde nos municípios de pequeno porte, tema da tese de doutorado de Liane Righi (2002).

O curso do Litoral Norte gerou serviços em Osório (*Casa Aberta*), Santo Antônio da Patrulha, Torres, Tramandaí, Maquiné e Palmares do Sul, modificando a cartografia da atenção à saúde mental na região. O ativador do processo na região foi um pedagogo da equipe da Paismental, Alfano Moreira.

Na Serra, os serviços iniciais referentes foram os de São Marcos, de Nova Petrópolis e de Bento Gonçalves que contaram com alunos dos cursos, trabalhadores *mentaleiros* de serviços já existentes e secretários municipais de saúde envolvidos por responsabilidade com a saúde mental.

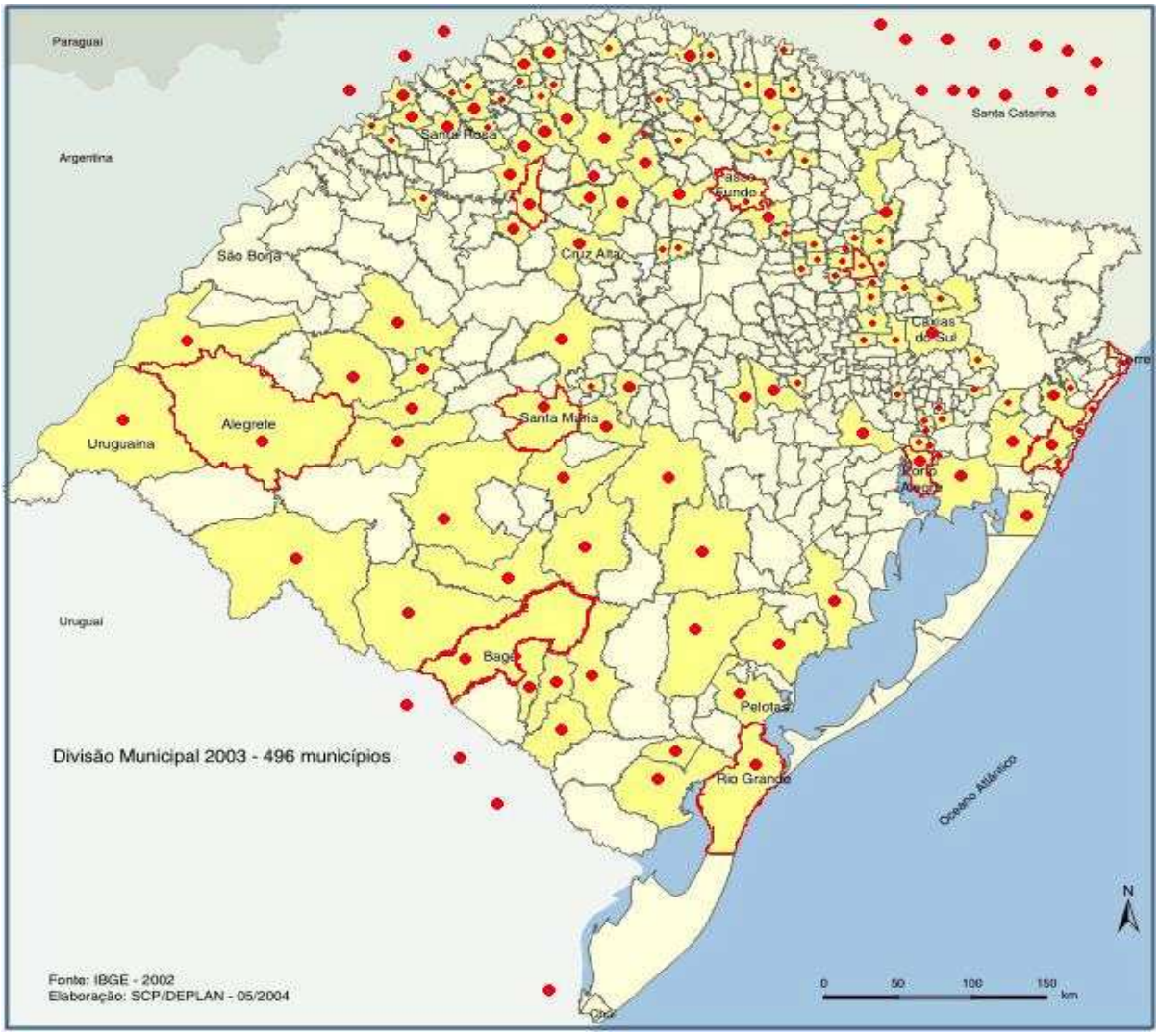
O curso de Rio Grande possibilitou a criação do serviço municipal de saúde mental, potencializou o trabalho integrado de prevenção à Aids e Saúde Mental e facilitou o diálogo com trabalhadores de saúde mental da cidade de Pelotas.

O curso em Alegrete propiciou o diálogo entre profissionais de vários setores e desencadeou trabalhos no município de parcerias entre atores sociais (vereadores, sindicalistas, lideranças comunitárias, trabalhadores e gestores), dos campos da saúde mental, educação, cultura e meio ambiente.

Os projetos de uma *casa de passagem,* proposto por Maria do Horto Salbego e de uma *oficina* no Hospital Geral, proposto por Márcia Fabrício foram implantados alguns anos depois do término do curso. O que sinaliza a potência dos mesmos.

Para visualizar a potencialização da formação em saúde mental coletiva para a criação de serviços de atenção integral à saúde mental no Rio Grande do Sul, apresento a seguir o mapeamento dos municípios gaúchos com alunos e com serviços de saúde mental.

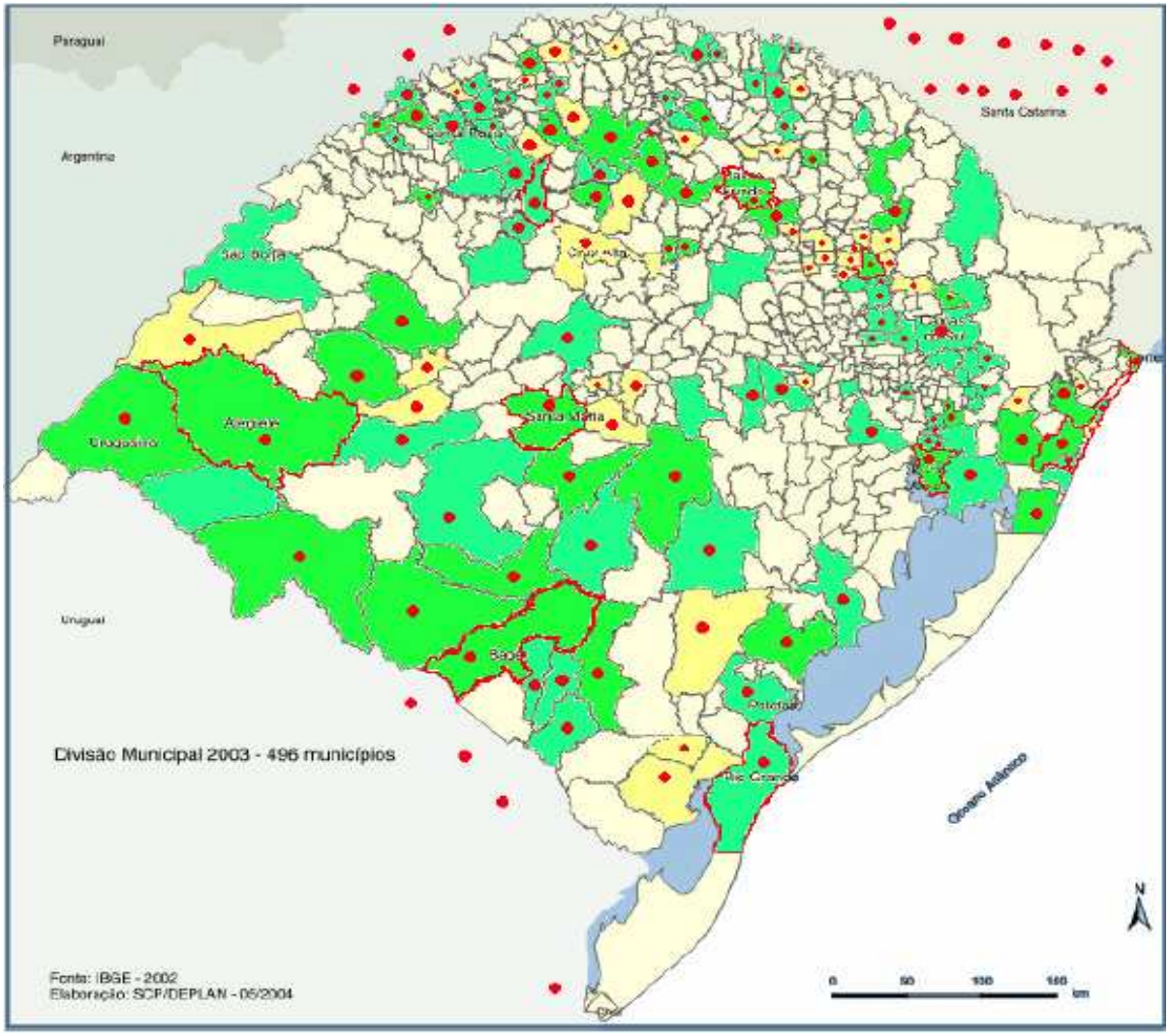
MAPA 1
MUNICÍPIOS do RIO GRANDE do SUL com ALUNOS que CONCLUÍRAM os CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA (1988 — 1996)



Municípios sedes de cursos

Municípios com alunos nos cursos (Rio Grande do Sul, de outros Estados e do exterior)

MAPA 2:
MUNICÍPIOS do RIO GRANDE do SUL com SERVIÇOS de SAÚDEMENTAL e ALUNOS que CONCLUÍRAM os CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA (1988-1996)



Municípios com serviços de atenção integral à saúde mental

Municípios com atenção à saúde mental

Municípios com alunos nos Cursos

Concluindo o tema das *trocas* nas navegações discorro sobre a questão dos trabalhadores, dos processos de trabalho e suas práticas elaboradas a partir da intercessão da educação pelas políticas públicas.

A introdução de novidades da política de saúde mental destacou a relevância dos trabalhadores, seus universos de sentidos e relações de trabalho. Esperava-se dos trabalhadores o estabelecimento de laços afetivos com as pessoas, a relação funcionários/ doença precisava ser rompida e

transformada. O trabalhador não podia mais ser pensado como recurso humano, mas produção de subjetividade em processos de trabalho e de formação, em afirmação de si e do cuidado à saúde.

Para os usuários, o objetivo foi o de tornar cada vez mais complexa a rede de laços e de alternativas tanto sociais como políticas e culturais, ampliada às parcelas excluídas da população. A diversificação e a complexificação são processos contrários à cronificação, à simplificação ou ao empobrecimento identificatório, gerados pela vinculação e pelo poder único de uma instituição como o hospital psiquiátrico e o modelo manicomial.

O reconhecimento da diversidade, da especificidade dos problemas gerados pela doença mental e a singularidade de cada pessoa exigiram a viabilização de projetos e processos de reconstrução de histórias de vida. Os programas estandartizados e os estudos de caso estigmatizadores deixaram de ter sentido. Os vínculos passaram a ser múltiplos, de caráter matricial-referente, passíveis de serem criados com qualquer integrante da equipe, independentemente da formação de cada um. Por outro lado, a rede de serviços, por meio da organização do trabalho, precisou ser capaz de acolhimento, de continência, de proteção e de práticas cuidadoras. Quando o tema passou a ser a vida de uma pessoa, a discussão passou a ocorrer entre todos os integrantes da equipe que tinham vivência e algo a dizer sobre a referida pessoa.

O fundamento do trabalho tornou-se o compromisso com as pessoas. Portanto, definiu-se como uma questão ética a mesma equipe atendê-las, tanto nos momentos de crise ou de ruptura, nos quais a necessidade de cuidado se acentua, quanto em outros, que requeiram atenção. A emergência pode e deve ser atendida onde ocorre: na rua, em casa, no trabalho.

A fragmentação do trabalho e do conhecimento, característica dos tempos atuais, coloca a necessidade de construir a integralidade, pelas diversas vias da atenção, centrada nos usuários e no respeito aos trabalhadores, como protagonistas do trabalho e da sua educação permanente.

Nos serviços, os espaços de circulação não podem estar mais rigidamente estabelecidos e divididos entre técnicos e auxiliares, familiares e pacientes ou por atividades técnicas e administrativas. O mesmo espaço deve passar a ser utilizado para finalidades diferentes, por diversas pessoas, em tempos distintos. A utilização burocrática, hierarquizada e discriminatória dos espaços começou a ser extinta na rede de saúde mental como o fizeram São Lourenço do Sul, Palmares do Sul, Alegrete e Bagé.

O trabalho com o corpo, em sua dimensão estruturadora, rompendo com a divisão corpo/mente foi fundamental para a criação de espaços de trabalho, organizado com base nas potencialidades, nas capacidades e na diversidade, viabilizando a inserção social e produzindo o rompimento com a divisão entre a atenção (setor social) e o trabalho (setor produtivo). A constituição de cooperativas e a inserção nas já existentes tornaram-se possibilidades nesta direção, as múltiplas formas de expressão criativa também precisavam ser resgatadas.

Os obstáculos para a integralidade foram, e continuam sendo, o poder concentrado nos especialismos, nos modos de trabalhar e de pensar segundo o paradigma clínico-biológico da doença, bem como a rigidez da organização dos trabalhos nos serviços e a falta de autonomia gerencial.

Para encerrar o inventário das práticas sigo a corrente dos confluentes e prolongamentos das rotas de navegações.

O II Encontro Nacional da Luta Antimancomial aconteceu em Belo Horizonte no ano de 1995. Fomos 1.000 participantes discutindo com intensidade os temas da cidadania e da atenção e a delegação gaúcha foi a maior fora do eixo Minas-Rio-São Paulo. Nossa alegria, capacidade propositiva e de mediação nos credenciou para sediar o III Encontro Nacional em 1997. Organização que me levou além dos limites dos possíveis. Concebemos o Encontro de modo que os loucos e a loucura circulassem pela cidade. O I Encontro tinha ocorrido numa lona de circo na orla de Salvador e o II numa colônia de férias nos arredores de Belo Horizonte, houve interferência nas cidades, mas não nos cotidianos. Procuramos exercer com radicalidade a provocação antimanicomial, do direito a desarazoar em praça publica. Precisávamos de uma infra-estrutura

para 1.500 participantes durante cinco dias. Reservamos alojamentos em toda a extensão da cidade (zona sul, centro, cidade baixa, zona leste e norte) e em municípios da região metropolitana: Viamão, São Leopoldo e Novo Hamburgo. Procuramos alojar os gaúchos nos lugares mais distantes. As refeições e festas do Encontro foram contratadas num clube náutico na saída da cidade. Outra festa foi na Escola de Samba Bambas da Orgia, que aceitou fazer uma apresentação e abrir suas portas para os participantes. As plenárias, grupos e feira de produtos antimancomiais ocorreram no auditório Araújo Vianna, no Parque Farroupilha. Para que a circulação e o Encontro se viabilizassem precisávamos de uma forte logística de transporte. A arte do III Encontro foi feita gratuitamente por Edgar Vasquez, a decoração do auditório foi feita numa oficina coordenada por Patrícia Dornelles (terapeuta ocupacional e artista) com integrantes do Fórum Gaúcho e as pastas inspiradas na mala de garupa do gaúcho, feitas artesanalmente pelos participantes da Cooperativa Qorpo Santo de Alegrete. A produção das pastas foi intercessora na política da saúde mental do município: mobilizou o comércio (compra do tecido de algodão cru); constituiu a parceria com José Ferrari, que doou a edição do seu primeiro livro de "causos" para a Qorpo Santo comprar o material necessário (parceria que continuou no lançamento de outros livro do autor); incluiu costureiras na confecção e, principalmente, foi um dispositivo para um trabalho coletivo, criativo e prazeroso. Metade das pastas foi feita com desenhos únicos, criados no momento da confecção, a outra metade, numa decisão conjunta, pela premência do tempo, foi ilustrada com a reprodução do desenho de uma das usuárias, cuja obra já decorava as paredes do serviço municipal de saúde mental e constituía a logomarca da Cooperativa Qorpo Santo. Ainda mais, seus desenhos "saíram" das paredes e dos papéis, transformaram-se em bonecas de pano, que ganharam o Brasil, "as bonecas ficaram famosas, vendemos pelo país inteiro" como comentou Lígia Falcão, familiar, liderança do movimento local e nacional da luta antimanicomial (Salbego, 2004, p.56). O apoio às delegações foi realizado pela comissão organizadora, por nós. O Encontro efetivamente aconteceu na cidade, foram visíveis nossas precariedades logísticas e nossa potência coletiva. Não obtivemos os recursos financeiros

necessários. O Encontro foi sustentado pela rede de afetos e de militância. Mais um impossível transformado em possível. A implicação produz possíveis.

Outra confluência é com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental criada em 1984, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, modificada em 1988 e em 2000. Na gestão de 1987 a 1991 a Escola de Saúde Pública assume a responsabilidade de dirigir a política de formação de recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde, abrangendo os estágios acadêmicos nos serviços de saúde, os aperfeiçoamentos para os trabalhadores de saúde, as especializações e as residências em saúde financiadas pela SES-RS. Até então, a principal atividade da Escola de Saúde Pública era a formação de sanitaristas, os estágios e as residências eram responsabilidades dos serviços que os sediavam. A equipe da Paismental foi representada por Carmen Oliveira, psicóloga, coordenadora da formação em saúde mental. Houve uma reestruturação das residências de saúde comunitária (do Centro de Saúde Murialdo) e de saúde mental (do Hospital Psiquiátrico São Pedro) com a concepção de campo da saúde coletiva, por meio da qual os residentes passaram a ter seminários sobre o tema. Para ativar a interdisciplinariedade foram constituídos espaços de supervisões multiprofissionais, coordenados por profissionais da instituição e de fora da instituição, com formação em grupos, psicanálise e saúde pública. Também foram sistematizadas as supervisões por núcleo profissional, entre pares: assistentes sociais supervisionados por assistente social, enfermeiros por enfermeiro, médicos por médicos, psicólogos por psicólogos e assim sucessivamente. Foram experiências que marcaram a formação dos grupos que dela participaram, marca referida por ex-residentes, dos quais muitos deles trabalharam ou continuam trabalhando em serviços da rede atenção à saúde mental: Alceu Fillman (psiquiatra, professor em Joinville), Izabel Suano (psiquiatra, especialista em álcool e outras drogas), Kátia Barfknecht (terapeuta ocupacional, da Oficina Geração PoA e professora do Ipa), Marilene Werlang (enfermeira, coordenadora de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na primeira metade dos anos de 1990), Nilson Sibemberg (psiquiatra, psicanalista, Caismental 8 de Porto Alegre),

entre outros. Em 1991 com a troca de governo estadual, houve desativação das supervisões multiprofissionais e continuidade da residência com nítido esvaziamento progressivo da formação multiprofissional, evidenciado pela redução de vagas, por exemplo.

Em 1999 houve outra troca de governo estadual, em plena vigência do Sistema Único de Saúde, com redefinição das competências das secretarias estaduais de saúde e com dirigentes gaúchos comprometidos com o fortalecimento e qualificação do SUS e da Reforma Psiquiátrica: Maria Luiza Jaeger (secretária estadual), Ricardo Ceccim (diretor da Escola de Saúde Pública), Miriam Dias (coordenadora de Saúde Mental) e Régis Cruz (diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro), configurando as condições propícias para uma ressignificação da educação em saúde na SES-RS. Efetivamente a Escola de Saúde Pública passou a ser propositora de política e ativadora de processos de educação em saúde (Ceccim e Armani, 2002): viabilizou a formação de técnicos de enfermagem pela SES-RS, apoiou decisiva e tecnicamente a criação do curso de graduação de Administração em Sistemas eServiços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, criou o Pólo de educação em saúde articulado em Núcleos Regionais de Educação em Saúde, impulsionou as capacitações de gestores municipais e estaduais, proporcionou o estágio-vivência de acadêmicos no SUS (Ver-SUS), constituiu o Centro de Informação e Documentação em Saúde, reeditou a revista *Boletim da Saúde* e editou outras publicações, assim como, produziu um reordenamento nas residências da SES-RS. Ocorreu uma radicalidade na operacionalização das noções de campo e núcleo: todos os residentes começaram a compartilhar seminários do campo da saúde coletiva, como saúde e sociedade, epidemiologia e planejamento estratégico. A residência foi configurada em ênfases: saúde comunitária, saúde mental, pneumologia e doenças sexualmente transmissíveis, com seminários para o conjunto de residentes de cada uma das ênfases. A formação se completou com seminários e supervisões específicas por núcleos de conhecimentos e práticas. A residência de saúde mental passou a ser denominada de *saúde mental coletiva*, foram reativadas as supervisões multiprofissionais, foram incluídos seminários sobre a clínica da psicose, a

reabilitação psicossocial, a constituição de redes de serviços de saúde mental e às tecnologias de cuidado, com autores como Foucault, Guattari, Goffman, Lacan, Lobosque, Rotelli e Saraceno (Turkenicz e Fagundes, 2000). A residência, nesse período, foi intercessora para a desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro, gerou questionamento de práticas, contribuiu para introdução de novas tecnologias de cuidados e para criação de serviços: casa de transição, morada São Pedro, coletivos de trabalho, alfabetização de usuários, acompanhamento terapêutico e saúde mental nas unidades básicas de saúde. Após outra mudança de governo estadual, a residência continua como um espaço de resistência da reforma psiquiátrica.

Finalizando o tema dos confluentes e dos prolongamentos das rotas de navegação, identifico que fomos produzindo um encontro entre educação e saúde mental. Os espaços deformação (cursos de saúde mental coletiva e políticas sociais) foram se constituindo numa *terceira margem do rio,* como já foi referido, a qual por meio da problematização, do diálogo com a cidade e diferentes atores sociais, da restituição e das oficinas de criação, possibilitou a invenção de suportes, de possíveis para a travessia e para a efetivação de projetos de presente. Nos cursos ocorreram processos coletivos de aprendizagem capazes de gerar e de explicitar implicação de alunos-técnicos transformando-se em cidadãos-autores.

Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental

V

AS ÂNCORAS DE UMA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO

Na trajetória inventariada foi possível detectar alguns caminhos sendo abertos e a introdução de seus desafios, bem como a presença de circuitos desejantes, para mover os referidos percursos e o incentivo à criação de inéditos. Dessa trajetória se pode extrair categorias, conceitos e dispositivos que dão suporte para processos instituintes. Nos leitos moventes dos cursos das águas, essas categorias, conceitos e dispositivos possibilitaram correção de rumos (rotas de navegação), agregação de vida, mais criação e soma de participantes, são *materiais de ancoragem* (intervalo, parada de abastecimento).

Materiais de ancoragem não são permanências, são durações, não são fatos que ficam, mas forças/vetores. Os fatos sofreram alterações, foram substituídos por novos ou renovados e se mantêm na condição de intercessões para políticas públicas de saúde e afirmação de vida. As âncoras que procurarei explicitar a seguir são intercessores da educação para políticas públicas, são extrações de sentido para uma pedagogia da implicação.

As categorias extraídas são o *matriciamento* entre formação-atenção-gestão-participação e o *poder e o pensamento estratégico* no setor da saúde. Os conceitos são a *transdisciplinariedade* e a *integralidade.* Os dispositivos são os operadores de *invenção/geração:* ousadias da implicação em abrir campos de possíveis onde havia impossibilidade, articulações inéditas para permitir a passagem dos fluxos instituintes.

5.1 Formação-atenção-gestão-participação: matriciamento para a implicação

Das vertentes da vidaformação, o estágio em psicologia comunitária e a residência em saúde comunitária na Unidade de Saúde Murialdo foram determinantes para o entendimento de que é possível desenvolver formação e pesquisa no espaço de trabalho da atenção à saúde. Formação e pesquisa condicionados pelas necessidades dos serviços e da população, num ambiente profícuo para a criação e a mobilização de métodos e estratégias participativas de aprendizagem e investigação. Na vidaprofissionalização se constituía a matriz de uma organização do processo de trabalho, que abrangia, nos termos da época, capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária. Matriz constitutiva da política de saúde mental no Rio Grande do Sul de 1987 a 1991 (SES-RS, 1987), que foi se consolidando nos cursos das águas como estratégica para a implantação do Sistema Único de Saúde em nosso país. A organização assim matriciada possibilitava:

- o exercício diversificado de papéis pelos profissionais: experimentação do poder de ser professor, aluno, pesquisador, cuidador, orientador, planejador e gerente;
- a maior circulação dos saberes-fazeres: instalação do poder de aprender;
- o protagonismo das equipes e da população, com a valorização do trabalho e da construção da cidadania: mobilização do poder de "cidadanizar".

Uma das dificuldades centrais para implementar um sistema de saúde que organize o trabalho segundo o matriciamento capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária ou, nos termos de agora, formação-atenção-gestão-participação, é oriunda da concepção hegemônica sobre o que é o trabalho em saúde: uma concepção que não admite a capacitação e pesquisa como suas constitutivas. Há uma convicção de que o trabalho em saúde é a assistência, aceitando-se no SUS a administração e participação comunitária, mas capacitação e pesquisa são consideradas

não-trabalho. Pelo menos quatro vetores concorrem para tal convicção: concepção de saúde como ausência de doenças, remuneração dos serviços por procedimentos, política de pessoal como gerência de recursos e formação em saúde. Em relação ao primeiro vetor, embora, o Sistema Único de Saúde constitucionalmente esteja concebido a partir do entendimento de que saúde é determinada pelas condições devida, opera predominantemente com o conceito de saúde como ausência de doença e organiza os serviços ofertando procedimentos individuais, sem utilizar, muitas vezes, ferramentas próprias da saúde coletiva como a epidemiologia. O segundo vetor, associado ao primeiro, está relacionado com a remuneração por procedimentos realizados, ainda vigente no SUS, de modo que só é paga a assistência. Neste caso, a capacitação e pesquisa, além de não serem remuneradas, levam à redução de recursos financeiros pela diminuição da produtividade assistencial. O terceiro vetor é provocado pela política de pessoal predominante no sistema de saúde, que além de não contratar profissionais em número e diversidade suficientes, considera produção em saúde apenas o trabalho de atendimento assistencial, perpetuando a lógica do procedimento. O quarto vetor é oriundo da educação, pelo modo como a capacitação e pesquisa são ofertadas ao sistema de saúde, distanciadas da realidade, sem produzirem instrumentos para intervenção na mesma, centrada em treinamentos, propiciando que os gestores exijam que as horas de afastamento para cursos de formação sejam compensadas, para não haver "prejuízo" ao serviço nem à população, ou seja, a educação é considerada perda de tempo, perda de dinheiro e folga do trabalho. A educação *no* e *para o* trabalho fica subsumida no binômio treinamento-procedimento, embutido na assistência.

Na implementação do SUS, algumas ações foram efetuadas para incidir sobre os vetores referidos. Já existem repasses financeiros que ocorrem por população e não por procedimentos, como os recursos repassados pela União aos municípios para a atenção básica à saúde, assistência farmacêutica e vigilâncias sanitária e epidemiológica, os quais são calculados pelo número de habitantes de cada cidade. Alguns serviços e municípios têm incluído na jornada de trabalho, horas destinadas à

formação. Nesse sentido, a política nacional de saúde mental antecipou-se, pois, desde as primeiras normativas (1989) no SUS, incluiu tempo para formação na carga horária dos profissionais, admitindo que a transformação do trabalho incluía a educação para o trabalho. Quanto à educação, a formulação de uma política de Educação Permanente em Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003 e implementada com o dispositivo de Pólos de Educação Permanente em Saúde (Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004) procurou romper com o distanciamento entre ensino e serviço, educação e trabalho, formação e atuação, afirmando o cotidiano do trabalho como produtor de saberes e de práticas de saúde (lugar de capacitação e pesquisa).

Em relação à produção de conhecimento há um impossível a ser transposto, a concepção sobre ciência e produção científica de conhecimento. A separação entre sujeito e objeto, os ideais da objetividade, da neutralidade e da universalidade, marcas da ciência positivista, impossibilitam a validação do conhecimento produzido no cotidiano dos serviços, propondo que os trabalhadores implicados não sejam produtores de conhecimento.

Lourau (1993), dedicado à análise das instituições, marca a implicação como constitutiva da produção de conhecimentos e afirma que a implicação gera o pesquisador-praticante, tomando como objeto de pesquisas as suas intervenções e considerando seu pertencimento ao projeto de ação do trabalho. Desse modo, um trabalho não mais de prestação de procedimentos, mas de pensamento, intervenção e avaliação, implicação de si e interrogação das implicações sociais, históricas e epistemológicas do seu trabalho na sociedade. Lourau no curso sobre “análise institucional e práticas de pesquisa” ministrado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1993, refere à construção de um “novo campo de coerência”, que surge do confronto entre o instituído e a análise das implicações. O autor frisa que o novo surge como “escândalo”, “loucura”, e exemplifica com

Durkheim, na sociologia, Freud, na psicanálise e Comte[12], na segunda fase, com o método subjetivo. Lourau (1993, p.19), então, afirma que o amor e a loucura seriam "engrenagens imprescindíveis às mudanças", a implicação teria uma "qualquer coisa que flerta com a loucura".

O pavor ao "escândalo" e a um construtivismo da implicação têm levado os diversos atores do SUS, inclusive da reforma psiquiátrica, a reduzirem a matriz: capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária a um binômio: serviço-participação ou, no máximo, em um trinômio, ao nomear a gestão, perpetuando a separação entre quem conhece, quem faz, quem gere e quem acompanha.

As produções desinstitucionalizantes da loucura no Brasil, entre elas a da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul, têm assumido e provocado, entretanto, o "escândalo" da implicação: tudo o que nos pertence, nos põe em ato de conhecimento, de cuidados, de gestão e de participação. Em 1991, criamos uma camiseta de cor roxa, no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, com a expressão escrita em cor laranja ***SOMOS...*** (na frente) ***INSUPORTÁVEIS!*** (nas costas). Os dizeres foram de minha autoria e a arte de Mirela Meira.Era uma combinação de cores pouco usada e de palavras menos ainda. A expressão foi de ousadia e de provocação intencional de incômodo: aposta no instituinte e indicação de que estávamos construindo outro suporte: o da implicação. A camiseta circulou pela primeira vez no II Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, em Gramado/RS, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia da 7ª região, cujo eixo principal era o debate sobre novos paradigmas e práticas nas ciências e no mundo do trabalho. A circulação de camisetas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental inspirou a produção de uma síntese poética no encerramento do II Encontro:

De perto, bem de perto
Ninguém é militante
Ora, não estamos desnorteados
Somos sim loucos pela vida.

---

[12] Augusto Comte propositor da filosofia positivista, depois de apaixonar-se por Clotilde (irmã de um de seus discípulos) e de perdê-la prematuramente, pois morreu jovem, desesperou-se e nessa experiência produziu o método subjetivo (Lourau, 1993).

Estamos assustados
Com a própria coragem
De termos vários
Nortes... insuportáveis.
Na vida só não temos
Medo de sermos
Felizes ... militantes.
(Ieda Rhoden, dez. 1991)

No matriciamento em construção nos cursos de Saúde Mental Coletiva trabalhamos com o local, o óbvio e o cotidiano dos serviços e municípios na constituição de conhecimentos, de tecnologias de cuidado, de autoria, de invenção de presente e de vida. Identificamos que para os alunos validarem as próprias produções precisavam superar um pensamento dependente (autores são outros em outros lugares) e um sentimento de vergonha com as invenções locais e cotidianas. Abraham Turkenicz (1995) escreveu um texto intitulado *querendo aprender e aprendendo* sobre as condições subjetivas para a produção de conhecimento, identificando essas condições como o vazio, a incerteza, a insatisfação, o imprevisível, a surpresa, a confiança e a superação da desvalorização. Judete Ferrari, ao referir-se à política de saúde mental de Alegrete, considerou que a ruptura com a vergonha contribuiu para a expressão de produções silenciadas, construindo saídas, "porque a saída da loucura está no imaginário do povo, a loucura é o próprio povo que nomeia" (Salbego, 2004, p.40). Desse modo, faz sentido Alegrete ter produzido e difundido a camiseta "viver e não ter a vergonha de ser feliz" (verso da música de Gonzaguinha). A implicação desavergonha.

Imersos em produções da educação em ciências da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem o "quadrilátero da educação" para a formação na área da saúde: formação-gestão-atenção-controle social em um modo indissociável para educação significada no setor saúde, equação também apresentada como ensino-atenção-gestão-participação para enfocar o fazer das instituições formadoras. Ceccim (2005, p.161) considera a educação permanente em saúde como o *processo educativo que coloca o cotidiano do*

trabalho em análise, o que implica seus agentes, as instituições e as políticas, potente para ativar o quadrilátero da educação. Assim, os componentes do quadrilátero se tornam analisadores para pensar a capacitação e pesquisa, as práticas de atenção à saúde e de gestão setorial e a mobilização social.

Emerson Merhy ao debater a proposta de Ceccim indica que a educação permanente em saúde tem em si uma pedagogia da implicação como desafio. O debatedor salienta que a educação tem *de ter potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar* (Merhry*,* 2005,p.174).

O *quadrilátero da educação* atualiza, supera e substitui a formulação *capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação,* pois é contemporâneo ao SUS dos anos2000 e está na construção de um *novo campo de coerência. Capacitação-pesquisa* fundem-se como *formação* e a concepção de implicação contribui para a fusão; a *assistência* desdobra-se em *atenção integral,* a *administração* em *gestão de sistema e de serviços* e a *participação* é entendida por *controle social*, pela marca de política pública de saúde deliberada pelos diversos atores do setor.

O desdobramento *assistência* em *atenção integral* já provocou uma outra formulação a da *gestão da atenção* ou *gestão do cuidado* (Pinheiro, 2003; Mehry, 2004; Ferla, 2004) para indicar que as propostas, os recursos e as decisões devem estar dirigidas para atender às pessoas em suas necessidades singulares, assim como, que ao desenhar um plano terapêutico, há escolhas e decisões, portanto, gestão (sentidos, intervenções e tempos envolvidos).

O processo de construção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul operou com os componentes do quadrilátero, também foi esta a tradução da vertente vidaformação e os agenciamentos de projetos de vida produzidos em Santo Augusto, Bagé, São Lourenço do Sul e Alegrete são exemplos de uma gestão do cuidado para a alteridade. Em cada uma das situações narradas foram tomadas decisões, foram realizadas apostas, foi destinado tempo, foram mobilizados recursos materiais, financeiros e

tecnológicos: para ir ao campo (Santo Augusto), para redirecionar os recursos financeiros para bens coletivos e individuais (Bagé), para levar de volta pra casa (São Lourenço do Sul e Alegrete), para realizar plantões participativos e viabilizar trabalho cooperativado (Alegrete e Santiago). São trabalhadores e municípios que têm *um certo flerte* com a loucura, um matriciamento formação-atenção-gestão-participação que qualifico como categoria para uma pedagogia da implicação. A implicação é matricial.

Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Bagé)

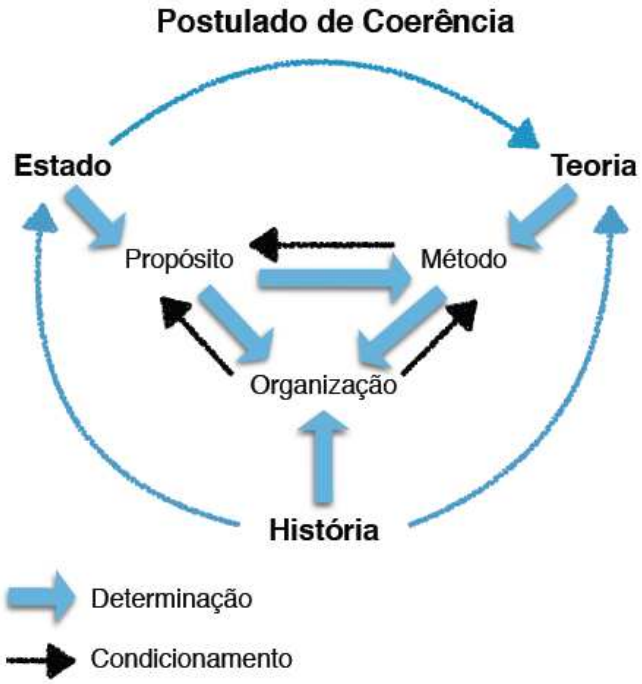
5.2 Poder e pensamento estratégico no setor da saúde

O poder foi se constituindo como categoria central nos cursos das águas e nas rotas de navegação. O autor que deu suporte para o tema foi Mário Testa com sua produção sobre pensamento estratégico e implicação com a saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul, a partir de 1989.

A implantação efetiva do Sistema Único de Saúde e da reforma psiquiátrica no Brasil exigia mudanças políticas, sociais e institucionais, produzia incômodo, deslocamento de forças e superação de instituídos, portanto, num contexto conflitivo e de disputa de poderes. Ser autor nesse contexto exigia preparo para os embates propositivos. Chamava a atenção a ausência do tema *poder* na formação dos trabalhadores de saúde, o que os fragilizava para a autoria de processos instituintes e a sustentação de novas institucionalidades. Nesse sentido, o encontro com Mário Testa e Carlos Matus foi decisivo para o traçar de nossas rotas. Com Mário Testa realizamos várias viagens.

Duas formulações de Testa (1992) sobre planejamento estratégico foram efetivas ferramentas para nosso saber-agir: o postulado de coerência e os poderes no setor da saúde. *Postulado de coerência* é a expressão das relações de determinação e/ou de condicionamento entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações que os implementam. A determinação abrange as forças propulsoras (facilitadoras) para a ocorrência de situações. O condicionamento é constituído pelas forças que limitam (obstaculizadoras) acontecimentos. O autor propõe o estudo das referidas relações, identificando os atores implicados e os poderes que cada um dispõe nos diversos componentes da equação. Ao estudar as relações entre propósitos, métodos e organizações, Testa identificou outra equação composta pela História, Estado e Teoria na qual há uma relação de determinação entre si e entre instâncias (equações). Relações próprias de países latino-americanos, dependentes e periféricos no sistema capitalista. Na macro-instância, a história é o maior determinante (do Estado e da teoria) e a teoria é a mais determinada (pela história e pelo Estado). Nas relações entre instâncias, o Estado determina os propósitos de governo, a teoria os métodos e a história as organizações. Na micro-instância, os propósitos

determinam os métodos e as organizações e estas são condicionantes para os demais componentes.



Na análise dos propósitos de governo foram mapeados os de legitimação, de crescimento e de transformação (da estrutura social). O último nem sempre presente e apenas compatível com uma visão de Estado constituído por heterogeneidades portadoras de contradições e conflitos. Cada propósito determina um método e processo organizacional próprio para haver maior eficácia. Assim, ao propósito de crescimento, corresponde um diagnóstico administrativo (quantificativo) e um processo de continuidade dos avanços (produzir mais do que já é produzido). Ao propósito de legitimação corresponde um diagnóstico ideológico (saberes e práticas construtores de sujeitos) para consolidação. Ao propósito de transformação corresponde um diagnóstico estratégico (atores, poderes e diferenças) para processos de abertura (porosos, permeáveis e produtores do novo). Em 1995, Testa propôs uma “síntese diagnóstica”, referindo que os diagnósticos administrativo, ideológico e estratégico são parciais e precisam ser reconstruídos em situações concretas para que se abra caminho a propostas de saúde.

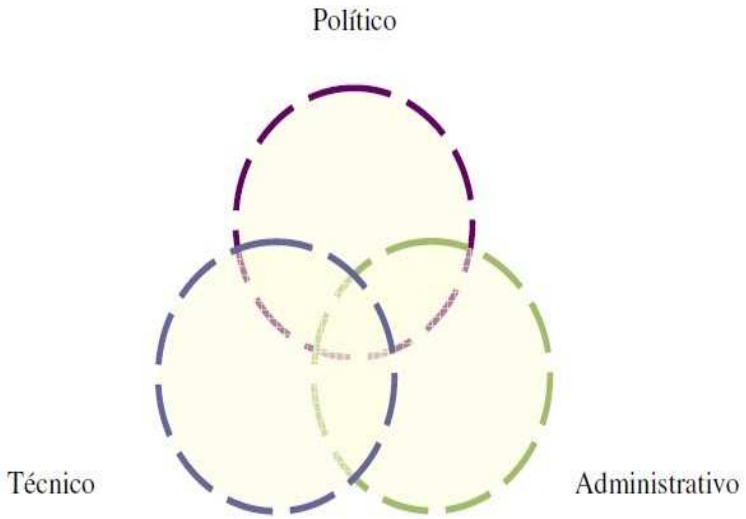
Trabalhamos nos cursos de saúde mental coletiva e na implementação das políticas públicas de saúde a necessidade de construir coerência no cotidiano da sala de aula e dos sistemas e serviços municipais (implicação dos alunos). Sendo o objetivo a construção de autoria, esta tende ser produzida sem que seja mera intenção esvaziada de sentido e de prática, por isso a itinerância, a metodologia com apresentação primeiro das realidades locais e a circulação e produção de conceitos-ferramenta como estrutura dos cursos.

Aos propósitos do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e participação correspondiam métodos e organizações que dessem concretude aos mesmos. Para universalizar era necessário ampliar o acesso com serviços que operassem com outra ética (da inclusão, da cidadania e da responsabilização) que não a vigente (da exclusão, do favor e do descompromisso) nos serviços públicos de saúde. A descentralização da gestão para os municípios (municipalização) era uma proposta potente para a efetiva transferência de poder para o âmbito local e pactuação entre os diversos atores do setor (não só o governo). A integralidade exigia uma rede de serviços e modificação nas práticas cotidianas capazes de escuta, de atenção às necessidades de saúde, de resolutividade e de trabalho coletivo. A participação precisava ser de todos com poder de decisão e com o exercício do controle da sociedade sobre o Estado: as conferências e os conselhos de saúde foram os dispositivos criados no final da década de 1980 e primeira metade dos 1990. Muitos de nós, professores e alunos, nos dedicamos à municipalização, à realização das Conferências de Saúde e à criação de Conselhos de Saúde nos municípios (Oliveira e Saldanha, 1993; Beskow, 1993; Rocha et al, 1995; Crescente e; Oliveira, 1995; Ferrari e Mulazzani, 1997). A exigência de produção de coerência continua vigente no SUS e muitos problemas do sistema são oriundos das discrepâncias entre seus propósitos, métodos e organizações.

O postulado de coerência ancorou as práticas de saúde mental coletiva nos municípios. Para muitos, antes de saber que serviço criar e o que fazer, o motor da ação consistia no conjunto de propósitos: garantia de direitos (cidadania e saúde), atendimento local e atenção integral. São exemplos

desse processo a criação da *Nossa Casa* em São Lourenço do Sul, no qual a secretária municipal de saúde provocou à equipe para implantar um serviço, não sabendo qual, mas sabendo ser possível (Beskow, 1993) e a abertura de leitos no hospital geral de Alegrete, inicialmente disponibilizado pela necessidade de um usuário (José de Canoas), depois pelo argumento do direito e por último pela formação da equipe em serviço (Salbego, 2004). O conhecimento foi produzido na ação, em sua ressignificação e na interação com outras práticas.

A outra formulação de Testa (1992 e 1995) que operou como conceito-ferramenta foi sobre os poderes político, técnico e administrativo no cotidiano do setor da saúde. Entendendo *poder* como capacidade, prática e relação entre atores sociais; proposto como distribuição democrática e estratégica de ganhar espaços de liberdade. A aprendizagem de que podem existir vários modos (estratégias) de implementar uma política, foi inspiradora da frase "não estamos desnorteados: temos vários nortes" de autoria de Abraham Turkenicz.



O *poder político* é a capacidade de desencadear uma mobilização e é o impacto de sua prática tanto nos mobilizados como nos mobilizadores, resulta em saberes e práticas. O *poder administrativo* é a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos e está sintetizado nas diversas formas de financiamento. O *poder técnico* é a capacidade de gerar, usar, circular,

processar e veicular informações. Testa identifica o poder técnico por tipo de informação (médica, sanitária, administrativa e marco conceitual), âmbitos (docência, investigação, serviços, administração e população), homogeneidade/heterogeneidade e por estilo (linguagem). Os poderes são interdependentes e se interseccionam.

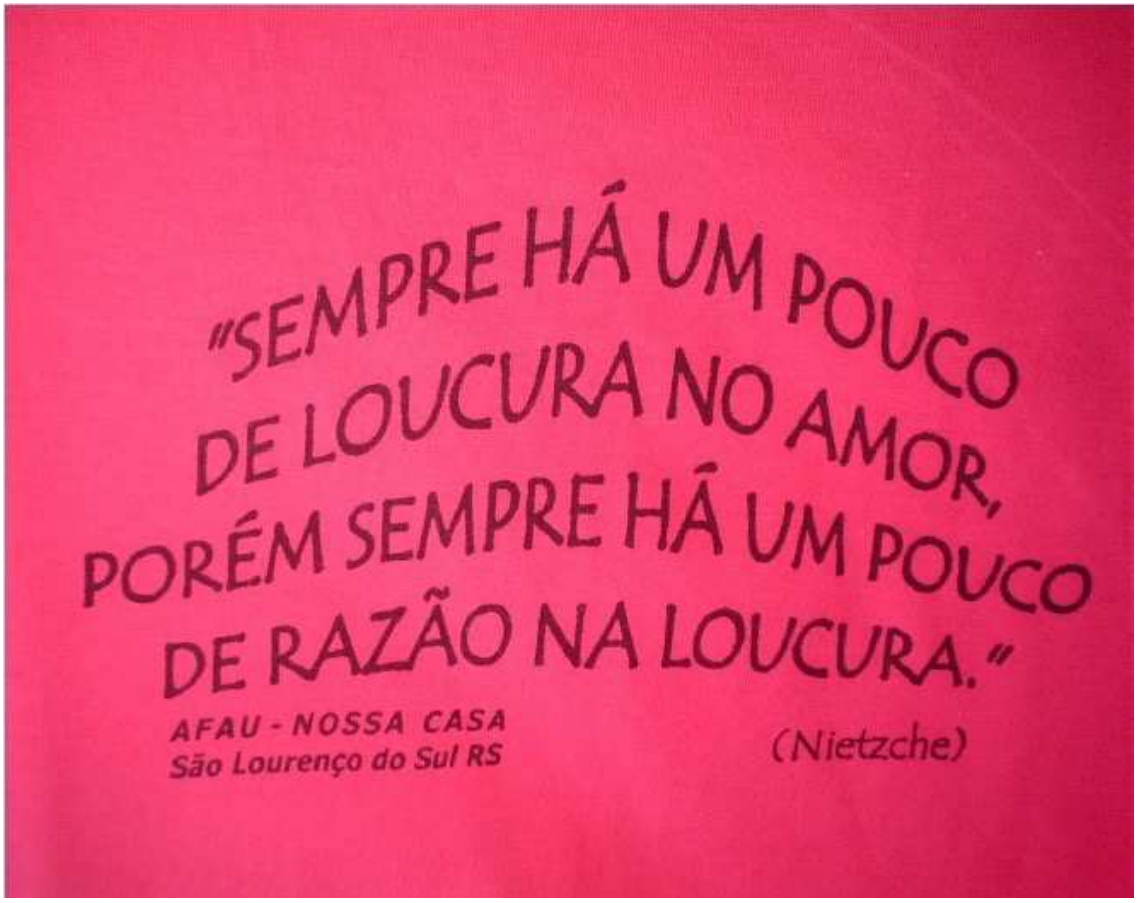
Os âmbitos do poder técnico identificados por Testa coincidem com o matriciamento formulado no item anterior e com o conceito de integralidade proposto na Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Paismental-SES/RS): formação-atenção- gestão-participação.

A identificação dos poderes na saúde e na saúde mental e a construção das propostas de intervenção nos mesmos foram intercessoras na produção de autoria nas políticas públicas do setor no Rio Grande do Sul. Para mim foi uma ferramenta que possibilitou a interlocução com políticos (no sentido convencional): prefeitos, secretários de saúde e legisladores, com técnicos profissionais de saúde e administradores, bem como facilitou a comunicação entre os mesmos. Trabalhar pedagogicamente com os preconceitos recíprocos tais como “todo político é mentiroso”, “todo técnico é alienado” e “todo o administrador é burocrata” era um disparador para refazer conceitos, romper limites rígidos e produzir interferências múltiplas em suas práticas cotidianas. Nos cursos os alunos utilizavam nos boletins “as bolas” em contraposição “aos quadrados” que precisavam ser rompidos e superados, bem como para expressarem o quanto essa aprendizagem gerava inquietudes. Os poderes estão presentes no conceito de Saúde Mental Coletiva (Fagundes, 1995), na estruturação dos cursos de saúde mental coletiva (Cescon, 1995), nas propostas e avaliações de políticas públicas de saúde e saúde mental (Oliveira e Saldanha, 1993; Dias, 1993; Crasoves, 1995; Fagundes, 2001) e na constituição de colegiados gestores (Fagundes, 2001).

O tema provocou encontro com outro autor: Foucault. Inicialmente com a História da Loucura, depois com Vigiar e punir, Microfísica do poder, A ordem do discurso e, mais recentemente, com os Ditos e escritos, para o qual o poder é categoria central no assujeitamento e no disciplinamento na

sociedade. A noção de biopoder (poder sobre a vida) também é um conceito-ferramenta que possibilitou o rompimento com seu exercício e o agenciamento de outros modos de inventar a vida no cotidiano (biopolítica) do trabalho vivo em saúde e saúde mental.

Outro encontro foi com Nietzsche dando ao poder sentido de vontade de potência para o movimento, as forças de expansão, transmutação, de destruição e criação de formas de invenção de si e da vida (Naffat Neto, 1996).



Camiseta do Mental Tchê (São Lourenço do Sul, 2005)

O poder aparece como categoria e não conceito, serve ao pensamento estratégico, ao desenvolvimento da autonomia, com coragem e ousadia para as autorias. A implicação é poder de autoria.

5.3 Transdisciplinariedade

As vertentes, os cursos das águas e as rotas de navegação constituíram um conceito para a pedagogia da implicação: transdisciplinariedade.

A experiência e vivência do trabalho com profissionais de vários núcleos de saberes e de práticas e a experiência e vivência do quanto esse outro matriciamento potencializa a aprendizagem, a elaboração de estratégias inovadoras de atenção, a capacidade de dar suporte às incertezas e à desterritorialização dos saberes-fazeres prévios para que se tornem atuais, permitiram a extração do conceito de transdisciplinariedade.

A elaboração conceitual foi se processando ao longo da formulação/implementação da reforma psiquiátrica em nosso estado e país, marcadamente no período em que fuiresponsável pela coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1987-1991). Tal política teve, como já foi referido anteriormente, como estratégia central, a formação de pessoas, realizando intercâmbios internacionais, nacionais, estaduais e locais, oferecendo oficinas de atenção integral à saúde, modificando a formação de residentes em saúde mental, criando cursos de aperfeiçoamento em saúde mental coletiva, de modo descentralizado, itinerante e multi-institucional. A formação desencadeada pela política estava fundamentada:

- nos princípios do SUS de descentralização, participação, integralidade, universalidade, gratuidade, eqüidade e acesso à informação;
- no entendimento de que, na saúde, o principal trabalho é o humano e que os trabalhadores, ao se apropriarem do seu processo de trabalho, exercitam-no gerando conhecimento, inovação e ação;
- no reconhecimento da subjetividade, do conflito, das contradições, da incerteza e do poder como constitutivas de indivíduos, coletivos e de instituições.

Foi a produção do encontro com a psicanálise (Vicente Galli, Jurandir Freire Costa e Joel Birman), com a análise institucional (Félix Guattari), com a psicologia dos grupos (José Bleger), com o pensamento estratégico (Mário Testa, Carlos Matus e Rubén Ferro), com a desinstitucionalização (Franco Basaglia, Franco Rotteli e Michael Foucault), com a pedagogia da problematização (Paulo Freire), com a administração criativa (Paulo Motta), com as ciências sociais (Boaventura Souza Santos, Susan Sontag e Cristóvam Buarque), com a epidemiologia sem números e da desigualdade (Naomar de Almeida Filho e César Victora) e com as políticas públicas de saúde (Giovanni Berlinguer, Sérgio Arouca, Sonia Fleury, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Luis Carlos Cecílio) que constituiu o estudo em uma necessidade do trabalho e o trabalho em uma necessidade do estudo, colocando subjetividade e instituição em questão. Poder-se-ia dizerque reunir essa diversidade de autores configuraria um ecletismo sem sustentação epistemológica forte, mas a extração é a do "encontro", não a do perfilamento. Não um ecletismo, mas encontro de teorias que as diferenciava inclusive de si mesmas: capacidade de agregar profissionais de diferentes "escolas", fazendo diferença nas suas teorias. A expressão de multi-referencialidade utilizada por Lourau (1993) ao referir a análise institucional como "novo campo de coerência" traz essa noção como contraposição às filiações, não ecletismo.

O encontro foi produzido tanto por meio dos textos como das aulas, debates, convivência com os próprios autores em eventos-adventos provocados pelos nossos coletivos inventariados nas *rotas de navegação,* nos cursos de aperfeiçoamento e especialização em Saúde Mental Coletiva, nos Seminários Internacionais de Saúde Mental Comunitária e de Saúde Mental, nos Encontros Estaduais de Saúde Mental, no Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, nos Encontros do *Fórum Concordia de Salud Mental*, nos Congressos Brasileiros de

Saúde Coletiva, em especial o terceiro, realizado em Porto Alegre, e nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental.

Essa formação multi-referenciada, provocadora de encontros e de efeitos como serviços locais de saúde mental e Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi uma das fontes para a elaboração de Mário Testa sobre o *Saber en salud: la constituición del texto* (1997). A experiência possibilitou a construção de novos perfis de trabalhadores e de usuários, em especial os "loucos" conquistaram outra escuta e outro cuidado, a configuração de uma nova metodologia de ensino-aprendizagem, centrada na capacidade de autoria, de o humano ser *sentipensante*, bem como de uma estrutura-eixo para cursos em saúde mental. Produção quie dialoga com a formulação de Naomar de Almeida Filho (1997) sobre transdisciplinariedade, possível pelo trânsito de sujeitos dos discursos e não pela circulação dos discursos (pela via da tradução) em cada campo. A transdisciplinariedade é um processo práxico exercido pela *mentecorpo* de pesquisadores em trânsito. Nós denominamos *sentipensantes* os novos"operadores transdisciplinares da ciência" que foram propostos por Almeida Filho. Sujeitos transversais, capazes de "trans-passar fronteiras à vontade nos diferentes campos de transformação, agentes transformadores e transformantes" e "anfíbios", pela capacidade de viverem em meios diferentes. A formulação de Almeida Filho foi debatida e publicizada na revista *Ciência & Saúde Coletiva* (1997). Do debate, destaco as interlocuções de Vera Portocarrero, José Ricardo Ayres e José da Rocha Carvalheiro. Os comentários provocaram Almeida Filho (1997, p.52) a propor novos objetos científicos "simultaneamente fronteiriços, híbridos, mestiços e complexos: os trans-objetos", reafirmando o desafio de inventar instituições políticas capazes de entender que os "objetos são também agentes culturais" e, por fim, ressaltando a necessidade de "aumentar as travessias entre os campos científicos e de prática social". Travessia em construção desde 1992 por Mário Testa

na sua formulação sobre ciências sociais e vida cotidiana e publicada em 1997 no livro *Saber en salud.* O trans-passar na produção de transdisciplinariedade também acontece entre saberes e práticas científicas e populares, o que constitui um dos maiores desafios da pedagogia da implicação. Sobre aprender e conhecimento um motorista da equipe da Paismental, mentaleiro, cunhou a frase de outra camiseta "pior que massa encefálica falida, é massa encefálica poluída" (Vanderci). A restituição formulada por Lourau (1993) e praticada nos cursos da águas e nas rotas de navegação da Saúde Mental Coletiva é um dispositivo para esse transdisciplinar.

A elaboração das noções de campo (compartilhado) e núcleo (específico) de saberes e de práticas nas profissões de saúde e de ressignificação da clínica, realizadas por Gastão Wagner de Sousa Campos (1994 e 1997) e por Emerson Elias Merhy (1997) foram decisivas para a superação dos desafios da formação e para a continuidade da invenção do trabalho da atenção-gestão na saúde. Juntamente com a estrutura e a metodologia configuradas nos cursos de saúde mental coletiva. Tais elaborações foram guias sinalizadores para a estruturação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (Turkenicz e Fagundes, 2000, Ceccim e Armani, 2002) e para o Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), no período 1999-2002.

As observações, as indagações, as autorias e os laços propiciados pela formação, como eixo prioritário da política pública de saúde mental, constituíram circuitos de viabilização do impossível: articulação entre educação e saúde, com as temáticas da autoria e da clínica; da integralidade e da educação permanente em saúde; da eqüidade e da singularização. Alguns alinhavos conceituais foram elaborados e registrados em artigos na Revista de Saúde Mental Coletiva, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (1993, 1995, 1997), em livros como

Psiquiatriasem Hospício (1993) e *Saúde Mental: campo, saberes e práticas* (2001).

Um novo encontro afirmou a transdisciplinariedade como âncora para a pedagogia da implicação: com Regina Benevides e Eduardo Passos (2000). Os autores recorrem à implicação (análise do sistema de lugares do analista/pesquisador) para romper as barreiras entre sujeito e objeto, entre ação e produção de conhecimento. O sujeito e o objeto do conhecimento se constituem no mesmo processo de diferenciação, no qual todo conhecer é um fazer. Nesse processo a transdisciplinariedade "subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos" pelo efeito desestabilizador da dicotomia sujeito/ objeto, da unidade das disciplinas e dos especialismos. A proposta é de um "plano de constituições ou de emergências", a partir do qual toda realidade se constrói, com componentes teóricos, tecnológicos, éticos, estéticos, econômicos, políticos e afetivos que o atravessam. Consideram a transdisciplinariedade um conceito-ferramenta por sua potência crítica como operador de realidade, por sua capacidade intercessora de produção de crise e desestabilização.

Os intercessores, propostos por Deleuze (1992), produzem efeitos de interferência, de intervenção por atravessamentos, de desestabilização e de perturbação na relação entre domínios. Os intercessores só podem ser aprendidos em operação: "de encontro, contágio, cruzamento que desestabiliza e faz diferir", reafirmam Benevides e Passos (1997, p.77). Os intercessores se fazem em torno de movimentos, ocorrem "entre" domínios. Transdisciplinar é problematizar os limites de cada disciplina, questionar seus pontos de congelamento e universalidade, nomadizar suas fronteiras, tornando-as instáveis. A aposta transdisciplinar é a de "caotizar os campos, desestabilizando-os a ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos". A proposta de desinstitucionalização elaborada na Itália (Rotelli, 1992), a problematização e o descongelamento do pacote

objeto-disciplina-procedimento-espaço-objetivo= doença mental-psiquiatria-internação/medicação-hospital psiquiátrico-cura, efetivada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil e a construção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul são produções transdisciplinares: pela capacidade de gerar crise, produzir diferenciação e ativar autorias.

Benevides e Passos conceituam a transdisplinariedade ao proporem a construção do plano da clínica, defendendo que toda clínica é transdisciplinar. Aqui, dois outros encontros desestabilizadores são produzidos com Alcindo Ferla (2002) e Ricardo Ceccim (2004).

Ferla provoca, com sua formulação de uma clínica nômade: capaz de assumir novos arranjos ético-estéticos para potencializar a saúde e afirmar a vida em cada situação de atendimento. Prática construtora e construída por outra pedagogia: mestiça, de escuta à vida, às sensibilidades e singularidades, com suas múltiplas racionalidades e produtora de protagonismo.

Ceccim propõe diretamente o "entre-disciplinar" para as práticas de educação e de saúde. O autor utiliza a figura da *terceira margem do rio,* de Guimarães Rosa, a imagem da travessia de Che Guevara entre uma margem do rio (onde estão os profissionais de saúde) e outra (onde estão os pacientes) no filme *Diários de Motocicleta* de Walter Salles Jr. e o conceito de intercessor em sua proposta-aposta. No "entre", zona de fronteira, de apagamento de domínios, de travessia, da transmutação de valores, de surpresa, de aprendizagem, lugar de efeitos, de subjetivação: a terceira margem. Entre-disciplina, zona das "intercessões das práticas disciplinares, umas às outras, diferenciando-se cada uma de forma viva" (Ceccim, 2004, p.273).

Para Benevides e Passos, para Ferla e para Ceccim diferentemente de sujeitos que transitam a vontade em mais de um campo realizando sínteses provisórias, como propôs Almeida Filho, a transdisciplinariedade ocorre entre campos, desestabilizando-os e os

sujeitos (intercessores) são os que suportam o trânsito na zona de fronteira, a perturbação, a diferenciação criativa, ou seja, a produção da terceira margem do rio.

O Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva bi-nacional, promovido pelas Universidades de Ijuí do Brasil (Unijuí) e de Missiones (Unam), da Argentina, com módulos alternados num e noutro país, como já foi referido nas rotas da navegação, exigia que alunos, professores, coordenadores e autoridades acadêmicas se deslocassem mensalmente de balsa pelo rio Uruguai, pois não havia estrada nem ponte. Imagem concreta, mas todos participantes se implicaram com a proposta e, por isso, assumiam o desafio da travessia de um lado a outro, mas também pelo "entre". Nessa tessitura de redes, de itinerância, de multiplicidade e de possíveis vivi uma situação-marcadora de intercessão: atravessei o rio Uruguai de barco a remo à noite. Foi o modo de viabilizar e explicitar a implicação de professora (de um módulo na Argentina num dia) e de psicóloga (da Pensão Pública Protegida *Nova Vida* em Porto Alegre, que realizava sua confraternização de final de ano no dia seguinte). Os horários da balsa não permitiriam tal operação e a opção foi pelo meio utilizado pela cultura local de fronteira: o barco a remo dos pescadores. Entre medo, excitação e indagações vivi a sonoridade suave do ritmo das águas, bem como vi o rio-céu estrelado e uma enorme lua cheia nascer dourada. A aula e a festa tiveram ressonâncias, interferências da travessia intercessora e perturbadora de práticas.

Produção de transdisciplinariedade ocorreu no encontro entre operadores do direito e da saúde mental nos cursos e nos municípios. Professores convidados para aulas sobre legislação e cidadania no curso de Passo Fundo, o juiz Paulo Félix (1993) e o procurador do estado Geraldo Feix, modificaram suas práticas profissionais (sentenças, mandados e pareceres) a partir dos debates sobre desinstitucionalização, integraram o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e

nos apresentaram as propostas do direito alternativo. Em Alegrete, o curso das águas da vida de Clara foram modificados pela interferência das *mentaleiras* nas práticas do Ministério Público e as práticas de saúde mental foram se transformando no encontro com ela. Clara não foi encaminhada para internação num hospital psiquiátrico em Porto Alegre, foi cuidada, reconstituiu sua história e impulsionou a qualificação das tecnologias de cuidados de saúde mental em Alegrete.

Camiseta Cooperativa Qorpo Santo (Alegrete)

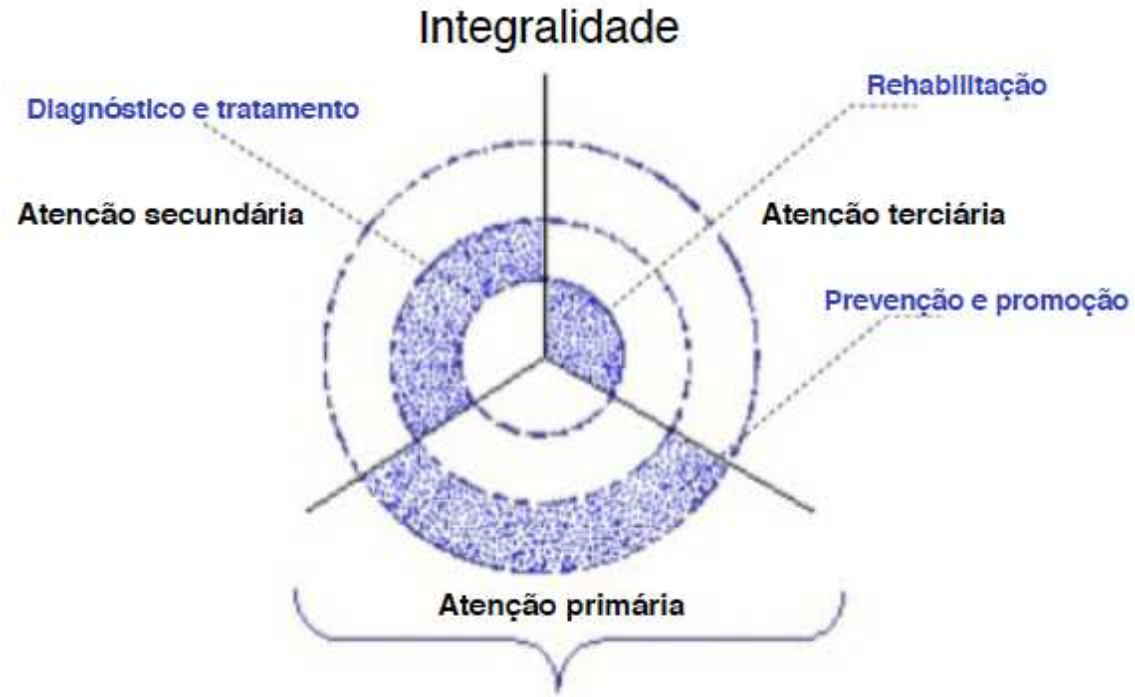
5.4 Integralidade

Conceito complementar ao de transdisciplinariedade foi o da integralidade. Em cena a vertente vidaprofissionalização: entre os princípios estavam o atendimento personalizado e a atenção integral, referências à singularidade, à clínica, ao acesso durante as vinte e quatro horas do dia, nos sete dias da semana, ao cuidado necessário à saúde. Princípios inexistentes no sistema de saúde pública da década de 1970, quando foi criado o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, mas práticas que alicerçaram e integraram o meu ser-saber-fazer, integralidade-eqüidade, no início deste milênio.

A reforma sanitária, que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), teve como diretriz a atenção integral à saúde. A integralidade, no tocante à

assistência, deve ser entendida como a conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde.

O campo da saúde mental foi um terreno fértil para compor a integralidade. Nos *Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental no Rio Grande do Sul* (1987)foram formulados, pela primeira vez, os conceitos e as estratégias de implementação de uma atenção integral à saúde mental, na condição de uma política pública estadual, em nosso estado. As estratégias propostas para a integralidade articulavam níveis de prevenção — primária, secundária e terciária —com os níveis de abordagem — sócio-comunitário, ambulatorial e hospitalar, produção de conhecimento, capacitação e pesquisa, realidade epidemiológica e clínica ressignificada.



O desafio era provocar e propiciar que todos os serviços realizassem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de capacitação-pesquisa, de acordo com as necessidades individuais e coletivas da população, bem como com as especificidades tecnológicas dos mesmos. As instituições que se mobilizaram na direção de tais propostas,

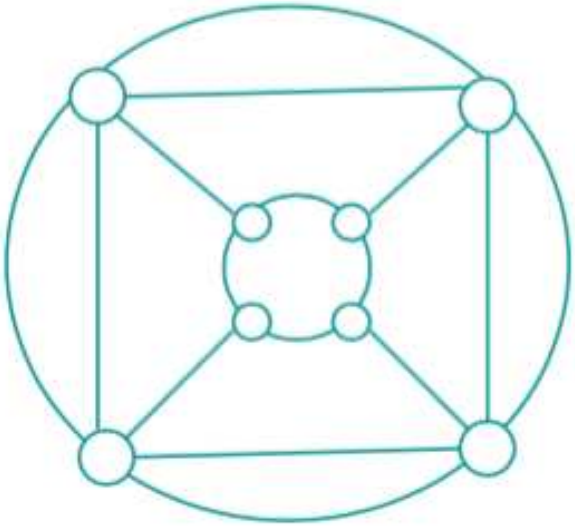
desencadearam um processo de reorganização do trabalho de um modo participativo — uma das prioridades da saúde mental. Processo que rompia com a rigidez dos sistemas piramidais de organização da assistência à saúde, possibilitava a reorientação do modelo assistencial com as equipes locais sendo produtoras participantes das políticas e dos planos de saúde e saúde mental. O mesmo coletivo de trabalho pensa, sente, planeja e faz.

Concomitantemente, a reforma psiquiátrica no Brasil foi assumindo os contornos e as propostas da desinstitucionalização que, assim como a reforma sanitária, exigia um novo paradigma ético-estético-político. Eram necessários novos e outros saberes-fazeres. Na saúde mental, produzia-se a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, afirmando sua superação pela invenção de tecnologias de cuidado que dispensassem o hospital psiquiátrico e se ocupassem das existências em sofrimento na cultura. Os serviços precisavam ser-estar acessíveis, produzir acolhimento, responsabilização e resolutividade, mediante a plasticidade nas tecnologias de cuidado oferecidas, para que se contemplasse a diversidade de necessidades de cada usuário. Há uma radicalização do princípio de integralidade, quando associado às singularidades/subjetividades, e não apenas à assistência.

Gastão Campos (1994) realizou uma feliz síntese da contribuição da saúde mental ao SUS e propôs a reconfiguração do sistema de saúde, da pirâmide ao redemoinho de ponta cabeça, “com a base em movimento sobre o solo”. Luis Cecílio (1997) propôs a superação da pirâmide pelo círculo na estruturação de modelos tecno assistenciais de saúde tendo como centro os usuários. Righi (2002) entremeou os temas da rede, território, poder local e complexidade, na constituição de sistemas de saúde, desmontando a pirâmide em diagramas de rede local para alcançar a integralidade. Ceccim

(2005) propôs a imagem de malha de cuidados ininterruptos, tramando serviços e linhas de integralização dos cuidados. Imagem que publicizou na IV Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2003), preparatória para a XII Conferência Nacional de Saúde. O mesmo autor compôs o diagrama de uma mandala como expressão da disruptura com as racionalidades administrativas e gerenciais hegemônicas quanto à hierarquização e à regionalização propostas para o Sistema Único de Saúde. A hierarquização seria o *desenho dos eixos de comunicação, das linhas de cuidado e do matriciamento do trabalho em rede.* A regionalização seria o *desenho de zonas em torno dos pontos de contato e cruzamento onde ocorrem pactos entre gestores e laços com redes sociais,* tendo como *centro* ou *orientação ao centro* os usuários (Cecim, 2005, p.166).

Diagrama básico de uma mandala



A integralidade é eixo estruturante para a afirmação do SUS. Está associada à superação do reducionismo das práticas de saúde, à organização dos processos de trabalho e do sistema sócio-sanitário, à formulação das políticas de atenção a problemas e populações específicas,

às necessidades das pessoas e suas condições de vida, à escolha das tecnologias de atenção, às inter-relações subjetivas e de produção da autonomia (Mattos, 2001; Cecílio, 2001).

Há acordo de que é necessária uma ressignificação da clínica e novas formulações foram concebidas, ao longo dos anos 1990, início dos 2000, oriundas, tanto do campo da saúde coletiva, como do campo da saúde mental, passíveis de diálogo entre si. Assim, é possível nomear ousadas e inventivas expressões-sínteses: clínica ampliada, clínica antimanicomial, clínica no plural, clínica da sensibilidade, clínica nômade, clínica da resistência e criação, clínica do cuidado e clínica em movimento. Florianita Campos (1992) e Gastão Campos (1997), Ana Marta Lobosque (1997 e 2003), Jonas Melman (2001), Emerson Merhy (2002), Ricardo Ceccim (2004) e Alcindo Ferla (2004) são autores referência para o tema. As duas primeiras, clínica ampliada e clínica antimanicomial, já têm um certo acúmuloteórico-prático, as outras, talvez seus autores nem tenham essa pretensão, embora todas sejam efetivas.

Regina Benevides e Eduardo Passos têm pesquisado-intervido na questão da clínica sem outra nomeação, mas afirmando-a como transdisciplinar (2000), pública (2004), autopoiética, contemporânea, de passagem e analítica institucional[13] (2005). Os autores dizem que *definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica,necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/ análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente* (2004, p.168).

A construção da integralidade inclui rede de serviços e cuidados. O acoplamento das propostas de “malha de cuidados ininterruptos” (Ceccim, 2005) e de “redes quentes” de produção de subjetividades (Benevides e Passos, 2004) dialogam com a integralidade produzida em Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul e expressam a integralidade necessária para o Sistema Único de Saúde ser um sistema vivo. A proposta de malha inclui a

[13] Afirmativas pontuadas no *Colóquio em dois movimentos: de Porto Alegre a Niterói, acompanhamento terapêutico e políticas púbicas de saúde*, promovido pelo Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública da UFRGS e pelo Projeto de Acompanhamento Terapêutico da UFF, out. 2005 e jan. 2006.

conectividade entre os nós, viabilizando o acesso ao sistema a partir de qualquer um de seus nós (unidades produzidas e produtoras de linhas e fluxos de cuidados); o trabalho regionalizado, intercomplementar e em equipe para efetiva resolutividade e inova com a característica de maleabilidade produtora de autonomia (escuta dos usuários e entre os profissionais), com o direito à informação e com a invenção (de tecnologias, de vida e de existências) geradora de responsabilização frente ao criado (Ceccim et al, 2005). As redes quentes são geradoras de efeitos de diferenciação pela dinâmica de conectividade ou de conjunção, são redes heterogenéticas, nas quais a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão constituem planos de produção de novas formas de existência, queresistem à serialização e ao assujeitamento próprios do capitalismo mundial integrado, na formulação de Guattari (1981), produtor de redes frias. A aposta clínico-política é de que a experiência clínica, assim como a vida, no contemporâneo, é a um só tempo de incidência dos mecanismos de biopoder e um ponto de resistência biopolítica (Benevides e Passos, 2004).

A produção de redes quentes em malhas de cuidados ininterruptos exige sujeitos encarnados. Sujeitos como expressou Alcindo Ferla (2004) corporificados, pulsáteis, singulares, marcados histórica e socialmente, com cicatrizes visíveis e invisíveis dos processos de disciplinamento e de subjetivação, que, ao mesmo tempo, nas dobras do corpo, são constituídos por movimentos, forças, afetos e devires (potências de vida). Potências que precisam ser escutadas e enxergadas para o agenciamento de *vidas que podem vingar* ou de uma *nova saúde, mais forte, mais tenaz, mais alegre, constantemente conquistada,* como propôs Nietzsche (2001, p.286) na *grande saúde.* Aprendizagem possibilitada pela pedagogia da implicação.

A aprendizagem da integralidade das nascentes às rotas da navegação incluíram a coexistência de produções apolíneas e dionisíacas: a ressignificação do corpo (das lutas, do trabalho, do amor), o boletim poético, os saraus musicais, a dança e as celebrações nos cursos de saúde mental coletiva e nos serviços-oficinas de Bagé, Alegrete, Santo Augusto e São Lourenço do Sul.

O modo como em Alegrete foi tramada a malha de cuidados ininterruptos, a partir das necessidades de cada usuário revela autoria de sujeitos encarnados capazes de tecer uma rede quente. O morador de Canoas, Clara e a artista foram "cidadãos fundamentais para a democratização da técnica em saúde mental em Alegrete" (Ferrari apud Salbego, 2004, p.50). Os mentaleiros são encarnados.

Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Santo Augusto)

5.5 Invenção, geração

Apresentadas as categorias do matriciamento (quadrilátero da educação) e do poder (pensamento estratégico) no setor da saúde, os conceitos de transdisciplinariedade e de integralidade, surgem os dispositivos da pedagogia da implicação, dispositivos de invenção, geração. Dispositivo formulado por Foucault e sintetizado por Deleuze (1990) como entrecruzamento, mistura, variações e mutações de linhas de visibilidade, de

enunciação, de força, de subjetivação, de ruptura, de fissura e de fratura. A filosofia dos dispositivos repudia a universalidade e propõe processos imanentes a dado dispositivo: quais as possibilidades intrínsecas de criatividade, de liberdade dos modos de existência. O dispositivo se define pelo que detém em novidade (atualidade) e pela capacidade de se transformar ou fissurar emproveito de um dispositivo do futuro. É necessário distinguir em todo o dispositivo o que somos (o que não seremos mais) e aquilo que somos em devir, distinguir a história e o atual.

Como já referi nas *nascentes* (meu arquivo), ter nascido em Uruguaiana, na fronteira-oeste do Brasil com a Argentina e o Uruguai, bem como ter vivido um período de transição histórica, de inovações tecnológicas e de mudança de paradigma me permitiu uma identidade latino-americana, uma noção alargada de território, uma certa convicção de que a história também foi feita por mim.

Minha geração vivenciou as modificações do último século, pois quando nascemos, não havia televisão em nossas casas, o automóvel não era acessível à classe média, o telefone não fazia parte das comunicações cotidianas, a maior parte da população vivia no campo; os movimentos estudantis, de mulheres, pelos direitos humanos e ecológicos eram embrionários ou não existiam; o homem não tinha ido à lua; havia a guerra fria e a divisão do mundo se fazia em três blocos. Em quarenta anos tudo, ou quase tudo, se transformou: a televisão faz parte da família; o automóvel, de patrimônio, virou um bem de consumo; sem telefone ninguém mais vive (principalmente o celular); passamos a viver nas cidades; os movimentos sociais são responsáveis por conquistas de direitos; ir à lua já é quase um passeio; a União Soviética deixou de existir e o muro de Berlim foi demolido. Estamos na era da informática. As mais belas produções humanas, assim como as mais medonhas, podem ser acessadas pela internet. Muitos avanços e muitos sofrimentos, porém, como não acreditar que é possível inventar e reinventar o mundo? Muitas engenhocas de captura, mas também dispositivos de disruptura.

Considero que nossa geração foi praticamente compelida à invenção. No que me diz respeito, a invenção gera prazer, viabiliza-se coletivamente,

exige solidariedade, capacidade de suporte, de solidão e de consciência histórica. Constituir e participar de espaços-laboratórios de vida, de usinas de criação, são circuitos desejantes de alta significação para mim (o atual, *em que fui me tornando*). Desse modo, aceitei ser *"a primeira mulher e não médica"* a coordenar a política de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do RioGrande do Sul, em 1987. Participei da criação da primeira pensão pública para portadores de transtorno mental, assim como da casa de transição para os mesmos e da instalação do primeiro Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (Caismental) em Porto Alegre. Continuei na trajetória dos "primeiros" em Viamão: criamos o colegiado gestor e uma rede de atenção à saúde que não existia. Entendi que, para mim, ser a primeira, estava associado à invenção, à geração e não à classificação. Em 2001-2002 tive a possibilidade de constituir e integrar o corpo docente de um curso de graduação que não existia: "Administração de Sistemas e Serviços de Saúde" numa universidade em criação: a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Ceccim, 2002). Em 2003, aceitei o desafio de ser Secretária de Saúde do município de Porto Alegre, fui a segunda mulher e a primeira psicóloga no cargo e as alegrias foram, num curto período (17 meses), as de mobilizar o potencial dos trabalhadores e dos serviços para analisar e modificar o processo de trabalho na gestão, incluindo o financiamento e a atenção. Mais uma vez a educação foi ativadora de processos de invenção. Implantamos o *acolhimento* na rede de serviços, fizemos a regionalização do atendimento hospitalar, vinculando hospitais à determinada população do município e a rede de unidades de saúde da Secretaria, o que possibilitou constituir a *linha de cuidado mãe-bebê*, na qual a gestante sabe onde fará o parto e as equipes passam a trocar informações sobre as pessoas acompanhadas, efetivamos a *contratualização* com os hospitais de ensino da cidade, por meio da qual as instituições comprometeram-se com metas qualitativas e quantitativas de assistência, gestão, ensino e participação e passaram a receber de acordo com cumprimento das mesmas. Realizamos a *I Mostra* dos trabalhos executados pelos trabalhadores da rede de serviços municipais e fizemos duas publicações, uma com os trabalhos da *Mostra* (2004) e outra sobre *Acolhimento* (2004).

Aprendi que, para mim, o exercício da liberdade para criar é essencial à vida e que, para muitos outros, também é. É um processo de criação-recriação própria-do-outro-nossa. São muitos os que me criaram e que criei.

O tema da invenção/geração produziu outro encontro: com Virgínia Kastrup e seu livro *a invenção de si e do mundo* (1999). Ao estudar a cognição, a autora introduziu o tempo e o coletivo como constitutivos da invenção, indagou sobre uma prática pedagógica apropriada ao saber híbrido e produtor de diferença e propôs uma política da invenção, na qual se mantém vivo o aprender a aprender, política cuja chave é a manutenção da tensão permanente entre a ação e a problematização provocada por aprendizes-artistas em suas práticas diárias.

Salbego (2004) ao cartografar a processualidade da saúde mental coletiva no município de Alegrete referiu que mais do que tecnologias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, o processo foi de invenção de modos de andar a vida de todos implicados: comunidade, familiares, usuários e coletivo de trabalho, para tanto, escreve "buscamos um conhecimento que fosse emancipatório", produtor de autoria.

Conceituando políticas públicas *como ações, programas, projetos, regulamentações,leis e normas que o Estado desenvolve, para administrar de maneira mais eqüitativa os diferentes interesses sociais* (Almeida, 2001), identifico o Sistema Único de Saúde como uma das políticas públicas mais férteis para a superação de iniquidades no nosso país, mas aprendi que se sua operação não for mediante trabalho vivo (com implicação) ele é só um ideário, não uma prática. Precisamos de uma pedagogia da implicação para o trabalho vivo e aprendi que com recursos da educação podemos interceder por políticas públicas de saúde que funcionam como dispositivos. Pedagogia que inclui a aprendizagem de utilizar positivamente os conflitos e contradições (Testa, 1997) e de politizar no sentido *de criar um caso gritante com seu problema, conquistar o respeito a ele, forçar sua clara colocação em pautas que não o previam ou que eram destinadas a escondê-lo ou ignorá-lo* como escreveu Orlandi no prefácio do livro de Virgínia Kastrup (1999, p.11).

O SUS foi concebido no contexto histórico de democratização do país, no qual o desafio da construção de sua viabilidade e de controle da sociedade sobre o Estado era imprescindível. O exercício desse controle exige pessoas capazes de protagonismo, de exercício de cidadania e de autonomia, capacidades a serem desejadas e conquistadas por parcelas significativas da sociedade. Para tanto, há necessidade de propostas de distribuição de poder (políticas) geradoras de maior autonomia aos diversos atores sociais, de novos valores, de multiplicidade de processos de subjetivação daqueles, até então, discriminados, por questões de gênero, de etnia, de patologia ou de classe social. São propostas que necessitam de organizações e métodos democratizantes, participativos, includentes e inovadores para terem suporte e consistência.

O conceito de saúde no qual o SUS está alicerçado explicita que a saúde é determinada pelas condições de vida, portanto resultante de processos trans-setoriais, que envolvem ambiente, desenvolvimento, cultura, educação, assistência social, segurança, habitação e direitos humanos. Nesse sentido, o sistema e os serviços de saúde precisam ser partícipes de uma rede de proteção social, na qual o compromisso é responder às necessidades das pessoas: condições de vida, acesso a tecnologias, cuidado e desenvolvimento da autonomia. Rede quente propiciadora de acolhida, cuidado e apoio.

Os desafios da gestão são de direcionar e redirecionar recursos para os processos efetivamente produtores de saúde, de criar dispositivos e instrumentos indutores, potencializadores de coletivos de trabalho no cotidiano dos serviços, interconectados em rede e transformadores das situações locorregionais.

Por isso, vou aprofundar as intercessões da educação para as políticas públicas expondo experiências de políticas públicas em afirmação da vida, nas quais desempenhei oprotagonismo de gestora do poder executivo municipal em saúde, foram aprendizagens de um gestor implicado com vida, com cidadania e com organização de coletivos em movimento social.

Primeira Experiência:
A escola como matriciamento da educação na gestão do cotidiano sócio-pedagógico

Na região de fronteira, entre Viamão, Alvorada e Porto Alegre, localiza-se um dos espaços urbanos de maior vulnerabilidade e baixa qualidade de vida dos viamonenses: ocupação irregular, ausência de saneamento básico, assoreamento do arroio e contaminação de nascentes, mortalidade infantil local mais alta que a do município, maior incidência de gravidez na adolescência, baixa escolaridade, altos índices de violência associada ao tráfico de drogas ilícitas, maior concentração de trabalho infantil e de denúncias junto ao conselho tutelar.

Como gerenciar uma escola na referida região, no contexto de um governo democrático popular, que propõe participação, inversão de prioridades e inclusão social? Um governo que implementa o Orçamento Participativo na cidade e o planejamento participativo no sistema escolar. Aqui operou a sensibilidade e a capacidade da diretora oriunda da localidade e comprometida com a melhoria das condições de vida no município. As decisões e os processos na escola eram coletivos, incluíam a comunidade escolar e as necessidades sociais do conjunto de moradores da região. O cotidiano da escola abrangia essa globalidade.

Vejamos alguns exemplos que sinalizam isto. Comecemos pelo pátio sempre aberto, seus bancos utilizados pelos moradores, como se fossem de uma praça pública. Ali sentavam para descansar, para conversar, receber visitas, pois, para muitos, aquele era o melhor espaço disponível de sociabilidade. Continuemos pelo recreio e pelo lanche, cujo horário era estabelecido pelos professores, conforme o ritmo das aulas e dos alunos. Assim, o pátio e o refeitório nunca estavam superlotados, não gerando os problemas conhecidos de vigilância e de disciplina dos intervalos

convencionais e, principalmente, era um *continuum* do processo pedagógico, coerente com o que ocorria na sala de aula. Em relação ao refeitório, foi deliberada, no Orçamento Participativo, sua ampliação física e de seus equipamentos. Com quais finalidades? Além de cumprir suas funções para a escola, transformá-lo em um dispositivo de aprendizagem e de geração de renda das famílias dos alunos e da região. O refeitório passou a ser uma incubadora de projetos de economia solidária, de cooperativas de trabalho, assim como um espaço de convivência: ali passaram a ocorrer festas familiares e comunitárias. Também resultado de votação no Orçamento Participativo, uma quadra esportiva foi construída e equipada, na qual, durante o dia, em especial os adolescentes, jogavam futebol. Com um ano de disponibilização da quadra, só uma vez um vidro foi quebrado e, quando a diretora foi falar com os jogadores, eles já tinham recolhido o dinheiro para repor o material, com reserva para outro, caso viesse a ocorrer novamente. Havia uma combinação prévia sobre o tema entre direção e adolescentes. Ainda mais, as salas de aula também eram utilizadas para a alfabetização de jovens e adultos.

Esse modo de estruturar e conduzir o cotidiano escolar produziu um ambiente tranqüilo e, ao mesmo tempo, efervescente, exigindo que os professores e funcionários fossem flexíveis, heterodoxos e muito autônomos. Houve professor que não conseguiu trabalhar nesse cotidiano e solicitou transferência. Intitulei a escola e a diretora de antimanicomiais, pois ali havia espaço para identificar e desenvolver potências de vida. Era uma escola que respondia às necessidades sociais da população na qual estava inserida, constituindo-se em um serviço efetivamente público. A escola era dispositivo de desinstitucionalização, ou seja, de superação do padronizado e do restritivo, dispositivo de processos aprendizes. O modo como a escola organizou os processos de trabalho convocava positividade, responsabilização e confiabilidade entre todos os envolvidos, uma pedagogia da implicação estava ali. A referida diretora foi candidata à vereadora e, em 2004, assumiu a Secretaria Municipal da Educação, em um reconhecimento público de sua liderança e capacidade de gestão criativa.

Segunda Experiência:
A hospedagem como poder de afirmação da vida numa situação crítica

Viamão, outono-inverno de 1998, 1.500 famílias do Movimento Sem Terra acampam no município. Como exercer a atribuição de mediador a que o governo municipal se propunha? Que relações estabelecer entre governo municipal e movimento? Que mediações desenvolver entre viamonenses, governo e acampados? Tratava-se do segundo ano do mandato de um governo democrático popular, eleito pela primeira vez em 1996. O município tinha 200 mil habitantes, era o penúltimo município em renda *per capita* da região metropolitana, a mortalidade infantil estava em 22 crianças mortas, até 1 ano de idade, por mil nascidas vivas, a atenção básica de saúde havia sido municipalizada em abril daquele ano, a cidade não contava com um único hospital com atendimento pelo SUS. Contexto de vulnerabilidade e fragilidade sócio-econômica, porém com a população e o governo mobilizados para processos de mudanças ético-políticas, capazes de superar as condições desfavoráveis. Eu exercia a titularidade da Secretaria Municipal de Saúde. A proposta transformadora foi convocar a cultura de acolhimento da cidade e não a de expulsão; de considerar os acampados como hóspedes e não como invasores. Considerou-se, no governo, o dado de que o município vinha recebendo o maior contingente de migrantes da metade sul do estado do Rio Grande do Sul e tinha a maior população de funcionários públicos estaduais aposentados, ou seja, pessoas pobres e empobrecidas economicamente que estavam em busca de acolhimento com boas condições de vida, um perfil semelhante ao das famílias acampadas.

Quanto à saúde, nos deparamos com a situação-limite do cuidado de crianças recém nascidas ou com poucos meses de vida, que eram hospitalizadas e, ao retornarem para o acampamento, pioravam suas condições de saúde e eram reinternadas fora do município. Como quebrar tal

ciclo vicioso de adoecimento e exclusão e produzir aí mais vida? Precisávamos ofertar uma alternativa de cuidados que não estava disponível. O desafio era de ousar inventar uma solução local, identificando potências de vida com/nos recursos disponíveis.

Construímos uma proposta inusitada: *e se propuséssemos às famílias viamonenses, residentes próximas ao acampamento, que hospedassem as crianças pós-alta hospitalar até seu completo restabelecimento? Teria eco uma proposta como esta? Os pais das crianças aceitariam a oferta?* Só tentando para saber. Fomos a campo!

O resultado foi surpreendente: foi aceito o desafio! Famílias inscreveram-se para hospedar crianças e abrir suas portas para os pais cuidarem dos filhos nesse período. Uma equipe de trabalhadores da saúde e da assistência social se dispôs a realizar o atendimento domiciliar. O executivo municipal se comprometeu a dar suporte político-técnico-logístico ao processo. O grupo mais inseguro na pactuação foi o dos acampados, pois não havia experiência prévia semelhante, nem vínculo estabelecido. Ao contrário, as experiências anteriores eram hostis, de serem considerados intrusos, tanto por governantes quanto pela população local. Porém, a oferta foi aceita e nos pusemos em ação. Todos com o coração na mão!

Os objetivos eram de reduzir a mortalidade infantil, diminuir as reinternações, ampliar a capacidade dos cuidados familiares, facilitar a inserção ou, pelo menos, acomodar a circulação das famílias na cidade e dar suporte às famílias mais vulnerabilizadas pela situação dos filhos. Sabíamos que estávamos sendo ambiciosos, que o “contrato” comportava riscos e incertezas, o que nos fortalecia era a possibilidade de contribuir para uma ética de proteção social e com a solidariedade. O tempo em que as crianças ficariam hospedadas seria o tempo da suportabilidade dos anfitriões, da equipe e dos pais, nem sempre coincidente com o tempo necessário para que os pequenos hóspedes readquirissem plenas condições de saúde. A capacidade de dar suporte foi constituída e delimitada pelos recursos afetivos, tecnológicos e de pactuação *dos* e *entre os* implicados. Um limite significativo foi o temor dos pais de perderem a guarda dos filhos, caso ficassem muito tempo com outra família. Entendemos que o temor se

embasava na vivência real da relação conflitiva entre Estado e Movimento, assim como, na experiência de estar em uma situação concreta e subjetiva de fragilidade para o exercício pleno da paternidade. Nesse contexto, alguns pais preferiam a reinternação ou o retorno para o acampamento. Decisão que exigia das equipes técnica e gestora, o exercício da capacidade de dar suporte e gerar confianças.

O que ocorreu? Houve mortes de crianças, ocorreram várias internações, mas mais famílias podiam se beneficiar com a proposta. Concomitantemente, evitamos a morte de algumas crianças, espaçamos reinternações e várias famílias se fortaleceram com a experiência, mas, principalmente, o vivenciado possibilitou a tessitura de uma rede de proteção social, numa situação muito adversa, na qual o gestor público foi articulador de atores e de recursos que se potencializaram, atuaram de modo sinérgico e que estavam disponíveis e, até então, não tinham sido acionados. Não estávamos mais com os corações "nas mãos", mas "em nossas mãos". Tocamos e fomos tocados: o dispositivo criado emergiu da solidariedade, da incerteza e da impotência, gerando afirmação da vida.

E o acampamento? As famílias ficaram cerca de um ano, parte delas integrou o assentamento *Filhos de Sepé*, no próprio município de Viamão, tornando-se novos moradores, com uma memória de acolhimento, cuidado à saúde e apoio para seus projetos de vida.

Terceira Experiência: A transdisciplinariedade em processos de estruturação de políticas públicas

A partir da Secretaria Municipal da Saúde desenvolvemos um trabalho intersetorial e transdisiciplinar de educação ambiental, na escola municipal de educação básica referida anteriormente. O projeto envolveu várias secretarias municipais, abrangeu uma oficina, uma feira e um mutirão ecológicos, a confecção de material educativo, a criação e apresentação de um programa de rádio, a compra de equipamentos para comunicação e

locação de material necessário para infra-estrutura da feira e do mutirão. O projeto foi viabilizado por meio de emenda parlamentar. A oficina foi coordenada por um educador, advogado, assistente social e palhaço, que formulou a proposta da "educologia" (Magnólio, 2003), onde articulou pedagogia, ecologia e saúde mental coletiva. Os conteúdos trabalhados foram transformados em linguagem radiofônica e em material comunicacional: cartazes, camisetas, bonés e cartilha que foram utilizados na feira organizada pela Prefeitura e coletividade local, no campo de futebol da região. A metodologia da oficina incluiu intervenções ludo-pedagógicas junto à população, que vivia nas bordas do arroio, para mobilizá-la em relação ao meio ambiente e à vida, assim como integrou o cotidiano da escola por meio da interação com os alunos e professores. Os participantes da oficina eram trabalhadores das secretarias da Saúde, da Assistência Social, da Educação, do Meio Ambiente, de Comunicação, da Cultura e de Obras, assim como moradores da região, familiares e delegados do Orçamento Participativo.

O projeto foi desenvolvido com o objetivo de ser mais um disparador para a implementação de uma política sócio-ambiental no município, de introduzir a comunicação social e a educação popular como constitutivas das políticas públicas municipais. A oficina funcionou como dispositivo na mobilização de talentos, na construção de alianças dos trabalhadores e dos munícipes para as ações do governo, na facilitação da comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores e para a tessitura de uma rede de cumplicidade entre os participantes. A oficina colocou os participantes em situação de protagonismo das políticas públicas e, ainda, gerou valor para os mesmos: um deles revelou que foi seu primeiro certificado e o pendurou num lugar de destaque em sua casa.

Quarta Experiência: construção de uma unidade básica de saúde concebida a partir *da* e *para* possibilitar o exercício da integralidade

A experiência de gestão no município de Viamão e na região da escola referida anteriormente, possibilitou-nos, ainda, a tarefa de reconstruir uma unidade de saúde. Havia uma unidade básica, à beira de um arroio que,

freqüentemente, transbordava, inundando inclusive o posto de saúde. Tratava-se de um prédio de madeira, com problemas de manutenção e de estrutura que o tornavam muito úmido e inseguro, no qual a equipe se recusava a continuar trabalhando, inclusive pelo excesso de problemas de saúde entre os trabalhadores. A população, por sua vez, decidiu no Orçamento Participativo a construção de uma nova unidade no mesmo lugar. Nesse período, o governo municipal, junto com os demais municípios vizinhos — Porto Alegre e Alvorada — desenvolveu uma política sócio-ambiental, com financiamento externo, que incluía a recuperação do arroio e a urbanização do entorno. Foi um período de muita discussão e de pactuações entre governo e população e entre secretarias, bem como intra-Secretaria da Saúde.

Uma concordância: a construção da unidade poderia contribuir para a urbanidade da região, ser marcadora de uma cultura de valor daquilo que é público. Com esses propósitos, foi constituído um grupo de trabalho com profissionais da saúde, do planejamento e do meio ambiente, acompanhado por integrantes do Orçamento Participativo e do Conselho Municipal de Saúde. O conjunto da obra abrangeu pavimentação, saneamento, circulação viária, transporte coletivo, campo de futebol, escola e unidade básica de saúde.

A unidade foi concebida com o objetivo de responder às necessidades sócio-sanitárias da população, que já contava com escola municipal. As necessidades estavam evidenciadas pela mortalidade infantil elevada, alto percentual de gravidez na adolescência, alta freqüência de maus tratos às crianças e jovens, baixa escolaridade e escassos espaços públicos de convivência. Estes indícios foram norteadores para a proposição da planta física da unidade de saúde. O prédio comportou três áreas: uma sócio-sanitária, outra de saúde coletiva e uma última de assistência à saúde. Esta denominação das áreas destacava que eram diferenciadas - mantenho-as provisoriamente -, pois não evidenciavam, precisamente, suas destinações. A primeira era constituída pela recepção, banheiros, refeitório e uma sala multiuso. O refeitório e a sala podiam ser utilizados, tanto para ações de saúde, quanto para outros setores, nos diversos turnos, inclusive nos finais

de semana. Poderiam ocorrer grupos de saúde, oficinas culinárias, cursos de alfabetização, reuniões de equipe e comunitárias ou reuniões do Orçamento Participativo, de acordo com as demandas e disponibilidades dos espaços que, por sua vez, deixavam de ser exclusivos dos funcionários e se constituíam em espaços efetivamente públicos. A segunda área foi destinada para procedimentos estritamente de saúde, de grande volume de trabalho e de circulação de pessoas, tais como: assistência farmacêutica, curativos, vacinação, observação clínica, nebulização e coleta para exames. Procedimentos que ocorrem praticamente durante todo o tempo em que a unidade está aberta. A terceira área, objetivando propiciar ambiente de privacidade, foi constituída por uma sala de espera menor e por consultórios, um com banheiro, para a ginecologia e um específico para a odontologia. Em geral, ocorriam ali consultas agendadas e em menor volume que os demais procedimentos. Cada uma das áreas estava separada por portas, que poderiam ficar abertas ou fechadas, segundo o uso que fosse feito.

A planta da unidade procurou dar materialidade ao conceito de unidade básica de saúde, elaborado pelo colegiado de gestão da Secretaria Municipal de Saúde:

> espaço institucional e convencional de efetivação da acolhida, da clínica e da promoção à saúde com responsabilização, resolutividade e controle social, de importância estratégica na rede de atenção integral à saúde. A tarefa da unidade básica de saúde é criar processos de trabalho de acolhimento, de cuidados e de zelo, onde os trabalhadores estejam sendo formados em acolhedores, cuidadores e zeladores. (Fagundes, 2001, p.34)

A construção da unidade foi acompanhada pela população local e a escolha do nome ocorreu por votação. O processo de elaboração do projeto, de construção da unidade e o cuidado estético e ambiental provocaram discussões na população, indicando que estávamos produzindo uma mudança de paradigmas. Alguns comentários indicavam críticas à mudança: para que um prédio tão grande? Outros apontavam a desvalorização da população usuária: um posto tão bonito para nós?! O fato é que o que ali se construiu, serviu para fazer diferença na vida da região.

Quinta Experiência: a construção do projeto Morada São Pedro

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado do Brasil que aprovou uma lei de reforma psiquiátrica, a qual proibia a ampliação e construção de hospitais psiquiátricos e propunha a criação de uma rede de serviços substitutivos. Para o Hospital Psiquiátrico São Pedro foi elaborado o projeto *São Pedro Cidadão*, já inventariado nas rotas de navegação, o qual integrei como militante sócio-política do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, como Secretária Municipal de Saúde de Viamão, na região metropolitana, como docente do programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública - RS e, por fim, como Secretária Municipal de Saúde da capital do Estado.

Entre as propostas dos diversos grupos de trabalho existiam aquelas destinadas aos moradores do hospital. O governo estadual que assumiu em 1999 tomou a decisão de implementar o projeto chamado *Morada São Pedro,* identificando-o como uma das prioridades da gestão das políticas públicas (Frichembruder et al, 2002). Foi constituído um grupo de trabalho intersecretarias do estado e do município de Porto Alegre: Saúde, Educação, Cultura, Planejamento, Habitação e Assistência Social, com representantes dos moradores vizinhos ao hospital e os moradores institucionalizados. As ações incluíram uma pesquisa multicêntrica desenvolvida no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul com a Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de avaliar o potencial de autonomia dos moradores do hospital. Foram criadas casas de transição no hospital para a aprendizagem e exercício da autonomia, as quais foram importantes tanto para os moradores quanto para os trabalhadores. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva abrangia o referencial da reabilitação psicossocial e intensificou os estágios junto aos moradores institucionalizados, objetivando a desinstitucionalização dos mesmos. Foram desencadeados processos entre secretarias: alfabetização de adultos, coletivos de trabalho e inclusão dos moradores entre os beneficiários dos reassentamentos urbanos. Alguns moradores do hospital passaram a viver em casas populares do Departamento Municipal de Habitação, de Porto Alegre. Concomitantemente às iniciativas entre secretarias, foi sistematizado um projeto para o conjunto dos moradores do hospital e da vila (favela)

localizada nos fundos do mesmo, numa área invadida, pertencente à Secretaria Estadual de Saúde. Foi um trabalho intenso, conflitivo e vivo, que abarcou o repasse do terreno para o município para a regularização urbana, compreendeu a explicitação dos preconceitos mútuos e pactuações de convívio. Um efetivo processo de urbanidade envolveu, desde a decisão sobre o tamanho, planta física e cores das casas, até sua distribuição no terreno, com o cuidado de que não reproduzissem a divisão entre os "loucos" e os "vileiros" (favelados) e a preparação das equipes de saúde mental e dos moradores para a mudança. A preparação das equipes de saúde mental e dos moradores incidiu na formação do pessoal de enfermagem para atividades de acompanhamento terapêutico, no acesso à supervisão do trabalho propiciada por pesquisas desenvolvidas por professores universitários das áreas da psicologia social e clínica e na assessoria propiciada pela direção do hospital. As primeiras casas foram entregues no final do ano de 2002. Houve mudança de governo estadual e, por conseguinte, de condução das políticas públicas de saúde mental e o *Morada* passou a ser um projeto estritamente da saúde mental. As conseqüências foram: um empobrecimento das ações, uma desaceleração da transferência dos moradores do hospital para as casas e uma quase paralisação da construção de novas casas e da construção da infra-estrutura necessária. O projeto se sustentou praticamente na militância dos trabalhadores, na vitalidade dos moradores e na organização popular da vila de moradores. Chegamos a propor a municipalização do projeto, enquanto estive na titularidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no sentido de assumir como tarefa da municipalidade a consolidação do *Morada,* porém não houve acordo entre município e estado antes do término da minha gestão no executivo municipal da capital.

Podemos afirmar que os trabalhadores modificaram seus conceitos, o sentido e o significado de seu trabalho, que o perceberam como produtores de vida e de subjetividades e, por isso, lutaram pelo projeto. O mesmo ocorreu com os moradores, sentiram-se "donos de seu nariz", conquistaram liberdade e territórios objetivos e subjetivos, que não estão dispostos a abrir mão, lutam pela manutenção do *Morada.* O projeto, hoje, se sustenta na

própria vida que propiciou. Uma moradora do hospital ao se despedir da direção, que estava saindo com a mudança de governo, pediu: que vocês continuem tendo coragem de nos dar coragem para sair daqui. O *Morada* é um dispositivo que detém a capacidade de produzir *de vir*, atualidade.

Sexta Experiência:
A Oficina de Geração de Renda e o Projeto Insere de Porto Alegre

Em Porto Alegre, o serviço substitutivo que deu suporte para a criação de novos serviços de saúde mental, a partir das necessidades dos usuários e dos familiares, assim como da iniciativa dos trabalhadores, foi a Pensão Pública Protegida *Nova Vida*, como já foi referido nos cursos das águas. Refazer e construir possibilidades de vida, com cada um dos 55 moradores, provocou processos singulares e instituintes, novas formas de cuidado e de inserção social. Nesse sentido, foram criadas, pelo município: a casa de transição, onde os moradores exercitavam suas capacidades de gerir uma moradia e seu modo de habitar; as oficinas de expressão e de geração de renda, inicialmente na própria Pensão Pública Protegida *Nova Vida* e o Caismental. Esses serviços foram diferenciando e diversificando os espaços de moradia e de tratamento, em toda essa circulação estava se aprendendo-fazendo uma clínica em movimento. Na medida em que os caminhos foram sendo construídos ou foram se delineando, modificavam as demandas e as exigências, tanto dos usuários e familiares, quanto dos trabalhadores. Assim, uma oficina de geração de renda foi ganhando urgência e significado para a cidade (Ferreira, Barfknecht e Bertuol, 2004). Foram feitas parcerias, inicialmente com o Centro de Reabilitação Profissional, do Ministério da Previdência e Assistência Social, depois com o Espaço Cultural Usina do Gasômetro, pertencente à Secretaria Municipal da Cultura, para a profissionalização dos usuários, em um projeto da Prefeitura, que se chama "Papel Social", até chegar a um espaço próprio, articulado com a Secretaria Municipal da Indústria e Comércio, que passou a integrar a rede de economia solidária do governo estadual e federal, a partir de 2003. Em 2005,

um dos integrantes da oficina representava, nacionalmente, os usuários no grupo de trabalho sobre economia solidária e saúde mental. A inscrição dos usuários em outros percursos de vida e em novos modos de subjetivação passava a incluir e encontrar expressões estéticas singulares, no processo produtivo; aprender sobre cadeia de produção, distribuição e venda do produzido; exercício da negociação, da troca e da determinação dos custos de produtos; o decidir sobre a destinação dos recursos obtidos e o garantir sustentabilidade da oficina. Práticas que permitiam o descolamento da identidade de doente e do circuito restrito dos espaços de tratamento para ocupar um lugar de autonomia na organização viva do cotidiano, para uma decolagem de possíveis modos de ser e de fazer andar a vida.

Na linha da formulação de outras respostas às demandas de profissionalização, escolarização e afirmação de independência dos usuários, foi concebido o projeto ***Insere*** (Carvalho, 2004). Por meio desse projeto, foi se tecendo uma rede que abrangia usuários, familiares e trabalhadores da região metropolitana, os quais se entrelaçavam em cursos, trabalhos e, principalmente, no lazer: partidas de futebol, teatro, feiras do livro, exposições e cinema. O ponto de encontro eram as sessões mensais de filmes escolhidos pelos usuários, projetados na Casa de Cultura Mário Quintana, seguidos de debates animados por professores universitários, trabalhadores da saúde e da cultura. As sessões de cinema eram o fio condutor e articulador de todo o projeto. Foram viabilizadas pela capacidade da coordenação do Insere de mobilizar recursos institucionais, identificar aliados em cada instituição e mantê-los coesos num projeto. Participaram a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Casa de Cultura Mário Quintana, do Governo Estadual, e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Manter vivo o projeto, mantém na rua a loucura e mantém em movimento os trabalhadores, usuários e familiares.

A Oficina e o Insere são coordenados por terapeutas ocupacionais, cuja prática é transdisciplinar. Ambos constituíram processos de trabalho propiciadores de linhas de subjetividade.

Sétima Experiência:
Para a complexidade da vida, soluções complexas em segurança e direitos humanos

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, na quarta administração da frente popular, criou a Secretaria Municipal de Segurança e de Direitos Humanos, objetivando articular, potencializar, institucionalizar e dar visibilidade para as políticas públicas de gênero e das minorias. O trabalho tinha como suporte a concepção de proteção social e um dos problemas que transversalizou as ações da Secretaria foi o relacionado à violência. O dispositivo criado foi o *Fórum de Segurança*, que instituiu núcleos em cada região da cidade, composto pelos atores sociais locais ou que exerciam trabalho nas localidades: gestores municipais e estaduais, líderes comunitários, delegados do Orçamento Participativo, trabalhadores dos diversos serviços públicos e representantes dos grupos diretamente afetados pelos problemas que emergiam. O Fórum foi se legitimando, nas diversas localidades, pelos resultados que foi obtendo. Um exemplo significativo foi o trabalho num conjunto habitacional, que estava sendo abandonado pelos moradores, pelo excesso de violência associada ao tráfico de drogas. A opção era pela garantia da vida, já que para a moradia era possível conseguir em outro lugar. O Fórum assumiu o debate, o encaminhamento de soluções pactuadas coletivamente e, ao longo do trabalho, o conjunto foi re-habitado, reabilitado pela sociedade civil e pelo Estado, com os índices de violência diminuindo para abaixo da média da região.

Importante destacar que, neste momento, eu exercia a titularidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e que o Fórum foi o dispositivo ao qual recorríamos nas situações-limite de violência, dirigidas aos serviços de saúde e/ou aos trabalhadores e sempre conseguíamos soluções com recursos e pactuações locais. Uma dessas experiências foi a

de profissionais de saúde serem ameaçadas de agressão por uma chefia local do tráfico e a primeira reação foi a de não retornar ao trabalho na unidade, de não trabalhar mais naquela região e de reabrir a unidade em um outro local. O atendimento ao público foi transferido temporariamente, enquanto se trabalhava um novo "contrato" com a população sobre o serviço de saúde e com a equipe de trabalho. Após alguns meses de verdadeiras rodas de conversa, a unidade foi reinaugurada no mesmo lugar e com melhorias. A maior parte da equipe retornou ao trabalho e a população fez uma festa pública em comemoração. Um dos princípios foi o de que o Estado não pode se retirar dos lugares de vulnerabilidade e de tráfico, pois a mensagem é de que "está tudo dominado" pelos traficantes e a população fica ainda mais exposta ao seu poder. No encaminhamento de soluções, participaram entidades profissionais, vereadores, conselheiros municipais e locais de saúde, além dos integrantes do Fórum de Segurança. Foi um processo de reparação psicossocial, que gerou muita alegria e convicção de como dirigir políticas públicas, propiciando modificações nas linhas de força e de enunciação para continuar produzindo possíveis.

O inusitado da política foi a instalação de telecentros (centros de acesso gratuito à informática) nas áreas de maior vulnerabilidade social, de grande circulação de pessoas, como o Mercado Público ou espaços públicos, como Câmara de Vereadores e Usina do Gasômetro. A instalação era de responsabilidade da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa) e também a busca de recursos financeiros por meio de parcerias. Mas a decisão do local e do processo de trabalho era realizada em conjunto com a Secretaria de Segurança, os centros regionais da administração e a população. Os resultados foram a instalação de 33 telecentros na cidade, freqüentados por jovens, que de outro modo não teriam acesso à informática, considerados, verdadeiramente, como serviços públicos. Nunca foram depredados, não houve roubo de equipamentos, eram cuidados pela população. Uma demonstração desse cuidado foi dada por uma criança que rascunhou uma informação numa folha do telecentro e levou para casa, quando a mãe viu a origem da folha, mandou devolver, dizendo que aquilo não lhe pertencia, que era patrimônio

público! Os telecentros se transformaram num dispositivo das políticas de segurança. O fato foi reconhecido por prêmios que a Prefeitura recebeu e de manifestações de um dos parceiros da Comunidade Econômica Européia, que revelou ser a primeira cidade que utilizava esses recursos desse modo.

Oitava Experiência:
Tuberculose, HIV e desnutrição na saúde pública

Todos da saúde sabem da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, semelhante à de outros países onde se constata um recrudescimento de doenças contagiosas praticamente extintas, o aparecimento de novas e o agravamento das condições de saúde pela superposição dos antigos e novos problemas (Minayo, 1999). Mas nem todos nós sabemos o que fazer, na condução de políticas públicas ou no cotidiano dos serviços de saúde, diante de pessoas e populações que são, ao mesmo tempo, dependentes de drogas, portadoras de HIV, desnutridas e com tuberculose! As políticas não são compatíveis, os recursos não são multiuso, os trabalhadores são "capacitados" para um problema, mas não para outro, os serviços estão compartimentados e o paciente pode até ser atendido por um "programa" e não ter acesso a outro, os relatórios e os prontuários também não comportam a complexidade e a integralidade da situação. Como enfrentar o problema? Podemos dizer: *não temos o que fazer;o problema é de muita complexidade e transcende o setor da saúde; é preciso identificar ou criar serviços de referência, pois na rede básica não temos o que fazer, já atendemos muita gente.* As respostas serão aceitas por muita gente boa, mas também podemos tentar romper a adversidade e buscarmos soluções novas com os recursos potencias dos locais. Foi o que fez um médico da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; identificou os problemas: aumento da incidência de tuberculose na região, a maioria associada à contaminação pelo HIV, pacientes com alto índice de abandono de tratamento, sem qualquer vínculo com pessoas que pudessem cuidá-los. O que fazer? Foram localizadas as pessoas e

mapeadas suas reais condições psicossociais, por meio de visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeira e médico, conforme cada caso. Também foram identificados espaços, grupos e projetos que poderiam ser articulados, potencializados e se constituírem numa rede de proteção social. Uma rede inclusiva dos pacientes referidos, mais ampla que eles e sem discriminá-los. O que e quem aceitou o desafio e acolheu as pessoas? O projeto guarda-chuva foi o *Fome Zero,* do governo federal. O dispositivo foi o da cozinha comunitária. O local, o terreiro de uma mãe de santo em acordo com um pai de santo, os quais eram referência para o núcleo regional do *Fome Zero.* Quais os resultados? Diminuiu o abandono do tratamento, caíram as reinternações, a rede de proteção social foi constituída e acionada, sempre que necessário, a equipe de saúde passou a trabalhar com mais entusiasmo e se dispôs a contribuir com sua experiência para que outras unidades do município encontrassem soluções para os pacientes de seus locais. Mais uma vez, uma experiência mobilizadora de potências de vida. Porém, com muita dificuldade de consolidação no setor da saúde, apesar de todas as evidências dos resultados. Por quê? Por ser heterodoxa demais? Na mudança de governo, o médico foi transferido de unidade e a população, como resposta de resistência, o elegeu coordenador dos núcleos do *Fome Zero* na cidade.

Que idéias me ocorreram ao relembrar e registrar essas experiências?

- Que as experiências são diversificadas, ocorrem tanto para a abertura como para o avanço ou consolidação de processos, envolvendo instâncias institucionais, coletivas e individuais.
- Que é possível desenvolver projetos transdisciplinares e há evidência de que as experiências de implicação se põem às nossas escolhas de vida. Isso quer dizer que para trabalhar políticas públicas de interesse à afirmação da vida os governos precisam ser permeáveis a propostas novas, estarem dispostos a implementar ações heterodoxas, firmarem compromisso com a democratização do Estado e com a inversão de prioridades em favor da inclusão, assim como mobilizarem a sensibilidade para as invenções e geração de movimento, onde a

educação oferece - para a montagem de políticas públicas - inquietação e criação.

- Que os processos ocorrem em situações-limite, nas quais há um transbordamento de problemas e uma insuficiência de soluções instituídas, normatizadas, nas quais há a exposição da impotência e da fragilidade das organizações, requerendo suporte da educação (palavra, pesquisa, matriciamento das aprendizagens do cotidiano).
- Que a impotência, a fragilidade e as insuficiências, por meio da educação constituem o disparador para a potência de vida (mobilização do pensamento, construção, ação).
- Que as experiências, quando educativas, convocam solidariedade, articulam movimentos sociais e saberes locais, propiciam a tessitura de redes de proteção social.
- Que os gestores podem ser propositores, indutores, apoiadores e capazes de dar suporte, propiciando visibilidade e centralidade às experiências transdisciplinares, quando sofrem/aceitam as intercessões da educação para as políticas públicas.

Essas práticas nos evocam Nietzsche, para quem saúde era também autodomínio e disciplina do coração. Para Nietzsche, uma grande saúde permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários. Esse acesso pode levar até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde. A grande saúde seria o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: privilégio de *mestre* do espírito livre (Nietzsche, 2004, p.11): pedagogia da implicação.

VI

CARTA NÁUTICA
OU AS INTERCESSÕES DA EDUCAÇÃO PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Realizado o recorte e a escolha de traçado da pedagogia da implicação, podemos configurá-la como gestão de processos de mudança de si e dos entornos, mudanças direcionadas para a construção de saberes, de práticas e do poder de autoria, de modo coletivo e produtor de subjetivação. A implicação, para Lourau, serve à análise coletiva das condições de pesquisa, de ensino e de trabalho (Altoé, 2004). Proponho que a implicação seja a análise coletiva das condições da vida e a provocação de autoria (invenção) de projetos de presente. A pedagogia da implicação constitui-se no desafio de gerar capacidade de análise coletiva e autoria nos processos de mudança.

Os materiais de ancoragem da pedagogia da implicação, suas condições de possibilidade, puderam ser agregados em duas categorias de avaliação: a da existência de matriciamento entre formação-atenção-gestão-participação e a do poder e pensamento estratégico; dois conceitos estruturadores: o da transdisciplinariedade e o da integralidade e em dispositivos marcados pela definição de operadores de invenção/geração. Dito de outro modo, a pedagogia da implicação é multireferenciada, tem poder de promover e compartilhar autorias, é encarnada e é transformadora (sempre atual).

Respondendo a uma da perguntas disparadoras da dissertação, para se constituir num novo plano de coerência é necessário que a pedagogia da implicação contenha metodologias da educação. Nos itinerários da saúde

mental coletiva identifico a educação permanente como sua constituinte. Educação que propicia processos coletivos de auto-análise e auto-gestão e que ativa a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes. É uma educação dirigida *a* e produzida *por* coletivos de trabalho e de militância, por isso,permanente, transborda a escolarização e acompanha as linhas da vida, consolidando-as ou bifurcando-as, nunca para fixá-las, mas para torná-las ousadas. Ancora-se na constatação de que os humanos quando em ação para um determinado fim produzem conhecimentos, ou seja, as operações geram saberes. A educação permanente em saúde propõe que todos os produtores de saber se apropriem do mesmo, o sistematizem, o modifiquem, o neguem, o superem, o dobrem, o desdobrem e/ou o recortem: tenham poder de autoria. Saberes constituídos nas práticas, capazes de transformá-la e de serem transformados na ação. Os coletivos de trabalho e de militância a que me refiro são os da saúde, em particular da saúde mental, e o fim é o da afirmação da vida, desse modo, trata-se de uma pedagogia da implicação, educação comprometida com projetos de presente e políticas da vida.

A pedagogia, quanto mais estiver permeável, sensível, afetada pela vida, mais possibilidade terá de interferir na mesma. As linhas metodológicas de educação (movimentos do ensinar, do aprender e da interação) giram em torno do eixo da análise dos coletivos e da produção de sua condução/ coordenação, portanto, é preciso constituir espaços de aprendizagem para reflexão, interação e problematização sobre as práticas. Espaços nos quais o contrato entre seus integrantes seja de disposição ao diálogo, à explicitação de discrepâncias e de divergências, à construção de processos instituintes de modo coletivo, à exposição, à experimentação e à formulação de possíveis. Disposição, pois o demais são capacidades (graus de liberdade) conquistadas no processo de aprendizagem. Constrói-se um pacto ético-político para viabilizar uma outra estética da existência.

Os recursos-ferramenta utilizados são oficinas, laboratórios expressivos, observatórios, diários, dramatizações, entrevistas, mapeamento sócio-afetivo dos territórios e identificação de talentos, entre outros. A matéria prima é o óbvio, o local e o cotidiano, a partir da qual se produz

estranhamento, desterritorialização e problematização para produção de outros sentidos, significados e ações no dia-a-dia

O coletivo vai se constituindo na medida que adquire e amplia sua capacidade de perceber, de escutar, de sentir, de indagar e de agir de múltiplos e singulares modos ou, como bem expressou Tom Zé, na *unimultiplicidade,* onde cada homem é sozinho, a casa da humanidade.

Numa pedagogia da implicação é ativada a capacidade de *agenciamento* dos aprendizes, no sentido de oferecer suporte, de alavancar e de acompanhar processos de subjetivação, de potência de vida e de produção de possíveis.

Um ato de produção de aprendizagem, nessa pedagogia da implicação, é o da realização de *eventos-adventos*, acontecimentos propiciadores de mudança na vida dos implicados e que podem ocorrer em quaisquer dos espaços de subjetivação: cultural, institucional, coletivo e individual, os quais são referidos como marcadores de *vida, antes e depois,* fazem diferença, produzem bifurcações, inauguram nascentes, avolumam vertentes.

O uso da *restituição* contribui para a implicação tanto no que diz respeito à produção de conhecimento quanto na aprendizagem da exposição e da apreensão do cotidiano, pois o publicizado é o que comumente fica silenciado, o que é produzido nos bastidores, corredores, intervalos, na intimidade, o *como* e o *que* se aprendeu com o coletivo.

Uma pedagogia da implicação trabalha com produção de tempos e configurações (história e geografia), produzindo afetos (relações estéticas e políticas, sentidos), desse modo se entrecruza com uma pedagogia das cidades (Gadotti et al, 2004; Santos, 2004), com a necessidade de apreender em lugares a revalorização e a reinvenção da cidadania. Saber de seus contornos, itinerários, circuitos de desejo, crenças, ritos, adensamentos e vazios é poder intervir na vida citadina: poder local, vida de relações e "produção" da cidade.

O matriciamento formação-gestão-atenção-participação é gerador de uma pedagogia da implicação, intercessora para as políticas públicas de saúde porque põe em cena/em ato as interrogações necessárias a

integralidade e porque constitui, como metodologia,entrecruzados, transversalizações e entremeados do *saber-fazer-poder* nos espaços de aprendizagem, equação que pode ser formulada como *formação-trabalho-autonomia,* onde o poder saber ativa o poder fazer que interfere e sofre interferência de saberes que agenciam projetos de vida (desejo). Equação atualizada como *educação* (permanente) na *gestão* e na *atenção* ativadas e ativadoras de *autonomia* (autorias) para usuários e trabalhadores implicados em projetos coletivos de presente.

O analisador das relações, necessário à implicação, é o que articula e produz ferramentas para constituir organizações, métodos e propósitos coerentes entre si (postulado de coerência), bem como incide sobre os poderes cotidianos (político, técnico e administrativo). Nesse sentido, são realizadas análises de estruturas, de processos de trabalho na atenção, na gestão e na educação, assim como da tomada de decisão, especialmente, dos atores sociais implicados.

Os conceitos-caixa de ferramenta da pedagogia da implicação incluem o da transdisciplinaridade, capacidade de transdisciplinar. Para tanto, faz-se necessária a multireferencialidade, mas como *encontro* produtor de afecção e de perturbação. A aprendizagem é o suporte para provocar e vivenciar situações desestabilizadoras, de passagem, de travessia e de habitação entre-disciplinar (Ceccim, 2004). A itinerância, a mestiçagem, a vivência em fronteiras e a produção de híbridos são catalisadores da transdisciplinariedade. Os coletivos organizadores de entre-disciplina são nominados de modos diferentes: anfíbios (Almeida Filho, 1997), militantes sócio-políticos (Testa, 1997), pesquisadores-praticantes (Lourau, 1993), aprendizes-artistas (Kastrup, 1999) e sentipensantes (Fagundes, 1993). Nominações que indicam o quanto o si mesmo e o outro (humano ou não) se constituem em ato.

O inventário de necessidades, o mapeamento da situação de saúde, a identificação dos recursos disponíveis, o delineamento dos itinerários pedagógicos e terapêuticos utilizados oua transformar, a realização de oficinas de expressões artísticas e as celebrações integram a caixa de ferramentas da pedagogia da implicação para as aprendizagens.

O outro conceito-caixa de ferramenta é o da integralidade, que abrange a gestão do cuidado com a ressingularização da clínica e a constituição de redes quentes de atenção. Uma clínica que transversaliza todos os espaços (culturais, institucionais, coletivos e individuais), no qual os sujeitos implicados se constituem e modificam mutuamente. Redes capazes de produção de práticas que configuram uma malha ou mandala de cuidados ininterruptos cujo centro são os usuários (Ceccim, 2005).

A metodologia inclui a identificação, a potencialização e a criação de *dispositivos,* em especial, na sua possibilidade de subjetivação e de produção de autonomia e autoria. Aprender a jogar, a apostar em realinhamentos, entrecruzamentos, fraturas, fissuras, fugas e bifurcações para a invenção de si e do entorno (o local, a cidade, a cidadania). Os dispositivos são a invenção/geração em estado de possibilidade/de efetuação e execução da implicação.

Por fim, a metodologia da pedagogia da implicação inclui o assinalamento de *efeitos* produzidos. Pontuo dois efeitos identificados na trajetória da saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul: o *efeito Bispo do Rosário* e o *efeito dique.*

O *efeito Bispo do Rosário* considerei como a implicação produzida a marteladas e teve ressonâncias no Brasil e Europa por meio de exposições de seu trabalho, tema de Escola de Samba, de coleção de moda feminina, de uma série na televisão e de peças de teatro. No Rio Grande do Sul, a exposição do *Bispo do Rosário* politizou, pôs a loucura na “boca do povo”, invadiu a cultura, escancarou a agenda da sociedade, quebrou gelo e aqueceu o caminho da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no estado. Instalou-se entre nós, os *mentaleiros*, nas revistas, nas camisetas, nos adesivos e nos cartazes que produzimos e esteve como código às genialidades que não podem ser aprisionadas.

O *efeito dique* identifiquei após o término da gestão como secretária municipal de saúde de Porto Alegre, como o poder de resistência da implicação. Na condição de secretária, eu tinha um incômodo com a dificuldade de acelerar a implantação da reforma psiquiátrica na capital, de ampliar a militância dos trabalhadores e de tornar a discussão pública pelos

meios de comunicação, com entidades profissionais e legislativo municipal. O tema não estava na agenda desses atores. As interlocuções ocorriam com os movimentos sociais e com a representação direta dos delegados do Orçamento Participativo que demandavam centros de atanção integral à saúde mental (Caismental). Quando assumiu outro governo municipal, contrário à reforma psiquiátrica, o tema passou a ser pautado nos meios de comunicação, no legislativo e nas entidades profissionais, com a proposta inclusive de mudança da lei estadual, incluindo os hospitais psiquiátricos na rede de atenção à saúde mental. Nossa presença no governo não acelerava a reforma, mas impedia a reação contrária; retirado o obstáculo as águas da contra-reforma invadiram a cidade.

Extraindo do que foi escrito, a *implicação* é marcadora de itinerância, é produtora de cumplicidade, leva à praça pública, é provocada a marteladas, tem estética própria, propicia celebrações, é encarnada, desacomoda, ativa linhas de fuga para a invenção, produz geografia própria, provoca autoria, convoca ousadia, tensiona contradições, gera pontes, produz resistência, é militante, provoca bifurcação, desconforto e oposição, produz possíveis e ancoragens, desavergonha, flerta com a loucura e instiga aprendizagem desejante.

Respondendo a segunda questão provocadora da dissertação: uma pedagogia da implicação é instituinte (intercessora) de políticas públicas de saúde?

Os intercessores produzem ressonâncias, perturbações, interferências entre campos que se aproximam, podendo gerar acoplamento (campos que formam um todo e mantêm suas especificidades). Nesse sentido, a pedagogia da implicação é intercessora de políticas públicas de saúde quando se operam processos de gestão da inclusividade, da permeabilidade social e da mobilização da participação, além da operação de dispositivos de aprendizagem.

A constituição de coletivos produtores de saúde, agenciadores de projetos de afirmação da vida é um dos maiores desafios do setor, pelo que mobiliza de saber-fazer-poder, por isso uma pedagogia cujo eixo é a análise coletiva e a produção de autoria tem potência instituinte de políticas públicas

de saúde. Ainda, no setor da saúde, o trabalho dos profissionais é essencial e seu exercício cotidiano tem muita autonomia em relação às estruturas organizacionais, portanto ao apropriarem-se do conhecimento produzido e incidirem sobre o mesmo, modificando suas práticas, afetam diretamente a qualidade da atenção e de vida da população. A criação de dispositivos de educação permanente em saúde no cotidiano dos serviços tem possibilitado a invenção e a consolidação de práticas cuidadoras. Aracaju, Belo Horizonte, Campinas e João Pessoa são municípios que têm ativado a participação social, mediado conflitos entre equipes e usuários, produzido desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores e efetivado pactos de processo de trabalho comprometidos com projetos de vida por meio de pedagogias da implicação. Para suporte, sustentabilidade e consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o Ministério da Saúde desencadeou, em 2005, um projeto de supervisão e de assessoria às equipes em relação ao seu trabalho em ato.

A pedagogia da implicação quer as cidades (o local, a cidadania), existe como educação em cursos, nas escolas, nos serviços, em eventos-adventos, abre vertentes em forma de movimento social, ganha as subjetividades e embarca em processos de subjetivação. Quer as cidades, não fica na sala de aula, na relação professor-aluno, no ensino, exerce poder sobre as políticas públicas, constitui atividade política, configura zonas de turbulência, fazendo tremer o posto, o dado, o certo, a verdade; convoca, seduz e modifica.

A pedagogia da implicação e a produção de saúde têm como matéria prima o óbvio, o local e o cotidiano, o que, mais uma vez, evidencia o quanto são intercessoras uma da outra. Ressingularizar e reinventar o dia-a-dia é afirmação de vida para idosos, para mulheres, para diabéticos, para hipertensos e para portadores de sofrimento mental. A pedagogia da implicação produz disruptura com os métodos prescritivos (in)eficazes, questiona os impossíveis e aposta nos possíveis.

A mesma pedagogia propicia a ampliação da capacidade das equipes em escutar e acolher, de estabelecer laços de responsabilidade com as pessoas e pelo seu cuidado e de provocar autonomia (independência,

autoria, autodeterminação, direito à invenção de si e do entorno). Desse modo, tem sido implantado o acolhimento nos serviços de saúde, a classificação de risco nas urgências, a atenção domiciliar, o acompanhamento terapêutico, os serviços substitutivos de saúde mental, as linhas de cuidado, as cooperativas e as oficinas (de geração de renda, de criatividade e de convivência) no âmbito da política de saúde. Uma pedagogia da implicação na qualificação dos seus atores/autores despejaria vida em correntes propícias. Para inovar modalidades de cuidado e apostar em projetos possíveis é preciso capacidade de agenciamento dos coletivos de trabalho, uma competência ativada pela pedagogia da implicação.

Produzir bifurcações, sustentar diferenças e dar suporte a eventos-adventos exige superação de inibições, um certo flerte com a loucura, para ir a praça pública, dar visibilidade ao invisível, fazer ciranda, teatro, circo e/ou rodas de conversa sobre saúde.

A apreensão da cidade, sua história, geografia e sentidos, tem sido uma das principais aprendizagens da pedagogia da implicação que "cartografei", intercessora de políticas públicas de saúde em todas as vezes. Tem-se produzido no Brasil um mapa das cidades inventoras de atenção à saúde e de cuidados em saúde mental, esse mapa poderia ser o mapa das intercessões da educação para políticas públicas de saúde: que pedagogias têm usado?

O "quadrilátero da educação na saúde" constituído por *formação-atenção-gestão-paticipação* já é um conceito-caixa de ferramenta, produto da intercessão da pedagogia da implicação para uma política pública de saúde, a da educação na saúde. Assim como o "pensamento estratégico" formulado por Mário Testa no âmbito do setor da saúde e a aprendizagem sobre o *poder* conferem maior efetividade para uma política pública de saúde por sua pedagogia da implicação.

As práticas pedagógicas produzidas em equipe multiprofissional, de modo "entre-disciplinar" (Ceccim, 2004) podem se constituir em matrizes para práticas de trabalho coletivo em saúde cujo objetivo é o usuário. O tensionamento da travessia, a criação da *terceira margem do rio* provoca a desacomodação nas duas margens e a produção de possíveis. Situações

indutoras de uma clínica em movimento e conectoras de redes quentes de cuidados, as quais vão-se reconfigurando na ação dos implicados.

A autoria de projetos de presente se dá com sujeitos encarnados, implicados com a vida, capazes de suportar suas coexistências, bifurcações, dobras e irrupções, para, desde aí, inventar (Kastrup, 1999). Sujeitos militantes, mentaleiros e sentipensantes.

Foto do 2° Sismec – Showmício - Santa Maria (Acervo Pessoal, 1990)

Fórum Concórdia de Salud Mental, Concórdia/Argentina. Vicente Galli e Manfred Max-Neef -sentados. Silvina Malvarez, Rubén Ferro, Sandra Fagundes, Augusto Debernardi, Miguel Angel Nicolla, Abraham Turkenicz, Antonio Elizalde, Carmen Oliveira, Jussara Mendes - em pé.(Acervo Pessoal, 1989.

AGUAS DE LA PEDAGOGÍA DE LA IMPLICACIÓN:
Intercesiones de la educación para políticas públicas de salud

Sandra Maria Sales Fagundes

Traducción:
Márcio Mariath Belloc
Santiago Gómez

AGUAS, HISTORIA, ACCIÓN Y EL ESCÁNDALO DE LA IMPLICACIÓN

Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc

Los fuentes de Sandra Maria Sales Fagundes están em Uruguaiana, tierra natal de donde trae su forma de ser, de se expresar y su naturaleza de conexión con las tierras vecinas de Argentina. Sus manantiales se ensanchan por el suelo gaucho, brotando aquí y allí, a veces en forma de arroyo dulce y calmo, a veces en aguas correntosas y turbulentas. Y de esa mezcla gana fuerza para habitar muchos otros territorios en los afueras, por el Brasil y por las Américas como ¡una sola patria, una sola América! ¡Sandra es ciudadana del mundo!

Mujer, madre, abuela, amiga, compañera, militante, psicóloga, psicoanalista, gestora, trabajadora, educadora, ¡Sandra es múltipla! Navega por la vida y sus cursos de agua teniendo siempre atracadero en las causas nobles: militante de la salud pública universal como constructora del Sistema Único de Salud brasileño; militante de la lucha antimanicomial y por el cuidado en libertad, siendo una referencia política, técnica, ética y afectiva del campo de la salud mental; militante de los derechos humanos y actualmente escuchando y acompañando los migrantes. Sus corrientes están explayadas en las luchas en las que el humano esté en juego. La defensa de la vida es su causa mayor. Los derechos humanos, más que palabras de orden, son la fuerza del pensamiento estratégico de Sandra en todas las áreas donde trabaja.

Mujer de palabra certera, visión estratégica, raciocinio rápido y corazón gigante. Preñe de ideas, fecunda la vida donde haya espacio: sea en la coordinación de la política de salud mental, o como superintendente del más importante complejo hospitalario público del sur del país, el gigante Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sea como Secretaria Municipal de Salud de Viamão o Porto Alegre, sea como Secretaria Estadual de Salud de Rio

Grande do Sul, sea en el movimiento social junto al Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), o como profesora de la Residencia Multiprofesional de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o incluso en una reunión en el salón de su casa, siempre abierta a una buena charla, a la acogida, al pensamiento constructor de mundos mejores y más inclusivos, a pensar el colectivo. Y si no hay espacio para este tipo de pensamiento ella lo crea, excava, inventa, pone forma. Trabaja en la oportunidad, habita la frontera. ¡Así es Sandra!

Quien convive con ella tiene la oportunidad de aprender con una mujer fuerte, sin perder la ternura, que tiene posición y opinión, incluso cuando el escenario es hostil. Y las mujeres saben que el escenario es invariablemente hostil. Una mujer que es absolutamente generosa en compartir, que no deja nadie para atrás, que insiste en invertir siempre en la relación con el otro, en el encuentro. Nunca ha perdido el brillo en los ojos, las utopías, el calor en el corazón y la capacidad de luchar y de creer que ¡un otro mundo es posible!

Forjada en los intersticios de la frontera, con un pie allá y otro acá, Fagundes nos enseña que es necesario habitar el entre. La frontera es espacio de vida y también de creación, inclusive de otras lenguas. Es posible inventar el nuevo, creando una tercera margen para anclar deseos de independencia, autonomía y autoría, adquiriendo una familiaridad con el extraño que habita en nosotros. La búsqueda de posibles en el imposible del humano, así camina Sandra en su vida y en sus escritos.

En sus *aguas de la pedagogía de la implicación: intercesiones de la educación para las políticas públicas de salud*, que la autora ha defendido como tesis de maestría en 2006, somos invitados a lanzarnos en el curso de los ríos de la salud mental colectiva, de la educación permanente y de los movimientos sociales. El escrito parte del problema generador de construir y defender una pedagogía de la implicación como gestión de procesos de cambios en el sujeto y su entorno. Como nos orienta la propia autora, tomaremos el escrito como quien examina una carta náutica, tomando la formación como eje estructural. Partimos del manantial vida escolarización y vida profesionalización, recorridos formativos que en la obra de Fagundes es

premisa básica para que podamos ser quien somos y operar transformaciones en el tejido del mundo como producción de vida y ciudadanía. Y en la preparación para este porvenir, somos invitados a un paseo por la historia de esta grande aventura viviente. Desafíos macro y micropolíticos de la construcción continua de nuestra sociedad, que no es un progreso ascendente, sino una constelación de giros y espirales históricas, una sinfonía interminable compuesta por muchísimas manos. Así, en este libro la reflexión se estructura por narrativas, historias de transformaciones singulares y colectivas. Se entra en las aguas fagundeanas de manos dadas a Heráclito. O mejor dicho, Fagundes nos toma generosamente por la mano para adentrar en corrientes heraclitianas.

Y en esta dialógica narrativa, un gran divisor de aguas se presenta: la residencia multiprofesional de Murialdo. Espacio de encuentro con otras profesiones, otras lógicas del saber y hacer salud después de recibirse en el grado de psicología. El propio encuentro pasa a constituirse como territorio. Espacio-transición entre estudiante y profesional. Espacio-entre, lleno de imposibles, pero también de posibilidades. Espacio-mezcla, de aprender nuevas lenguas, el Murialdo fue el camino de aguas que ha producido el estuario de la saúde pública y colectiva como curso de vida. La gestión, atención, educación y el movimiento social son os ríos que conducen a este destino.

Cuando adentramos al apartado de las políticas públicas de salud del inicio dos años 1980 presentado por la autora, nos deparamos con sus precisos reflexión y debate –profundamente actuales– sobre las propuestas neoliberales, el terror de estado y el discurso económico buscando callar movimientos y sindicatos, con recesión y crisis, la desvalorización de la vida de muchos y muchas, pero también con toda la potencia que se engendra a partir de las nuevas organizaciones no gubernamentales, las cooperativas, las experiencias de autogestión. El escenario presentado en el texto, como la narrativa definida por Walter Benjamin, se actualiza en el ahora de este contexto pandémico y nos da pistas para entender el presente y los desafíos que enfrentamos en este 2020, con todas las contradicciones, conflictos e incertidumbres, con las desigualdades sociales profundizadas por el avance

de una postura ultraneoliberal. Un ahora que también se dobla y se actualiza en una respuesta posible, nos convoca a una militancia socio política como nos enseña Fagundes.

Navegando en estos ríos nos deparamos com las historias y prácticas de la saúde mental colectiva, ya en 1987 con aires de grandes cambios siendo dibujados por los actores de la reforma sanitaria brasileña, de la lucha antimanicomial y de la redemocratización del país. Así Fagundes asume la coordinación de salud mental de la Secretaría Estadual de Salud de Rio Grande do Sul (SES/RS) en un contexto de reapertura democrática nacional, en el cual varias ciudades y estados viven nuevas posibilidades de constitución de una red de cuidado en territorio. En la SES/RS, en conjunto con diversas(os) otras(os) trabajadoras(es) que va agregando en esta construcción, diseñan la carta guía con una propuesta de salud mental para el Rio Grande do Sul. Paso a paso la salud va se estructurando desde tres esferas de gobierno, nacional, estadual y municipal, donde las ciudades pasan a tener mayor protagonismo, lo que se llamó la municipalización solidaria de la salud. En el campo da salud mental la desisntitucionalización es la palabra de orden que debe ser buscada como forma de restaurar una deuda histórica y humanitaria creada por una política equivocada de confinamiento e segregación. La educación es la potencia intercesora que pone el proceso en movimiento, dando el empuje para la acción, en la construcción de nuevas respuestas sociales a la ciudadanía del dicho loco, siendo el movimiento social el agente socio político de este engranaje.

Las rutas de navegación nos conducen al análisis del proceso de formación desarrollado por la autora, en interlocución con sus propias producciones para los posgrados puestos en práctica, la bibliografía vigente, las producciones académicas de varias(os) autoras(es) sobre salud mental colectiva en Rio Grande do Sul y el diálogo aproximado con otros mentaleros, primeros lectores de esta producción, que han contribuido para la misma, detallando informaciones, lanzando cuestionamientos, produciendo reflexiones para una pedagogía nómada. El recorrido de las aguas pasa por varias ciudades *gaúchas*, donde ocurrían los posgrados y recorridos formativos y las transformaciones: Porto Alegre, Santa Maria,

Passo Fundo, Ijuí, Bagé, Nova Prata y la región del litoral norte. También Rio Grande, Alegrete, haciendo puente con Posadas (Argentina) y Melo (Uruguay). El pasaje por estos territorios con las formaciones en salud mental colectiva se han transformado en eventos-advientos, los módulos apostaron por la realización de eventos abiertos movilizadores con el objetivo de politizar la sociedad con el tema de la salud mental colectiva, produciendo resonancia y transformaciones en eventos futuros e incidiendo en la construcción de políticas públicas en las Américas, produciendo de libros a leyes. Los encuentros han contado con la presencia de muchas(os) gestoras(es) y trabajadoras(es) de múltiples formaciones, con las grandes referencias de la salud mental de la época y mucha producción colectiva. Algo que podemos clasificar como un acontecimiento, tal como nos enseña Jorge Valadares, pues tiene la fuerza de producir rupturas, de transformar, de generar rotaciones en el tejido social. El sur se transformó en el centro del mundo y invitados de todos los lados del país y de afuera venían contribuir com esta potente construcción. Ha puesto en movimiento otros campos como el arte, con destaque para a exposición de la obra de Bispo do Rosário. Así como la comunicación en el evento del Fórum Estadual de Saúde Mental en 1991 que ha invadido las ondas del radio, permitiendo con que los oyentes participaran de la mesa salud y locura, interviniendo, cuestionando. Eventos-advientos que rompen las paredes de la institucionalidad para desaguar en el tejido social, entrar en las casas, y dialogar con las personas de la comunidad, allí donde ellas viven, movilizar. En las regiones más cerradas y sin histórico de trabajo expresivo en el campo de la salud mental colectiva, la estrategia para sacar el tema de la invisibilidad es colocarlo en en el centro de la polis. En este sentido se han desarrollado ferias de artesanía producidas por las usuarias y los usuarios de salud mental.

El pasaje de esta nau producía efervescencia, tensionamientos, desacomodaciones y encuentros. En cada región los eventos-advientos dialogaban con las necesidades y características locales y regionales como forma de abrir espacio para circulación de un otro discurso. Y así las formaciones y eventos-advientos se han explayado por todo el suelo *gaúcho*.

Entonces surgen las anclas de una pedagogía de la implicación, circuitos deseantes que ponen en movimiento la creación, a partir de los conceptos de transdisciplinaridad e integralidad, con la marca indeleble del dispositivo de la invención/generación, de las categorías del matriciamiento para implicación, a partir de la apuesta de que los ambientes de trabajo son espacios de forma(acción)-aten(ación)-gest(ación)-particip(ación)-investig(acción). También en el necesario análisis de las relaciones de poder, utilizando el pensamiento estratégico como forma de planear las acciones, ya que era urgente establecer estrategias activas para implementación del SUS y su consolidación en los distintos territorios. Pero implementar estas estrategias con tales categorías es un enorme desafío, pues la concepción hegemónica aun hoy considera que el trabajo en salud es la asistencia, siendo todo lo otro no-trabajo, en función de cuatro vectores que precisan ser desmontados, como nos enseña Fagundes: concepción de salud como ausencia de enfermedad, remuneración de los servicios por procedimientos, política de personal como gerencia de recursos y formación en salud. Para desmontar estos vectores es necesario crear espacios que permitan el nacimiento del investigador/practicante dentro de los servicios de salud. Alguien que pueda dejar de apenas realizar procedimientos para asumir un trabajo de pensamiento, de intervención y análisis, contraponiendo las fuerzas instituidas cristalizadas dentro del sector salud a el análisis de las implicaciones. La implicación, en este sentido, es constitutiva de producción de conocimiento. La autora entonces argumenta que es necesario accionar los engranajes del cambio indicados por René Lourau, el amor y la locura y producir el "escándalo de la implicación" como a pasado en el proceso do Rio Grande do Sul con la Saúde Mental Coletiva. Para contarnos esa historia la autora nos presenta sus compañeros de pensamiento y acción y que inspiraron la construcción de esta ruta de navegación, como Mario Testa, Ricardo Ceccim, Emerson Merhy, Abraham Turkenicz, Judete Ferrari, Alcindo Ferla, entre otros. Va lanzando mano de conceptos-herramientas al mismo tiempo que indaga y analiza los movimientos instituyentes que surgen en las diferentes regiones. Siempre analizando las relaciones de poder político, administrativo y técnico, que a pesar de independientes, se intersecionan en

el campo. En la formulación del escrito, el poder surge como una categoría a servicio del pensamiento estratégico, capaz de promover autonomía, coraje, osadía para las autorías.

La carta náutica, o las intercesiones de educación, para una política pública de salud que la autora nos presenta, están rellenas de experiencias, que generosamente ella divide con el colectivo. Partiendo de su propia historia y de su lugar en el mundo, hablando en primera persona y exponiendo las aventuras e las desventuras de trabajar en el campo de las políticas públicas, sea como gestora, militante, profesora, mujer o trabajadora. En el compartir de sus experiencias se teje el mapa de las aguas de la pedagogía da implicación, de este reto que es generar capacidad de análisis colectiva y rescatar autorías para los procesos de cambios necesarios para la implementación de uno de los más grandes patrimonios brasileños que es el *Sistema Único de Saúde*. Fagundes afirma que "recorrer las corrientes posibilita conocer el lado de dentro del mundo, comprender el escurrir y circular del sentido. Prosigue: flamante, la corriente dece como mil voces audibles, descifrables en otras tantas lenguas encarnadas." Es así que recorremos su texto, conociendo el lado de dentro de la salud mental colectiva, escuchando las mil voces polifónicas que gritan en los territorios, los escándalos y las provocaciones, las acciones, los pensamientos, la vida como ella es, allá en donde ella acontece. Esperamos que los lectores se dejen llevar en este curso de aguas, por las rutas de navegación propuestas pela autora, embalados en los sueños de osadía, bañados de implicación para construir un otro mundo posible a partir de movimientos instituyentes y de autoría.

A pesar de brasileños escribimos este texto em castellano, dando apertura y pasaje a esta producción, traducida em su conjunto por Márcio Mariath Belloc y Santiago Gomes. Traducción más que necesaria, para hacer llegar a las Américas y a los territorios castellanohablantes, una producción, que siempre fue construida colectivamente con ellos, que nunca ha estado de espaldas a los demás países de la América Latina, pues siempre la ha considerado ¡una sola patria!

Para nosotros un gran placer adentrar estas aguas, navegar en estos ríos y dejarnos llevar por el pensamiento de Sandra Fagundes. Amiga, profesora, jefa, colega de trabajo, aparcera de militancia y compañera de vida. Transitar en la frontera del portugués y del castellano también fue un suave recorrido, marcado por recuerdos y afectos, una vez que esta lengua también es para nosotros una lengua madre. Con buenos vientos, carta náutica en la mano y ánimos inspirados, invitamos al lector a esta inmersión en la escrita inspiradora de Sandra. Con ella volver en el tiempo y desaguar en los inicios de nuestro siglo es fundamental para comprender el presente e inspirar una pedagogía de la implicación en cada uno de los lectores y lectoras capaz de romper con las amarras del presente, ¡dibujando un nuevo mañana!

VIDA PRODUCIENDO VIDA, VIDAS PRODUCIENDO VIDAS

Ricardo Burg Ceccim

Desde una posición privilegiada, tomo en manos el libro “Aguas de la Pedagogía de la Implicación: intercesiones de la educación para políticas públicas de salud”, una edición bilingüe de la Editora Rede Unida. Viví en proximidad con la autora muchos de los eventos y recorridos que marcan de afecto la presente obra. Sobre todo, he acompañado la tesitura del texto que le da contenido en la condición de director de tesis en el posgrado *stricto sensu* en Educación en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. La autora a registrado su nombre en la historia de la reforma psiquiátrica de Rio Grande do Sul y de Brasil. El Programa de Posgrado en Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul ha sabido acoger su propuesta de documentar un recorrido de formación/formulación de una política pública en la que la formación/calificación de cuadros ha sido estructurante en la medida em que no se ha tratado de matricular personas en plazas de posgrado, sino de operar con un proceso educativo capaz de generar movimiento social y activar procesos éticos de sí. Quizás se pueda hablar de cursos-dispositivos-de-acción. Podríamos llamar ese proceso formativo de generador de militantes, pero siempre se ha tratado de una pasión por la transformación y por la libertad, de un lado cuidar en libertad de la lucha antimanicomial y, de otro, ser poetas de nuestras propias vidas.

O libro discute el poder y discute la producción de subjetividad y, en esa medida, trae la educación como intercesora de políticas públicas. La investigadora, documentalista y escrutadora de movimientos en el paisaje cultural de la salud mental, discute el poder, poes quiere proporcionar bordas en la política para ampliar el pasaje de las fuerzas de vida que luchan por existir. La lucha antimanicomial ha impuesto constatar la lucha presente en tantos movimientos contra el encarcelamiento y el constreñimiento de la subjetividad. Por ello, si en una fase es la comprensión de la fabricación de

la locura como fabricación de las exclusiones, segregaciones, definición del normal, imposición de la perspectiva médica y patologización de la diversidad, entonces no se tratará más de la psiquiatría, pero de la salud mental, como ha enseñado Thomas Szasz (1971). Así, es una reforma de la psiquiatría que nos vendrá para seguir en la lucha antimanicomial. No patologizar como enfermedad mental los comportamientos desviados, transviados o en navegación nómada, sino afirmar la salud con rumbos inciertos o fuera del orden, la salud de la contestación de padrones y del rechazo de la forma (molde o preformateo). La salud mental deviene, entonces, como un evento sociocultural. Los movimientos de mujeres, de negros y negras, de gays y lésbicas, de las personas con deficiencia y de indígenas y pueblos ancestrales tendrían mucho por decir, igualmente fuera del orden, en un sufrimiento no esencial, sino renovado por la denegación de la producción singular de existencia. Por ello, en una otra fase, ya no será más la reforma psiquiátrica, pero una reforma general de la subjetividad, como propusiera Félix Guattari (1992), para afirmar no sólo la existencia, sino las existencias. Son estas navegaciones que llevan de la lucha antimanicomial a la reforma de la psiquiatría, de la reforma de la psiquiatría a la reforma general de la subjetividad, de la psiquiatría a la salud mental, de la salud mental a la salud mental coletiva.

La obra que tenemos en manos fue, antes del libro, una acción en la política pautada por el coraje, por la sinceridad y por la decisión de hacer. La narradora documentalista actuó en la gestión gubernamental y, en la oportunidad, hizo mover pensamientos y prácticas en el campo de la salud mental, en lucha por nuevas formas de subjetividad, y que implicaba vivir y agenciar nuevas formas de subjetividad, implicaba transformación social y la producción de relaciones socioéticas que permitieran: el cuidado en libertad; la libertad; y la creación de las formas de vida de la libertad. Leyese: salud mental coletiva. Este ejercicio de la acción política ha ganado territorio por medio de prácticas de formación y, entonces, la palabra formación ha derivado para neologismos de tesitura con la invención de la vida o la actualización de si en el mundo de la vida, deshaciendo formas para

aventuras de formación: vidaformación. Donde la vidaescolarización y la vidaprofesionalización, pues, sí, se trató de pensar las políticas de la vida o de la salud mental colectiva en la educación formal y en la preparación de nuevas generaciones profesionales, así como en la educación permanente en salud para los cuadros de trabajadores en la enseñanza y en el trabajo en salud.

El presente libro tuvo un primer trabajo de intervención en la realidad, pasó por el trabajo *disertativo* de pensar y escribir una práctica, trayendo la *tesis* de que fue la educación que operó el proceso subjetivo de enunciación y visibilidad a la salud mental colectiva: la *disertesis* de la educación como intercesora en políticas públicas de salud, inserido en el mapa socioético de la ciudadanía, por ello la salud mental colectiva. Lo que es fascinante en esta *disertesis* es la reunión de u dosier memoria del nacimiento e implantación de la reforma psiquiátrica en Rio Grande do Sul y la introducción del concepto de Salud Mental Colectiva en la escena nacional como pauta de gestión en salud y como pauta de la formación y educación permanente en salud. La sesión pública de defensa académica de este trabajo, em su primera versión, contó con una nota en el periódico de mayor circulación en la ciudad y con la presencia de un público de 140 participantes. El Programa de Posgrado en Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul disponía de una “sala de las defensas” con 40 lugares, por suerte, fue transferida la defensa pública para el auditorio de la Facultad.

A lo lardo de los años, desde la defensa en el posgrado, hasta hoy, son constantes las consultas sobre donde encontrar el concepto de Salud Mental Colectiva y la principal referencia ha sido el acervo de disertaciones y tesis de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. En los últimos 10 años, el trabajo original presente en el acervo digital de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul tuvo 2.878 downloads y 2.028 accesos. En los años de 2015 y 2016 (período que ha marcado el golpe parlamentar que ha sacado del gobierno federal la presidenta Dilma Rousseff, período cuyo impacto negativo a la salud mental nacional sólo encuentra precedente mayor, en se tratando del período democrático, con los años de 2018 y 2019, con la

ascensión del gobierno Bolsonaro, el número de downloads y accesos al trabajo ha sido récord (en 2015 fueron 586 downloads y 206 accesos; en 2016 fueron 427 downloads e 231 accesos). Los récords de acceso fueron en 2016 y en 2017 (231 en 2016, 224 en 2017). Fueron 1.013 downloads en 2015-2016; 437 accesos en 2016-2017.

Transformar planos de metas en presencia en la realidad siempre ha sido el hacer de la pensadora que supo escribir un documento de mucha fuerza, por ello también ha ejercido muchos cargos de gestión y, aunque no haya asumido una carrera universitaria, jamás ha abandonado la docencia (desde el final de los años 1980 hasta hoy), atcuando como profesora invitada en múltiples programas de educación en servicio, diplomas de especialización, programas de residencia y perfeccionamiento y másters y maestrías. Solamente Sandra, Profa. Sandra o Dra. Sandra, da igual, si de la docencia ella nunca se ha alejado sin ser profesora de carrera, ya que en la clínica en saúde mental o en la lucha antimanicomial siempre atuó y en la gestión ya ocupó muchos lugares: fue coordinadora estadual de la política de atención integral a la salud mental; fue secretaria municipal de salud en Viamão (región metropolitana) y en Porto Alegre (capital), en el caso de Rio Grande do Sul; fue secretaria estadual de salud en ese mismo estado y fue superintendiente del Complejo de Salud Grupo Hospitalar Conceição. No se trata de una mujer de la retorica o del palabreado bonito, características que efectivamente dispone, pero de una mujer de iniciativa política, de acción coordinadora, de acción dirigente, de acción formadora, de pensamiento osado y de desestabilización de todo lugar común en las retóricas, en las iniciativas y en la coordinación de procesos.

Para la autora, el proceso educativo es pensar junto, producir conocimiento en agenciamiento de aprendizajes. Para ella, la transformación del mundo no pasa por la idealización y promoción de un mundo mejor, pasa por la acción inmediata. Una mujer osada y deliberada, sensible y acogedora. Posee el *charm* de la mujer irreverente, la sonrisa generosa de quien se encuentra con las fuerzas vivas de la alegría, la precisión de quien apuesta en la apertura de posibles, en la invención de realidades (de sí, del

mundo y de los entornos) y en los poetas de vida.

Aguas de la pedagogía de la implicación: agua es navegación, es inmersión, es mojarse, es fuerza de la vida es el sustrato insustituible de la vida, es el imagen símbolo de la biología, imagen de la vida. Aguas son, también, los manantiales subterráneos de vida, que hacen caminos invisibles de redes de vida, que afloran en cuencas, que evaporan y llueven, que irrigan y que invitan a nadar. ¿Cuantas veces necesitamos de un dicha de agua fría, de un baño caliente o de un baño en las aguas del rio? ¿Cuantas veces necesitamos de aguas de la pedagogía para movernos del lugar, sacarnos de las certezas inútiles, de las zonas de confort para las zonas de desarrollo, convocarnos a la interacción y a compartir? Aguas de la pedagogía da implicación: pasa por mí, pasa por nosotros, pasa en cada nuestro hacer. ¿Quiere transformar? Transfórmese.

El libro nos presenta la formulación de teoría, la formulación de práctica, la formulación de política, el componente intersectorial e interinstitucional de la salud mental de mover realidades, colectividades, la vida en sociedad. Para esta autora formadora y formuladora, Salud Mental Colectiva fue un concepto exigido por la acción, por su modo de hacer la formación y la gestión. La profesional atenta no ha desperdiciado sus aprendizajes, supo generosamente hacer política, gestión y enseñanza. Sus conceptos son creación de conceptos que emergen de la producción de realidad. Este libro es el libro de una documentalista, de una militante de la salud mental, de una mulher armipotente. Con una experiencia prolífica, su texto tiene pasado, presente y futuro, ya era acción antes de ser texto, fue texto-acción, viene siendo acción-texto y ahora armífero. En la edición bilingüe con el español, las aguas subterráneas, en cuyos manantiales de superficie la autora muchas veces se ha bañado, y aguas de vida subterránea a transmigrar por el continente sudamericano. Aguas de profundo amor latinoamericano, decolonial. Un libro como acuífero decolonizador por una salud mental de la América Latina.

En este momento en que escribo este prefacio, recuerdo de otra investigadora, Maria Cristina Carvalho da Silva (2008), también investigadora

en los encuentros de la Salud Mental con la Educación y que ha nadado y navegado por estas aguas, aquí relatadas, de la pedagogía de la implicación y presentó una reflexión narrativa, resultado de investigación junto a los Centros de Atención de Psicosocial, con la presencia de la fuera imagética de una puerta de salida, un imagen donde se constataba los usuarios saliendo para la calle. Ya no más la etapa del acogimiento en un servicio, sino el coraje de tomar la calle.

El libro que tenemos en manos reporta la memoria de los Centros de Atención Integral en Salud Mental – Cais Mental, antecedentes, en Rio Grande do Sul, de los Centros de Atención Psicosocial, hoy integrantes de la política nacional de salud. "Cais" (en portugués) son embarcaderos y desembarcaderos para aquellos que navegan. Si los Centros de Atención Psicosocial emergieran después del debate de la rehabilitación psicosocial (salir de los manicomios), los Cais Mental ya se proponían, via Salud Mental Colectiva, al punto de embarque y de desembarque a lo largo del navegar en aguas de la pedagogía de la implicación, estando en causa a salud mental.

O lector puede deleitarse con el libro: es liviano, es ágil, es historiográfico, es geográfico, es educativo, es político, es sentipensante, como presenta nuestra investigadora, desde Eduardo Galeano (2002) y su reivindicación a la comprensión de los ancestrales de latinoamérica sobre "la palabra que dice la verdad, que no separa cabeza e corazón", dualidad irrecusable para el estar presente en el mundo vivo, sota la vida, en producción de vidas, ¡en derecho a la saúde! ¡Buena lectura, buen aprendizaje y ganas a la buena lucha por las vidas de todos y todas!

Referências

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. **Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade**. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GUATTARI, Félix. Pratiques écosophiques et restauration de la Cité subjective. **Chimères – revue des schizoanalyses**. 1992; n. 17, p. 95-115.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. [1971]. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

Camiseta de la Campaña São Pedro Ciudadano (RS, 2009)

– – – – – –

SAN PEDRO
ciudadano
RESTAURACIÓN DEL COMPLEJO HISTÓRICO

INTRODUCCIÓN

El problema generador de esta disertación es la construcción y la defensa de una *pedagogía de la implicación*, desafío detectado en las intersecciones de la educación para las políticas públicas de salud, cuando se operan procesos de gestión de inclusión, permeabilidad social y movilización de la participación, más allá de la operación de dispositivos de aprendizajes y, en ese sentido, la pedagogía de la implicación se configura como gestión de procesos de cambio de si y los entornos. El *problema* puede ser desdoblado:

1. ¿Una pedagogía de la implicación contiene una metodología de educación?
2. ¿Una pedagogía de la implicación es instituyente (intercede) de políticas públicas de salud?

Para el recorrido del escrito, en la búsqueda de una teoría, fue utilizada la imagen de las aguas y la navegación. Esta elección es la de la producción de sentidos, de un lado, en mi génesis histórica y psíquica, y del otro, en las invenciones/generaciones exigidas por los procesos de cambio e intersecciones presentadas por la práctica de educación usada como forma de hacer política. En la imagen de las aguas hay una historia, una geografía y una producción de sentidos donde ese escrito-teoría se empapa:

- historia: las Grandes Navegaciones, responsables por nuestro mestizaje; Cuenca del Rio de la Plata, lecho de la cultura gaucha; Rio Grande do Sul, determinación de la fijación de poblaciones y desarrollo por medio de cuencas hidrográficas;
- geografía: las aguas dulces —el río Uruguay, el lago Guaíba y la Laguna de los Patos- parte de mi vida, desde el nacimiento hasta el presente

trabajo:

- sentidos: nacimientos, rituales de iniciación y travesía, diferentes religiones y culturas, vida en movimiento de buceo y cursos, como corriente de agua que empapan y penetran entre las hendiduras.

El recorrido textual aborda seis partes: nacientes, vertientes, cursos del agua, rutas de navegación, anclas de la pedagogía de la implicación y una carta náutica de las intersecciones de la educación.

En ***Nacientes***, registro las fuentes que alimentan los modos de vivir la vida. En ese sentido, ubico mi cultura de frontera, la constitución de mi núcleo familiar, el modo como nací, la vivencia de la familia ampliada, la iniciación en las palabras y en las historias transmitidas oralmente, así como la experiencia de procesos colectivos y artesanales en la construcción de los juguetes infantiles.

En las ***Vertientes: vida en formación*** son colocadas aquellas que tienen la potencia de cambiar el rumbo de la vida y están vinculadas a procesos educacionales -la escolarización y la profesionalización.

Inserta en una cultura de valoración del estudio y del diploma universitario como *la mejor herencia y la garantía para la independencia*, en una época en que esta ecuación tenía eficacia, había un imperativo de salir de mi ciudad de origen para obtener tal título.

Una gran *vertiente*, a partir de la graduación, fue la Residencia Multiprofesional en Salud Comunitaria, en los inicios de los años ochenta. La Residencia dirigió mi vida hacia la salud colectiva, área de políticas públicas en salud, y fue decisiva para la comprensión de cuan esenciales son los colectivos de trabajo, así como la formación es constitutiva de los mismos.

En los ***Cursos de las aguas*** desarrollo itinerarios que se encuentran, entrecruzan y mezclan, produciendo otros cursos. Son los *cursos* y sus aguas de enseñanza-aprendizaje.

Los grandes itinerarios están en el “curso” de las políticas públicas en salud, especialmente en salud mental, en el “curso” de la educación permanente en salud y en el “curso de los movimientos sociales. Esos “cursos” produjeron la correntada de la “salud mental colectiva”, formas colectivas de gestión y atención en salud, procesos de educación

permanente en salud y el Foro Gaúcho[14] de Salud Mental.

En las ***Rutas de navegación*** reviso las anotaciones de los diarios de a bordo, los archivos de viajes, teniendo como línea maestra los Cursos de Perfeccionamiento y de Especialización en Salud Mental Colectiva realizados en Rio Grande do Sul, a partir de 1988, estableciendo canales de navegación hasta 2005. De esta manera, estoy identificando, y poniendo en análisis, los tripulantes a bordo, las celebraciones en agua y tierra, los puertos, los muelles y ciudades de desembarco, las embarcaciones utilizadas, así como los intercambios sucedidos. El reencuentro con las rutas produce un inventario de las prácticas y la extracción de tecnologías pedagógicas intercesoras.

Con las *Nacientes* retomadas, las *Vertientes* identificadas, las *Aguas en curso* detectadas y las *Rutas* inventariadas, veo el momento de formular una referencia de conocimientos (formalización de los saberes y de las prácticas): las ***Anclas de una Pedagogía de la Implicación***. Son las categorías, los conceptos-herramientas y los dispositivos que propician el *poder-aprender-saber-hacer* en el cotidiano del recorrido, así como la definición de otras rutas. Los materiales recogidos, tratan las categorías de la matriz entre formación-atención-gestión-participación y del poder y pensamiento estratégico en el sector de la salud; de los conceptos de transdisiplinaridad e integralidad en las prácticas de la salud, así como la invención/generación de dispositivos intercesores de políticas públicas en democracia fuerte, referencia de historia, geografía y sentidos configurados, como anclas de una pedagogía de la implicación. Son materiales esculpidos y bañados a lo lardo de los itinerarios, incluyendo formulaciones posteriores a los recorridos inventariados, dándole al propio texto movimiento y contemporaneidad.

Terminando el itinerario, emitiendo una ***Carta Náutica de las Intersecciones de la Educación para una Política Pública en Salud***, con trazados entrelazados por matrices y transversalidades, con puntos de

[14] Nota del Traductor: En portugués "Gaúcho" significa tanto la cultura gauchesca y la persona del gaucho, cuanto se refiere a todo aquel que nace en la provincia de Rio Grande do Sul. Para respetar los dos sentidos originales, mantuvimos la grafía en portugués.

sustentación, con vacíos incompletos, productora de un devenir y con otras voluntades de potencia: invito a implicarse. Una carta trazada al operar la transformación de la *Nave de los Locos* en *Nave de la Libertad* navegando en las aguas de la pedagogía de la implicación.

Obra de Claudio Gomes (Claudinho) – Porto Alegre, Arambaré - RS

I

NACIENTES

Nacientes son los lugares donde nacen los cursos de las aguas. Nacientes, aquí, serán los *ojos de agua* que correrán por vertientes, que alimentarán los cursos de las aguas que percibí y aprendí como una pedagogía de la implicación.

1.1 Frontera: la tercera margen del río.

En los orígenes familiares, reconocidos como el archivo del que habla Foucault (2005, p.5), esto es "el conjunto de los discursos efectivamente pronunciados, conjunto que continúa funcionando, transformándose a través de la historia y posibilitando el surgimiento de otros discursos", identifico en mi la materia educadora que me posibilitó navegar en las correntadas de la vida.

Nací en 1958 y fui criada en Uruguaiana, a las márgenes del rio Uruguay, ciudad al extremo sudoeste de Brasil, frontera internacional con Argentina y Uruguay. Recién en la última década del siglo XX, Uruguaiana perdió la condición de ciudad de triple frontera, con la emancipación de uno de sus distritos, hoy municipio de Barra do Quaraí.

La vida en la frontera sucede en múltiples planos concomitantes: el plano de los Estado Nación, con divisiones, leyes y reglas político-administrativas por separado; el plano de la zona de frontera, en la cual hay casi una libre circulación de bienes y personas; y el plano convencional, generador de una cultura propia y donde lenguaje y costumbres constituyen un código solo inteligible entre los que viven en las ciudades vecinas. Son planos constitutivos de la subjetividad de esos ciudadanos. Hay palabras sólo comprensibles en la frontera. En la frontera a la que me refiero, las

palabras no son ni en portugués ni en español, como las lenguas de los respectivos estados nación. Por ejemplo, en la frontera la cuchara para servir sopa, en portugués brasileño es *concha* y en español argentino es *cucharón.* Para *venirnos a ser* en esa cultura, tenemos la posibilidad de circular en esos tres planos y habitar lo que hay de frontera en las fronteras. Así, nos tornamos nacionales, extranjeros internacionales y extranjeros nacionales. No todos los ciudadanos se permiten constituir "a la frontera" y marcan permanentemente divisiones. En un encuentro nacional de coordinadores de salud mental de Brasil, en el período en que coordinaba ese sector en la Secretaria Estadual de Salud de Rio Grande do Sul, de 1987 a 1991, escuché de un coordinador del sudeste brasileño "ustedes no son Brasil, son Cono Sur". Vivimos situaciones de extrañamiento en nuestro propio país. Considero que circular en los tres planos en nuestro *venir a ser,* nos permite vivir a voluntad en diferentes territorios, adquiriendo familiaridad con lo extraño que habita en nosotros y poder decir genuinamente que somos esto y aquello, que *somos Brasil* y *somos el Cono Sur.* La frontera puede ser nuestro tercer margen en el río. En la formulación e Guimarães Rosa (2001): vivir entre las márgenes del río, o, como propone Ceccim (2005): nadar en el medio de las aguas, "entre" disciplinas, para trabajar en equipo.

1.2 Familia: mezcla de Apolo y Dionisio.

La familia de mi madre, Adelaide Teixeira Sales, tuvo vida urbana. Se constituyó de la mezcla entre el indio, el español y el portugués de la Ilha da Madeira, sustentándose del trabajo en el sector de servicios y la pequeña industria: el transporte colectivo, el comercio y las fábricas de tamango y jabón. Mi abuelo materno, Salaberga, era ebanista y pequeño empresario. Mi abuela materna, la única de los abuelos con que conviví (los demás ya habían muerto cuando nací), abuela Celsa, la más vieja de catorce hermanos, ayudó a criarlos con su trabajo de costurera y bordadora, así como a su propio núcleo familiar de un marido y tres hijos. La abuela Celsa vivió durante el siglo XX, de 1903 a 2001, acompañando activamente la vida política y socio cultural del país. Sus mayores valores eran el *trabajo* y el *estudio* para la *independencia.* El trabajo, por la experiencia vivida e

independencia adquirida; el estudio, por la falta de acceso y por la convicción de que la escolarización posibilitaba mayor independencia. El trabajo fue la marca de su unión amorosa: el modo como Salaberga manifestó su deseo de casarse con Celsa fue presentarse con un cajón hecho por él, para que ella guardase su material de bordado y costura. La estética del trabajo artesanal y la lógica utilitaria. En mi familia materna un devenir de Apolo desarrollaba nuestro modo de ser. Aún, los lazos de parentesco de la familia se extendían por Brasil, Argentina y Uruguay, traspasaban las fronteras y alargaban el territorio familiar. Pero una vez más, la centralidad del trabajo: mi abuelo realizaba el transporte de personas y mercaderías entre Uruguaiana y Paso de los Libres, en Argentina.

En la familia de mi padre, Oscar da Silva Fagundes, vida rural, gauchos de Inhanduí, interior de Alegrete, la misma mezcla de indio, español y portugués, con fuerte acento indígena. Trabajó en las lides cotidianas campesinas, incluyendo los cuidados en salud y nacimientos. La abuela de mi padre, Cecília Farias, era partera y el padre de mi padre, Albertino Fagundes, era "médico de campaña", lo llamaban "doctor Alberto". Ambos se desplazaban por los campos para visitar familias de la región: el abuelo en tílburi y mi padre a caballo. El abuelo de mi padre, João Batista Fagundes, era carretero y hacía flete rural. La familia era extensa, gregaria y los hijos eran criados y cuidados por los que tenían más condiciones para hacerlo. Mi padre, entre los hombres el más grande de nueve hermanos, fue criado por los abuelos a partir de los tres años, por esto mismo, tuvo facilitado su camino para estudiar. Los valores familiares eran el de la protección, la supervivencia, la religiosidad y la celebración, con fuerte acento en la cultura gaucha y la tradición oral y musical. En mi familia paterna, un devenir Dionisio cultivó más la estética de la fiesta, de la música y los colectivos.

El encuentro de las dos familias ocurrió por un viaje de Uruguaiana de Oscar para estudiar y, posteriormente, servir al ejército, ocasión en que pasaron a vivir en la misma calle. ¿Qué los atrajo? La belleza de Adelaide, la fiesta y la música de la familia de Oscar. Lo apolíneo de uno y lo dionisíaco del otro los magnetizó. Viven juntos hace 60 años, compitiendo y complementándose mutuamente. Mientras estuvieron ocupados con el

sustento familiar, trabajo, estudio y carreras profesionales, sus vidas eran más conflictivas. Los valores cultivados fueron el de la responsabilidad con los compromisos asumidos, el estudio como mejor herencia y el placer, que venía después del deber, pero necesario para vivir. El placer proveniente de las fiestas y la música, principalmente la música latinoamericana, de tocar un instrumento (guitarra), de las serenatas y la convivencia con amigos. Después de tres hijos adultos, la llegada de dos nietos y, principalmente, la jubilación, quedaron más que bien consigo mismo: entre sí y con la vida. ¿Su agenda? Intensa actividad socio cultural, incluyendo muchos viajes con grupos de amigos. El modo dionisíaco contribuyó para mejorar la vida de matrimonio jubilado. Además, nueva experiencia de pareja, los dos solos viviendo bajo el mismo techo, ya que se casaron jóvenes, luego tuvieron hijos y la suegra de mi padre vivió con ellos hasta su muerte. Hace apenas dieciséis años están viviendo la experiencia de un tiempo de pareja. El aumento de la expectativa de vida y la longevidad posibilitó la llegada.

Mis raíces son un entramado de vida en la frontera, mestizaje de razas, de las racionalidades, del modo apolíneo y dionisíaco de ser y, aún, mis traslados constantes para poder vivir y mejorar la vida, por medio del trabajo y el estudio, para la independencia, para la autonomía y la autoría.

1.3 Iniciación en la vida

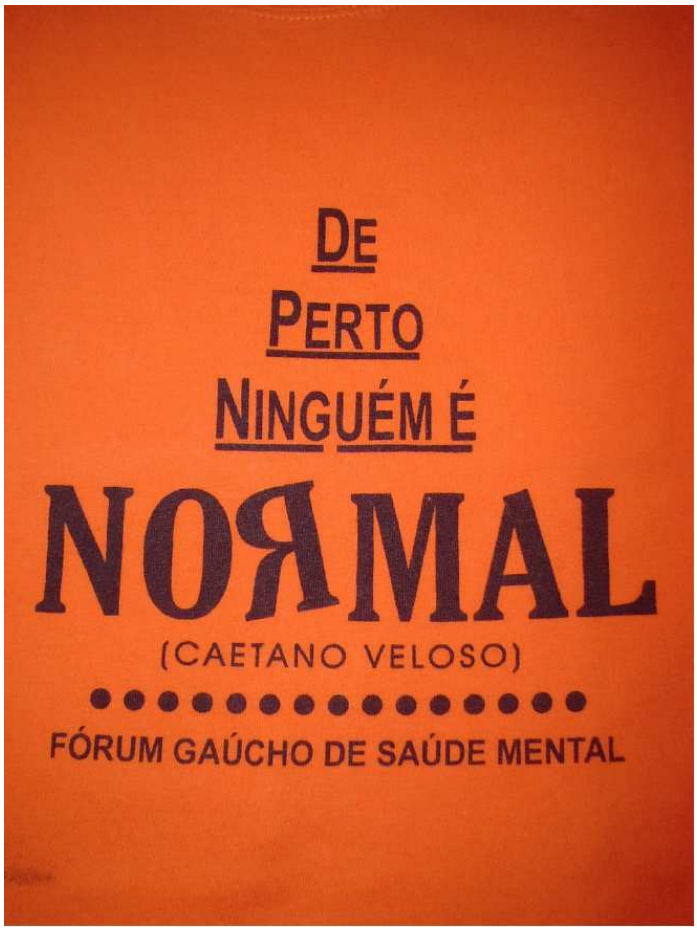
Cuando nací, un ángel tuerto, de esos que viven en las sombras, no me dijo de ser *gauche* en la vida, como hizo con Carlos Drummond en su "poema de siete caras" (1930). Mi ángel me dijo de buscar los *imposibles*. Nací oscura, roja, con el cordón umbilical envuelto al cuello, con poco oxígeno, en un parto hecho por una partera, el día de Santa Rita de Casia ¡La santa de las causas imposibles! Pues sobreviví al parto y, hasta hoy, busco los posibles entre los imposibles humanos.

La infancia y adolescencia las viví en Uruguaiana, en una experiencia de familia ampliada: vivíamos en el edificio de los bancarios y circulábamos por los 21 departamentos como si fuese prácticamente nuestra casa. Allí y en los alrededores, todos los ensayos e iniciaciones para la vida: amores, odios, rivalidades, complicidades, bromas, sexualidad, fiestas, danzas,

descubrimientos, invenciones. Mis padrinos fueron decisivos en el gusto por leer y contar historias. Mi padrino, Eliseu Moura, reunía a los chicos a su alrededor y contaba *hechos y sucesos,* en general vinculados al campo y la pesca. Su identidad era ser contador de historias, escribe hasta hoy para un periódico local y ya publicó libros. Mi madrina, Marina Porto, reunía los niños para leerle historias infantiles. En nuestra pre adolescencia, nos reuníamos en su departamento para contarnos, unos a otros, novedades leídas en los libros, en general enciclopedias, así como competíamos para demostrar quién sabía más palabras difíciles y con más letras: *inconstitucionalisimamente* era una de ellas. Palabras muchas veces encontradas en diccionarios, aunque estuviéramos más interesados en el impacto sonoro de ellas, que en su significado.

Otra marca fue la construcción de los propios juguetes: carro de rulemanes, patas de palo, patineta, guitarra, tambores, maracas, plumas, baleros, payana, caleidoscopios, espadas, revólveres, muñecas, ropa para muñecas, muebles, autos, trenes, camiones, rompecabezas, unir los puntos y juegos de memoria, de damas y fútbol de mesa, entre otros. Con la mayoría de los juguetes y juegos jugaban tanto los *gurices* como las *gurías.* Uno de los juguetes preferidos, casi exclusivo de las *gurías*, era jugar con muñecas de papel: todas recortadas de las revistas, con las cuales producíamos y reproducíamos escenas familiares. Los juguetes eran artesanales y, gran parte de ellos, hechos colectivamente por nosotros mismos y algunos adultos. Para realizar el deseo de jugar con determinado juguete, antes necesitábamos fabricarlo, pero el proceso de producción era educación lúdica. Los juguetes industrializados no existían en abundancia, no eran accesibles económicamente y se constituían en regalos especiales de fechas festivas.

Soy de una infancia anterior a la televisión y la fabricación en masa de juguetes, situación propicia del gusto por las letras, palabras e historias, por la escucha, por los procesos, por las investigaciones y por hacer posible lo imposible. Aprendimos que entre el deseo y su realización, hay un camino por recorrer, que es posible caminarlo y que el recorrido es facilitado cuando es hecho colectivamente, en grupo y con solidaridad..



Camiseta del Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Porto Alegre)

— — — — — —

DE

CERCA

NADIE ES

NORMAL

II

VERTIENTES: vidaformación

Las *vertientes* son aquellas que tuvieron la potencia de cambiar el rumbo de la vida y estuvieron vinculadas a procesos educativos para la independencia, la autonomía: la escolaridad y la profesionalización.

La valoración del estudio y del trabajo como vectores para la independencia, como quería la abuela, o para la autonomía, como reconozco, fue determinante para que la formación fuese estructurante y activadora de mi subjetividad. Estudio y trabajo, materializados por los procesos de escolaridad y profesionalización que, a su vez, propiciaron e intercedieron para vivir mejor la vida. La vida como potencia formadora y en formación, como potencia de vida. Indentifiqué dos períodos en mi vida con poder de formación, como vertientes: uno que va de la educación primaria al término de la carrera de Psicología y otro delimitado por la especialización en salud comunitaria. El primero lo denominé *vidaescolaridad* y el segundo *vidaprofesionlización.*

2.1 Vidaescolaridad

Los primeros veintidós años de vida fueron preparatorios para el trabajo, mezcla de vidaescolaridad -en los cuales las interrelaciones se daban entre familiares-vecinos-amigos-amores-, animadas por la música, la convivencia en grupos, estudio, deportes y con todo lo que hay de *humano, demasiado humano,* al estilo de Nietzche (2004), con indagaciones filosóficas y psicológicas, engaños y desengaños y con la inversión de "espíritus libres" para dialogar.

La escuela fue una referencia importante en la socialización de mi

generación, siendo el estudio un valor organizador de la subjetividad y de la vida. El diploma representaba el pasaporte para la emancipación. La primaria y la secundaria cursé en Uruguaiana. La alfabetización, la quinta y el sexta etapa de la primaria, los cursé en el Colégio do Horto, católico, todos los demás en escuelas públicas. El grupo de amigos, constituido a partir de la escuela, fue el sostén para los primeros vuelos autónomos en relación a la familia ampliada de la infancia. En ese período, un laboratorio significativo fue el equipo de voley: el trabajo de equipo, el aprendizaje de la técnica y la táctica, descubrir el perfeccionamiento de habilidades y competencias, la velocidad para tomar decisiones y actuar con precisión, el respeto a los adversarios, la conciencia de al representación institucional la competición y circulación por diferentes territorios y ciudades. Son algunas experiencias que contribuyeron para caminar la vida. El voley fue un puente para la travesía de la secundaria a la facultad, del interior a la capital, ya que continué jugando a lo largo de la carrera universitaria y estudie tres semestres de la carrera de Educación Física en la Universidad Federal do Rio Grand do Sul, junto con la carrera de Psicología en la Pontifícia Univerisdade Católica do Rio Grande do Sul. Para el trabajo final de Psicología Clínica, un trabajo importante en la formación en psicología, escogí como tema El voley y la adolescencia, así como pensé en especializarme en psicología del deporte.

Salir de Uruguaiana para estudiar en la Universidad era prácticamente obligatorio, debido a las pocas alternativas en la ciudad. Las otras posibilidades abarcaban Uruguay y Argentina, más allá de la propia provincia. Hacía parte de nuestra subjetividad, de nuestra trayectoria de vida, salir de la ciudad: acompañábamos la salida de generaciones anteriores a la nuestra, buscábamos saber sobre sus vidas en otras ciudades, así como conocer los lugares en cuestión. La formación que quería en Psicología y en 1975, en Rio Grande do Sul, sólo era posible en la capital. Lo mismo ocurrió con otros amigos y así fuimos para Porto Alegre, pasamos el vestibular en el primer intento: Ingeniería, Análisis de Sistemas y Psicología. Inicialmente mi abuela vino para vivir conmigo y, después de un año, la familia -padres, una hermana y un hermano- se mudó para Porto Alegre.

En la carrera, la experiencia fue de transiciones: entre interior y capital, estudiante y profesional, adolescente y mujer, amigos de Uruguaiana y amigos de la facultad. El grupo de amigas, durante la carrera, era oriundo, en su mayoría, del interior de la provincia y volvió a su ciudad de origen después de terminada la carrera para ejercer la profesión. En la Universidad tuve la posibilidad de politizarme: eran tiempos de lucha contra la dictadura militar y por la democratización del país, siendo el movimiento estudiantil un actor importante en ese momento histórico. Participar del Centro de Estudiantes del Instituto de Psicología e integrar su conducción fueron alternativas recurrentes de esa efervescencia.

Las identificaciones profesionales fueron con las áreas de Psicología Clínica y Psicología Comunitaria. Fui ayudante de cátedra de Psicología Clínica y realicé una pasantía curricular de Clínica, durante un año, en la Unidad de Salud Murialdo, hoy Centro de Salud-Escuela Murialdo. La unidad era referencia en Rio Grande do Sul para la naciente Atención Primaria en Salud, formulada por la Organización Mundial de Salud, durante la Conferencia Internacional de Cuidados Primarios de la Salud[15], realizada en Alma-Ata, antigua URSS, en 1978. La organización de la U. S. Murialdo (Busnello, 1976) fue concebida como Sistema de Salud y se constituyó como una unidad de salud de referencia, en la cual sucedían, durante el día, la atención especializada, la recolección de material para exámenes de laboratorio y la distribución de remedios controlados; a la noche y los fines de semana, las guardias realizadas por los equipos multiprofesionales, que garantizaban el atendimiento 24 horas, siete días por semana. El "Sistema" se completaba con cinco puestos de salud localizados en la región, cada uno con un territorio delimitado, donde se ofrecían los cuidados primarios en salud, realizado por un equipo multiprofesional, integrado por empleados de la Secretaria Estadual de Saúde, por estudiantes de especialización en

[15] Los cuidados primarios de salud son "cuidados esenciales de salud basados en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien fundamentadas y socialmente aceptables, colocados al alcance universal de los individuos y familias de las comunidades, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y los países puedan mantener en cada fase de su desarrollo. Hacen parte integrante tanto del sistema de salud del país, del cual constituyen la función central y el foco principal, así como del desarrollo social y económico de la comunidad com el sistema nacional de salud, por el cual los cuidados en salud son llevados lo más próximo posible a los lugares donde las personas viven y trabajan, y constituyen el primer elemento de un continuo proceso de atención en salud (Declaración de Alma-Ata, 1978)

servicio, agentes de salud y pasantes de carreras profesionales del área de salud.

2.2 Vidaprofesionalización

Al recibir el diploma de psicóloga, ya se delineaban caminos entrelazados: salud pública, docencia, psicoterapia y movimientos sociales. Una vez más, caminos constituidos de imposibles incontorneables, a ser traspasados o generar posibles, como ya afirmó Freud (1937) sobre las tres profesiones "imposibles": analizar, educar y gobernar, refiriéndose a la insuficiencia de los resultados.

Hice la Residencia en Salud Comunitaria en al Unidad de Salud Murialdo (Grossman et al, 1975), de 1980 a 1982. Enseñé en el Curso de Psicología de la Universidade de Caxias do Sul (UCS), la materia Psicología Comunitaria, además de haber sido supervisora de la pasantía. En la Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), enseñé Psicología General y participé de la implantación de un Centro Comunitario en la Villa Fátima, cuya función era ser Centro-Escuela para la PUC-RS.

Después de la Residencia, fue el turno de la formación en psicoterapia, en el Núcleo de Estudios Psicoterapéuticos Psicoanalíticos (NEPP), en Porto Alegre.

Fueron caminos construidos y recorridos en otros veintidós años de vidaprofesión, en los cuales las tesis y los valores aprendidos sobre que el estudio *abre las puertas para el mundo del trabajo que independencia/ autonomía* se confirmaron y afirmaron. Tesis y valores que, en el final del siglo XX, ya no tenían la misma eficacia.

El gran divisor de aguas fue la Residencia en la Unidad de Salud Murialdo: nuevos amigos, amigos de hoy, otros amores, mucha diversidad, conflicto y contradicciones de todo orden y jerarquía, como ingredientes del aprendizaje. En la Residencia aprendí la posibilidad de vuelos enraizados y viví la implicación (aprendizaje deseante).

La Residencia de Murialdo fue la primera del Estado de Rio Grande do Sul en ampliar el programa de formación especializada en atención, incluyendo varios profesionales de la salud: asistentes sociales, enfermeros,

médicos, odontólogos, médicos veterinarios y psicólogos. Hecho que ocurrió en 1980. Nuestra jornada semanal era de 60 horas-actividad, incluyendo guardias nocturnas y durante los fines de semana. La concepción era de "aprender en servicio". La mayor carga horaria era destinada a la atención y trabajo junto con las colectividades, las supervisiones ocurrían directamente en los Puestos de Salud, tanto las destinadas para el conjunto del equipo, como las específicas de cada profesión. Sólo los seminarios y las guardias eran realizadas en la sede de la Unidad de Salud Murialdo. La Residencia fue un importante puente de transición entre el *ser estudiante* e *ser profesional:* en el, las prácticas tenían el compromiso del ejercicio profesional y, al mismo tiempo, admitía la moratoria propia de los aprendices. En ese período tuvimos la oportunidad de aprender a indagar, a argumentar, a solicitar ayuda, manifestar dudas, tomar decisiones individual y colectivamente, entre profesionales de diversas profesiones. Una peculiaridad del Murialdo, era que ese proceso era acompañado atentamente y, muchas veces, compartido con las personas de la población local. Aprendí el ejercicio de la Psicología, me torné psicóloga, entre iguales psicólogos, entre otros diversos profesionales y entre personas de la población. Una posibilidad sin igual de experimentar la alteridad.

En ese contexto, también hacía parte de nuestro aprendizaje la comunicación de unos con otros: era necesario que el *psicologués* fuese entendido por los otros profesionales y las personas de la población y viceversa. Esta exigencia estaba presente tanto en la comunicación verbal como escrita, ya que, más allá de las *discusiones de los casos*, escribíamos en los expedientes clínicos que, en aquella época, eran de la familia y pertenecían a la familia, o sea, contenían datos de todos los integrantes del grupo familiar, de las colectividades específicas con quienes convivían y habitaban, y de cada miembro individual. (Lewin et al, 1979; Busnello et al, 1980). Este documento era propiedad de la familia, que lo llevaba a su casa. Por lo tanto, era pasible de ser leído y más, se estimulaba la lectura de lo que ahí estaba escrito. Estaba incluido en las prácticas de Murialdo el incentivo a la autonomía de las personas, utilizando el método pedagógico como parte del cuidado: aprendíamos a explicar y explicitar las situaciones

para las personas. A veces apostábamos más a la potencia de la información objetiva que a sus verdaderos alcances en lo terapéutico, en la autonomía y en la ampliación de la consciencia sanitaria. Hoy, el SIDA y el embarazo adolescente nos enseñan cuán insuficiente es la información simple y pura para cambiar el comportamiento.

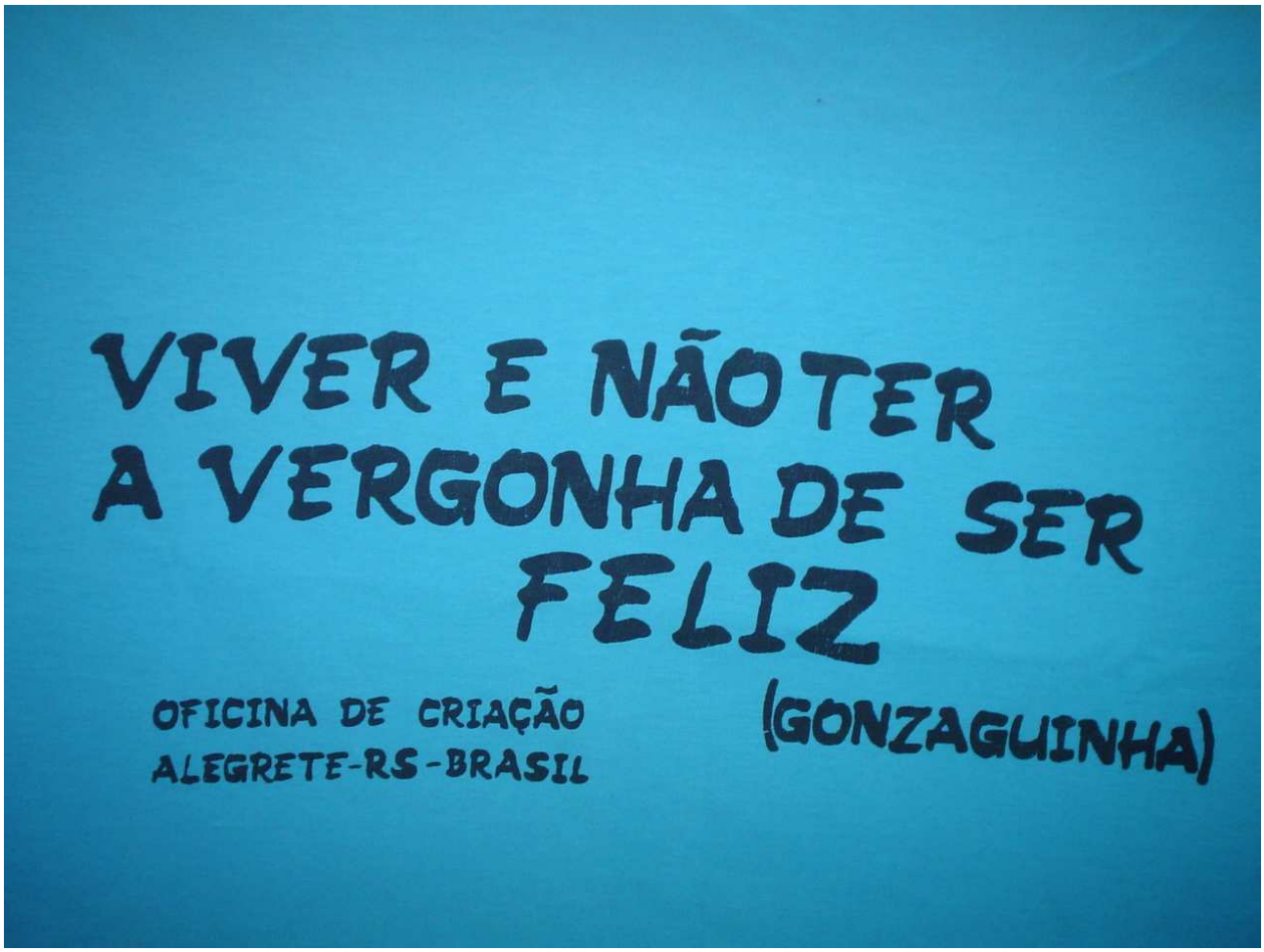
Otros registros que están vivos, del Murialdo y la salud pública que por ahí aprendí:

- la centralidad en el usuario, sea individual o grupal, y la consecuente valorización y búsqueda de la competencia clínica, era una clínica, entonces, desafiada a ser bio-psico-social y no transdisciplinar;
- la participación en las políticas públicas en salud y salud mental, concibiéndolas a partir de la epidemiología y de una lógica de planeamiento y programación, pero también de las necesidades de las personas;
- el desarrollo de investigaciones conectadas con agendas y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud;
- la intensa efervescencia generada por la circulación de ideologías y prácticas conflictivas y contradictorias entre los diversos actores, en especial, residentes *versus* preceptores-dirección y población, que colocaba, constantemente, el "modelo" en cuestión, donde sobresalía la permeabilidad al cuestionamiento, abriéndose rondas de discusión y análisis institucional con profesionales externos;
- la disposición institucional para la participación de la población, pues ahí existía el Consejo Comunitario de Salud, que no tenía carácter deliberativo, pero era un foro de participación social localizado;
- la convicción de que el modelo asistencial en salud en el formato piramidal, en el cual la atención primaria (de menor complejidad, productora de los cuidados primarios en las unidades básicas o "puestos" de salud) ocupaba la base, el medio era propio de la atención secundaria (especializada, de media complejidad, ejercida mayoritariamente en servicios ambulatorios) y la punta de la atención terciaria y cuaternaria (de alta complejidad, producida en centros de

referencia especializados ubicados en hospitales) era entendido como la mejor configuración de un sistema de salud, lo que se constituyó como un punto ciego en los análisis de los problemas referentes a resolutividad e integralidad de la atención;

- la impermeabilidad de la institución a las ciencias sociales y políticas de origen marxista, que llevó a lecturas de tesis sobre salud y sociedad y producción histórica y social del proceso salud-enfermedad, realizadas por iniciativa de los propios residentes en horarios alternativos, lecturas desafiantes, ya que estábamos en equipo en un aprendizaje de la atención en salud, en el ejercicio de la misma y bucando ser íntimos de las vidas vividas en el territorio. Fue este mismo lugar el que entendió necesario prestar atención en salud a los trabajadores rurales del primer campamento del *Movimiento Sin Tierra (MST)*, en la Encruzilhada Natalino, en el interior del Estado, por medio de sus residentes. Particularidad que me permitió trabajar durante un mes, en diciembre de 1981, con dos médicos residentes, junto a los trabajadores rurales sin tierra, organizados en un movimiento social, cuando campamento había sido transferido al municipio de Sarandi. Aquí se dio mi experiencia de convivir con el sufrimiento psíquico, tanto de los campantes, como de los policías de la Brigada Militar, y el ejercicio de superación de prejuicios en un intenso trabajo en equipo.

La experiencia en Murialdo fue la vertiente que dirigió el curso de las aguas de mi vida por las correntadas de la salud pública. Los ríos que se encontraron y se mezclaron en este recorrido, fueron el de la salud mental, la educación, el movimiento social y la gestión de políticas públicas en salud.



Camiseta del Foro Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Alegrete)

— — — — — —

VIVIR Y NO TENER
LA VERGÜENZA DE SER
FELIZ
(GONZAGUINHA)
TALLER DE CREACIÓN

III

CURSOS DE LAS AGUAS

Las aguas de mi vida fueron direccionadas hacia la Salud Pública, y sus corrientes hicieron el recorrido por la gestión de la política en Salud Mental, en la Secretaria Estadual da Saúde (1987-1991) y de la gestión de los Sistemas Municipales de Salud de Viamão (1998-2002) y Porto Alegre (2003-2004)

La otra dirección fue la de la Educación, orientada a la formación de personas que trabajaban en los servicios públicos de salud, y la Educación se constituyó en la gran activadora y generadora de mediadores para las políticas públicas de las cuales fui gestora, especialmente en el campo de la salud mental.

Uno de los efluentes del entrelazamiento entre Políticas Públicas y Educación, fue el Movimiento de Salud Mental en Rio Grande do Sul, llamado Foro Gaúcho de Salud Mental. El Foro, a su vez, se encontró y mezcló con las aguas del Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial.

Destaco aquí que mi ecuación genética (la de la abuela) estudio-trabajo-independencia fue actualizada y, al mismo tiempo, se volvió impulsora de políticas públicas en la forma *trabajo-formació-autonoía*. El **trabajo** en la gestión y atención, activado y activador de la **formación,** por medio de la educación permanente, posibilitadora de **autonomía** de los usuarios y trabajadores implicados en proyectos colectivos del presente.

En los cursos de las aguas, haciendo recortes que resaltan las variables que compusieron la ecuación genética en fórmula ética, están aguas que se encuentran, mezclan, constituyen otros cursos y se separan,

ya distintas por los dobles y desdobles del camino. De este modo, en todos los recortes están presentes la gestión, la atención, la educación y el movimiento social, constitutivos de las políticas públicas instituyentes de salud.

3.1 Políticas Públicas de Salud

La democratización política en América Latina, ocurrida a mediados de los años ochenta, en parte conquistada, en parte negociada, vino acompañada por las políticas neoliberales de ajuste. Su aplicación generó recesión, deterioro de las condiciones de vida de la población, precarizó el mundo del trabajo y agudizó los problemas sociales, al mismo tiempo que disminuyó el presupuesto para políticas sociales.

El terror del Estado fue substituido por el terror económico. El miedo de perder el empleo y la libreta de trabajo en blanco -identidad de ciudadanía- mortificó movimientos, calló reivindicaciones. Los sindicatos entraron en crisis. La recesión y la revolución tecnológica generaron exclusión del trabajo formal. Hubo un aumento del trabajo informal, por lo tanto, formal/informal son dos lados de una misma moneda, uno tensiona al otro.

El problema que emergió y se agudizó fue el "trabajo ilegal": robo, secuestro, tráfico de niños, de mujeres, de órganos y drogas, además de personas empleadas como "naranjas" o "mulas"[16]. El "trabajo ilícito" se infiltró en el trabajo formal/informal, lo devoró parcialmente y se expandió autónomamente, sin buscar la formalización. Asociada a lo ilícito, se recrudeció la violencia social, otro terror que surgió y se sumó al terror económico.

La situación social generaba una crisis que, a su vez, significaba peligro y oportunidad: de un lado muchos indicios de desintegración social -vale todo, sálvese quien pueda-, del otro, la posibilidad de resignificación del trabajo, de diversificación de actividades, de desarrollo de habilidades y de ampliación de espacios de placer. Efectivamente, surgieron y se fortalecieron

[16] NT: En el portugués brasileño informal, "laranja" (que traducimos literalmente como "naranja") es la persona cuyo nombre es utilizado para cometer una acto ilícito (como defraudaciones, por ejemplo) sin que ella lo sepa; y "mula", con directa referencia al animal, es la persona utilizada para cargar algo ilegal (como drogas ilicitas, armas etc.)

las organizaciones no gubernamentales, las cooperativas, las experiencias de autogestión, viables solamente con organización y en movimientos sociales.

Lo que en el período de excepción militar fue “opacificado”, pasó a ser “transparentado”: el Estado y las fuerzas que lo componían aparecían como corruptas, por lo tanto, la sociedad debía encubrir y sobornar. En función de esto ¿El Estado debía ser mínimo o el Estado, siendo frágil, debía ser fortalecido y vuelto de dominio público? El riesgo de la primera hipótesis es que corrupción, soborno y encubrimiento pasar a ser valores naturalizados en la sociedad. Los restos autoritarios todavía sobreviven, así como la lógica de que la vida de los excluidos (los marginalizados, los subalternos, los olvidados), vale nada.

El filo de la navaja pasó a expresar la vida y los nuevos valores anunciados:

- trabajo ilícito u otra organización laboral;
- Estado-sociedad corrupto o una organización social ética;
- exterminio de algunos o vida de todos.

La realidad, mientras tanto, convocaba a militar socio-políticamente, en el sentido de la construcción de proyectos de presente, bajo la orden de la democracia y la alteridad, un trabajo de creación de historia y cultura como factores de crecimiento social. El esfuerzo seria buscando utilizar creativamente las contradicciones, los conflictos y las incertidumbres contemporáneas.

En el sector de la salud, las contradicciones, los conflictos y la complejidad se reproducían. Algunos ejemplos señalan como las desigualdades sociales determinaron y condicionaron el acceso a la tecnología:

- en Brasil ya nacían niños de probeta y, al mismo tiempo, continuaban muriendo aproximadamente 200 niños cada 1.000 nacidos vivos en los bolsones de pobreza de norte a sur, hasta mediados de 1990;
- en Brasil, las adolescentes -de clase económica media y alta- ya utilizaban métodos anticonceptivos adecuados al período de desarrollo, mientras que el embarazo entre los 12 y los 16 años pasó a ser un problema social y

sanitario.

- mientras en Brasil ya se eliminaban cálculos renales con técnicas de ultrasonido, la mayoría de la población apenas tenía acceso a técnicas de cirugía, que aleja de casa, del trabajo y expone a infecciones hospitalarias.

El sector de la salud, de modo general, reproducía/reproduce las diferencias sociales, tanto en lo que se refiere a medicamentos e insumos, como a equipamientos y servicios. En relación a estos últimos, existen centros de alta tecnología, con profesionales habilitados, con institutos de investigación que articulan con centros de excelencia mundial y que dirigen sus trabajos a una porción muy pequeña de la población, aún considerando la gran cantidad de aquellos que necesitan tales servicios. Son centros, en general, viabilizados por fondos públicos, que gradualmente se van auto sustentando y privatizándose.

Cerca de 39 millones de brasileños (ANS, 2005), 21,5% de la población del país, tiene acceso a los servicios ofrecidos por aseguradoras y Cajas de asistencia, que presentan una resolución limitada, contractualizada en planes de salud. Las personas terminan siendo cobradas tres veces: al contribuir con sus impuestos, al contratar planes pagos y al desembolsar directamente la asistencia privada, cuando la utilizan.

Para la mayoría de la población existe una rede de ambulatorios estatal, descuidada física y tecnológicamente, con profesionales que no valorizan su trabajo, y servicios hospitalarios contratados, de baja complejidad tecnológica, constituyendo un sistema de poca resolutividad, iatrogénico y genocida, financiado por fondos públicos. Paralelamente, gestiones enteras se organizan para modificar esa situación, como los municipios de Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bauru (Capistrano Filho e Pimenta, 1989), Belo Horizonte (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Porto Alegre (Porto Alegre, 2004), Santos (Campos e Maierovich Henriques, 1996), los cuales crearon servicios especializados de atención a la salud y constituyeron redes de cuidados progresivos y continuos. El Estado de Rio Grande do Sul (Ferla et al, 2002; Ferla, Ceccim e Pellegri, 2003) desarrolló una política de ampliación y calificación de servicios especializados en las regiones sanitarias gaúchas

y el Ministerio de Salud (MS, 2004) demostró poder trabajar en la misma dirección.

Las universidades y los centros formadores de profesionales de salud reproducen la realidad perversa al atribuirle valor diferenciado y jerarquizado a los conocimientos y las prácticas relativas a los servicios de mayor complejidad tecnológica. De la misma forma, también revelan esfuerzo locales de cambio.

Conjuntamente, hubo un avance de los movimientos sociales en la lucha por cambios en el sector. La sociedad amplió la ciudadanía y la conciencia sanitaria. En el ámbito del Estado, quien más implementó las propuestas de reforma fueron los municipios: en relación al presupuesto, todos los que se comprometieron con la municipalización[17] han destinado, como mínimo, 15% de sus recursos a la salud. La Nación no compromete más que el 6% de su presupuesto y los Estados, en su mayoría, no cumplen con el 12% constitucional. Hubo una ampliación del acceso a los servicios de atención básica de la salud, a través de la estrategia de salud de la familia[18], y los procedimientos de alta complejidad, como los trasplantes en la red propia, contratada o conveniada del Sistema Único de Salud (SUS). Brasil es el segundo país del mundo en realización de trasplantes, prácticamente todos efectuados por el SUS.

Los municipios han creado estrategias que mejoraron las condiciones de vida de sus ciudadanos. Righi (2002) identifica como alta complejidad tecnológica, los sistemas municipales de salud, mismo en los municipios pequeños, pues la complejidad no seria tributaria del uso concentrado o

---

[17] La municipalización fue la estrategia implementada en Brasil en cumplimiento a la directriz de descentralización del Sistema Único de Salud. Los municipios asumieron la responsabilidad de instituir el sistema municipal de salud y su gestión, con recursos provenientes de las tres esferas de gobierno (municipio, estado y nación) y con fiscalización social, por medio de los Consejos Municipales de Salud y Conferencias de Salud. En ese proceso, los municipios y los consejos se constituyeron en actores sociales del sector salud.

[18] Salud de la Familia fue la estrategia utilizada en el Sistema Único de Salud (SUS), a partir de 1994, para ampliar el acceso a la asistencia en salud y reorganizar el sistema. Constituye una instancia de atención (atención básica o primaria) del sistema que se caracteriza por el acompañamiento de un máximo de 4.5000 personas de un determinado territorio, por un equipo multiprofesional, con un proceso de trabajo centrado en la vigilancia en salud (promoción de la salud). El equipo está constituido, como mínimo, por médico, enfermero, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de la salud. Fue una estrategia que efectivamente amplió el acceso, contribuyó en la mejoría de los indicadores de salud (cobertura de vacunas y prenatal, reducción de la mortalidad infantil) y generó un nuevo profesional de salud: el agente comunitario, pero no fue potente para la reorganización del SUS y atendimiento de las necesidades de salud de la población (Merhy e Franco, 2003).

intensivo de tecnologías duras (equipamientos), sino por la gestión de diversificados dispositivos de baja tecnología: proceso de trabajo vivos (generados en el acto), constitución de redes de protección social e intervenciones en derroteros de vida.

Los municipios, a pesar de su fragilidad político económica, se constituyen en lugares de resistencia a las políticas de la globalización neoliberal, operan con otra lógica: presionados por la participación popular, que se organiza en la proximidad del poder ejecutivo, los municipios organizan acciones de inserción social, mientras el neoliberalismo excluye. Invierten en políticas sociales, mientras el neoliberalismo disminuye recursos en esas áreas. Crean formas cooperativas de trabajo, mientras el neoliberalismo genera desempleo. Pero esta no es una lógica en ascenso y, gradualmente, de 1988 a 2001, hubo una conversión de los diversos actores sociales, que definen el campo de las políticas públicas de la salud en Brasil, a las propuestas neoliberales condicionadas por el Banco Mundial, como demostró Misoczky (2002).

Hay mucho a construir/deconstruir para la efectivización del Sistema Único de Salud. Pero ya existe una experiencia acumulada que posibilita reafirmar su pertinencia y viabilidad, así como es preciso ampliar la red de aliados comprometidos en la generación de inclusión, participación y solidaridad, que tengan proyectos de democracia, ciudadanía y derechos sociales.

3.1.1 Salud Mental: historia y prácticas.

En 1987 tuve la oportunidad de asumir la coordinación de la Política de Atención Integral a la Salud Mental (Pasimental) de la Secretaria Estadual de Salud de Rio Grande do Sul (SES/RS). El contexto era el de la redemocratización del país y, en la segunda elección, pos dictadura militar, los gaúchos eligieron representantes de esta lucha por la democracia para el gobierno estadual. Asumieron la conducción de la SES/RS personas vinculadas a los movimientos por los derechos humanos y sanitarios. La propuesta era de cambios en los propósitos, conceptos y organizaciones. En la salud una de las medidas fue substituir la denominación *programas de*

salud por *políticas de atención*, para indicar la vigencia de nuevos paradigmas ético-políticos en la formulación y autoría de las políticas públicas. En este contexto, fui la primera mujer y primera psicóloga en asumir la coordinación de políticas en salud mental de la SES/RS. En palabras del Secretario substituto, durante la asunción, *la primera no masculina y no médica* a ocupar el cargo, dos negaciones y no dos afirmaciones (primera mujer y primera psicóloga). La ausencia del Secretario titular en la cartera y las *negativas* expresadas en la asunción indicaban la dimensión del desafío para hacer presente y afirmativa la política de salud mental. La asunción fue otra iniciación, semejante a la del nacimiento, estaba delante de imposibles.

La primera tarea fue la de constituir un equipo conductor de la política, con potencialidad para sustentar la diversidad, tanto en lo que se refiere al respeto a la multiplicidad, como a las divergencias. La multiplicidad quedó expresada en las profesiones: trabajador social, enfermero, pedagogo, psicólogo, psicopedagogo y psiquiatra. Posteriormente en las atribuciones: formuladores de política, gestores, asesores, profesores, interlocutores y apoyadores de las demás políticas de la atención integral de la salud, así como servidores públicos. En la disponibilidad de trabajar en equipo, de forma transdisciplinar, articulando y problematizando las prácticas específicas de cada profesión con las demás profesiones, transitando e interviniendo *en los* y *entre los* campos de la salud mental y la salud colectiva. La disponibilidad se extendía a las posibilidades de trabajo en turno integral y desplazamientos al interior del estado. El tema de la diversidad se imponía por el objeto de trabajo: procesos de salud-enfermedad-cuidado, de subjetivación en las diversas regiones del estado y de alteridad, no de segregación con los usuarios de salud mental. La capacidad de trabajar con las divergencias y adversidades se vislumbraba como necesaria, pues el proceso a ser desencadenado era de cambio, en el cual hubiera una disputa entre concepciones y práctica, y el equipo tuviese, por lo menos, disponerse a enfrentarlas.

Así, el equipo se constituyó con profesionales de la Secretaria Estadual de la Salud y el Ministerio de Salud, con una visión crítica de las políticas

públicas de salud hasta entonces desarrolladas. Muchos de sus integrantes, con formación en salud pública o comunitaria, dispuestos a construir posibilidades y aprender con el desafió. Había una identificación ético-política entre los profesionales, propiciadora de una base suficientemente estable para desarrollar el trabajo de conducción en equipo. La división del trabajo se hizo buscando conciliar y potencial izar competencias e intereses individuales con las definiciones institucionales. La Secretaria Estadual de Salud buscó organizar el trabajo, contemplando la descentralización, al integración entre los departamentos y el funcionamiento matricial. En ese sentido, los profesionales asumían múltiples responsabilidades: cada uno era referencia para una región sanitaria del estado, trabajaba con otros departamentos o secciones sanitarias: Escuela de Salud Pública, hospitales propios y los sectores de medicamentos, de información y de epidemiología, así como apoyaba e implementaba otras políticas de atención integral a la salud: de los niños y adolescentes, de ancianos, de la mujer, del trabajador y bucal. Para desarrollar el trabajo, el aprendizaje en servicio fue el soporte esencial. El equipo se reunía semanalmente y contó con consultorías para la gestión durante los cuatro años. Para las áreas específicas, como la epidemiología, produjo intercambios de experiencias, de acuerdo con las necesidades del cotidiano y la política. Se asumió en conjunto con la Escuela de Salud Pública, como prioridad, el desarrollo de la Residencia multiprofesional en salud mental, ya existente en el Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 1984, y la formación en administración de servicios de salud mental, realizada en un curso de perfeccionamiento en Concordia, Argentina, promovido por la Coordinación Nacional de Salud Mental de aquel país, a partir de 1987. Ese curso integraba la política de formación de equipos de conducción de servicios de salud mental de las provincias de Argentina, promovido por el Ministerio de Salud de aquel país. El proyecto tenía el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (Opas) y estaba estructurado en ocho módulos mensuales. Como Concordia queda en la frontera con Uruguay y cerca de Brasil, se ofrecieron vacantes para los dos países.

De esta manera, integramos un curso de composición tri-nacional. Fui

a beber de las aguas de origen, ya que Concordia queda en la frontera, es bañada por el río Uruguay, el curso exigía ese desplazamiento para las actividades presenciales y el itinerario escogido incluía Uruguaiana, lo que permitía que fuésemos recibidos por la familia de mis padrinos. El espacio en el que se dictaba el curso se llamaba "Ayuí", en guaraní, "agua que corre".

En ese contexto, se dieron las condiciones propicias para que elaboráramos colectivamente una propuesta para Rio Grande do Sul, "Delineamientos de la Política de Atención Integran en Salud Mental" (1987), que presentamos como trabajo de conclusión del curso, y que fue parte del informe del Ministerio de Salud de Argentina y la Opas, tornándose el documento en carta guía para las navegaciones gaúchas. La propuesta se constituyó con el material de la Vasija de Plata: el concepto de salud mental adoptado fue el elaborado por la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Salud Argentina, formulado por el psicoanalista Vicente Galli (1986), los principios fueron los propuesto para el Sistema Único de Salud de Brasil, en la VIII Conferencia Nacional de Salude, de 1986. Las propuestas incluían deliberaciones de la I Conferencia Nacional de Salud Mental de Brasil, de 1987, y la concepción de integralidad estuvo inspirada en la formulación del equipo de salud mental de la provincia de Córdoba (1987), concepción que articulaba instancias de atención con propuestas de promoción de la salud, a las cuales agregamos la enseñanza y la investigación. Lo que llamó la atención de los colegas y coordinadores del curso fue el tema de la participación social, que estaba incluida en el concepto de salud mental. La participación se constituía en una de las prioridades, uno de los principios y uno de los objetivos de la política, con propuestas para viabilizarla.

El curso generó tres nuevas estrategias: seminarios bimestrales sobre planeamiento e investigación, durante el año siguiente en Ayuí; el *Foro de Concordia de Salud Mental* integrado por argentinos, brasileros, uruguayos y paraguayos, con encuentros anuales, en los cuales debatíamos temas preparados previamente con los autores. Así, tuvimos encuentros con Manfred Max-Neef, chileno, que había recibido el premio Nobel alternativo de economía por el trabajo sobre "Desarrollo en Escala Humana" (1986) y con Franco Rotelli y Augusto Debernardi, de Trieste, Italia, sobre la

desinstitucionalización (1992). La tercera estrategia fue la edición, a través de la Escuela de Salud Pública, del Curso de Administración de Servicios de Salud Mental, en Rio Grande do Sul. El curso fue dirigido al equipo de conducción de Política de Atención Integral en Salud Mental, de la SES/RS, para profesionales de las diversas regiones sanitarias del estado, para las coordinaciones de salud mental de las Secretarias Estaduales de Salud de Santa Catarina y Paraná y para trabajadores de salud mental de Uruguay (profesores de la Universidad de Montevideo). Uno de los desdoblamientos del curso fue la constitución del *equipo descentralizado de salud mental* (Oliveira e Saldanha, 1993), equipo que fue decisivo para desencadenar procesos de formación, de creación de servicios y de movilización en las regiones y municipios gaúchos. El equipo descentralizado produjo un modo itinerante, nómade y mestizo de trabajar, estudiar, pensar e inventar. El mestizaje ocurría entre el poder aprender y el poder decidir, con el poder hacer. Aprendíamos sobre gestión, y las demandas de la gestión incidían sobre la formación y la atención.

Ese modo de pensar-actuar propició una revisión histórica de las políticas de salud mental desarrolladas en Rio Grande do Sul y la formulación de nuevas conceptualizaciones y prácticas.

En el ámbito de la salud mental, la descentralización del atendimiento fue tema en Rio Grande do Sul desde 1925 (SES/RS, 1990). La alternativa única de un hospital con cobertura estatal, el Hospital Psiquiátrico São Pedro, daba muestras de fracaso: superpoblación, abandono y cronificación de los problemas sufridos por la población atendida, lo que preocupaba a las administraciones públicas ya en el primer cuarto el siglo XX. La propuesta era de construir hospitales psiquiátricos regionales.

Los servicios extra hospitalares constituidos por equipos multiprofesionales solo pasaron a ser concebidos a la mitad del siglo XX, con la producción de nuevos recursos tecnológicos. En Rio Grande do Sul (RS), al final de la década de 1950 e inicios de los años ´60, fueron creados los primeros ambulatorios públicos, vinculados a las universidades y al hospital psiquiátrico estadual.

La década del setenta fue la de mayor represión política de Brasil,

período de “milagro económico” y de mayor envió de recursos para la asistencia psiquiátrica en el país (Resende, 1994). En RS, fueron contratados profesionales e instalados servicios de salud mental junto a las unidades básicas de salud o centros de salud, de la capital y de las principales ciudades del interior por la SES/RS (SES/RS, 191). La propuesta era la de sectorización[19]: atención de los enfermos mentales por pertenencia a área geográfica. Propuesta a la que el Hospital Psiquiátrico São Pedro se adaptó y que tuvo como objetivo central reducir la población internada y cronificada por la hospitalización. Muchos pacientes asilares fueron reconducidos a sus lugares de origen o fueron transferidos a la Colonia Agrícola de Rehabilitación[20], localizada junto al Hospital Colonia Itapuã, antiguo leprosario. La Colonia Agrícola de Rehabilitación (CAR) fue creada para recibir pacientes que no presentaban cuadros de patología aguda, no tenían como retornar a su casa y nada justificaba que continuasen en una internación psiquiátrica.

De los años setenta es significativo señalar (SES/RS, 1990):

- la implantación en Rio Grande do Sul de la “salud comunitaria”, por medio de un sistema de salud de atención primaria y de la residencia multiprofesional en salud comunitaria, en el Centro de Salud Escuela Murialdo, en Porto Alegre, como indiqué en mi vidaprofesionlización.
- el inicio de la atención a los alcohólicos, por medio de servicios públicos hospitalares y ambulatoriales.
- la instalación de camas psiquiátricas en hospitales generales.
- la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales universitarios.
- la instalación en Porto Alegre, a través del Ministerio de Previsión y Asistencia Social, de un servicio ambulatorio especializado en psiquiatría en la región central, además de la acreditación de profesionales y de la

---

19 Política de salud mental desarrollada en Francia a partir de mediados de 1960, cuyos principios eran: 1) delitimación del territorio para el atendimiento de una población de 50 a 100.000 habitantes; 2) continuidad terapéutica: la atención por parte del mismo equipo, en conjunto cada sector, del paciente desde la prevención a la rehabilitación; 3) dar prioridad a la asistencia extra hospitalaria, desplazando el eje del hospital a la comunidad (Desviat, 1999).

20 Servicio hospitalar asilar destinado a la rehabilitación de pacientes crónicos procedentes de zonas rurales, cuyo tratamiento consistía en ejecutar trabajos de campo: desmalezar, ordeñar, plantar y cosechar, por ejemplo. Criados con la tesis de que el trabajo en un ambiente similar al de origen recuperaba la salud.

efectivización de los convenios con hospitales psiquiátricos privados, en diferentes regiones y municipios del estado.

Fueron políticas institucionales de salud en el ámbito estadual y federal, paralelas y superpuestas, que provocaron el múltiple vínculo de trabajo por un mismo profesional, la reducción de las camas psiquiátricas públicas y el crecimiento de los privados.

En la primera mitad de la década del ochenta, la tendencia política fue de unificación: el Plan Estadual de Salud Mental fue elaborado por la SES/RS y por la Superintendencia Regional del Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (Inamps). La propuesta de las Acciones Integradas en Salud (AIS) posibilitó la constitución de la Comisión Interinstitucional de Salud Mental (CISM) y la política específica pasó a ser regida por la lógica de la programación. Fueron delimitadas prioridades, elaborados manuales y programas de cuidados primarios en salud mental y realizadas cualificaciones para técnicos y auxiliares de salud de la red pública de los servicios estaduales (SES/RS, 1981). En el ámbito de la especialización realizada en servicio, fue creada la residencia multiprofesional en salud mental en el Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

A pesar de los servicios creados y los programas de educación realizados (entrenamientos, capacitaciones y residencias), los enfermos mentales continuaron siendo cronificados y estigmatizados. La población del gran hospital psiquiátrico público disminuyó: de 5.000 en los años sesenta, bajó a 3.000 en la década del setenta, y diez años después a 1.400. La caída, mientras tanto, resolvió parcialmente el problema del HPSP, pero los problemas de las personas se agravaron: el Estado se desresponsabilizó de cuidarlas. Las familias, así como las localidades, al no estar disponibles ni preparadas para recibirlas, reproducían la cronificación y exclusión en las propias casas, con reinternaciones en los hospitales psiquiátricos privados o recurriendo a los asilos. Las unidades básicas de salud, planeadas como entrada al sistema de salud, pasaron, en lo que se refiere a salud mental, a ser salida: comenzaron a atender egresos de instituciones psiquiátricas. En una práctica de perpetuación de la prescripción medicamentos del Hospital y

de reinternación ante cada brote psicótico, cerrando un círculo generador/ reproductor del aniquilamiento psíquico y social. La descentralización fue administrativa y tecnoburocrática. De esta forma, las tensiones en ese período histórico fueron transformadas en cuestiones técnicas y administrativas: hospital por unidad básica de salud, enseñanza por servicio, especialista por generalista, médico por no médico y psicoanálisis por psiquiatría. Sin que enfrentar las cuestiones ético-políticas generadoras de la exclusión de los portadores del sufrimiento psíquico.

La necesidad de transformación de la atención a la salud mental, en el mundo, venía siendo señalada y realizada hacía por lo menos cuatro décadas en Italia, Francia, Inglaterra y España (Desviat, 1999). El campo de la Salud Mental precisaba aún constituirse como tal: complejo y transdisciplinar. Las contribuciones del psicoanálisis, de la psiquiatría y de la psicología de carácter social y democrático, producidas en Europa y América Latina, fueron significativas, pero insuficientes para producir efectivamente los cambios necesarios: de inserción de la subjetividad, la singularidad, la diversidad y del conflicto en el cotidiano de las instituciones y la sociedad. La propuesta fue la desinstitucionalización, pero no sólo de las enfermedades o los enfermos, sino de los modos de pensar, crear, expresar, producir, actuar, amar y luchar.

La ampliación y modificación del campo de la salud mental realizada, a partir de mediados de los años ochenta en Brasil, constituye un hecho analizador de las transformaciones sociales, determinadas, principalmente, por las luchas por la (re)democratización de la sociedad. En el transcurrir del siglo XX, la lucha por la supervivencia pasó a coexistir con la lucha por el derecho a vivir y elegir cómo vivir, de diferentes porciones de la población. Movimientos sociales vigorosos en ese contexto, como los ecológicos y los que se dirigían a la conquista y garantía de derechos específicos de poblaciones excluidas y/o segregadas por cuestiones ideológicas, étnicas, religiosas, políticas, económicas, de género, de edad, patologías o necesidades especiales, generaron o provocaron, nuevos paradigmas y teorías, así como otras estructuras organizacionales junto a los servicios y políticas públicas.

Las categorías analíticas de ese hecho “analizado” son incertidumbre, complejidad, fragmentación, dependencia, conflicto y contradicción. Mario Testa define categoría analítica como “una abstracción realizada con base en el examen de una realidad (…) que puede incluir imprecisiones y ambigüedades, pero que está fundamentada en experiencias concretas” (Testa, 1992, p.95). La categoría analítica es una derivación de la realidad y está históricamente determinada.

Considerando que el contexto histórico exige una conceptualización de salud mental capaz de dar soporte a políticas públicas, escogí tres conceptos que contuvieran la formulación de propuestas de salud mental en el Estado de RIo Grande do Sul y Argentina, que continuaron vigentes en diversos escenarios de gestión, de atención y de formación en salud mental en RS.

El primer concepto integró el documento Delineamientos de la Política de Salud Mental en Rio Grande do Sul, de 1987, ya citado, caracterizando la salud mental como:

> […] un estado de relativo equilibrio e integración entre elementos conflictivos constitutivos del “sujeto de la cultura” y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles, registradas objetiva y subjetivamente, del cual las personas o los grupos participan activamente, generando sus propios cambios y en el contexto social. (Galli, 1986)

Este concepto sintonizaba las directrices del SUS, daba soporte para que la participación activa fuese considerada una prioridad de la política en salud mental, otorgaba positividad a la salud mental y superaba conceptos anteriores, por su plasticidad y perspectiva. Fue ampliamente estudiado en las formaciones en servicio y en los cursos de especialización en salud mental, realizados en el período de 1988 a 1996, coordinados o en colaboración con la SES/RS. En el 2001, estaba siendo utilizado en los cursos de las carreras de enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional de las universidades que contaban con los espacios de pasantía de las SES/RS y en algunos posgrados en salud mental de Rio Grande do Sul. Sigue siendo un concepto organizador de políticas en salud mental en ese Estado. Es un concepto vigente veinte años después de su elaboración, lo que le confiere aceptación y aplicación.

El contexto político, histórico y social en el cual fue concebido, fue durante la re apertura democrática, después de las dictaduras militares del Cono Sur, en especial de Argentina. La redemocratización posibilitó el protagonismo de personas y grupos, fue señal de transformaciones y afirmó la potencia de personas y grupos para realizar cambios. El sentimiento de la re apertura fue de esperanza. El contexto fue determinante para la inclusión de la participación activa de las personas o los grupos en sus propios cambios y en las transformaciones sociales, como concepto de salud mental.

Después de veinte años, la dictadura militar fue substituida por una dictadura económica y no por la democracia plena. El "protagonismo" incentivado fue el del espectáculo narcisísico, sin cambio social y el sentimiento no era de esperanza (expectante), sino como el de un sueño (deseante). El fortalecimiento de la democracia y el protagonismo ciudadano se tornaron banderas de lucha, situaciones a ser alcanzadas, pero no una conquista experimentada plenamente. Los procesos argentinos y brasileros, presentaron semejanzas y diferencias. Entre las diferencias, la de un vigor mayor de los movimientos sociales en Brasil y de la promulgación de una "Constitución Ciudadana" brasileña. Constitución (1988) de las más avanzadas del mundo en relación a los derechos sociales, que incluyó el Sistema Único de Salud, con las directrices de la descentralización de la gestión, del atendimiento integral y de la participación social en el sector. El sostenimiento del concepto se refiere a la participación activa en una democratización en curso. A pesar de que el sentido sea más el de resistencia y de miedo a la exclusión, los brasileños, en general, y los portadores del sufrimiento psíquico, en particular, han acumulado experiencias concretas de inclusión ciudadana, desde la aprobación de la ley que reglamenta el SUS, Ley Federal 8.080, de septiembre de 1990.

La referencia teórica utilizada, en el concepto referido, era el psicoanálisis, diferente de la lógica biológica de la psiquiatría y la psicología que estaban en vigor, hasta entonces, en las concepciones de salud mental de las políticas públicas. Las propuestas de salud mental vigentes cubrían la descripción de cuadros psiquiátricos prevalentes, orientaban diagnósticos y prescribían acciones terapéuticas para atenuar los síntomas y mantener a

los enfermos, incluían la intervención psicológica durante el ciclo del desarrollo humano, en especial en las crisis vitales y estaban impregnadas por el preventivismo higienista[21] (Arouca, 2003; Freire Costa, 1989). Eran dirigidas acciones descontextualizadas, que no consideraban la imprevisibilidad de la vida y estaban desligadas de los cambios teóricos en la psiquiatría, psicología y salud colectiva. El concepto sintetizado por Galli, condecía con la subjetividad humana, al señalar que se trata de un estado de relativo equilibrio e integración, superando conceptos y prácticas que anhelan un estado permanente de salud mental. Al explicar el conflicto es constitutivo de las subjetividades, evidencia que este no es pasible de eliminación, ni es indicador de psicopatología, así como evidencia que las prácticas que se proponen evitar o eliminar conflictos, no tienen sentido. Al considerar la cultura y los grupos, destaca que producimos y somos producidos por la cultura y en grupos, o sea, que no existe individuo sin colectivo. El no entendimiento de la expresión *sujeto de la cultura y los grupos* llevaba a muchos lectores a suponer una coma entre las palabras *sujeto* y *cultura.* Al indicar que las crisis son previsibles e imprevisibles, registradas objetiva y subjetivamente, evidencia la imposibilidad de prever todas las crisis y la insuficiencias de los registros objetivos para orientar propuestas en salud mental.

Las prácticas generadoras de conceptos y derivados del mismo, exigían mas plasticidad de los operadores de las políticas públicas y de las instituciones en situaciones conflictivas y críticas, que conductas normatizadas. La aplicación coherente del concepto conduce a una contextualización permanente, o sea, al conocimiento de la historia cultural y de los grupos para una mayor pertinencia y eficacia de las acciones. El

---

21 El preventivismo se refiere a las prácticas desarrolladas a partir de la concepción de que los problemas de salud pueden ser evitados y hasta erradicados, una vez identificadas las causas (en general biológicas), producidas y socializadas las tecnologías (en general vacunas y medicamentos). Concepción deconstruida por Arouca en su tesis titulada *El dilema preventivista: contribución para la comprensión y crítica de la medicina preventiva*, escrita en 1976, publicada en 2003, la cual comprobaba su insuficiencia e inconsistencia, por ignorar los determinantes históricos, políticos y sociales en el proceso salud-enfermedad. El recrudecimiento de la tuberculosis en Brasil y el mundo, a finales del siglo XX reafirmó la tesis de Arouca. La expresión *higienista* está asociada a las prácticas preventivistas, por su carácter de "limpieza" sanitaria, las cuales afectaban determinados grupos poblacionales. En la salud mental, la "eliminación" de los enfermos mentales de las calles y ciudades (pobres, mendigos, desocupados) y su segregación a los hospitales psiquiátricos, higienizaba la sociedad, práctica demostrada por varios autores, entre ellos, Jurandir Freire Costa (1989).

concepto valoriza el lugar, la cultura y los cotidianos, como constituyentes de políticas públicas.

El segundo concepto que recupero, fue presentado en el Seminario de Salud Mental realizado en Córdoba, Argentina, en 1986 por Rubén Ferro, psicoanalista, sanitarista, profesor, coordinador de la formación en salud mental del Ministerio de Salud de aquel país, al proferir la conferencia denominada *Prevención en Salud Mental: algunos modos de pensar el problema.* Ferro consideraba que la salud mental era:

> Colocarse en la encrucijada, poniendo palabras al desconocimiento, a lo que no se sabe, a lo que se oculta porque no se soporta, escuchando la cultura, entregando la técnica y recuperando la palabra para lo que se funda en un proyecto político de transformación, para la mejoría de la vida de nuestro pueblo (Ferro, 1986).

El concepto quedó oscurecido por la mayor difusión de lo presentado anteriormente, también por su complejidad y aún por el marco preventivista al que quedó agregado, una vez que el autor lo expresaba como concepción de la deseada prevención en salud mental. Ferro fue asesor de las políticas de formación en salud mental colectiva de Rio Grande do Sul, de 1988 a 1996.

El contexto de prevención en salud mental es el del cambio de paradigmas, así como de la construcción de mejores condiciones de vida, con mayor inclusión y menor sufrimiento por la explotación o opresión económica. El concepto afirmaba la centralidad de la escucha y el habla, como recursos tecnológicos del cuidado, discrepantes de la tradición medicamentosa y de la internación hospitalar, en un proceso instituyente y creativo. Nombrar lo desconocido, lo que no se sabe, lo que se oculta, permite traer lo sensible, lo afectivo, lo psíquico a la existencia y transformar o asimilar la cultura. La palabra posibilita el reconocimiento y la visibilidad de aquello que, si queda sólo en la sensación, se torna insoportable. Ferro explicaba que la técnica y la palabra tienen sentido y significado de activación de aquello que se funda en un proyecto político para mejorar la vida. Ese es un concepto que dialoga con una idea de Mario Testa (1992,p.126) sobre el *pensamiento estratégico*, al afirmar que la planificación

en salud sólo tiene sentido si "crea una estructura de comunicación que devuelva al pueblo las herramientas necesarias para su liberación"; y con la formulación de Boaventura Souza Santos (2001) de que la ciencia sólo es válida si contribuye para la construcción emancipatoria de sujetos. Ese concepto sustenta la multiplicidad de diálogos y da soporte a procesos creativos, dándole vigor a la construcción de políticas públicas democráticas. Testa propone la noción de pensamiento estratégico en lugar de planificación para preservar la autonomía y la creación de los actores al trazar caminos de acción.

En Rio Grande do Sul el concepto de Rubén Ferro presidió la estructuración de algunos procesos locales (municipales) que lo consideraron capaz de producir tecnologías (teoría con saber hacer) de cuidado a la salud mental. La Cooperativa Qorpo Santo[22], de Alegrete (Salbego, 2004), y el Taller de Creación Colectiva, de Bagé (Meira, 1995 y 2001), son ejemplos operacionales.

El tercer concepto fue introducido por la designación de Salud Mental Colectiva, formulado por mi como:

> proceso constructor de sujetos sociales desencadenadores de transformaciones en los modos de pensar, sentir y hacer política, ciencia y gestión en el cotidiano de las estructuras de mediación de la sociedad, extinguiendo y substituyendo las prácticas tradicionales por otras capaces de contribuir a la creación de proyectos de vida. (Fagundes, 1995).

Diversos cursos de formación en servicios realizados en Rio Grande do Sul, de 1988 a 1996, fueron denominados de salud mental colectiva, como

---

[22] **Qorpo-Santo** nació en **Triunfo-RS,** en 1829. Se llamaba José Joaquim de Campos Leão, pero en 1863 se auto nombró Qorpo-Santo, pues optaba por un cuerpo bajo protección, contra los peligros de la carne. Se mudó para Porto Alegre en 1839. Estudió letras, se graduó como profesor en 1850 y en 1851 creó un grupo de teatro. En 1857 se mudó para **Alegrete**, donde **fundó una escuela**, de la cual fue director. También fue delegado, tipógrafo y fundó un periódico. Aún aconsejaba el uso de la homeopatía y escribía poesía (hasta hoy poco estudiadas). En 1860 fue electo **concejal en Alegrete**. En 1862, tuvo la interdicción de sus bienes y perdió sus derechos civiles, judicialmente acusado de loco por su esposa. Por orden médica fue forzado a dejar de escribir (debido a la "manía de escribir"). Considerado el precursor del Teatro del Absurdo y fundador del surrealismo, solamente después de los movimientos de **mayo de 1968** fue comprendido en el teatro y se hizo la primera puesta en escena de una obra suya (cien años después de escrita). Con base en su experiencia de alfabetizador, **propuso una reforma de la ortografía brasileña** y compuso una extensa y variada **Ensiqlopédia.** Escribió diecisiete comedias, entre las cuales *Cierta identidad en busca de otra; Yo soy vida, yo no soy muerte; Hoy soy uno y mañana otro, La imposibilidad de la santificación o Las santificación transformada* y *Marinero escritor*. Fue sometido a numerosos exámenes psiquiátricos por sus excentricidades cotidianas, por su relación con la sociedad, a la que llamaba de rebaño, y por sus denuncias de los problemas de la ciudad y los atrasos provincianos. Qorpo-Santo fue un hombre rico, pero perdió el derecho de administrar sus bienes, también perdió la convivencia con sus hijos, considerado loco por la psiquiatría y la justicia del siglo XIX

indicación de que el objetivo era formar, para la elaboración e implementación de políticas públicas. En transcurso de los cursos de perfeccionamiento y especialización, los mismos se transformaron en efectivas factorías de pensamiento crítico, constituyéndose en estrategia de la política de atención a la salud mental, para producir cambios éticos, políticos y conceptuales, para inventar servicios de atención integral a la salud mental, con potencial de legitimación y enraizamiento en los municipios. El proceso propició la publicación de la revista **Salud Mental Colectiva.** La elaboración del concepto fue difundida en 1993 en los cursos de especialización y publicada en un artículo en el ensayo *Exigencias contemporáneas*, de 1995, en esa revista.

El concepto de Salud Mental Colectiva buscó inscribir la salud mental en el campo de la salud colectiva, posibilitando intervenciones en la realidad social, de modo coherente con el objetivo de cambios en la gestión y atención en salud de las políticas públicas. Propósito que abarcaba la descentralización democratizante[23] (Belmartino, 1990), la integralidad, la autonomía y que exigía procesos instituyentes.

La referencia teórica que fundamentó el concepto fue el pensamiento estratégico de Mario Testa, articulado con el pensamiento creativo de Rubén Ferro, con la desinstitucionalización formulada por Franco Rotelli, y con procesos instituyentes, que fue engendrado por los institucionalistas, en especial René Lourau y Félix Guattari.

Analizando el concepto, se puede señalar que fue utilizada la expresión *proceso constructor de sujetos sociales*, para indicar un movimiento generador de actores sociales. El contexto de cambio histórico determina un nuevo sujeto, protagonista de movimientos sociales. La posibilidad de construir actores sociales, efectivamente, se configuró con el Foro Gaúcho de Salud Mental, creado en 1991 por trabajadores, usuarios y familiares, articulado con el Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial (Lobosque,

---

[23] Expresión utilizada por Susana Belmartino, en el VI Congreso de Medicina Social de 1989, al discutir alternativas a las políticas neoliberales en salud. La autora refiere que la descentralización para ser una práctica transformadora y no atenuadora de conflictos y mantener el *status quo*, tiene que estar relacionada al cambio en las relaciones de poder entre Estado y sociedad, a las formas operativas y a la elaboración de metodologías participativas. "Se trataría de una participación plena en un medio democrático dotado de estructuras formales e informales de manera de garantizar un proceso transaccional y creativo, entre gobierno municipal y comunidad" (Belmartino, 1990, p.35)

2003). Movimiento que propuso la reforma psiquiátrica desinstitucionalizante en Brasil pos dictadura militar. Al indicar que son sujetos *desencadenadores de transformaciones*, el concepto resalta el protagonismo de los individuos y de los colectivos, los cuales sufren efectos y son productores de cambios.

Las transformaciones en salud mental son instigadas por destacar los *modos de pensar, hacer, querer y sentir* referidos a las nociones de integralidad e implicación, así como a la búsqueda de coherencia entre propósito de cambio, métodos y organizaciones.

Política, ciencia y gestión corresponden a los tres poderes identificados por Mario Testa (1992) en el sector de la salud: político, técnico y administrativo. Poderes entendidos como capacidad: de formular propuestas de distribución de poder, de movilizar y convocar actores para su implementación, también de lidiar con informaciones y generar tecnologías y aún de actuar, redireccionar y potencializar recursos. Por lo tanto, es preciso modificar la correlación de fuerzas y el ejercicio de cada uno de los poderes, es preciso modificar el cotidiano de las organizaciones (escuelas, hospitales, prisiones, por ejemplo) creadas para responder a determinadas necesidades, pero que no han servido a los objetivos originales, o cuyas estructuras, por antiguas, no soportan nuevos propósitos. En la *extinción y substitución de estructuras tradicionales,* se explicita la desinstitucionalización, las organizaciones a ser creadas deben tener capacidad de *contribuir a* proyectos de vida, es decir, deben componerse con las invenciones de la vida y no tan solo ofrecer perspectivas prefijadas de destino. La *creación de proyectos de vida* es el objetivo de las nuevas estructuras y remite a proyectos emancipatorios de todos los participantes.

En Rio Grande do Sul, esa concepción propició que profesionales y servicios trabajasen con portadores de trastornos psíquicos, así como con personas de la calle, con grupos de familiares en situación de vulnerabilidad, con presidiarios, con niños y adolescentes maltratados y con mujeres víctimas de violencia, también en los movimientos sociales y en los sectores de salud, educación, asistencia social, trabajo, hábitat, ambiental y cultura, y, además, con el poder ejecutivo, legislativo y judicial.

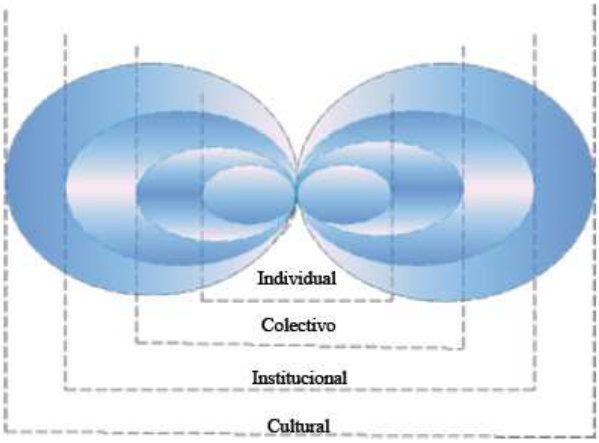
Al identificar ámbitos de conocimiento apropiados a los espacios de

intervención, cotejábamos vertientes de análisis institucional, pedagogía, psicoanálisis, psicología, psicopedagogía y psiquiatría, y construíamos un diagrama que nos permitió pensar los múltiples espacios, que exigían tecnologías propias en las políticas públicas, inspirados en las formulaciones de Gastón Bachelard, en el libro *Poética del Espacio* (1996), y de José Bleger, en el libro *Psicología Institucional* (1984). Bachelard se refería al *espacio vivido* y trabajaba con la intimidad y la imaginación. Bleger señaló que el conocimiento de la psicología abarcaba el ámbito individual, psicosocial, institucional y comunitario, que el mismo se desarrollaba en dirección del individuo al colectivo y que era necesario hacer el camino inverso, del colectivo al individuo. Los institucionalistas que trabajaron con las formulaciones de Foucault, Guattari, Deleuze y Nietzche, enfrentaron el desafío y constituyeron prácticas que lo superaron, rematando el tema de los procesos de subjetivación.

La elaboración de ese diagrama sucedió en una de las clases-taller del curso de especialización en salud mental colectiva, que sucedió en Bagé en 1992. Los espacios/ámbitos identificados como constructores/productores de subjetividad fueron el cultural, el institucional, el colectivo y el individual, marcados por el encuentro/afección. Son espacios que se entrecruzan, son dobles y desdobles productores de subjetivación, los cuales descomponemos para identificar intervenciones, que partan de donde partan, transverzalicen los demás ámbitos (encuentro/afección).

Gráfico 1

ESPACIOS de CONSTRUCCIÓN/PRODUCCIÓN de SUBJETIVIDAD



El espacio de la cultura es el de las calles, las plazas y los medios de comunicación, la materia prima es la sociedad, el universo es la población en general, los habitantes de una localidad o su inscripción macrosocial en las culturas planetarias. La cobertura es la de un determinado territorio social, municipio, barrio o villa. Es el campo propio para la mobilización social, para la apertura de procesos instituyentes, para la promoción de la salud, para alertar sobre los derechos humanos y sus violaciones y sobre cuestiones ecológicas. La comunicación es predominantemente visual. Las palabras, cuando son utilizadas, constituyen eslogan de fácil aprensión y/o están musicalizadas. La interrelación, en general, es momentánea entre los participantes, aunque los efectos puedan ser duraderos. En los fines de semana, la calles son los mejores lugares para actividades culturales y pedagógicas, como talleres deportivos, de expresión corporal, teatro, ferias, paseos, *showmícios*[24], campañas y movilizaciones. Los vehículos de divulgación son los diarios, las radios, los canales de televisión, los automóviles con alto parlantes, las paredes, de acuerdo con las realidades locales, entre otros, como panfletos, camisetas, pancartas, videos.

Existen animadores, vendedores ambulantes y comunicadores profesionales para este tipo de intervención, sin descartar los amateurs. Las actividades en ese ámbito, el municipio, pueden responder sinérgicamente a las necesidades de placer y seguridad, ampliar la conciencia socio-sanitaria y ambiental, y, principalmente, generar valores entre los habitantes. Generación de valores que implican trabajo continuo, articulación de actividades cotidianas, resignificación de la historia y la posibilidad de crear nuevas estructuras.

El *mateloco*, rondas de mate para conversar sobre la locura realizadas en algunos municipios de Rio Grade do Sul (Oliveira y Saldanha, 1993), tuvieron o tienen, donde aún se realizan, el poder de movilización sobre la temática de la locura, a la manera gaúcha. Las acciones en este ámbito son intersectoriales, uno de los sectores imprescindibles es el de la comunicación. Son actos activadores de subjetividad: la conquista del

[24] NT: neologismo entre "show" (en inglés: espectáculo, concierto) y "comício" (portugués brasileño: acto político). El showmicio es un acto político con actividades culturales

derecho de expresión pública para quien fue silenciado tanto tiempo es revolucionaria. La circulación en las calles, en las ciudades es una de las principales conquistas ético-políticas y estéticas del Movimiento Antimanicomial, por la potencia colectiva y de afirmación de la subjetividad que implica.

Traigo una historia de vida, como indicador de esta potencia y afirmación: un morador de la Pensión Pública Protegida *Nueva Vida*[25], en Porto Alegre, natural de una ciudad del interior, a la orilla de la Laguna de los Patos, pasaba horas dibujando bichitos y figuras humanas en movimiento en un cuaderno o bordándolos en tapices y conjuntamente tenía síntomas psicóticos en abundancia: despersonalización, alucinaciones visuales y auditivas, con intenso sufrimiento psíquico, que no se modificaban con el uso continuo de medicamentos psicotrópicos, mismo en dosis elevadas. Su situación fue cambiando cuando encontró otra expresión estética para sus "monstruitos": los dibujó en papeles coloridos, los recortó y los distribuyó en un fondo de un solo color. El efecto de la obra tuvo un fuerte impacto sobre el autor: quedó sorprendido con la belleza producida y con su capacidad. Efecto semejante sucedió en sus compañeros de residencia y en el equipo de la pensión. A partir de entonces, se fue tornando/considerando artista, ganando las calles: pintó paredes y murales, viajó a las ciudades de Belo Horizonte y Florianópolis con el fruto de su trabajo.

El viaje-advenimiento del cambio, fue el regreso a su ciudad natal, en la cual fue recibido por el intendente como artista del municipio, donde junto con su familia y coterráneos pintó la mayor pared disponible, al lado de una plaza de juegos, durante el período de carnaval. El impacto ético-estético fue colectivo, afectó a la ciudad, la familia, los trabajadores de salud mental que acompañaban y al propio artista, que desde entonces pasó a ser/estar de otro modo en la vida. A partir de entonces sucedió la efectiva reducción del uso de medicamentos psicotrópicos y su sufrimiento psíquico, la valoración de la familia en relación a el: ciudadano capaz de producir belleza. Y de él en

---

[25] Residencia sustentada por el Estado para persona con sufrimiento psíquico sin familiares o con dificultades para residir con los mismos, con autonomía limitada, temporaria o definitivamente. El proceso de creación de la pensión en Rio Grande do Sul está registrado más adelante en este libro.

relación a si mismo: disfrutaba de lo que hacía. Fue una travesía de lo invisible, lo no dicho, de lo incapaz, de lo aparatado, a lo visible, lo público, a lo ético-estético incluido. El artista intervino en la ciudad que lo acogió con su modo de ser. Ciudad (Arambaré) y artista (Claudinho) cambiaron sus contornos, sus fronteras, sus territorios. También cambiaron los trabajadores que dieron soporte y agenciaron la (re)invención de la vida e hicieron pública la experiencia a través de artículos (Sidemberg, 2003), videos (producidos por Patrícia Dornelles), de la viabilización de exposiciones (Mercado Público de Porto Alegre, 1994; Pensión Pública Protegida Nueva Vida, 1998; en París, 1999; en la Fundação Ecarta en Porto Alegre, 2005) y de *outdoor* (Centro Municipal de Cultura de Porto Alegre, 1995). El artista llevó a los trabajadores a las calles y ciudades.

El espacio institucional es el de las entidades, las asociaciones, los servicios y los establecimientos, el universo son las instituciones, las organizaciones. Es el campo propio para acciones dirigidas a poblaciones y grupos específicos, utilizando lenguajes y tecnologías orientadas a las mismas. Son poblaciones muchas veces ya registradas e identificadas. Hay construcción de identidades sectoriales o de división de trabajo, las personas pueden no conocerse pero desean la identificación por pertenecer a una categoría profesional, por ejemplo. Los lugares propicios para tales trabajos son las escuelas, las asociaciones, los sindicatos y los servicios de salud, entre otros. Es un espacio para las acciones dirigidas, que pueden contribuir para la mejoría de la cualidad de vida por su potencial de crecimiento, sirviendo a la intervención oportuna en el proceso salud/enfermedad, a la inclusión psicosocial y la reducción de daños en poblaciones específicas, también sirven a la cualificación de las prácticas de trabajo por la reunión de agentes de producción de salud. El reconocimiento del espacio institucional potencializa la utilización de recursos, posibilita la evaluación del proceso de trabajo y de los resultados en las referidas poblaciones.

El espacio institucional también es un espacio de invenciones, creación y desarrollo de alianzas. Son incontables las experiencias en ese ámbito, por medio del desarrollo de proyectos como el de salud mental en el trabajo, que busca la reducción de psicopatologías recurrentes de la ocupación

profesional; de sensibilización, incentivo y constreñimiento para disminuir los accidentes de tránsito; de educación para la sexualidad en la escuela para reducir la deserción escolar, el embarazo adolescente y la transmisión sexual de enfermedades, entre otros. La institución puede ser el objeto de intervención y análisis institucional, una herramienta para problematizar las acciones, colocar en acto rupturas y transformaciones y poner en cuestión los instituidos.

Santos (Nicácio, 1994), Campinas (Onocko y Amaral, 1997), Belo Horizonte (Lobosque, 2003), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Alegrete (Salbego y Fabrício, 1995; Ferrari y Mulazzani, 1997), Viamão (Fagundes, 2001; Pelliccioli y Guareschi, 2004; Marca Filho y Rosa, 2002), Joinville (Lima, 2005), Porto Alegre (Carvalho da Silva, 2004; Ferreira et al, 2004; Guilhermano-Neto et al, 2004), Santo André (Os de volta pra casa[26]), Belém (Nascimento, 2002), Recife (Balanço, 2001) y Rio de Janeiro (Hugo Fagundes, 1997; Gui RJ, 1997), entre otros, son algunos de los municipios brasileños que han inventado instituciones capaces de dar soporte a procesos de desarrollo de autonomía de las personas con existencia en sufrimiento y a procesos de trabajo instituyentes.

Pero, los municipios, más allá de crear servicios y tecnologías de cuidado en procesos de apertura o cambio, necesitan de soporte para procesos de avance y consolidación que no reproduzcan instituidos, la institucionalización o cronificación de la subjetividad de los hospitales psiquiátricos, o sea, que no creen una cultura de la perpetuación de los servicios por los servicios, independientemente de la función social que ejercen, de tutela de los usuarios, de cercenamiento de sus potencialidades, de emisión de mandatos invibilizadores de proyectos de vida, como *no tienen más que hacer o no tiene más salida*, de prescripciones burocratizadas, repetidas, sin conexión con las singularidades o los recorridos de cada uno, de división rígida del proceso de trabajo y cristalización de los poderes en las instituciones. Para enfrentar y superar la tendencia a la "manicomialización" de los servicios que buscan, justamente, el fin de los manicomios, es

[26] Información disponible en http://www2.santoandre.sp.gov.br/ y http://www.assdevoltaparacasa.org.br

necesario que los mismos conformen espacios de autoanálisis y autogestión, de suspensión de los juicios y jerarquías, instiguen las indagaciones y la formulación de nuevas preguntas y respuestas, sean lugares propicios para la identificación de conflictos y contradicciones, facilitadores para la elaboración de contratos y renovación de contratos, así sean provisorios, entre sus miembros y con los usuarios. En este sentido, el análisis institucional y/o el pensamiento estratégico, han sido herramientas potentes para la institucionalidad de los servicios. Las asambleas fueron un dispositivo propuesto, así como las supervisiones, asesorías y consultorías pueden constituirse en espacios de análisis de trabajo vivo. Lo esencial. es la disponibilidad del conjunto de la institución de colocarse en análisis.

En Brasil, sucedió la intervención en la *Casa de Saúde Anchieta*, hospital psiquiátrico del municipio de Santos, realizada por el gobierno municipal en 1989-1990 (Tykanori, 1996; Lancetti, 1997). Intervención cuyos actores de referencia fueron: una mujer, intendenta de la ciudad; un líder sanitarista, secretario municipal de salud; un psiquiatra y un psicoanalista, interventores e institucionalistas, a los que se sumaron trabajadores de las más diversas profesiones y municipios, en un pacto ético-político de compromiso con la vida y de superación del manicomio, que hizo la diferencia (bifurcación del rumbo), en la historia de la reforma psiquiátrica de nuestro país. Uno de los dispositivos utilizados para la transformación de lo cotidiano institucional, fue la asamblea, coordinada por el psicoanalista, en la cual todos participaban: usuarios, familiares, trabajadores y el poder público, cada uno a su modo. En ese espacio, institucionalmente *caótico*, se fueron constituyendo pactos y lazos viabilizadores de otro orden-desorden-orden.

La implantación de la Pensión Pública Protegida *Nova Vida* (Fischer, 1993) en Porto Alegre fue otra experiencia en la cual la asamblea fue el dispositivo decisivo para generar nuevos pactos de convivencia cotidiana. La referida Pensión fue la primera residencia pública para portadores de sufrimiento psíquico de Rio Grande do Sul y surgió como consecuencia del cierre de un servicio privado conveniado con el Ministerio de Previsión y Asistencia Social, albergando cincuenta y cinco residentes que no tenían donde ir. La movilización de familiares, concejales, diputados y la Comisión

Interinstitucional Municipal de Salud (CIMS, antecesora de los actuales Consejos Municipales de Salud, que aún no existían) determinó que, desde la SES/RS, a través del área de Políticas de Atención Integral en Salud Mental se encontrase una solución. Esa solución era la creación de un servicio residencial público. Con el objetivo de garantizar la continuidad de ese servicio, después del final del gobierno, ya que era el último año de gestión estadual y en un contexto de municipalización de la salud, fue realizado un convenio con el municipio de Porto Alegre para que el mismo asumiese la Pensión. La movilización de los familiares propició la realización de un contrato con los mismos, de participación activa en la estructuración y en el cotidiano del servicio, ya que el desafío era instituyente: con el compromiso de no reproducir los modos de funcionamiento de la pensión anterior e inventar posibilidades de emancipación y construcción de la subjetividad. Había una considerable reticencia, tanto de los familiares como de los moradores, cuanto, incluso, de algunos trabajadores, en apostar en esa posibilidad. El hecho de no haber alternativas hizo que la propuesta fuese implantada.

Para coordinar un proceso de tanta importancia y repercusión se escogió una profesional integrante de la dirección de Paismental y del Hospital Psiquiátrico São Pedro, la psicóloga María de Fátima Bueno Fischer. Ella coordinaba asambleas abiertas a todos los implicados en la construcción del servicio y en los cuidados: moradores, familiares, trabajadores, representantes de la población. Las asambleas se realizaban al aire libre, en grandes ruedas de discusión y pactuación. En ellas, eran debatidos temas del cotidiano: alimentación (desde la logística hasta el menú), cuidados con alguien que estaba en crisis y noviazgos entre los residentes. Este último tema fue razón para que un diputado estadual realizara una denuncia contra la coordinadora, llevando la cuestión de la sexualidad-promiscuidad-interdicción a ser debatida en la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa y en la I Conferencia Municipal de Salud Mental de Porto Alegre (1992).

En esa Conferencia fue aprobada una moción de repudio a la denuncia realizada por el diputado y de apoyo al trabajo desarrollado en la Pensión.

Todo el conflicto, con sus implicaciones subjetivas, institucionales y sociales, fue puesto en análisis en las asambleas. El debate sobre la sexualidad fue un analizador de las relaciones entre las personas en la Pensión, develó prejuicios, reveló ausencias, insuficiencias, reproducciones del ejercicio de poder y violencia entre géneros, y posibilitó nuevos acuerdos (contratos) entre los pensionistas. A partir de entonces, pasaron a haber noviazgos hechos, desechos, rehechos. Algunas parejas se estabilizaron, hubo quienes fueron a vivir a casas propias o no. La Pensión fue el servicio generador de la *red* de atención a la salud mental en Porto Alegre. Otros de esos servicios fueron: el taller de generación de renta, el Cais Mental (Centro de Atención Integral a la Salud Mental), la casa de transición (casa de pasaje y ejercicio de autogestión del cotidiano domiciliar), el residencial terapéutico (casa para un máximo de ocho personas, las cuales no volverían a vivir con la familia de origen), el equipo itinerante para el acompañamiento de ex pensionistas y residentes de otros lugares (Guilhermano-Neto et al, 2004). La Pensión se fue transformando y desdoblando en la medida en que los residentes fueron haciendo sus vidas y el equipo también se movilizó en la generación de tecnologías de cuidados apropiados. Uno de los residentes de la pensión, que después fue a vivir a otra casa, dijo “aquí descubrí que soy un normal oculto” (Airton).

El espacio colectivo se constituye por personas que tienen afinidad por objetivos, por problemas y/o situaciones de vida en común, durante un determinado período de tiempo. Las relaciones son interpersonales, cada colectivo tiene un proceso singular, compartido apenas por sus integrantes. Los colectivos también tienen una lógica propia, sea informativa, pedagógica, terapéutica o de ayuda mutua. Los colectivos pueden ser facilitadores para el desarrollo de la solidaridad y de la afirmación de las diversidades, del protagonismo colectivo y la producción de subjetividad.

En ese sentido, es necesario cuestionar y superar la justificación de que el trabajo en los servicios públicos es hecho en grupo por el exceso de demanda y para atender a más personas, pues de esa manera lo que en realidad sucede, con mayor frecuencia, es la repetición de prescripciones tanto medicamentosas cuanto de cómo deben vivir las vidas: qué hacer, qué

deben dejar de hacer, sin posibilidad de escucha, diálogo, vínculo o producción de salud. Hay una reunión de personas, que no llegan a constituir un colectivo y sin colectivo no hay apuesta. Para ello, es necesario despertar el colectivo con los integrantes y entre los integrantes, incluir al grupo como una de las modalidades de atención, no como la única. Poner en análisis lo que sucede en los encuentros, considera la entrada y la salida de personas como parte del proceso, o sea, es preciso colocarse en situación grupal, producir implicación, mutualidad entre los participantes y agenciar invenciones de vida.

Muchas veces, un grupo se desarrolla mejor cuando la coordinación es compartida y/o el proceso es acompañado a través de los apoyadores. En los municipios, los grupos pueden contribuir a la constitución de una red de soporte psicosocial. El trabajo con grupos provoca indagaciones en cuanto a los criterios de agrupamiento por patologías (diabéticos, hipertensos, depresivos etc.) generando pensamiento. El proponer grupos por patologías se está, más probablemente, proponiendo un modo de vida centrado en la enfermedad, homogéneo y prescriptivo. Muchas veces los grupos generan organizaciones que se identifican por la patología y sus principales acciones son destinadas a garantizar el acceso al tratamiento: medicamentoso, ortopédico o cirúrgico; otras veces al placer. Así, los servicios de salud determinan un modo de organización social y de subjetivación, pues identificaciones y vínculos substituyen interrelaciones e inserciones tejidas a partir de los grupos.

Si los servicios de salud y sus prácticas tienen poder sobre la vida de las personas, es posible transformar ese poder en potencia de vida, provocador de proyectos de presente. Sería más pertinente que los grupos fuesen propuestos y diseñados a partir de la vida y de los grupos de convivencia cotidiana, que por las patologías. ¿La hipertensión es un problema sólo de los hipertensos? ¿La diabetes sólo de los diabéticos? ¿La depresión solo de los depresivos? Las personas tienen historias, necesidades y deseos, conviven unas con otras, familiares, vecinos y compañeros de variadas edades, que nos afectan y son afectados por nosotros recíprocamente.

Los grupos podrían ser constituidos de modo heterogéneo, diverso, como los humanos. A partir de esta implicación ética, los trabajadores de salud mental han desarrollado tecnologías de cuidado en grupos que imitan y posibilitan inventar la vida. En Alegrete, el servicio de salud mental creó el *grupo de convivencia* para acoger a las personas que buscaban atención, en el cual cada uno contaba lo que había motivado su búsqueda, los integrantes del grupo hacían preguntas, daban sugerencias y decidían quien necesitaba de atención inmediata, quién podía esperar y quién no necesitaba más de lo que el grupo ya ofrecía: convivencia. Discusiones y decisiones que se fueron modificando y definiendo con más precisión en la práctica del grupo. Ese grupo fue capaz de dar soporte al sufrimiento psíquico de un presidiario y un agente penitenciario, conjuntamente. En una ocasión, llegó al grupo una profesora solicitando tratamiento porque estaba deprimida. Después de exponer el problema, la coordinadora del encuentro propuso que ella ejerciese su profesión dando clases para alfabetizar a los usuarios, familiares y habitantes del barrio. La propuesta fue aceptada, el trabajo realizado y la depresión sumió, sin que la profesora hiciese psicoterapia o tomase cualquier medicación. La práctica del grupo de convivencia generó otra: *grupos de anécdotas,* inspirado en la cultura rural de reunirse alrededor del fuego, tomando mate y contando vivencias. Fue propuesto para que las personas se inscribieran para contar sus anécdotas y, a partir de una breve presentación, los integrantes escogían la historia a ser desarrollada y analizada por el conjunto. De este modo, historias singulares son reinventadas colectivamente.

Los grupos también son facilitadores del trabajo en equipo y de la gestión democrática de servicios y sistemas de salud. Gastão Campos (2000) llamó “método de la ronda” una propuesta de análisis y cogestión de colectivos, en tanto modo de producción de sujetos capaces de autonomía. Ricardo Ceccim (2005) propuso que los equipos de salud fuesen llamados “colectivos organizados de producción de salud”, colectivo-dispositivo localizado en diagrama, no en organigrama. El diagrama propuesto por el autor es un mandala cuyo diseño más simple es un círculo sobre un cuadrado desdoblado en líneas que establecen contacto en torno de un

centro (Ceccim, 2005,p.165). Un cuadrado de los escudriñamientos. Y un círculo de las libertades del afuera y tramas múltiples. Ciudades y varios servicios han creado colegiados gestores (gestión en colectivos) como espacios de análisis, planeamiento, contratos y toma de decisiones: Campinas (Campos, 2003), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Chapecó (Franco et al, 2004), Viamão (Fagundes, 2001), Porto Alegre (Ortiz et al, 2004), Caxias do Sul (Claus y Capra, 2001), Aracaju (Carvalho, 2006), y João Pessoa (Prefectura Municipal de João Pessoa, 2006) son ejemplo de los últimos ocho años.

El espacio individual es el de la intimidad, la privacidad, da cada uno saber *el dolor y la delicia de ser lo que se es*, como cantó Caetano en la canción *Dom de iludir*[27], también es el de la posibilidad de la relación entre dos personas, centrado en una de ellas -el usuario-, aunque las dos interactuen, sean aprendices y se afecten mutuamente. El trabajo con personas, que tienen poco o ningún espacio para su privacidad, que han sido invalidadas en su subjetividad y singularidad, exige atención individualizada y, algunas veces, individual. Hay personas que prefieren o se benefician más con la atención individual, por lo tanto, es necesario ofrecerla en los servicios de salud. Es el espacio inicial de la clínica, no el único en los años dos mil.

A partir de prácticas de diversos espacios y ámbitos de perspectiva ético-estético-política afirmativa de la vida (Ceccim, 1997), la clínica se fue transformando, siendo resignificada (Lancetti, 1997; Benevides y Passo, 2000 y 2004), resingularizada (Guattari, 1989) y renominada: clínica ampliada (Campos, 1994), clínica antimanicomial (Lobosque, 1997), clínica en movimiento (Lobosque, 2003; Palombini, 2004), clínica nómade (Ferla, 2004), clínica de la resistencia y la creación (Ceccim, 2004). En la práctica de esa clínica resignificada, integra, sucede la vivencia con lo inusitado, la fragilidad, la incertidumbre, con la invención de posibles. Retomo este punto más adelante, en los aprendizajes de la pedagogía de la implicación.

La clínica ganó las calles. Un dispositivo potencializador en ese proceso fue el acompañamiento terapéutico, en el cual sucede el

[27] NT: Don de eludir.

agenciamiento de subjetividades, los trabajadores dan soporte a proyectos de reinvención de la vida de los portadores de sufrimiento psíquico y los acompañan en casa, los servicios de salud, las calles, donde sea necesario. Una de las primeras publicaciones brasileñas sobre el tema fue *A rua como espaço clínico* (1991), cuya autoría es del equipo de acompañantes terapéuticos del hospital de día *A casa* (servicio privado localizado en la ciudad de São Paulo que atiende psicóticos). En el 2004, ya fue posible publicar el libro *O acompanhante terapêutico na rede pública* (Palombini, 2004) con experiencias desarrolladas en Porto Alegre. Fue realizado en un *coloquio en dos movimientos*, uno en Porto Alegre (2005), otro en Niterói (2006) entre acompañantes terapéuticos sobre sus prácticas en las políticas públicas, promovido por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul y la Universidade Federal Fluminense.

La clínica es constitutiva de la integralidad, concepto herramienta de la pedagogía de la implicación. Experiencias de una nueva clínica y de responsabilización de los municipios fueron siendo movilizadas por las diversas ciudades de nuestra provincia, en el interior de la salud mental colectiva.

El período al que me referiré a continuación, es de 1988 a 1996 y las situaciones relatadas, fueron objeto de los trabajos de conclusión de los cursos de especialización en salud mental colectiva.

En Santo Augusto, situada al noroeste del estado, con aproximadamente 15.000 habitantes en 1995, el trabajo en salud mental colectiva se inició en 1989 teniendo como directriz proporcionar atención donde se da concretamente la vida y propiciar capacitación continua a los trabajadores (Crescente y Oliveira, 1995). Una situación que sirve de ejemplo de la radicalidad con que el equipo ejerció esas directrices de trabajo, fue cuando la policía militar pidió ayuda para atender una llamada de una comunidad rural. Esa ayuda era para atrapar a un hombre que corría prácticamente desnudo por el campo, perturbando el cotidiano del lugar. La profesional que recibió el pedido, se sintió demandada y acompañó a los policías hasta el campo, preguntándose qué haría. Todos sabían qué no hacer: no producir un acto de violencia, no tratarlo como un acto delictivo.

¿Qué encontraron? Un hombre con ropa harapienta frotando violentamente su cuerpo en un barranco (agujero raso de tierra). ¿Qué le sucedió a la enfermera? Tenía información de que los familiares del hombre querían apropiarse de sus tierras, entonces se dirigió a él diciéndole que comprendía la importancia de la tierra para él y que el equipo le daría soporte para salir de la situación. Los policía acompañaban la escena a distancia. El hombre al rato disminuyó el ritmo violento de su cuerpo contra la tierra, paró y fue posible una negociación que incluyó el atendimiento en otro lugar y otros trajes. La enfermera expresó en palabras las sensaciones que el hombre manifestaba en actos. La situación fue colocada en la ronda de discusión del equipo, con los policías y los residentes. La rueda funcionó como analizadora de los modos de relacionarse la ciudad con la locura y los locos, y la posibilidad de realizar otros contratos.

En Bagé, situada en la región rural, al sur del estado, con más de 100.000 habitantes en 1995, con actividades ambulatorias de psiquiatría desde mediados de la década del setenta, fue desencadenado el proceso de cambio en la atención a la salud mental a partir de 1988, considerando como tarea prioritaria al trabajo cotidiano, la resignificación de la vida de los usuarios de salud mental (Rocha et al, 1995). En ese resignificar, los trabajadores acompañaban a los usuarios en la afirmación de sus procesos de subjetivación y del deseo de libre circulación por la ciudad. Afirmación y circulación a ser conquistadas, que precisaban ser agenciadas por los trabajadores. Una usuaria que andaba por la ciudad como mendiga, con un turbante en la cabeza, después de la atención y la actividad que le permitió el ingreso de dinero, manifestó su deseo de usar aros y quiso comprarlos. La pedagoga, trabajadora de salud mental, que la acompañaba, fue con ella hasta la joyería. En un inicio, no querían dejar a la usuaria entrar, permiso concedido por la autoridad de la acompañante, pero después, la vendedora se dirigía a la pedagoga para saber lo que deseaba. La acompañante respondió que quien deseaba era la usuaria y que la pregunta fuese rehecha a ella misma. Los objetos fueron mostrados primero para la acompañante, que rechazaba cada oferta y la vendedora redireccionaba la muestra para la usuaria. Hecha la elección de los aros, la información del precio y la

negociación del pago fueron nuevamente dirigidos a la acompañante que se recusó, otra vez, al papel y la vendedora otra ves tuvo que dirigirse a la real compradora. Esa experiencia fue suficiente para que en otras oportunidades las puertas fuese abiertas más fácilmente y las compras realizadas directamente por la usuaria.

Alegrete, municipio de la frontera oeste del estado, con aproximadamente 80.000 habitantes en 1997, contaba con las primeras atenciones psiquiátricas en la década del setenta e iniciaba un trabajo de atención integral a la salud mental a partir de 1989 (Ferrari y Mulazzani, 1997; Salbego, 2004). Uno de las primeras atenciones realizadas, y marca del cambio ético-político en la atención, fue la de un hombre desconocido, que se quedaba en la plaza central masturbándose, lo que perturbaba mucho el orden urbano y confrontaba la moral de los ciudadanos.

El recién creado servicios de salud mental fue convocado para intervenir en la situación. Los primeros abordajes fueron hechos en la plaza pública y la historia se fue armando por informaciones de los residentes y habitúes del centro de la ciudad. Él había llegado en ómnibus de Porto Alegre, en donde lo habían embarcado porque repetía la palabra *Alegrete.* Así, fue considerado natural del municipio. En las tentativas de comunicación del equipo hablaba también de Canoas. ¿Qué resolvieron? No repetirían el hecho de subirlo a un ómnibus a Canoas, pero escucharían la referencia, ya que alegretense no era. Entonces, le sacaron una foto al usuario y un auxiliar de enfermería que lo acompañaba fue hasta la ciudad de Canoas, región metropolitana de Porto Alegre, a verificar si encontraba alguna referencia del pasajero de esa versión moderna de La nave de los locos (Foucault, 2000). En Canoas, cuando ya había perdido las esperanzas de encontrar alguna referencia del “pasajero”, fue a tomar una gaseosa. En un último intento, le mostró la foto al dueño del bar y entonces tuvo la primera sensación de que el viaje valió la pena. El señor reconoció al “pasajero”, le informó que vivía en la calle *Alegrete* y que la familia andaba tras él. El trabajador-investigador allá se dirigió y localizó a los familiares. Los parientes quedaron sorprendidos, indignados, contentos y preocupados al mismo tiempo, ya que aunque “vivía en la Febem” (antigua Fundación del Bienestar del Menor) y

después de una fuga de los internos, la institución le había informado a los familiares que él había desaparecido y ¡tal vez estuviese muerto! Él, a su vez, en la fuga, se dirigió a Canoas, pero como decía Alegrete lo embarcaron para aquel municipio. El viaje siguiente fue de vuelta para casa: el acompañante viajó con una persona que tenía historia y no sólo con la foto de un perturbador de la moral y las costumbres. La situación instiga a indagar ¿Su comportamiento no era la representación del modo en que las instituciones y la sociedad lo venía sacando de su orden? El equipo de salud mental de Alegrete mantuvo contacto y tuvo noticias de la trayectoria del usuario, que pasó a vivir con la familia y a ser acompañado por trabajadores de Canoas.

Esas experiencias narradas tienen la fuerza de vertientes en las vidas de los usuarios y trabajadores, pues modificaron los cursos de sus historias, fueron compartidas en los espacios de formación proporcionados por los cursos de salud mental colectiva y alimentaron las aguas de mi vida.

Al proponer políticas públicas es necesario incluir acciones en todos los espacios/ámbitos, sean de cultura, institucionales, colectivos y/o individuales, tarea compleja y viable no sólo articulando los diversos actores sociales y estructuras involucradas, también implicándolos en la construcción de métodos organizativos, coherentes con las propuestas viabilizadoras de proyectos de presente, aceptando e incentivando encuentros que se producen por alteridad y producen afectos (afecciones) en actos cómplices de la vida. Los municipios en Brasil se han constituido en los espacios efectivos para políticas públicas inclusivas, primer paso a las afecciones.

3.1.2 Municipalización de la Salud y Desinstitucionalización en Salud Mental: de los hospitales a las redes de atención

La descentralización de las políticas públicas de salud, que propicia el protagonismo de los municipios, es reciente en nuestro país. Es una conquista del proceso de democratización, desencadenado a partir de la mitad de la década del ochenta del siglo pasado y en construcción hasta el momento.

La descentralización es uno de los principios constitucionales del

sistema brasileño de salud, a partir de la Constitución Federal de 1988, y posibilitó que el gestor municipal se tornase un actor central del sector de la salud y pudiese compartir la conducción de las políticas, históricamente conducidas por los Ministerios de Previsión y Asistencia Social y de la Salud, y, complementariamente, por los Estados. Más recientemente, con competencias específicas a cada esfera de gobierno, la Unión, Estados y Municipios, cumplen papeles que van del apoyo a la ejecución, cabiendo a los municipios, como atribución constitucional (Constitución, 1988, art.30) la implementación de la política local de salud, pasando el municipio a ser un actor social de gran densidad en la operación de la política de salud.

La reconstitución y hasta la constitución de la red de servicios, pasó a ser responsabilidad de los municipios. Los mismos tienen la posibilidad de ser instituyentes de un nuevo modelo de atención, que contemple los principios constitucionales de participación de la población, de la descentralización de la gestión y de la integralidad de la atención en salud.

Los municipios fueron fuente de la formulación, implementación y evaluación de la salud por los diversos núcleos de estudio e investigación en salud colectiva del país, así como se constituyeron en territorio de encuentro, mistura, de sinergia entre la producción sanitaria y la salud mental, en particular. La transformación de la asistencia en atención y de la atención afirmando la vida, impone la reorganización de los servicios, incluyendo el acogimiento, la resolutividad y desarrollo de la autodeterminación de los usuarios como producción de la sinergia entre las producciones sanitarias y la producción en salud mental (Ceccim, 2004). La municipalización de la salud, entonces, favoreció la instalación de múltiples servicios substitutivos a los asilos del pasado y a los manicomios de la modernidad, cuando se trata de atención a la salud mental.

Propuestos en la reforma psiquiátrica, esos servicios substitutivos son soporte para la invención de modos de atender que incluyan la construcción de ciudadanía, la acogida a las personas en sufrimiento psíquico, la diversificación de modalidades terapéuticas y la provocación de nuevos entrelazamientos sociales. Esa potencialización fue propiciada cuando, en el mismo espacio y tiempo, se encontraron gestores, trabajadores e

investigadores/asesores militantes socio-políticos.

Municipios de varios estados de Brasil son paradigmáticos de ese proceso: Alegrete (Ferrari y Mulazzani, 1997), Amparo (Relatório de Gestión de 2004 a 2005), Andra dos Reis (Ferrerira, 2001), Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bagé (Rocha et al, 1995), Bauru (Capistrano Filho y Pimenta, 1989), Belém (5° Conferencia Municipal de Salud, 2000), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Campinas (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus y Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Joinville (Lima, 2005), Niterói (Rocha, 2001), Porto Alegre (Salud en Porto Alegre, 2004; Ortiz et al, 2004), Quixadá (Sampaio y Santos, 2001), Santo André (Los que regresan a casa[28]) Santos (Campos y Maierovich Henriques, 1996), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Sobral (Andrade, Sampaio y Santos, 1998), Viamão (Fagundes, 2001), Vitória da Conquista (Balanço de Gestão, 2004) y Volta Redonda (Cecílio, 1997), entre muchos.

El proceso no es continuo en todos ellos, pues hay cambios en las conducciones de los gobiernos municipales, aunque las mismas fuerzas políticas sean electas. Pero todos ellos produjeron experiencias potentes, generadoras de valor. Entre las experiencias más constantes, mismo con cambio de gobiernos, y que continúan inventando prácticas de gestión y de atención, señalo Campinas y Aracaju (sistema de salud), Alegrete y São Lourenço do Sul (servicios de salud mental). Consolidar el municipio como instituyente de cambios en la atención a la salud y provocar una capilarización de la red de servicios substitutivos, al punto de modificar su cartografía, en Brasil es una tarea asumida por la militancia socio-política de la salud mental colectiva.

En ese recorrido, hay dos movimientos que integran el mismo proceso de desinstitucionalización: uno de desmonte y otro de invención de prácticas en los municipios. En Rio Grande do Sul, la provocación inicial para problematizar, para tornarlo una cuestión social y construir respuestas diferentes, vino de la política de atención integral a la salud mental y de su convicción en una pedagogía que implicase actores de gestión, de los

[28] Información disponible en http://www.assdevoltaparacasa.org.br

servicios, de la formación y de la fiscalización social en la disputa por cambios, ofreciendo cursos de formación que servían a la movilización local, a la producción de servicios locales de salud mental e intervenciones en la cultura. El diálogo con los municipios encontró diversas situaciones. La mayoría de ellos identificaba que había problemas en relación a la asistencia a los portadores de trastornos mentales y la solución variaba en torno de la convicción de que *el lugar del loco es el hospicio.* Muchos manifestaban que era necesario tener acceso a las internaciones en hospitales psiquiátricos, con sede en la ciudad o no, por lo que era preciso ampliar el acceso a través de la ampliación de camas y/o internaciones en los hospitales existentes o construyendo otros.

En 1987 había legisladores y ejecutivos gaúchos proponiendo la construcción de hospitales psiquiátricos regionales. Como los municipios con hospitales psiquiátricos eran los mayores y no pasaban de una docena, la mayoría de las ciudades participaba del sistema "hospitalocéntrico" con el transporte, mediante *ambulanciaterapia*. Sus problemas giraban en torno de esa logística: el vehículo, el mantenimiento, combustible, conductor, viáticos, número de idas y vueltas mensuales, algunas veces, acompañantes. Muchas veces el vehículo era uno de los más viejos de la flota, le faltaban asientos y con rejas entre el conductor y el pasajero, por protección. La ambulanciaterapia y las derivaciones reforzaban el modelo hospitalocéntrico, a tal punto, que los viajes eran realizados solamente para aumentar los ingresos del conductor y los funcionarios que autorizaban o acompañaban a los enfermos, independientemente de la necesidad de los mismos. En el proceso de develamiento de esa realidad, se descubrió que en algunos municipios los conductores de las ambulancias regulaban el flujo de internaciones por mes, y reinternaciones, de personas en los hospitales de las diferentes regiones del Estado, de modo a garantizar desplazamientos constantes y regulares (Dalmolin, 1998). El procedimiento estaba tan banalizado, que los propios conductores contaban como actuaban. Se trataba de un procedimiento de elevado costo económico, psíquico y social. Envolvía un significativo de personas —intendente, primera dama, concejal, locutor de radio, asistente social, secretario de salud, personal

administrativo, paciente, conductor, familiares y policía-, para una acción paliativa y no resolutiva. En São Lourenço do Sul, los trabajadores de salud mental y la secretaria municipal de salud, utilizaron el costo con la referida logística para convencer al intendente de contratar más profesionales y alquilar una vivienda para instalar la *Nossa Casa*, uno de los primeros servicios substitutivos del Estado y Brasil (Besckow, 1993). Aprendizaje estratégico que se multiplicó rápidamente para los demás municipios, a través de los cursos de salud mental colectiva y los intercambios entre los gestores municipales y estaduales.

El hecho de que los hospitales no acepten más que las personas se vuelvan moradoras de las instituciones, provoca la vuelta a los municipios, favoreciendo la abertura para otras soluciones al problema de la asistencia en salud mental. Si *el lugar del loco no pude ser más el hospital ¿dónde será?* Con esta indagación/indignación se desencadenó un proceso de atención integral en el municipio de Santiago. El equipo de la unidad psiquiátrica del Hospital Universitario de Santa María no quería perpetuar el atendimiento de una persona de Santiago con sucesivas internaciones. Ella se internaba varias veces al mes y el municipio, a su vez, no sabía qué hacer con ella. Los integrantes del equipo descentralizado de la región propusieron una reunión en el municipio con todo los molestos con la situación, la propuesta fue aceptada y el secretario municipal de salud la convocó.

Fuimos a la ciudad: una trabajadora del hospital y una profesora universitaria de Santa María, integrantes de la Comisión Interinstitucional de Salud Mental del municipio y del equipo descentralizado del Estado, y yo, coordinadora de la política de salud mental de la SES/RS. Nos encontramos con el secretario de salud, la coordinadora de la Comisión Interinstitucional Municipal de Salud (Cims), el médico de la unidad básica, el responsable por la policía, el psicólogo y el director de la cárcel, uno de los más interesados en encontrar una solución. La moradora cuando entraba en crisis y no había lugar en el hospital ¡se quedaba en una celda de la cárcel! Esa situación generaba un enorme trastorno, ya que la cárcel era masculina y cuando ella estaba ahí, los detenidos no podían circular por el patio. Para recibirla la celda era preparada: la bacha y cualquier mueble tenía que ser retirado, ya

que acostumbraba romper todo. Las manifestaciones y los sentimientos hacia la mujer eran hostiles, con deseos de muerte y agresión o traducidos como agotamiento, de punto límite. Posiblemente, eran los sentimientos de la propia usuaria que no estaba en la reunión. Aceptamos su ausencia, nos colocamos al lado de los participantes en relación al sufrimiento e hicimos algunas preguntas, entre ellas *si la residente era siempre inaccesible y agresiva*. Al poco tiempo, la que vivía en la calle y sin abordaje posible comenzó a tener una historia, familiares, algunas interrelaciones y ningún tratamiento entre crisis.

A partir de entonces fue posible hacer algunos acuerdos y asumir compromisos. Lo que el municipio podría hacer y lo que el hospital haría. El cuidado continuo sería en la ciudad, hecho por la secretaría municipal de salud, no por la seguridad pública, incluyendo acompañamiento terapéutico, medicamento y aproximación con la familia, lo importante era la demostración de responsabilización, de interés y de acogida, no de expulsión del municipio. El hospital haría una nueva evaluación psiquiátrica, encaminaría al municipio y los profesionales de uno y otro lugar mantendrían contacto: el hospital también la trataría y no la rechazaría. El acuerdo fue efectivo, la paciente llegó a estar meses sin internación y pasó a prestar servicios para la Prefectura. El encaminamiento de esta situación fue precursor de la primera cooperativa de la ciudad y el estado: *la CoopLoc*, la cual prestaba servicios generales y de jardinería a la Prefectura. Los profesionales de Santiago buscaron formación: pasantía en el hospital universitario, talleres de atención integral a la salud mental realizado por el equipo de Política de Atención Integral a la Salud Mental en Santa María y el psicólogo fue alumno del curso de especialización en salud mental colectiva.

No saber qué hacer en situaciones límites con personas con trastornos mentales, el agotamiento de las alternativas utilizadas y el vacío generado fue un modo frecuente de desencadenar procesos de cambio en los municipios. Los “casos” graves fueron los precursores de varios servicios municipales de atención integral a la salud mental. Salbego (2004) hace el registro de los “casos” marcadores para la invención de la atención a la salud mental en Alegrete: el morador de Canoas (José), mencionado

anteriormente, y Clara, niña de 13 años que comenzó a presentar problemas de comportamiento con dificultades de aprendizaje y que la familia adoptiva no quería continuar amparándola.

El equipo de salud mental del municipio recibió la demanda, a través del Consejo Tutelar y del Ministerio Público, de internar a Clara en el hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Después de tres reuniones, el equipo consiguió pactar un plan terapéutico a ser desarrollado en la ciudad, con la participación de los demandantes, comenzando con la internación y cuidados intensivos, con acompañante 24 horas por día en el hospital general y continuando con la búsqueda de otra familia para Clara.

José generó la apertura de dos camas psiquiátricas en el hospital general, la ampliación del horario de atendimiento en el servicio de salud mental y la articulación con el servicio de asistencia social en Alegrete. Clara provocó la visibilización del atendimiento y de actividades en los dias festivos y los fines de semana. El equipo produjo guardias participativas realizadas por trabajadores de salud mental y vecinos, en contra partida, el aula de talleres del servicio de salud mental era utilizado por la población para celebrar cumpleaños, por ejemplo. Salbego (2004, p.48) refiere que “las guardias pasaron a ser una fiesta, siempre teníamos presencia de los grupos de jóvenes de la comunidad con capoeira, samba, teatro”.

Los municipios que tenían hospitales psiquiátricos en su territorio, cuando los consideraban problema, no los consideraban parte de la ciudad. Eran ciudades invisibles dentro de las ciudades. Era preciso dar visibilidad a la institución y problematizarla. Ya había conocimiento sobre la función social de la exclusión, el significado de lo que eran las instituciones totales y el disciplinamiento en los hospitales psiquiátricos.

Jurandir Freire Costa, en Porto Alegre en 1989, en el encuentro *Sexto lobo: clínica de lo social*, presentó un texto contundente en relación a la perversidad institucional -*psiquiatría burocrática: dos o tres cosas que sé de ella*. También ya existía la experiencia italiana con la psiquiatría democrática y la entonces reciente intervención en la *Casa Anchieta, hospicio* localizado en Santos, ya mencionado anteriormente, difundía la situación de vida con la inasistencia y la manicomialización en salud mental. Con todo, los hospitales

psiquiátricos se mantenían como el *lugar del loco.* En la búsqueda de nuevas respuestas fueron identificando los espacios y la red social generados por el hospital psiquiátrico como situación a analizar e intervenir. A veces, una cuidad nacía en su entorno y dependía del hospital psiquiátrico. Otras, un barrio. Otras, una economía propia: pensiones para familiares y chóferes que venían de otras ciudades, almuerzos para pacientes, familiares y trabajadores, paradas de taxi para trasladarse, paradas de ómnibus, hasta líneas de ómnibus, farmacia para venta de remedios, guardería y escuela para los hijos de los trabajadores. Cuando estaba próximas o anexas a los hospitales generales, aún cercaban las unidades de internaciones psiquiátricas, los laboratorios, funerarias y consultorios médicos. En ese sentido, el hospital psiquiátrico era la solución para muchas personas, lo que se acentúa en tiempos de recesión.

Al proponer el desmonte del modelo hospitalocéntrico era preciso incluir en el proceso también esas poblaciones, caso contrario sería un proyecto tecnocrático destinado al fracaso, pues la población directamente afectada se opondría al cambio. Sus defensores no tendrían cómo sustentar la contradicción de una propuesta de inclusión social con una práctica excluyente. El trabajo era político social y estaba implicado con proyectos de vida. En Rio Grande do Sul no hubo experiencia de intervención en hospitales psiquiátricos. Hubo reducción de camas, prohibición legal de construcción o ampliación de hospitales psiquiátricos, fiscalización de los existentes, regulación de las internaciones y estímulo a la apertura de camas en hospitales generales (Asamblea Legislativa de Rio Grande do Sul, Relatorio Azul, 1999/2000; Dias, 2001). El primer hospital que cerró sus actividades fue del municipio de Pelotas, en los años 2000, cuyo gobierno municipal, para substituir la institución psiquiátrica, creó siete Centros de Atención Psicosocial (CAPS). El antiguo hospital viró sede de una universidad.

Los municipios también se implicaron con el desmantelamiento del modelo hospitalocéntrico al buscar llevar de vuelta a casa a los internos del Hospital Psiquiátrico São Pedro. Los primeros que tomaron la iniciativa fueron São Lourenço do Sul y Alegrete. São Lourenço do Sul fue al hospital a

buscar ciudadanos de su municipio y realizó el camino de regreso, acogiéndoles en una casa de un conjunto habitacional, que los recibió como vecinos. La primera alegretense que volvió después de cuarenta años de institucionalización fue a vivir sola en una casa alquilada. Hoy espera la terminación de un conjunto habitacional para vivir en casa propia o el desenlace de un proceso judicial relativo a un terreno de la familia al cual tiene derecho. En esa situación, se verifica el territorio destinado al "loco" en esta familia y esta ciudad: primero el silencio sobre su existencia y sus bienes, después el trabajo de reterritorialización con el equipo de salud mental, el reconocimiento de la familia y la herencia, por fin, la destinación de un terreno. El terreno concedido fue interno, sin salida a la calle: un no lugar ¡un vacío urbano! Con el accionar del equipo esa situación está siendo cuestionada.

En ese proceso en movimiento, los municipios fueron saliendo del distanciamiento, la locura de la periferia y el loco de la exclusión, para constituirse en centro de la búsqueda de soluciones a los problemas referentes a la vida de las personas, para crear servicios que respondan a sus necesidades, contratar trabajadores que circulen por el municipio. El desmonte/invención tornó visible el hospital psiquiátrico, la locura y los locos, hasta entonces invisibles, y produjo una territorialización liberadora, pues la afirmación de que el *lugar del loco es el hospital* fue superada por *el lugar del loco es cualquier lugar*, en la ciudad, las calles, las plazas o en casa, menos en los hospitales psiquiátricos. Una de las primeras consignas de la reforma psiquiátrica en Italia fue *la libertad es terapéutica* (Basaglia, 1979) que mantiene el vigor de dialogar directamente con lo que expresan los usuarios de los servicios desinstitucionalizantes. Ellos dicen *ahora es mejor, tengo libertad, soy libre* y la libertad es saboreada, vivida en la posibilidad de abrir y cerrar las ventanas de casa, de usar la ropa que eligen para vestirse, de tomar agua en vaso de vidrio, de andar en colectivo, de ir y venir por las calles de la ciudad.

En las trayectorias de la reterritorialización y de la visibilidad, reúno tres situaciones producidas en los municipios a las cuales identifico como: *loco destacado, loco elector y loco gestor.*

En São Lourenço do Sul estaba el *Baile Municipal de los Destacados*, en el cual las personas, proyectos e instituciones destacadas recibían un trofeo. Sucedió en *Nossa Casa*, fue un destaque municipal y nos trasladamos de las diversas regiones del estado para celebrar y bailar juntos. En los años siguientes, durante la década del noventa, *Nossa Casa* creó, ella sola, un premio, pasó a elegir a los destacados: personas o instituciones relevantes para la reforma psiquiátrica. El premio era producido con exclusividad por artistas locales y la entrega se hacía en un evento festivo de repercusión estadual.

En Bagé y en Alegrete, la legitimidad del trabajo se expresó en las elecciones. Hay tres mandatos de concejales que coordinaron las políticas de atención integral a la salud mental en sus municipios, desencadenaron procesos de reforma psiquiátrica en el estado y son referencias nacionales. Delvo Oliveira en Bagé, tercer mandato; Maria Judete Ferrari en Alegrete, que además de concejal fue candidata a alcaldesa y diputada estadual, y Maria de Fátima Mulazzani, segundo mandato en el legislativo municipal de Alegrete, identificada por las luchas por los derechos humanos. Sus elecciones contrarían la máxima de que *loco no da voto*. Sus campañas, sus mandatos, sus gabinetes y sus prácticas tienen la marca ético-política de la lucha por los derechos humanos, la desinstitucionalización y la salud mental colectiva, produjeron otra estética ejemplificada en la lucha por la salud mental. Lucha por otros territorios a la producción de vida, territorios donde fuesen posibles la circulación de la locura, los locos y otros grupos minoritarios. Modificaciones inestables, tensas, pero que hicieron la diferencia en el actuar político.

A mediados de la década del noventa, los municipios comenzaron a indicar secretarios municipales de salud y dirigentes de secretarias que habían liderado la creación de servicios municipales de salud mental, con el desafío de desencadenar y/o consolidar el proceso de municipalización del sistema de salud. Así ocurrió en São Lourenço do Sul, Turuçu, Viamão, Rio Grande y Pelotas. Al final de los años noventa, la Secretaria Estadual de Salud trajo de las luchas por la salud mental a los dirigentes y equipos dirigentes de las Coordinadoras Regionales de Salud con sede en Alegrete,

Santa María, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Lajeado y Passo Fundo.

La reterritorialización, con nueva historia, lengua y visibilidad al loco, a la locura y a los espacios de salud mental hizo necesario resignificar los temas de la incapacidad y de la peligrosidad. Las cuestiones del portador de trastornos psíquicos tiene especificidades en la interdicción y la inimputabilidad, fundamentadas en la incapacidad y la peligrosidad, respectivamente. Ambas inviabilizan la ciudadanía de las personas portadoras de trastorno mental, produciendo existencias en sufrimiento, imposibilitadas de trabajar, vivir, de administrar sus bienes, de heredar, de ser responsables por sus actos. Delgado (1992) analizó críticamente esa temática en el libro "As razões da tutela". Foucault en 1970, en la clase sobre "el orden del discurso", identificó, en la separación entre razón y locura, uno de los principios de la exclusión en la producción discursiva. La conclusión fue que era preciso transformar la cultura y el aparato jurídico legal legitimador de la exclusión, por eso la lucha era, y aún es, de construcción de ciudadanía y de derecho, derecho a las singularidades. Para ello era necesario cambiar la lógica: la incapacidad y la peligrosidad son producciones sociales y humanas, no son exclusividad de un determinado grupo. A partir de cuestiones como: quién es incapaz, cuáles son las incapacidades, qué es el peligro o quién es peligroso, se fueron modificando actitudes culturales y acciones legales en los municipios. Vale señalar que dos *eslogan* facilitaban el diálogo y fueron entonces diseminados: "nadie es loco 24hs por día, 365 días al año" y "de cerca nadie es normal" (sacados de la canción *Vaca Profana* de Caetano Veloso) para romper con pre-juicios y fundamentar nuevos conceptos. La primera frase reconocía la locura y negaba su inmutabilidad. La segunda la socializaba y humanizaba y fue la frase que ganó el mundo, escrita en portugués, italiano, inglés, alemán y español.

Los municipios fueron asumiendo que para cada persona que nacía, que vivía o que estaba de paso, se necesitaba proporcionar condiciones de vida digna, de inserción social, de acuerdo con sus precariedades y potencialidades, rompiendo con las discriminaciones y exclusiones. Coherentes con el entendimiento de que la salud es determinada por las

condiciones de vida y trabajo, esto es, vivienda, transporte, place, educación, cultura, ambiente y renta. Pues donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan, hacen ocio, estudian, aprenden diferentes formas de expresión y de comunicación, bailan, cantan y se constituyen, es en sus ciudades. Podríase responder que es en la familia, pero toda familia habita un lugar -habitar es una condición social- que, la mayoría de las veces, es más fuerte que el lazo involuntario de pertenencia a una familia. Es en el municipio y desde este lugar que se deben construir los proyectos de presente. Una pedagogía de la impliación es una pedagogía de la ciudad.

En los municipios las personas viven la cultura en su cotidiano y constituyen colectivos. En los municipios los problemas tienen visibilidad. Forma parte de la subjetividad y de la ciudadanía ser natural de algún municipio. El cambio de la lógica de la exclusión por la de la inclusión social, del encaminamiento desresponsabilizado por la atención local comprometida, llevó a los gobiernos, en conjunto con los consejos de salud, a la inversión en salud. Los recursos que antes eran destinados a ambulancias, viáticos del personal y compra de servicios en hospitales psiquiátricos, pasaron a ser aplicados a la creación de servicios resolutivos locales, así como la salud pasó a ser incluida en el presupuesto de los municipios. La exigencia es de una administración estratégica, flexible, compleja y local, articulada con la región.

El hospital psiquiátrico comenzó a ser substituido por una red de servicios de atención integral a la salud, servicios que se fueron estructurando de acuerdo con las necesidades identificadas en la población, en conjunto con ella. Servicios instituyentes, por lo tanto, constituidos por inquietudes, cuestionamientos, conflictos y disensos, en los cuales al incapacidad de cambiar y de crear son indicadores de cronificación. En los servicios el camino de la conquista es trazado en el cotidiano, en cada contrato hecho/deshecho/rehecho/modificado.

Los múltiples sentidos y significados de la red de servicios de salud mental expresan cuánto la invención es imprescindible cuando el objetivo es activar proyectos de vida. La red donde se reciben cuidados debe ser constituida por múltiples servicios, saberes y haceres. Una red para

hamacarse[29] es flexible, se amolda al cuerpo de quién la utiliza, *es colgada en los más diversos lugares* y siendo una red, tiene varias funciones. Una red, donde se reciben cuidados, es de servicios, saberes y haceres, pero debe servir para descansar y relajar, es decir, ser un buen lugar para recibir cuidados y un lugar de confianza.

Los servicios pueden incluir centros de atención psicosocial, centros de convivencia, servicios residenciales terapéuticos, cooperativas de trabajo, talleres de creación y camas en hospitales generales, servicios en los cuales se venía tejiendo una red flexible y solidaria de cuidados, de protección y de atención a las diversas necesidades: salud, educación, trabajo, placer y afecto. Red en la cual pasen a circular diferentes trabajadores: artistas, profesores, recreólogos, pedagogos, periodistas, jardineros, carpinteros, agricultores etc., además del equipo de salud: asistentes sociales, enfermeros, psicólogos, pisco pedagogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, técnicos y auxiliares de enfermería y acompañantes terapéuticos. Red en la cual los servicios se beneficien de los saberes populares y científicos, enriquecidos recíprocamente y donde pueda ocurrir lo concreto de la ínter y transdisiplinaridad, de la ínter y transsectorialidad, de los contratos sociales y terapéuticos.

Los haceres incluyen actividades individuales, colectivas, institucionales y socioculturales, de información, orientación, formación, acogimiento, tratamiento, cuidados, investigación, aprendizaje, comunicación, expresión artística y expresión corporal. Es compleja la tecnología creada en los servicios municipales: disponibilidad, exposición, continencia, acogida, protección, tolerancia, “afectivación”, “humanización”, en que la diversidad es motor de la construcción de las subjetividades. La organización del trabajo debe posibilitar tales características de forma constante y no solamente los trabajadores, ya que estos son humanos y no súper hombres: no siempre están disponibles, acogedores, continentes, protectores, tolerantes, “afectivados”. Los servicios deben adaptarse a las necesidades y a las singularidades de los usuarios y sus familiares y no al

[29] NT: La autora juega con el doble sentido: red, en portugués “redes”, también se usa para nombrar la hamaca.

contrario. Las acciones de salud mental deben ocurrir donde hay necesidad: en la calle, en el domicilio, en las escuelas, los hospitales, los lugares de trabajo y los servicios de salud.

Por lo tanto y por fin, la red puede tener funciones de protección, placer, convivencia, escucha, tratamiento, cuidado, orientación, interacción, soporte, tolerancia y apoyo. La red debe ser inventada y posibilitar invenciones. Esa exigencia técnica y ética exigía una pedagogía de la implicación. Sin los recursos estratégicos y políticos propios de las ciencias de la educación no habría cómo producir, viabilizar y sustentar tanto enseñar como aprender. La carrera del curso de salud mental colectiva formaba esa capacidad de educación permanente en salud, en la gestión de sus políticas públicas para salud mental.

En los municipios gaúchos, la red comenzó a ser tejida a partir de la búsqueda de nuevas soluciones para viejos problemas con portadores de trastornos mentales. Las soluciones encontradas tenían potencias irradiantes y su alcance favorecía el desdoblamiento de nuevas cuestiones e invenciones. Las redes municipales se constituyeron a partir de los primeros servicios que operaron efectivamente como laboratorios de proyectos de vida. El desafío de los cuidados integrales fue posibilitando la invención de nuevos dispositivos y la red, así como la clínica, es constitutiva de integralidad, concepto herramienta de la pedagogía de la implicación. Surgió la noción de Red de Atención Integral a la Salud Mental. Algunas tesituras municipales relato a continuación.

El municipio de Santo Augusto (Crescente y Oliveira, 1995) inició la red incluyendo la salud mental en las políticas prioritarias de atención a la salud: para niños, mujeres y para los trabajadores rurales. Después creó el espacio denominado *Nossa Sala,* pues efectivamente era una pieza de la Secretaria de Salud, de libre circulación, a la cual las personas frecuentaban para conversar, tocar la guitarra y pintar. La sala fue el *muelle* de donde el equipo partió para talleres, intercambios con otros municipios y países. y donde preparó encuentros regionales, ampliando la capacidad de prestación de cuidados y conquistando el *Nosso Espaço*, ambiente específicamente para la salud mental. Espacio que continuó siendo un lugar para parar, abastecer y

continuar, ya que el equipo fue enraizando el trabajo en toda la ciudad con los más diversos actores: intendentes, secretarios municipales, lideres comunitarios y trabajadores públicos. Cuando había necesidad de internación, era realizada en una cama en el hospital general de la ciudad, bajo los cuidados del equipo y de un médico clínico que se dispuso a trabajar con el sufrimiento psíquico.

El compromiso de la ciudad puede ser dimensionado por la atención a una usuaria que necesitaba medicación diaria y no tenía autonomía suficiente para administrar sus horarios y frecuencias, y por eso se presentaba diariamente a la unidad de salud o alguien del equipo la buscaba. En los fines de semana, mientras tanto, la unidad de salud no funcionaba. La medicación quedaba, entonces, con el único trabajador de la municipalidad con carga horaria en los fines de semana, el vigilante. Cuando ella no iba a tomar la medicación, el vigilante avisaba a la secretaria de salud, que iba hasta la casa de la usuaria. Conocí esta red singular cuando fui secretaria de salud del municipio de Viamão y le pregunté a la secretaria de Santo Augusto cómo hacía con las personas que precisaban atención los fines de semana.

En São Lourenço do Sul, el laboratorio matriz fue *Nossa Casa*, el cual pasó por metamorfosis desde su creación en 1988 (Besckow, 1993) y de donde fueron surgiendo tecnologías de cuidado, otros servicios y proyectos. La creación del servicio fue provocada por la secretaria municipal de salud, que participó de un Encuentro Estadual de Salud Mental, promovido por la SES/RS. Cuando fue inaugurada *Nossa Casa*, fue descrita como una casa de puertas abiertas donde todos comen la misma comida en la misma mesa, utilizan el mismo baño y la cama para descansar es la misma para todos, o sea, no había espacios ni equipamientos o muebles de uso exclusivo de los usuarios o los trabajadores. Esa fue una decisión del equipo que incluyó el asesoramiento de Rubén Ferro, ya citado, y de Ana Pitta, psiquiatra responsable de la creación del primer CAPs de Brasil, en São Paulo (Goldberg, 1996). Fue tema de encuentros y clases de salud mental colectiva. En *Nossa Casa* se iniciaron talleres terapéuticos, el coro, los acompañamientos terapéuticos, los primeros trabajos de los usuarios en el comercio y servicios de la vecindad, la articulación con cuidadores

voluntarios de la zona rural y la asociación de los usuarios, familiares y amigos. *Nossa Casa* fue el soporte para que el hospital general de la ciudad tuviese coraje y tener camas disponible para atención que después se transformaron en una unidad de internación. A partir del año 2000, fueron inaugurados CAPS específicos para atención a niños y adolescentes y para personas dependientes de alcohol y otras drogas. Un espacio que mantuvo la ciudad ligada al tema de la salud-sufrimiento mental, fue el programa de radio *Cuca Legal* realizado por Elsa Timm (en la bibliografía referida como Elsa Besckow) y Flávio Resmini, respectivamente psicóloga y psiquiatra, que fueron coordinadores de servicios y lideres del proceso de desinstitucionalización en el municipio.

El municipio de Bagé desencadenó su red a partir de la acción de trabajadores de salud mental y de la cultura que primero trabajaron con los usuarios donde era posible -centro de salud, la calle, el domicilio- y después, también en espacios específicos (Rocha et al, 1995). El primer espacio específico fue en la Santa Casa, que disponibilizó camas para internación. Después fue en una casa para residencia transitoria, viabilizada por la municipalidad, y a continuación un espacio para Talleres de Creación Colectiva, abierta en un hospital general (Meira, 1995). Los servicios fueron creados a partir de las necesidades de los usuarios: internación fuera de casa, vivienda, expresión, trabajo y cuidados.

Del proceso desarrollado en Bagé destaco dos radicalidades en la invención de vida: la residencia y el taller. La propuesta hecha por los trabajadores de salud mental al secretario de salud e intendente, fue que el traspaso financiero del Ministro de Salud para el municipio, por las atenciones en salud mental fuesen repasados para la residencia y para que los residentes la administren. La propuesta fue aceptada y se desarrolló un proceso de autogestión en la casa. Los residentes decidieron que la mitad de los recursos sería destinada para la manutención, mejoras y equipamientos colectivos, y la otra mitad sería para prioridades individuales de los residentes, como dentadura y anteojos. Las inversiones colectivas y el orden de los beneficiados individualmente eran decididos en grupo. De este modo, tuve la posibilidad de acompañar el proceso de decisión y la celebración,

tanto por la compra del lavarropas como por la adquisición de la dentadura para una moradora. En esos actos se concretizaba el desafío propuesto por Benedetto Saraceno (1992), coordinador de salud mental de la Organización Mundial de la Salud: en la reforma psiquiátrica el dinero debe acompañar al paciente donde la vida sucede y no al contrario; como el paciente tiene que vivir en el hospital psiquiátrico porque allá están los recursos financieros para proveer sus necesidades de salud.

El Taller de Creación Colectiva de Bagé comenzó en un hospital genera y después fue a la sede de la Coordinación Regional de Salud, para, entonces, conquistar una sede propia. El Taller era el servicio municipal de salud mental, sus frecuentadores fueron llamados *participantes*, no más pacientes ni usuarios, por decisión de los mismos y de los trabajadores. Sus objetivos era la invención de posibles, de proyectos de vida. Sus prácticas incluían actividades creadores, de cuidado, de subsistencia, laborales, de ocio, de cultura, información y participación social (Meira, 1995).

El Taller sostenía prácticas desinstitucionalizantes en acto, no había delimitaciones rígidas de espacio. En la misma sala era posible atender alguien en crisis, hablar con un familiar y confeccionar sobres. El impacto era caótico y la producción era de vida. El soporte que hizo la diferencia para la radicalidad de las prácticas fue la implicación de artistas plásticos, particularmente Mirela Meira, que construyó una disertación de maestría sobre el Taller desde la óptica de los participantes (Meira, 2001). La vida estaba en permanente creación en el Taller, con la implicación intensa de los trabajadores que, a su vez, también eran exigidos a defender el proyecto en la ciudad y junto a las autoridades municipales, pues el proyecto provocó una no poco intensa disputa ético-política entre los diversos actores sociales locales. El Taller mantuvo su efervescencia mientras contó con la presencia en su cotidiano del psiquiatra coordinador del equipo estadual descentralizado, Delvo Oliveira, y de la mencionada artista plástica, así como mientras el municipio fue sede de los cursos de salud mental colectiva, esto es, hasta 1996.

La circulación de profesores estaduales, nacionales e internacionales en la ciudad, los asesoramientos y las rondas proporcionadas en ese período

de gestión pública en educación permanente en salud mental, daban el soporte necesario para el equipo inventar sus posibles. El servicio continúo existiendo mientras se redujo el vigor exuberante que le dio invención y aún conservó energía para sostener otros posibles. Bagé fue vertiente para muchos y fue naciente para otros tantos militantes de la vida, movilizados en torno de la salud.

3.2 Educación: potencia intercesora.

La invención de la *Salud Mental Colectiva* sucedió en Rio Grand do Sul y este nombre fue usado para marcar un lugar de construcción, no de una salud en general, de una salud mental de las poblaciones o de una salud mental vinculada a las acciones preventivas, que en este estado es bastante fuerte, sino una Política Pública de expresión y afirmación de la vida en su diversidad, multiplicidad y pluralidad.

En diez años, de 1987 a 1996, la experiencia de una intervención inédita: la formación llevaba a la creación de servicios innovadores y substitutivos, movilizaba profesionales al pensamiento estratégico y al trabajo en acto (como la enfermería de Santo Augusto), desafiaba gestores de salud (como la secretaria de salud de São Lourenço do Sul), reinventaba prácticas tradicionales (como los grupos de convivencia de Alegrete) y constituía un movimiento social, involucrando agentes políticos, técnicos, ciudadanos, “participantes”, familiares y amigos.

El nacimiento de la política pública fue proporcionado por los cursos de formación, los cuales llamamos inicialmente de Administración de Servicios en Salud Mental y después Salud Mental Colectiva, que se desdoblaron en un curso de perfeccionamiento en Gestión y Programación, otros dos en Políticas Sociales y Municipalización, y más recientemente, uno de Educación en Salud Mental. Lo que estábamos queriendo demostrar era que la fuerza del trabajo en salud y en salud mental es constituida por personas no por recursos humanos, que se orienta por el cuidado a las personas y no por la eliminación o el tratamiento de enfermedades. Las personas necesitan formación, no entrenamientos, prácticas cuidadoras requieren desarrollo de si y no destrezas en procedimientos; generan acompañamiento y

responsabilización, no pronto diagnóstico o tratamiento puntal. Fue desarrollado un proceso en el sentido de socialización y de compartir saberes y la identificación de desconocimientos y nudos críticos a la mudanza.

Necesitábamos crear nuevas estructuras e inventar instituciones, terminologías para el cuidado y terminologías generenciales y administrativa que pudiesen movilizar personas, desafiar posturas cristalizadas o prácticas identificadas con cada formación profesional específica, necesitábamos de profesionales y servicios que se sintiesen convocados o provocados a participar de una desterritorialización y otra territorialización, no conocida, como administración de servicios de salud o de políticas públicas. Fue una estrategia que tuvo más que los efectos esperados, ya que, efectivamente, conseguimos crear servicios substitutivos a los hospitales psiquiátricos. Por ser educación, la transformación se realizaba por la convocatoria por el desconocimiento y por la superación de límites, esto es, movilizaba el deseo de aprender. Si la ignorancia compartida colectivamente, en un espacio de aprendizaje, hace más fácil su explicitación, también hace más fácil el reconocimiento de que ninguna ignorancia es absoluta y quedamos más disponibles para aprende y crear unos con otros y en los colectivos.

Uno de los pilares conceptuales que más se mostró pertinente al proceso en curso, el pensamiento estratégico de Mario Testa, nos presentaba un principio básico para la invención de la realidad, el postulado de coherencia, que tiene semejanzas con el triangulo de gobierno propuesto por Carlos Matus (1996) en su Planeamiento Estratégico Situacional (PES). El postulado de coherencia, entre otras cuestiones, partió de la constatación de que uno de los fracasos de las propuestas de políticas públicas de transformación es la incompatibilidad e incoherencia entre los propósitos, los métodos y la organización. Los vértices del triángulo de gobierno concebido por Matus son el proyecto de gobierno, la gobernabilidad y la capacidad de gobierno.

El esfuerzo de la política estadual de atención integral a la salud mental, presentada en 1987, fue buscar coherencia entre, por un lado, los propósitos de cambio ético-político y espistemológico, y por el otro, el poder

y el pensamiento estratégico en el sector de la salud. Acumulamos mucho en en el campo de la salud colectiva y también en el campo de la salud mental en relación a la reforma psiquiátrica, a la necesidad de modificar y de crear tecnologías de cuidado en el área de urgencias y a la eliminación de los manicomios para que la locura ocupase otro lugar en la sociedad, junto a los trabajadores y en las instituciones de salud. Necesitábamos saber cómo se hacía todo esto, pero, necesitábamos aprender ese saber. Necesitábamos aprender cuáles métodos y cuáles organizaciones crear, he aquí un territorio muy propicio para la problematización y la suma de colectivos de aprendizaje, típicas tecnologías de educación para la gestión de esa política pública.

Una formación por medio de una educación problematizadora y por colectivos de aprendizaje indaga, pone en cuestión el individuo que somos, las instituciones que hacemos funcionar con nuestros saberes y prácticas y los colectivos de nuestra propia formación. Detectamos la pedagogía de la implicación: ¿cómo cambiar nuestras prácticas? ¿qué haremos para eso? Esas eran cuestiones dirigidas a los trabajadores que ya estaban en las instituciones. Una de las posibilidades era propiciar la formación en servicio. Esas cuestiones configuraban nuestro campo de intervención pedagógica y los cursos ofrecidos era para “cambiar” los trabajadores de la gestión y la atención en las instituciones municipales y estaduales de salud, o inseridos en los más diversos sectores públicos, instigando la formación, la creación de servicios y la constitución de un movimiento social local.

Para posibilitar el acceso a los cursos por las personas que vivían en los municipios existía la necesidad de cursos interiorizados, que ocurriesen en varios municipios, durante los fines de semana y a la noche, para que los(as) alumnos (as), aún en el trabajo, pudiesen asistir. No queríamos hacer más de lo mismo que ya venía siendo hecho: ofrecer cursos de perfeccionamiento o especialización en la capital, con baja implicación con los locales, fuera del horario de trabajo, como si la formación fuese una acumulación y no una experimentación.

Instigar varios sectores y provocar acciones locales intersectorariales era crucial a la pedagogía buscada por los cursos. Los cursos eran

viabilizados y garantizaban la presencia y la articulación continua entre el estado, los municipios involucrados y las universidades locales/regionales, entre los sectores de la salud, de la cultura y la educación, y entre representantes del poder ejecutivo, legislativo y judicial. Durante los cursos eran realizados paneles, seminarios abiertos a la población en general y para públicos específicos: estudiantes universitarios, jueces, profesores y escolares.

La coordinación de los cursos, así como sus cuerpos docentes fueron constituidos por equipos de profesores de inserción local, regional, estadual, nacional e internacional, de varias profesiones e instituciones, y dispuestos itinerariamente, como la asesoría permanente de Rubén Ferro. El objetivo era provocar un diálogo entre saberes y prácticas de diferentes inserciones y producir, en clase, la desterritorialización y el diseño para las reconfiguraciones de las prácticas y servicios, provocar la transdisciplinaridad (otro concepto herramienta de la pedagogía de la implicación).

La pedagogía de la implicación exigía incluir trabajos y poblaciones que estaban excluidos del proceso de formación. De ese modo, realizamos en diez años, de 1987 a 1996, dieciocho cursos de salud mental colectiva, que están inventariados en el próximo capítulo, "implicamos" 709 alumnos, 565 en perfeccionamiento y 153 en especialización. Contamos con 97 profesores e "implicamos" igual a decenas de apoyadores docentes locales en cada curso. Ya en la mitad del período, en 1992, teníamos 112 servicios de salud mental creados en los municipios "implicados".

Basados en el *pensamiento estratégico* de Mario Testa, trabajábamos con la categoría "poder", instigando la capacidad de movilizar, de proponer, de generar y de administrar recursos y tecnologías. La lógica era de reterritorializar, posibilitar la continuidad de las políticas y servicios, independientemente de los períodos de gestiones gubernamentales y, por esto, precisábamos localizar aliados junto a los municipios, desencadenar procesos de mobilización y trabajar con políticas sociales, lo que propiciaría un trabajo junto a los legislativos municipales, junto a los ejecutivos municipales, los movimientos sociales, las poblaciones locales y los propios

formadores de los diversos lugares. Era necesario desencadenar procesos de abertura, generadores de cambios políticos, técnicos y administrativos, movilizando diferentes actores sociales, articulando y comprometiendo diversos sectores, instituciones y disciplinas de la educación regular formal. Las estrategias de creación de servicios de atención integral a la salud mental, de sistematización de los intercambios entre los municipios y regiones, entre los estados e internacionales, y de articulación de actores en torno de un movimiento, el Foro Gaúcho de Salud Mental, efectivamente garantizarían la continuidad del proceso de implicación, después del término de la gestión estadual en 1991 y tuvimos cursos sucediendo durante los diez años de nuestro inventario. La autoría de políticas públicas pasó a ser ejercida desde otros espacios sociales, constituidos durante la gestión estadual.

Un apoyo decisivo para la continuidad de la formación fue la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Salud (Cosam-MS), que asumió la política de implementación de la reforma psiquiátrica desinstitucionalizante a partir de la década de 1990. El coordinador, Domingo Sávio de Nascimento Alves, garantizó el apoyo tanto del Ministerio como de la Organización Panamericana de la Salud (Opas), mientras estuvo en la conducción de la política de salud mental y en la dirección del Departamento de Programas de Salud (1991-1996) del Ministerio de Salud. El apoyo fue construido activa y estratégicamente: la gestión estadual había terminado, estaba en proceso el primero curso de especialización en salud mental colectiva en la Universidad Federal de Santa María (UFSM), existía la posibilidad de una segunda edición en Bagé en la Universidad Regional de Campanha (Urcamp) y necesitábamos de nuevos aliados institucionales para avanzar en el proceso desencadenado. En estas circunstancias nuestro colectivo de trabajo, constituido por Teresinha Klafke, profesora de la UFSM, coordinadora del curso de Santa María e integrante del equipo descentralizado, Delvo Oliveira, coordinador del equipo descentralizado y del curso de Bagé, Carmen Oliveira, ex coordinadora de la formación en salud mental de la SES/RS y yo, decidió ir a Brasilia a solicitar el apoyo del Ministerio de Salud.

En los cursos fueron provocadas expresiones creadoras de cada uno, en las clases y en los talleres de creación con artistas educadores. Como escribió Marly Meira (1993) sobre los talleres, *a través del arte se integra el campo de los afectos con el campo de los saberes y prácticas.* Una de las creaciones fue el boletín poético *cometa locura* producido colectivamente durante los módulos de los cursos.

El lenguaje poético fue la elección de muchos para expresarse. Lúcia Crescente, de Santo Augusto, enfermera y militante socio-política, se asumió, desde entonces, también poeta. Introdujo su trabajo de conclusión con una poesía (Crescente, 1993):

Estallidos de la vida, estallidos de medianoche
Nos entrelazan, nos estructurando
Garantizando rumbos.
Rumbos de pasión, de fantasía, de angustia
Que no nos permiten endurecernos
Delante del amanecer y del anochecer
De un nuevo brillo, de un nuevo escalón
Que nos permite saltar y bailar
Como sujetos amorosos y epistémicos.

Al final de uno de los cursos, una alumna silenciosa y presente, solicitó un espacio para manifestarse, abrió el estuche de un violín y tocó, delante de una platea boquiabierta. Agradeció al curso el hecho de volver al violín después de un largo período de abandono.

Las experiencias creadas posibilitaron nombrar esa trayectoria de construcción como un nacimiento del campo de la salud mental colectiva, en acto, construcción que exige militantes socio-políticos de la vida cotidiana, que exige personas *sentipensantes.*

Para viabilizar los cambios, los servicios necesitan flexibilidad y agilidad administrativa para decidir y cambiar. Es preciso viabilizar guardias, visitas domiciliarias, visitas a los servicios de referencia y contra referencia, contando con infraestructura para las actividades itinerantes y con

remuneración para las mismas. El trabajo debe incluir la prestación y el desarrollo de la atención, donde la formación gana estatuto de desarrollo de sí y de las prácticas, desarrollo del pensamiento investigador y de la acto creativo, y, definitivamente, el desarrollo de la potencia instituyente de la creación de la vida.

Al final del período de diez años se llegó a la construcción de la legitimidad del conocimiento producido por medio de tesis de maestría y de doctorado. Entre 1999 y 2002, muchos "cuadros" de la salud mental colectiva ocuparon puestos de dirección en la gestión estadual de salud, como ya fue mencionado, y de 2003 a 2006 de nuevo la academia aloja y fortalece con producción de conocimiento esa, ahora llamada, pedagogía de la implicación. Las tesis legitimaron, trabajaron sobre lo inventado y contribuyeron a la consolidación del proceso. São Lourenço do Sul fue objeto de tres tesis de maestría (Bernardes, 1995; Hirdes, 2000; Wetzel, 2000). *A Casa*, el primer servicio de salud mental antimanicomial del municipio de Nuevo Hamburgo y uno de los pioneros de Rio Grande do Sul, fue el tema de la tesis de maestría de Fábio Moraes (2000). De Bagé, el Taller de Creación Colectiva fue objeto de Meira, 2001. Santo Cristo, municipio donde era alto el número de suicidios, llevó a la maestría y el doctorado el desarrollo de la salud mental colectiva, repercutiendo sus efectos en la formación en salud mental en los cursos universitarios regionales (Heck, 1993 y 2000). Las tesis fueron elaboradas por los egresados de los cursos sobre la ley estadual de la reforma psiquiátrica (Dias, 1997); ciudadanía, salud mental y población de calle (Martins, 1998); localización de las diversas categorías profesionales en la reforma psiquiátrica (Kantorski, 1998; Dalmolin, 1998; Saldanha, 2004) y la profundización de los recursos asistenciales substitutivos a la internación (Arejano, 2002; Sotelo Prandoni, 2005; Cabral, 2005). Vera Miron (1998) escribió su tesis de doctorado sobre *las memorias de la locura en Ijuí de 1890 a 1990.* Las interrelaciones e interfaces entre reforma psiquiátrica, salud del trabajador y modos de subjetivación fueron formuladas en la disertación de Tatiana Ramminger (2005).

Básicamente fuimos construyendo, en ese proceso, dirigentes/

gerentes/gestores de políticas públicas, sea en el ejecutivo, o en la dirección de departamentos universitarios, capaces de crear espacios para la invención, facilitar la posibilidad de creación de servicios innovadores en salud mental y desencadenar procesos de educación permanente en salud mental colectiva.

3.3 Movimiento social: agenciamientos socio-políticos

La reterritorialización, para hacerse efectiva, necesita permear las relaciones interpersonales, laborales, institucionales y sociales. Para que todos se impliquen en un proceso democrático es necesario reconocer las desigualdades y la diversidad, crear modos de vida que superen las desigualdades sociales e incluyan las diversidades, así como legitimar espacios de libertad y equidad. Para ello es preciso conquistar el lugar de actor social: poder de agenda, de autoría de cambios políticos, culturales e institucionales, poder de reterritorializar.

Los movimientos sociales son vigorosos cuando consiguen cambiar la agenda del Estado y sus reivindicaciones inciden en las políticas públicas de modo determinante o condicionante. El Movimiento de los Trabajadores Rurales sin Tierra (MST), por ejemplo, consiguió cambiar la agenda del gobierno, revelando las necesidades culturales, sociales y económicas de la reforma agraria, no solo como una condición de estructura socio-económica. El Movimiento Acción de la Ciudadanía consiguió que la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) hiciese el mapa del hambre. Los movimientos de salud mental se fueron legitimando como constitución de nuevos actores sociales, reescribiendo historias de vida y creando una agenda socio-política presentada al sector de la salud, incidiendo en y exigiendo políticas públicas.

El Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial propuso cambios socio-culturales, a partir de un paradigma ético-estético-político y asumió, en 1987, su configuración como tal, cuando en un encuentro nacional, realizado en la cuidad de Bauru, São Paulo, definió la consigna *Por una sociedad sin manicomios* y el día nacional de la lucha antimanicomial: 18 de mayo. La lucha por la eliminación de los manicomios y la construcción de redes

substitutivas se llamó *Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial,* superando el movimiento de los trabajadores de salud mental, ya integrado, que se hacía por trabajadores, "participantes", sus familiares y otros interesados, todos en la condición de ciudadanos. El Movimiento propuso encuentros nacionales del conjunto de militantes articulados en núcleos en los estados y municipios, y otros específicos de usuarios y familiares. Encuentros que efectivamente sucedieron a partir de 1993 en Salvador (Núcleo de Estudios por la Superación de los Manicomios, 1993), Belo Horizonte (Foro Minero de Salud Mental, 1995), Porto Alegre (Foro Gaúcho de Salud Mental, 1997), Maceió, Rio de Janeiro y São Paulo, y fueron decisivos en la construcción de propuestas y agendas. No consiguiendo ejercer suficiente mediación o superación de las divergencias sucedidas entre los militantes a partir de final de los años noventa, los encuentros generaron la Red Internúcleos del Movimiento.

En Rio Grande do Sul, los militantes socio-políticos del cambio en la salud mental, los actores sociales *sentipensantes,* "implicados" por los cursos de salud mental colectiva, configuraron una instancia colectiva que se prolongó rizomáticamente de la formación al movimiento social: el Foro Gaúcho de Salud Mental. Muchos trabajados de conclusión de los cursos de especialización fueron indicativos de esta travesía. Cito:

- de Delvo Oliveira y Olinda Saldanha: *De la institución a la sociedad: la trayectoria de la salud mental colectiva* (1993);
- de Mara Crasoves: *El recorrido de la locura en Santa Maria: comunidad-institución-sociedad* (1995);
- de Maria Judete Ferrari y Maria de Fátima Mulazzani: *Resignificando la historia: de técnicos a políticos* (1997).

El Foro Gaúcho de Salud Mental fue creado con una concepción de red articulada por núcleos regionales, en un encuentro estadual ocurrido en la ciudad de Bagé en 1991, al término de mi gestión estadual de la política de salud mental y se fue constituyendo en actor social a lo largo de los años noventa. El Foro integró el Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial, la Red Internúcleos del Movimiento y una red internacional que busca la transformación de los modos de pensar y actuar sobre la locura. El Foro fue

el espacio social inventado para desterritorializaciones y para reterritorializaciones, pues todos sus integrantes son instigados a la participación en el sentido del cambio y de la ocupación del lugar de actores de derechos y de deseos. Los técnicos, los usuarios y los familiares no son obligados a reproducir sus respectivos papeles como tal, al contrario, son desafiados a (re)crearse como actores y en singularidad. El nombre creado, *mentaleros,* que da paso a los integrantes del movimiento es indicador de esa (re)creación. El Foro está constituido también por conflictos, contradicciones y creaciones/repeticiones propias de un movimiento que se propone cambios radicales. Su gran desafío es el de ampliar su capacidad de soporte, de acogimiento, de tolerancia y de invención de los colectivos de producción de salud mental.

Un "movimiento" mantiene su vitalidad mientras construye actores sociales, mientras genera valor a sus integrantes, por lo tanto, participar de movimientos es indagarse, es rehacerse, es lidiar con conflictos y contradicciones. Sin una pedagogía de la implicación, los movimientos no generan colectivos, ni ponen colectivos en gestión de proyectos de vida.

Mario Testa (1997), en *Saber en salud*, escribió sobre la constitución de los actores sociales, haciendo la articulación entre ciencias sociales y vida cotidiana. En esa articulación él propuso un recorrido que parte del *sujeto de la vida*, el cual, al indagarse sobre esa vida, construye hipótesis y pensamientos, transformándose en *sujeto epistémico* que, al evaluar y hacer pública su producción pasa, respectivamente, a *sujeto evaluador* y *sujeto público.* Sin estar terminada su trayectoria, es preciso que su trabajo contribuya a la reconstitución de la vida, transformándose en *sujeto militante socio-político*. En ese libro, Testa hace referencia al Foro Gaúcho de Salud Mental como un movimiento que fue capaz de construir esa militancia y destaca la producción poética en los cursos de salud mental colectiva: fue su escucha de nuestra pedagogía de la implicación y su capacidad de interceder en políticas públicas.

Un trabajo de conclusión de uno de los cursos de especialización que expresó la singularidad de ese proceso del cotidiano-producción-restitución fue el de Maria do Horto Salbego y Márcia Fabrício titulado *Alegrete — El*

Diálogo, de 1995. Las autoras, a partir de frases de camisetas del Foro Gaúcho de Salud Mental, reconstuyeron sus trayectorias y la del municipio en la desinstitucionalización. El recorrido del trabajo comenzó con el título *vistiendo palabras* y continuó con *libre para vivir, locos por la vida, vivir y no tener vergüenza de ser feliz, sueño personas sueñan yo, ciudadanísese.* Maria do Horto Salbego (2004) continúo trabajando la intercesión movimiento y política pública de salud mental en su monografía de conclusión de la especialización de equipos gestores de sistemas y servicios de salud, de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), titulada *Contribución de la lucha antimanicomial a la política de salud mental de Alegrete.*

El Movimiento delimitó un conjunto de cuestiones que auxiliaron en la precisión de los problemas a enfrentar y de las situaciones a construir en la elaboración de estrategias políticas o pedagogías, facilitando la comunicación con otros actores sociales. Las cuestiones en relación a la locura y la salud mental, en el período que antecede y propicia el origen del Movimiento era: ¿qué objeto, qué disciplina, qué procedimientos, qué espacio y qué objetivo en la atención y la educación? Al responder, se identificaba un objeto que era la enfermedad mental; una disciplina que era la psiquiatría; de los procedimientos que se asociaron, a lo largo de la historia de la asistencia, la internación y la medicación; un espacio era el hospital psiquiátrico, y un objetivo que era la cura, aún considerándola inalcanzable. Ese conjunto se fue transformando en un paquete compacto, legitimador/legitimado por tecnologías y políticas, naturalizado, cristalizado y vuelto incuestionable, o sea, cuando una persona era identificada como enferma mental debía se tratada por el psiquiatra, con medicamentos por el resto de la vida, pues la enfermedad no tenía cura y, cuando se brotaba, internada en un hospital psiquiátrico.

La propia psiquiatra comenzó a cuestiona la inmutabilidad y la indisociabilidad de ese paquete. Apoyándose en aportes de la filosofía (Foucault, 1972) y de las ciencias sociales (Goffman, 1990), la psiquiatra reconocería que el paquete era generador de más sufrimiento psíquico y exclusión social, sin coincidir con la complejidad humana, en especial en lo que se refiere a la espacio destinado a los enfermos mentales, los hospitales

psiquiátricos (Basaglia, 1985; Freire Costa, 1989; Rotelli, 1992). Son incontables los trabajos académicos que evidencia el fracaso de los hospitales psiquiátricos como lugar de tratamiento, así como evidenciaron su alta eficacia como dispositivo de exclusión y aniquilación de singularidades (Resende, 1994). La insuficiencia del paquete, en un contexto mundial de crisis de paradigmas y nuevas conquistas, de luchas por los derechos humanos y por la democracia en nuestro país, a mediados de la décadas del ochenta, instigó a la articulación del Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial y este asumió el desafió de desarmar ese paquete, de transformarlo y superarlo. Las cuestiones pasaron entonces a ser formuladas en plural: ¿Cuáles eran los objetos, las disciplinas, los procedimientos, los espacios y los objetivos? Las nuevas respuestas fueron muy diferentes:

- en cuanto a los objetos, la enfermedad fue substituida por el proceso salud-enfermedad-cuidado-calidad de vida y por la noción de una existencia en sufrimiento, objetos definidos desde la salud colectiva y desde la desinstitucionalización.
- en cuanto a las disciplinas, la psiquiatría pasaría a compartir con un conjunto de otras disciplinas, que se ocuparían de nuevos objetos constituyendo un campo transdisciplinar entre salud, educación, sociología, antropología, política, historia, filosofía y arte.
- en cuanto a los procedimientos, las categorías analíticas de la integralidad, complejidad, singularidad y subjetividad, fueron centrales para la multiciplinaildad y pluralidad de procedimientos creados y utilizados: acogimiento, acompañamiento terapéutico, orientación de actividades de la vida diaria, círculos de convivencia, psicoterapias individuales y grupales, entre otras, en vez del uso de medicamento y la internación (las posibilidades de internación también se diversificaron -la internación domiciliaria, el hospital de día, el hospital de noche- y la prescripción de medicamentos se complejizó y singularizó).
- en cuanto a los espacios, el hospital psiquiátrico fue superado por la constitución de una red intersectorial de cuidados y de inserción social, que incluía unidades básicas de salud, Centros de Atención Psicosocial (Caps), que en Rio Grande do Sul fueron llamados Centros de Atención Integral a

la Salud Mental (Cais Mental), en Minas Gerais, Centros Regionales de Salud Mental (Carsam) y en Pará, Casa Mental; talleres de creación, centros de convivencia, servicios residenciales terapéuticos y camas en hospitales generales, entre otros, destacando que los espacios también se diversificaron y que la intersectorialidad fue esencial, ya que el sector sanitario estaba limitado a las exigencias de cuidados e inserción social de los portadores de sufrimiento psíquico.

- en cuanto a los objetivos, la cura fue substituida por los objetivos de autonomización, de protagonismos y de alternativas para la singularización, objetivos que podían ser sintetizados como posibilidades para proyectos de vida para las porciones de la población que no tenían esas alternativas. Objetivos que exigían nuevos y otros saberes y prácticas.

El Movimiento fue decisivo en la construcción de los objetivos de autonomización, de protagonismo y de alternativas para la singularización. El Movimiento operó como dispositivo para la expresión de las subjetividades, para la valoración de las singularidades y para la reinvención de la vida. La publicación *Reinventando a vida* (Vasconcelos, 2005) fue escrita por dieciocho personas de Brasil que narran sus historias de *vida con el, vida a pesar de, vida y el* sufrimiento psíquico. Para la mayoría de ellas, el espacio creado por el Movimiento y/o la militancia en el mismo, fue determinante para la propia reinvención. El Movimiento ha sido vertiente para sus participantes.

Las estrategias del Foro, a lo largo de su historia, fueron direccionados para el ámbito social, jurídico-político, organizacional y tecnológico. En lo que se refiere a las movilizaciones sociales, el Foro fue promoviendo, anualmente, actividades de transmisión de información, de esclarecimiento, de concientización, de debate y problematización sobre el tema de la locura y de la existencia en sufrimiento: múltiples líneas educativas de educación permanente en salud. Las acciones fueron en conjunto con operadoras de la cultura, artistas plásticos y de las artes dramáticas, escritores y artistas callejeros; con otros movimientos sociales; con entidades profesionales, en especial de la psicología, del servicio social, de enfermería y de terapia ocupacional; con cursos universitarios, más específicamente, profesores que también eran *mentaleros* y con el apoyo de legisladores y gestores. Los

eventos sucedían en las calles, las plazas, los parques, los bulevares, en los corredores internos de las universidades, en los espacios de convivencia, así como en las aulas, auditorios, teatros, cines, ataliers, talleres y asociaciones comunitarias. En general, sucedían durante el mes de mayo, en función del *Día Nacional de la Lucha Antimanicomial.*

En 2005 hubo una gran articulación en todas las regiones del estado, cuyo punto culminante fue el *Mental Tchê!*[30] Realizado en São Lourenço do Sul, convocado y organizado colectivamente por la vía electrónica de Internet, con equipo de apoyo logístico local. Reunió 1.600 personas, de 61 municipios, que formularon la *Carta de São Lourenço.* El encuentro movilizó todos los sectores de la ciudad: hotelero, comercio, alimentación, transporte, turismo, educación, cultura y salud. Al final, el intendente declaró que el *Mental Tchê* pasó a integrar el calendario de eventos de la ciudad: el loco es destacado de nuevo.

El Foro también promueve encuentros entre usuarios y familiares, y actividades preparatorias para eventos nacionales del Movimiento y la salud mental, como las Conferencias previstas por la legislación de Rio Grande do Sul.

El Foro Social Mundial (FSM) fue un importante escenario para intercambios y producciones de la salud mental. Un representante del Foro Gaúcho de Salud Mental integró el comité organizador estadual del FSM en sus tres primeras ediciones. Varios núcleos del Movimiento realizaron actividades y el Foro Gaúcho realizó talleres en todas las ediciones que sucedieron en Porto Alegre. En el primero, el taller sucedió en el Hospital Psiquiátrico São Pedro y fue coordinado por Mario Testa. En los dos últimos, promovió el encuentro *Nave de la Libertad;* uno sobre exclusión y otro sobre estigma. La actividad de realizó en el barco *Cisne Blanco,* tres horas de paseo por las aguas del lago Guaíba, para hidratar la lucha antimanicomial. El Foro se moviliza en defensa de las conquistas y por el no retroceso de lo conquistado.

En el ámbito jurídico-político, el Foro integra el Consejo Estadual de

[30] NT: los gaúchos, al igual que los ríoplatenses, hablan de "che".

Salud (CES/RS) desde su creación en 1994. Integra algunos Consejos Municipales y la Comisión Estadual de Salud Mental, vinculada al CES/RS. La Ley estadual de la Reforma Psiquiátrica (1992) y las leyes municipales de salud mental (Alegrete, 1996, Bagé, 1995, Canoas, 1995) son conquistas en las cuales la militancia del Foro fue central, desde su elaboración hasta su aprobación. Hubo un intento, al final del 2004, de cambiar la ley estadual de salud mental, incluyendo a los hospitales psiquiátricos en la red de asistencia, proyecto de ley que sólo no fue a votación por la presión de los *mentaleros.* El proyecto fue presentado otra vez en el 2005 y nuevamente no fue aprobado.

El Foro necesitó constituirse en un lugar más visible y concreto de fiscalización del cumplimiento de las referidas leyes, capaz de acoger y dar respuestas para las denuncias de violación a los derechos de los usuarios y los familiares. La Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Estado de Rio Grande do Sul fue una aliada fundamental en esta tarea. El *Relatorio Azul* publicado anualmente desde 1995, por la mencionada Comisión, incluye en su temática la reforma psiquiátrica: sus avances, retrocesos y desafíos. La legitimación de las propuestas del Movimiento, en algunos municipios como Alegrete y Bagé, se materializaron, también, por compartir el espacio legislativo, con la elección de concejales que fueron lideres constituyentes del Foro Gaúcho de Salud Mental.

En relación al ámbito organizacional, el Foro se dedicó a la creación de la red de servicios locales de salud mental. Red resolutiva, diversificada, acogedora, dirigida a las personas y sus vidas, no sólo a las patologías. En el inicio de los años 2000, más de la mitad de los 497 municipios de Rio Grande do Sul, cuenta con servicios substitutivos (Dias, 2001; Guía de Servicios de Salud Mental, 2002). En el 2005, los desafíos son ampliar la red de servicios, incluyendo espacios de trabajo, de expresión artística, de residencia y de acogida 24 horas por día, siete días por semana. Desafíos que incluyen, por lo tanto, modificaciones en los modos de financiar, gerenciar y organizar el proceso de trabajo y constituir equipos de trabajo. El

Foro integró el Grupo de Evaluación de Asistencia Psiquiátrica (GAAP)[31], después denominado por el Ministerio de Salud como Grupo Técnico de Organización y Acompañamiento de las Acciones Asistenciales en Salud Mental[32] el Consejo Gestor del Hospital Psiquiátrico São Pedro y algunas referencias del movimiento están en el gerenciamiento de servicios estaduales y municipales, de secretarías municipales, así como en la conducción de políticas sociales y de salud mental, pero el principal desafío es la desinstitucionalización*, sin institucionalización* (existir en la frontera instituyente).

Mantener la circulación de vida, de inquietudes, de capacidad de inventiva, de grupalidades antimanicomiales y de constitución de colectivos de gestión, es una tarea de educación que no se puede alejar del Foro. Es su naturaleza la educación permanente, en acto, que lo hace intercesor de las políticas públicas y no una nueva/otra/inédita institución.

---

31 Grupo creado por el Ministerio de Salud para evaluar las condiciones físicas, estructurales, organizacionales y terapéuticas de los hospitales psiquiátricos de Brasil. Grupo compuesto por gestores, trabajadores y usuarios en cada estado de la federación, articulado con el grupo nacional. La evaluación es el instrumento para introducir modificaciones, generar inhabilitaciones del servicio en el Sistema Único de Salud e, inclusive, subsidar intervenciones.

32 Creado por la Resolución del Gabinete del Ministerio de Salud N°799, del 7 de julio de 2000, amplia la cobertura del trabajo incluyendo toda la red de asistencia en salud mental. (Ministerio de Salud. Legislação em Saúde Mental, p.105-108)

Prefeitura de Porto Alegre
MAIS CIDADE, MAIS CIDADANIA.
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
5 a 9 NOVEMBRO
1997
Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE
III ENCONTRO NACIONAL DO
PORTO ALEGRE
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.
MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de
Saúde Mental

MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de
Saúde Mental
III ENCONTRO NACIONAL DO
PORTO
ALEGRE
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
5 a 9 NOVEMBRO
1997
Prefeitura de Porto Alegre
MAIS CIDADE, MAIS CIDADANIA.
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE

MOV MIAL

IV

RUTAS DE NAVEGACIÓN: Inventario de prácticas y extracción de tecnologías pedagógicas intercesoras

Es el momento de poner en análisis el proceso de formación desarrollado en el período de 1987 a 1996, y los canales construidos hasta 2005 a través de los cursos de perfeccionamiento y especialización en salud mental colectiva, sus prolongaciones e intersecciones, rehaciendo las rutas de navegación. Las fuentes utilizadas fueron: las revistas de *Salud Mental Colectiva* (1993, 1995 y 1997), una publicación de 1990 de la Secretaria Estadual de Salud (SES/RS) con la síntesis de las actividades de la Política de Atención Integral a la Salud Mental, un levantamiento hecho por mi en 1997, para el curso de especialización en salud colectiva en la Universidad Regional da Campanha (Urcamp), en Bagé, proyectos y informes de los cursos, trabajos de los alumnos; apuntes propios, que componen mi biblioteca; monografías y artículos producidos en especializaciones (residencia multiprofesional en salud mental colectiva, cursos de formación de sanitaristas y de gestión en salud), así como tesis relativas a la salud mental colectiva en Rio Grande do Sul.

Las historias narradas y las rutas inventariadas fueron leídas por los *mentaleros* implicados, que agregaron y precisaron informaciones de ese archivo, posibilitando la producción de ese otro, presente discurso (Foucault, 2005, p.95), que es de mi entera responsabilidad. Los lectores participantes fueron: Delvo Cundido de Oliveira (equipo descentralizado, coordinador de los cursos de salud mental colectiva, psiquiatra, concejal de Bagé), Elsa Timm (equipo descentralizado, psicóloga, de São Lourenço do Sul, Secretaria municipal de salud de Turuçu), Flávio Resmini (equipo

descentralizado, psiquiatra de Pelotas y São Lourenço do Sul, consultor del Ministerio de Salud), Hélio Possamai (equipo descentralizado, coordinador del curso de salud mental colectiva, psicólogo, magister, profesor de la Universidad de Passo Fundo), Kática Barknecht (Taller Generación POA, terapeuta ocupacional, profesora del Instituto Porto Alegre - IPA) Liane Beatriz Righi (equipo descentralizado, coordinadora de cursos de salud mental colectiva, enfermera, doctora, profesora de la Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí), Lúcia Otoneli Crescente (enfermera, magister, profesora temporal de la Unijuí, de Santo Augusto), Márcia Falçao Fabrício (fonoaudióloga, especialista en salud mental colectiva, de Alegrete), Maria de Fátima Mullazani (coordinadora del curso de políticas sociales, fisioterapeuta, especialista en salud mental colectiva, concejal de Alegrete), Maria do Horto Salbego (asistente social, especialista en salud mental colectiva y en gestión de salud, de Alegrete), Maria Judete Ferrari (coordinadora del curso de políticas sociales, psicóloga, especialista en salud mental colectiva, ex concejal de Alegrete), Maria de Fátima Bueno Fischer (equipo de Paismental, primera coordinadora de al Pensión Pública Protegida *Nova Vida*, psicóloga, sanitarista, de Porto Alegre y profesora de la Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos), Olinda Lechmann Saldanha (equipo descentralizado, coordinadora del curso de salud mental colectiva, psicóloga, magister, profesora de la Universidade do Vale de Taquari - Univates), Patrícisa Dornelles (acompañante de Claudinho, terapeuta ocupacional, magister, profesora del IPA) y Teresinha Eduardes Klafke (equipo descentralizado, coordinadora del curso de salud mental colectiva, psicóloga, magister, profesora de la Universidade Federal de Santa Maria, en la época, y hoy profesora de la Universidad de Santa Cruz - Unisc).

Identificábamos, en la formación en salud mental colectiva, un modo de producir educación como una *formación sobre ruedas*, una formación itinerante, con una pedagogía nómade. Los temas eran los mismos, pero el trabajo era de contextualización, de producción local de la diferencia, la implicación. La formulación de una educación en la ruta (formación sobre ruedas, nominada en la itinerancia nómade de los cursos) la substituí por la formulación de las aguas de la pedagogía de la implicación: *corrientes de las*

aguas y las navegaciones. Educación en el agua y no en la ruta. Las rutas tienen puntos de partida y de llegada. Las aguas tienen nacientes, vertientes, afluentes, efluentes y confluentes. Las aguas no terminan en un punto, desaguan en el océano. Las aguas corren, los humanos que en ellas navegan necesitan para y para eso inventaron el artificio de los puertos. Serres (2001, p.229) contrapone el liso y deslizante traslado de las rutas al caótico, discontinuo y diverso ritmo, canto, baile y escritura de las corrientes, diciendo que "los ritmos de ese baile inteligente y los compases de esa música sublime marcan el verdadero tiempo de las cosas". Recorrer las corrientes posibilita conocer "por el lado de adentro el cuerpo del mundo", comprender el desagüe y circulación del sentido". Prosigue: "flamante, la corriente desciende como mil voces audibles, descifrables en otras tantas lenguas encarnadas".

El recorrido comienza por Porto Alegre, en 1988 y 1989. En este último año, va también para Santa Maria, sigue, en 1990, hacia Passo Fundo, pasa por el Hospital Psiquiátrico São Pedro, va a Ijuí y Bagé. En 1991 continúa en Bagé, vuelve a Santa Maria, va para Nova Prata y recorre el Litoral Norte. En 1992, el recorrido incluye Rio Grande, Alegrete y retorna a Ijuí con puente a Posadas (Argentina) y mantiene el de Bagé. En 1994, el recorrido se extiende a Melo (Uruguay) y continúan los recorridos iniciados en Rio Grande, Alegrete, Ijuí/Posadas y Bagé, donde continuamos aportando hasta 1996.

Rehaciendo el itinerario, es posible afirmar cuánto Bagé fue base, lugar de abastecimiento, donde anclar. Hubo, efectivamente, un traslado, una descentralización de al capital para el interior (Campaña, Frontera) en la construcción de la salud mental colectiva.

Los cursos fueron viabilizados considerando las necesidades locales-regionales, los operadores locales y los tiempos políticos y técnicos. Los cursos se fueron constituyendo en espacios de construcción colectiva, de diálogo, de exposición protegida, nuestra tercer margen del río, preparatoria para otras exposiciones con poca protección, pero sin ingenuidad, para la construcción de políticas públicas de salud y de salud mental. Los módulos eran entremezclados con actividades abiertas y movilizadoras, con el

objetivo de politizar: hacer nuestro problema una cuestión social, mantenernos *en la boca del pueblo*, producir vida presente y legitimación. Por eso, las rutas incluyen eventos que tuvieron potencia de advenimiento, como los propios cursos lo fueron. Eventos-advenimientos sólo ocurren en una pedagogía de la implicación.

Las rutas fueron inicialmente reveladas por Delvo Oliveira y Olinda Lechmann Saldanha en la revista Salud Mental Colectiva, en 1993.

En 1987, realizamos el I Encuentro Estadual de Salud Mental, con 280 participantes, preparatorio de la I Conferencia Nacional de Salud Mental y nuestra delegación marcó diferencia al elegir entre sus representantes a un líder comunitario. Rio Grande do Sul fue el único estado que llevó como delegado a un militante oriundo de un movimiento popular. Rio de Janeiro hizo diferencia llevando a única usuaria delegada de la Conferencia. En ese año, el equipo conductor de la Política de Atención Integral a la Salud Mental de la SES/RS hizo el curso en Concordia (Argentina) y sucedió un encuentro de coordinadores de salud mental de Argentina, con la participación de autoridades de aquel país, de Uruguay y consultores de la Organización Panamericana de la Salud (Opas). Con el objetivo de promover el intercambio y la sensibilización para desencadenar un proceso de formación en el estado, movilizamos una delegación gaúcha, interinstitucional, multiprofesional y de varias regiones del estado para el encuentro en Concordia. Fuimos 33 personas en ómnibus y nos reunimos con Vicente Galli (Coordinador Nacional de Salud Mental argentino), Rubén Ferro (coordinador de formación) y Miguel Ángel Nicolla (coordinador local del curso y del encuentro).

Al año siguiente, 1988, iniciamos el I Curso de Perfeccionamiento en Administración en Servicios de Salud Mental con 103 alumnos, de 22 municipios. Terminaron el curso, después de ocho módulos, 85 alumnos. Durante el curso, promovimos intercambios entre coordinadores de salud mental de las provincias de Córdoba y Mendoza, en Argentina, con coordinadores del área de la región sur de Brasil (alumnos). En ese encuentro, tuve una devolución de la manera como conducía la política de salud mental en RS: un liderazgo “a la par”, compartida, dijo Diego Rapella,

coordinador de salud mental en Córdoba. En ese año, realizamos el II Encuentro Estadual de Salud Mental, con 320 participantes. En él, Galli dio la conferencia sobre *Construcción participativa en salud mental*, que integró la bibliografía de todos los cursos, así como contamos con la presencia de Pedro Gabriel Delgado, en aquel momento actuando en la Colonia Juliano Moreira, en Rio de Janeiro. Colonia que sufrió una intervención con el uso, inclusive, de urutus (tanques de guerra) y, en el encuentro, aprobamos una moción de repudio al hecho.

Aún en 1988, presenté la propuesta de Política de Salud Mental de la SES/RS en el II Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis: intercambio de experiencias, prácticas y teorías, en Cuba (Camargo et al, 1988). Encuentro cuya primera edición en junio de 1986 ya fue decisivo para aceptar la invitación de coordinar la Paismental, pues allá viví con intensidad la implicación de profesionales con proyectos públicos. Los intercambios con cubanos se produjeron a lo largo de los años noventa y muchos son compañeros de vida.

También en 1988 organizamos junto a la Universidade Federal de Santa Maria, a través del Departamento de Psicología (con profesores alumnos en el curso de salud mental), el I Simposio Internacional de Salud Mental Comunitaria (Sismec): *repensando la salud mental,* que contó con 750 participantes que vinieron de Brasil, Uruguay y Argentina. En el Simposio, sucedió uno de los módulos del curso de Porto Alegre: alumnos y profesores se trasladaron a Santa Maria, las clases sucedieron en espacios compartidos y propios y el trabajo del módulo fue sobre la experiencia. Traslado movilizador, explicitador de implicación y marca de itinerancia.

En 1989 comenzamos en Santa Maria el II Curso de Administración de Servicios de Salud Mental con 84 alumnos, de 27 municipios. Al final, 65 alumnos finalizaron.

En el mismo año, propusimos un curso de perfeccionamiento en *programación y gestión estratégica* para equipos descentralizados de salud mental (constituidos en el I curso) y algunos gerentes de servicios, con una metodología de autogestión: los contenidos, profesores y textos eran pactados en el aula en cada uno de los cinco módulos: de los 40 inscriptos,

de once municipios, 32 terminaron el curso. De ese modo, tuvimos acceso al seminario sobre *planeamiento estratégico* con Mario Testa y Carlos Matus, que se había realizado en la Escuela Nacional de Salud Pública, en Rio de Janeiro, y diseñamos la formación que pasó a ser llamada Salud Mental Colectiva, hacia 1990 (último año del gobierno estadual). Aún en 1989 realizamos el III Encuentro Estadual de Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico São Pedro, del que participaron 850 personas. Entre los invitados estuvieron los coordinadores nacionales de salud mental de Brasil, Argentina y Uruguay, y una invitada especial, la enfermera Eunice Xavier de Lima, que realizó un taller con los trabajadores del hospital sobre sexualidad y locura, ya que era un tema tabú en la institución y precisaba ser enfrentado de otro modo. Eunice era docente libre en enfermería psiquiátrica, autora de proyectos innovadores en la universidad (en aquella época en la Universidad Federal de Pelotas, después estaba en Florianópolis, en la Universidad Federal de Santa Catarina) y se volvió una importante aliada en la construcción de la salud mental colectiva en RS.

En 1990 fueron viabilizados cuatro Cursos de Perfeccionamiento en Salud Mental Colectiva en Passo Fundo, en el Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), en Ijuí y Bagé, coordinados por integrantes del equipo descentralizado. Los dos primeros tuvieron 8 módulos y los últimos 6. Passo Fundo tuvo 75 alumnos inscriptos de 33 municipios, de los cuales 65 terminaron el curso. En el HPSP fueron 120, de seis municipios y terminaron 80 alumnos. En Ijuí se inscribieron 45, de once municipios, y terminaron 35. En Bagé, terminaron 60 de 165 inscriptos, oriundos de doce municipios. En este período, los coordinadores pasaron a nombrar los cursos de acuerdo con la realidad local-regional. Así, en el HPSP se llamó D*esinstitucionalización,* en Ijuí *Salud mental en los sistemas locales de salud;* en Bagé *La libertad es terapéutica.*

En Passo Fundo, el gran distintivo fue la cantidad de municipios, otros fueron:

- el comienzo de una interlocución militante con el procurador del estado (Geraldo Feix) y un juez del municipio (Paulo Félix) que realizaron los recorridos como profesores e integrantes del Foro Gaúcho de Salud

Mental;

- la producción de una alumna que sirvió de guía para las demás rutas, en el módulo sobre salud y trabajo: salud mental del trabajador, en el cual ella dice “aprendí que en el medio del camino tenía una piedra y esa piedra era yo”, inspirada en la poesía de Arlos Drummond de Andrade (1978) *No meio do caminho;*
- *n*ombrar Caismental (Centro de Atención Integral a la Salud Mental) a los servicios substitutivos en el municipio, propuesto en el trabajo final de las alumnas de Passo Fundo, un nombre que propusimos para Porto Alegre y que fue aceptado por la pertinencia a la historia de la ciudad, su nombre y su puerto.

Dos advenimientos ocurrieron en el II Curso, uno fue la conferencia del cubano, psicólogo, profesor doctor Juan Guevara Valdéz, proporcionada para el curso por la Universidad de Passo Fundo y la Coordinación Regional de Salud. Era la primera vez que un cubano iba al municipio y el hecho repercutió en la región. Durante la década del noventa, Guevara fue profesor invitado de la Universidade Federal de Santa Maria y también realizó los recorridos de la salud mental colectiva (Guevara Valdéz, 1995). El otro advenimiento fue la lucha que mantuvimos a lo largo del curso contra la apertura de un hospital psiquiátrico regional en Passo Fundo. Conseguimos problematizar, hacer público el embate y postergamos la inauguración, que sucedió y se volvió el manicomio que presumimos. Este advenimiento fue decisivo para que aceleráramos la creación de dispositivos que prohibiesen la construcción o ampliación de hospitales psiquiátricos. Así, conseguimos, junto al Consejo Estadual de Salud, la sanción, a través de la Secretaría Estadual de Salud, de una resolución que impedía nuevas contrataciones de camas en hospitales psiquiátricos y, en 1991, fue propuesto el proyecto de ley estadual de reforma psiquiátrica, prohibiendo la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y la substitución gradual de los existentes por una red de servicios semejante a las proposiciones del proyecto de ley del diputado Paulo Delgado, aprobado en la Cámara de Diputados y que tramitaba en el Senado Federal.

El curso en el HPSP instaló la problematización en la institución que ya

venía siendo provocada por la política de salud mental y, específicamente, por el área de desarrollo de personal del hospital, la Residencia Multiprofesional en Salud Mental Colectiva, de la realización del III Encuentro Estadual, terminando con el cambio de la dirección. Una marca del curso fue la cantidad de alumnos de secundario, los auxiliares de enfermería, y el silencio en la clase. Cuando, al ser preguntados sobre el silencio, respondieron "estamos madurando las ideas", desde entonces aprendimos sobre la producción silenciosa de complicidad y aprendizaje. Algunos de esos profesionales se tornaron autores de la desinstitucionalización y militantes del Foro Gaúcho de Salud Mental. La implicación produce complicidad.

En Ijuí, tuvo lugar el encuentro con la enfermería, con la realidad de los minifundios y los pequeños municipios, como la que ya había comenzado en Passo Fundo: el conocimiento de Santo Augusto, Santo Cristo (con su alto índice de suicidios) y de Três de Maio, formulando la propuesta de Raismental (Red de Atención Integral a la Salud Mental). *Raíz* y *mental* haciendo referencia al cultivo de la tierra y las raíces. Ijuí promueve anualmente la *fiesta de las naciones* y esto motivó la visita de Giovanna Del Giudice, de Trieste, a la ciudad, lo que se constituyó en un advenimiento que sumó en la región a la salud mental colectiva.

El curso en Bagé comenzó al final del año 90 y dio soporte a la transición de la construcción de una política pública desde el Estado (SES) hacia el movimiento social, así como a la continuidad de la formación en salud mental colectiva. Llamó la atención el número de alumnos inscriptos: 165, que nos llevó a realizar en el primer módulo un encuentro con la presentación del curso para que los inscriptos escogiesen si continuaban o no: confirmaron 105. El curso también dio soporte a la instalación del Taller de Creación Colectiva de Bagé. En ese curso, la utilización de "cuentos", de historias transmitidas oralmente, de "acontecimientos" de la vida, se consolidó como método pedagógico eficaz para la producción de conocimientos y posibles. Dos historias de volvieron código entre nosotros, la de *la nube negra* y la del *pasaje de Drake*, contadas por el profesor Rubén Ferro.

La primera, una ficción escrita por el físico inglés Fred Hoyle (1964) sobre el acceso y los modos de producción de nuevos conocimientos. Una enorme nube negra se aproximaba a la Tierra y fue detectada por dos grupos de científicos, de dos puntos distintos del planeta, uno utilizó la tecnología de punta disponible y otro métodos clásicos de observación y cálculos propios de la astronomía. Los dos concluyeron que la nube chocaría con la Tierra y que su aproximación sería suficiente para la destrucción planetaria. Los Estados reunieron un extracto representativo de humanos en una comunidad, creada artificialmente, para estudiar y evitar el choque. Durante los estudios, verificaron que la nube respondía, era inteligente, y reclutaron a los mejores científicos para intentar una comunicación con la misma. Sucedía que cada uno llegaba al límite soportable cerebral: entraban en estado febril, convulsionaba y moría. El ejército quería utilizar la fuerza y armas nucleares para destruir la nube y los científicos resistían. El físico coordinador de la misión buscó comunicarse. En ese proceso, fueron descifrando códigos y la nube iba revelando cuán atrasados eran los humanos y precarios, que necesitábamos de cuerpos y cuánto trabajo teníamos para cargarlo, reproducirlo, en ciclos cortos de vida. Por otro lado, contaba como era su vida puramente energética e inteligente. Llegó el momento límite del físico coordinador, que, entonces, antes de morir, llamó al jardinero para continuar la comunicación, pues era el que podría utilizar el cerebro de otro modo: sus neuronas estaban disponibles para diferentes circuitos.

La expresión *Nube negra* pasó a ser utilizada delante de situaciones de aprendizaje y de vida que exigían saberes y prácticas diferentes de los utilizados hasta entonces, y más, situaciones en las cuales el conocimiento no permitía acceder a lo desconocido. La desinstitucionalización exigía el movimiento de desaprender lo aprendido, por un lado, y de aprender diferente, por otro.

El pasaje de Drake fue experimentado por Ferro. Es el pasaje más peligroso del sur del planeta, pues en él se encuentran los mares de los océanos Pacífico y Atlántico, corrientes frías y calientes, vientos en más de una dirección. El barco para pasar se parece a una vasija, es redondo para

poder balancearse levemente. Todos los tripulantes están atados en el barco para poder pasar y apenas toman, de un recipiente agarrado al cuerpo, con una pajita, el líquido necesario para la supervivencia. Hay movimientos concomitantes de todas las direcciones y diferentes velocidades y temperaturas. Se llama Drake en homenaje al pirata que consiguió pasar el pasaje, en una fuga de la marina inglesa. Sólo una persona no está atada, ya que hay un lugar estable en el barco, de movimiento zen, su centro de gravedad. Ahí queda quien está en el comando, que en esa situación no siempre es el comandante. Después del pasaje hay una ceremonia en homenaje a Neptuno. *Drake* pasó a ser utilizada para identificar situaciones límites, en las cuales son necesarios saberes y prácticas mestizas e híbridas: científicos y míticos, ritos técnicos y religiosos. Dos historias para crear un lenguaje para la implicación.

Al final de la gestión (1990) en la Política de Salud Mental de la SES/RS sucedió con tres grandes eventos-advenimientos: el II Sismec, la exposición de la obra de Obispo del Rosario y el IV Encuentro Estadual. El II Sismec: *Creando alternativas de libertad,* fue en Santa Maria, contó con 732 participantes y reunió la red estadual, nacional e internacional que veníamos tejiendo. Realizamos incontables talleres sobre municipalización, salud mental y trabajo, desinstitucionalización, comunicación, arte, cooperativas y legislación, entre otras. De Brasil, estuvieron presentes Ana Pitta, Fernanda Nicácio y Roberto Tykanori (Coordinadores de Salud Mental de Santos), Eugênio Escanovino Neto y Magnólio (Paulo Sposito Oliveira) del proyecto amazónico S*alud y Alegría*. Proyecto con el cual sintonizamos rápidamente por su itinerancia y compromiso con la vida: un equipo de salud que andaba en barco por las comunidades ribereñas del río Tapajós, por donde aportaban haciendo un espectáculo de circo, en el cual los profesionales eran los personajes, con temáticas de salud y utilizando productos de la tierra (semillas y frutos) en lugar de pochoclo y maní. Con su tecnología, redujeron la destrucción y la mortalidad infantil de la región. También comenzaron proyectos de desarrollo local y continuaron su trayectoria con prácticas de eco desarrollo. Continuamos trabajando con Magnólio en la producción de salud mental colectiva, que él, a su vez, utilizó para formular lo

que llamó “educología” (Magnólio, 2003). Son de su autoría frases como “salud alegría del cuerpo, alegría salud del alma” y “la alegría no nos saca la seriedad”. Magnólio coordinó un gran taller que incluyó una caminata por las calles de la ciudad y terminó en un showmício en el centro de Santa María, por el fin de los manicomios y por la invención de la vida, con la participación de invitados internacionales: Giovanna Del Giudice, de Italia; Alma Carrasco, Susana Rudolf y Marcelo Viñar, de Uruguay; Vicente Galli, Rubén Ferro, Silvina Malvarez, Hugo Cohen, Miguel Ángel Nicolla y Luis Ellerman, de Argentina. El cierre del II Sismec fue la producción colectiva de una carta, en la cual todos lo que querían escribían una frase, una poesía, una historia o una canción suscitada por el simposio. Fue una carta trilingue (portugués, español e italiano) escrita a 300 manos. La implicación era alegre, producía colectivas y mestizajes y nos llevó a la plaza pública.

La exposición de la obra de Bispo do Rosario fue considerada por el mundo de la cultura gaúcha el acontecimiento del año. Fue el evento de 1990 con mayor público en el Museo de Artes de Rio Grande do Sul (Margs): 6.000 visitantes. Achutti, el fotógrafo que registró la exposición, la llamó *bordado de una existencia*. Bispo do Rosario, sergipano, fue de la Marina brasileña, murió en la Colonia Juliano Moreira, en Rio de Janeiro, tiempo donde produjo toda su obra (que tituló R*econstrucción del Universo)* deshilando sábanas y juntando objetos en el hospital, permitiendo que poquísimas personas tuviesen acceso a ella. El nos colocó en el mundo *a martillazos*, parafraseando a Nietzche. Sus obras ilustran la primera revista del Foro, *Salud Mental Colectiva,* y el cartel del IV Encuentro Estadual de Salud Mental. La implicación también sucede a *martillazos.*

El IV Encuentro se llamó *Deconstruyendo manicomios el camino de la municipalización* y contó con 1200 participantes provenientes de cien municipios gaúchos. Ocupamos múltiples espacios de Porto Alegre para la realización de cursos y talleres, inclusive algunos no disponibles al público, como la terraza del Margs (gracias a Bispo do Rosário). Hubo un taller-advenimiento en el encuentro-advenimiento titulado *el mundo de las imágenes* coordinado por profesionales del Museo de Imágenes del Inconsciente, fundado por Nise da Silveira, de Rio de Janeiro (Silveira,

2001). De este taller, que sucedió en el auditorio de la Asamblea Legislativa, participaron 600 personas. El Encuentro terminó con los participantes en el palco del salón de actos de la Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), en un movimiento colectivo que abarcó todo el auditorio expresando que la política pública de salud mental era de autoría de todos. La implicación produce una estética propia.

Al mapear las rutas de navegación percibimos que la política de salud mental en Rio Grande do Sul produjo y fue producida por eventos-advenimientos promovidos por colectivos implicados, en movimientos itinerantes de expansión (encuentros, simposios) y de recogimiento (cursos), que amplió progresivamente la cantidad de aliados y territorializó proyectos de presente. Sucedieron en ese período (1987-1990) incontables encuentros municipales y regionales en el estado, posibilitadores de aprendizaje y de legitimación de prácticas: São Lourenço do Sul, Santo Angelo, Bagé, Santa Maria, São Francisco de Assis, Santiago, Erechim, Passo Fundo, Nova Prata e Caçapava do Sul (Oliveira y Saldanha, 1993). Los eventos también se constituyeron en *celebraciones* de encuentros, de producción de híbridos y mestizaje.

El IV Encuentro indicó el camino: los municipios. Estos asumieron la continuidad de la formación en servicio (perfeccionamiento) y las universidades regionales (con las cuales ya habíamos trabajado) abrieron espacio para las especializaciones en Salud Mental Colectiva.

En 1991, continuó el curso iniciado en Bagé, allá promovimos el Foro Estadual de Salud Mental, con 350 participantes, entre ellos Mario Testa, Vicente Galli, Rubén Ferro y Miguel Ángel Nicolla (Argentina) y en el cierre creamos el Foro Gaúcho. En el evento hubo una exposición inédita: una mesa interactiva sobre *salud y locura* transmitida por la radio, posibilitando la intervención de los oyentes. Experiencias que pasamos a utilizar siempre que fue posible en Uruguaiana, Alegrete, São Lourenço do Sul, São Francisco de Assis Três de Maio, y que provocó el intercambio con la radio TAM-TAM de Santos (Oliveira e Saldanha, 1993).

En 1990 había dos regiones que no habían desencadenado procesos de formación y que prácticamente no contaban con servicios substitutivos: el

litoral norte y la sierra gaúcha. Desde la Paismental buscamos alcaides y secretarios municipales de salud proponiendo el curso de perfeccionamiento en salud mental colectiva. Los del litoral aceptaron, siendo decisivo el compromiso de la secretaria municipal de salud de Osório y, en la Sierra, el apoyo fue de Nova Prata. De este modo, en 1991, realizamos dos cursos de perfeccionamiento sustentados por los municipios, pues la gestión estadual había terminado con ese tipo de financiamientos con el cambio de gobierno. En Nova Prata, se inscribieron 43 alumnos de ocho municipios y terminaron 22. En el litoral fueron 60 inscriptos de nueve municipios, de los cuales 35 terminaron. En los dos cursos la presencia significativa de profesionales de nivel medio, y en el litoral, de funcionarios públicos sin experiencia en salud o salud mental. El aprendizaje en el curso del HPSP facilitó el desarrollo pedagógico en esos dos cursos. En Nova Prata, la invención local fue por medio del trabajo: rasgo de la cultura regional italiana, por lo tanto, código que todos los alumnos dominaban. Así, la locura comenzó a circular y a salir de la invisibilidad y el casi absoluto silencio, por medio de las ferias de productos artesanales caseros, también producidos por los usuarios de salud mental.

En el litoral norte, los módulos fueron itinerantes y cada ciudad preparó la recepción a los alumnos y profesores: Osório, Torres, Capão da Canoa, Tramandaí, Santo Antonio da Patrulha e Canela (también promotora del curso). En este curso, tuvimos la experiencia y el desafió de pensar la gestión de municipios con poblaciones estacionales: durante el año con 250 mil habitantes y en el verano con 1 millón y medio de personas. Eran ciudades prácticamente desiertas la mayor parte del año y nítidamente estratificadas: estaba el terreno de los veraneantes (con infraestructura y cerca de la playa) y el de los locales (casi sin infraestructura y lejos de la playa). Era visible la necesidad de políticas equitativas y de fijación de residentes en el litoral. El aumento de la longevidad y de personas viviendo solas, así como el empobrecimiento de la clase media brasilera, a partir de 1991, contribuyó al aumento de habitantes en las ciudades del litoral. En este curso, la experiencia de contra flujo: clases, hospedajes y fiestas en lugares ociosos y en días no convencionales (lunes y martes). Maneras facilitadoras

de la indagación, para inventar lo posible. Así, acompañamos, por ejemplo, dos empleadas administrativas del municipio de Maquiné (municipio con muchas correntadas y cascadas) transformarse en trabajadoras de salud mental, capaces de romper con la cárcel privada de un morador de la ciudad, consiguiendo que ocupase otro lugar en la familia y el municipio y, aún, que el médico de la unidad de salud lo atendiese. Generaron el interés del profesional a través del propio compromiso. La implicación es encarnada.

En Palmares do Sul, también con alumnos del curso, la atención comenzó en la sede de la secretaría de salud, la locura invadía las salas, rompía silencios, incomodaba/desacomodaba, todos fueron aprendiendo a lidiar con los problemas y muchos a cuidar de las personas en sufrimiento psíquico. En homenaje a esa historia, cuando inauguraron una casa para atención, la llamaron *Meu cantinho*[33]. La implicación desacomoda.

Durante el curso realizamos un segundo Foro Estadual, que denominamos Foro de Servicios Locales de Atención Integral a la Salud Mental, en Canela, con la presencia de Mario Testa y Rubén Ferro (Argentina), de Domingo Sávio Nascimento Alves, Coordinador Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (Brasil) y Tereza Ragno (Italia). En el Foro, realizamos una reunión con secretarios municipales de salud de la región para discutir la viabilidad de abrir servicios locales de salud mental y preparamos nuestra participación para un encuentro internacional que acontecería en Santos. El gran distintivo fue el lugar del evento y de hospedaje: un hotel cinco estrellas para todos los participantes: usuarios, trabajadores e invitados. Ya habíamos aprendido sobre contra flujos: durante la semana hay poco movimiento en lugares turísticos. La implicación genera líneas de fuga para la invención.

En 1991 comenzamos el I Curso de Especialización en Salud Mental Colectiva en la Universidad Federal de Santa Maria con 62 inscriptos de catorce municipios, de los cuales, 56 finalizaron. Dos nuevos encuentros, con el profesor doctor Ricardo Rossato, demógrafo que pasó a integrar el cuerpo docente con otros cursos, que preparaba textos específicos para las

[33] NT: Mi rinconcito, mi pedacito, mi lugarcito.

regiones de los alumnos y nos presentó los trabajos del profesor Milton Santos (2004), y con el profesor magister de la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensp) Nilson Rosário Costa, organizador del libro *Ciudadanía y Locura* y que estudiaba el tema de las políticas públicas. Al final del curso, profesores de la Ensp integraron las bancas de presentación de los trabajos, los cuales fueron publicados en la primera revista *Saúde Mental Colectiva.* Durante el curso, Mario Testa puso en discusión sus elaboraciones iniciales sobre la relación entre vida cotidiana y ciencias sociales, publicadas en 1997 en el libro *Saber en salud*. Mencionábamos, en aquella época, la necesidad de constitución de sujetos *amorosos y epistémicos* y nos encontramos con la expresión *sentipensantes*, publicada por Eduardo Galeano. La experiencia en la formación en salud mental colectiva contribuyó para la consolidación del Instituto de Psicología en la Universidade Federal de Santa Maria. En el curso de Santa Maria, fue elaborado el anteproyecto de ley estadual de la reforma psiquiátrica, mencionado anteriormente, presentado por el diputado Marcos Rolim, cuya formación política comenzó en la UFSM. También en ese curso, en el módulo sobre política de personal, coordinado por Carmen Oliveira y Teresinha Klafke, fue utilizada una historia infantil sobre el equilibrista (Almeida, 1999). Desde entonces pasamos a considerarnos *equilibristas de la vida*. Rubem Alves fue otro autor que pasó a ser constante en los cursos. En la formación, los alumnos produjeron un texto colectivo en el que hacían referencia a la obra de Bispo do Rosario y destacaron el barco, que a diferencia de *la nave de los locos*, era producto y productor de la libertad de crear posibles, "de traspasar barreras, descubrir otros puertos, de ir más allá, descubrir aguas en que no más navegue sólo en una triste embarcación" (La postgraduación en salud mental colectiva, 1993).

Aún en 1991, desde el Consejo Regional de Psicología, del cual era presidenta, tuvimos la oportunidad de organizar el II Encuentro Nacional de Psicología del Trabajo, elegimos como tema los nuevos paradigmas y prácticas en el mundo del trabajo, enfatizando la transdisciplinaridad y las nuevas tecnologías, y lo llamamos *el trabajo en la constitución del sujeto*. Fue otro evento-advenimiento de mucha efervescencia, tensión, desacomodación y encuentro. Reunimos psicólogos, físicos, sociólogos,

sanitaristas, sindicalistas, mentaleros médicos y pedagogos. Uno de los debates intensos fue sobre subjetividad, trabajo y la dimensión placentera del mismo. La profesora que interlocutaba de esos temas con el público era la psicóloga Sandra Jovchelovitch.

En ese año se tramitaba el proyecto de ley estadual sobre la reforma psiquiátrica en Rio Grande do Sul, para consolidar apoyos, convencer legisladores en duda y disuadir a los contrarios. Tuvimos la posibilidad de organizar, junto con la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, un Seminario Internacional de Salud Mental con la presencia de Franco Rotelli, de Italia, y 1.500 participantes. En esa ocasión, Rotelli visitó la Pensión Pública Protegida *Nova Vida*, en Porto Alegre, y *Nuestra Casa*, en São Lourenço do Sul. La visita a São Lourenço do Sul fue un indicio de la internacionalización del municipio en el mapa de la desinstitucionalización. La implicación produce una geografía propia.

En 1992 comenzó el II Curso de Especialización en Salud Mental Colectiva, esta vez en Bagé, con 43 alumnos, de trece municipios, de los cuales terminaron 37. En ese año, nos dedicamos a la aprobación de la ley estadual de la reforma psiquiátrica, a la realización del la II Conferencia Nacional de Salud Mental en todas sus etapas: municipales, estaduales y nacional, así como con la organización y participación en el III Congreso Brasileño de Salud Colectiva a cargo de la Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre.

En el curso, la organización fue en comisiones de trabajo con alumnos y coordinadores para la elaboración del reglamento interno, para la confección del boletín (que se volvió poético): C*ometa Locura,* de mobilización y participación en eventos, así como constituimos una comisión de ética con dos coordinadores y dos alumnos electos en asamblea. El segundo módulo, cuyo tema era ciudadanía y legislación, se transformó en un taller con la asesoría jurídica de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa sobre la ley estadual de la reforma psiquiátrica, en la cual identificamos los puntos posibles de negociar y los innegociables. La producción del taller fue un aporte a la redacción del texto substitutivo a los proyectos presentados por los diputados Marcos Rolim y Beto Grill (que

había presentado otro proyecto). Texto pactado entre los dos, las respectivas asesorías y el Foro Gaúcho de Salud Mental, aprobado por unanimidad y sancionado en agosto de 1992. El diputado Grill presentó, aún, un proyecto de ley sobre pensiones protegidas, que también fue aprobado.

De Bagé, del Taller de Creación Colectiva, fue la ilustración de todo el material de la II Conferencia Nacional de Salud Mental (II CNSM), escogida después de un concurso público. Participamos de conferencias municipales, entre ellas la de Porto Alegre, que realizaba su primera conferencia, titulada: *Locura mayor es el prejuicio* (Porto Alegre, 1992), de la cual participaron más de 1.000 personas, donde fue aprobado el Plan Municipal de Salud Mental para la ciudad y la moción de apoyo a la Pensión Pública Protegida *Nueva Vida* y su coordinación, como quedó registrado en los cursos de las aguas. Fuimos escogidos delegados para la conferencia estadual, en Tramandaí y la relatora general, escogida en asamblea, fue Olinda Lechmann Saldanha, una de nuestras referencias de la salud mental colectiva. El hecho es que la delegación gaúcha para la Conferencia Nacional estaba compuesta mayoritariamente por *mentaleros*, lo que motivó un encuentro preparatorio en la ciudad de Rio Grande, viabilizado por dos alumnos del curso de Bagé. El encuentro generó el Foro Riograndino de Salud Mental y en él preparamos nuestra participación con propuestas, camisetas y mesas exponiendo los trabajos desarrollados en los municipios. Nuestra participación en la II CNSM internacionalizó la experiencia gaúcha (Desviat, 1999). El gran distintivo de la Conferencia fue la cantidad e intensidad de la participación de los usuarios.

En el III Congreso Nacional de Salud Colectiva (1992), de la Asociación Brasilera de Posgrado en Salud Colectiva (Abrasco), organizamos un curso sobre *salud mental en los municipios*, coordinado por Delvo Oliveira (coordinador del equipo descentralizado y del Curso de Especialización en Salud Mental Colectiva de Bagé), con la participación de municipios pequeños (Lavras do Sul, Santo Augusto y São Lourenço do Sul), medios (Passo Fundo, Bagé y Santos) y grandes (Porto Alegre, São Paulo y Campinas), en procesos de apertura, avance y consolidación, pues ya había una experiencia nacional diversificada y compleja, lo suficiente para dar la discusión. Una de las charlas del Congreso la dio Rubén Ferro, sobre

Planeamiento Estratégico en Salud Mental y uno de los libros lanzados fue el de Mario Testa, *Pensar en Salud*, el cual tuve el placer de presentar junto con Rubén Ferro. Estuvimos presente en comunicaciones coordinadas sobre el tema: *Proceso de desinstitucionalización: determinantes y democracias; Planificación y evaluación de la política de salud mental del Rio Grande do Sul y salud mental; El problema de la reinserción social* (Abrasco, 1992). En el Congreso circuló la camiseta *de militonto a militante*, título del trabajo presentado por Carmen Oliveira (Abrasco, 1992) y producido en las rutas de navegación de la salud mental colectiva. Los referentes de salud mental de Abrasco, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Benilton Bezerra Jr y Paulo Amarante, organizaron un taller sobre la reforma psiquiátrica. La fuerte presencia del tema de la salud mental en el Congreso generó el libro *Psiquiatría sin hospicio* (1992), que fue un marco para el proceso en curso en Brasil y en el cual está inserta la trayectoria de Rio Grande do Sul, un texto de mi autoría. La implicación provoca autoría.

Una osadía de la Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre, cuya titular era Maria Luiza Jaeger, socióloga, primera mujer en el cargo, fue promover junto al congreso una *feria de salud* abierta al público y, aún más, autorizar que la chimenea de la Usina del Gasómetro fuese vestida con una cobertura que simulaba un enorme condón, práctica inusitada hasta entonces. La implicación convoca osadía.

El año 1993 fue un año de desencadenar un nuevo ciclo de cursos de perfeccionamiento y continuar las especializaciones. Alumnos de las especializaciones de Santa Maria y Bagé viabilizaron cursos en sus municipios. En Rio Grande, realizamos un Curso de Perfeccionamiento en Salud Mental Colectiva con 30 alumnos inscriptos, de cinco municipios, de los cuales terminaron 25. En Alegrete, el curso de perfeccionamiento fue sobre Políticas Sociales y Municipalización, para el cual 50 personas de tres municipios se inscribieron, 21 cursaron hasta el final y 14 presentaron los trabajos finales, entre ellas dos alumnas de Paraguay. Fueron cursos que experimentaron la ampliación de la internacionalización de la salud mental colectiva, pues fueron muchos profesores de otros países a los municipios de Rio Grande y Alegrete, cuya presencia hizo diferencia: más allá de los

constantes Rubén Ferro (Argentina) y Juan Guevara Valdez (Cuba), estuvieron presentes Manoel Desviat (España) en Rio Grande, Monsterrat Pellegri (España) y Angélica Vallejos (Paraguay) en Alegrete (Salbego y Fabricio, 1995).

Aún en 1993 volvimos a Ijuí para una Especialización en Salud Mental Colectiva, en una experiencia inédita: el curso era binacional. Liane Beatriz Righi, profesora de la Unijuí (Brasil), integrante del equipo descentralizado de salud mental, y Gloria Montenegro, profesora de la Universidad de Misiones (Argentina) propusieron y obtuvieron la aprobación de las Universidades para realizar el curso. Se inscribieron 22 alumnos de nueve municipios gaúchos, de los cuales 17 finalizaron. Alumnos, profesores y coordinadores aceptaron el desafío de la travesía en balsa, medio de transporte más rápido para ir de un país al otro, en meses alternados, ya que los módulos se daban una mes en Brasil y otro en Argentina. El curso contó con dos alumnas de Paraguay, de la ciudad de Encarnación. En el curso, la experiencia trinacional, el impacto de la cultura indígena, de la pesca en el río Paraná y de la travesía del río Uruguay. La cooperación entre las dos universidades continúa hasta hoy (2005) con seminarios y publicaciones binacionales sobre temas de salud colectiva, políticas públicas y desarrollo local. La implicación genera puentes.

En 1993, hubo otra experiencia pedagógica en Bagé. Hicimos coincidir el final del curso de especialización en Salud Mental Colectiva con el comienzo de otro. Los nuevos alumnos (34, de quince municipios, de los cuales terminaron 30) asistieron a la presentación de los trabajos finales del curso anterior y los alumnos que egresaban hicieron la recepción a los que estaban ingresando. Una comisión de trabajo que constituimos en esa 4° edición del curso fue la de publicación y el grupo viabilizó la revista Saúde Mental Colectiva. La producción de los boletines poéticos en cada módulo continuó. Una experiencia intercesora fueron las clases brindadas por usuarios y familiares del Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial. Geraldo Peixoto, un familiar y líder del Movimiento, quedó sorprendido con la invitación y el pago de las horas cátedra, manifestando que estaba acostumbrado a hablar, hacer exposiciones de vida, pero no “dar clase”,

menos aún en una especialización. La implicación tensiona contradicciones.

En el mismo año, otros de los eventos-advenimientos: *São Pedro Ciudadano* y el I Encuentro Nacional de la Lucha Antimanicomial. El *São Pedro Ciudadano* fue consecuencia de la aprobación de la Ley de Reforma Psiquiátrica en Rio Grande do Sul, ya que era necesario que tuviera consecuencia la aprobación de la extinción progresiva de los hospitales psiquiátricos y su substitución por una red de servicios de salud mental. El entendimiento de que sólo con una amplia adhesión social y de la comunidad interna y externa llevaría a término el compromiso, llevó a que propusiésemos desde el Foro Gaúcho de Salud Mental y de la Secretaría Municipal de Salud Mental de Porto Alegre, al Consejo Estadual de Salud (CES-RS), una gran fuerza-tarea para la elaboración de la transformación del Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). El CES-RS aprobó y delegó a la reciente Comisión Estadual de Salud Mental del propio CES-RS la tarea de coordinar el trabajo y la psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer fue elegida coordinadora. La Comisión Estadual de Derechos Humanos, de la Asamblea Legislativa, también integró el grupo. Fue realizado un seminario donde fueron pactados el método, los temas y el plazo para la presentación de protestas. Los temas fueron: viviendas, red de servicios substitutivos, fuerza de trabajo y cultura y placer, con participantes del barrio Partenon (donde se localiza el HPSP), de los trabajadores del hospital, de las entidades de las categorías profesionales de la salud, de las gestiones estadual y municipal y del legislativo. Los trabajos fueron presentados en otro seminario en la Asamblea Legislativa y sistematizados en el documento titulado *São Pedro Ciudadano*. La propuesta fue aprobada en el CES-RS, pero sólo fue retomada cinco años después como política pública a ser implementada, cuando Maria Luiza Jaeger fue Secretaria Estadual de Salud, primera mujer en el cargo. La implicación produce resistencia.

El I Encuentro Nacional de la Lucha Antimanicomial fue en Salvador, Bahia, donde se discutió la producción social de la locura, las intervenciones culturales, la invención de la atención, la legislación y la organización del Movimiento. El Foro Gaúcho (1993) preparó su participación en el encuentro estadual llamado *Loca vida*, realizado en Porto Alegre, apoyado por el

Consejo Regional de Psicología y por las Secretarias Municipales de Salud y de la Educación de la capital. Por primera vez, la Secretaría Municipal de la Educación se involucró con un evento de salud mental, asumiendo un nuevo lugar de responsabilidad en las políticas públicas de educación. Ricardo Burg Ceccim, entonces director de la División de Asistencia al Educando, de la Secretaria Municipal de Educación, colocó el segmento de la educación especial en las calles, con profesores y alumnos que pintaron el Muro de la Avenida Mauá, en los muelles del puerto, y expusieron camisetas pintadas a mano, así como telas y máscaras, entre otras expresiones de artes plásticas, producidas en las escuelas especiales municipales. Esas escuelas hacían la inclusión inversa, aceptaban alumnos sin cualquier indicación psicopedagógica de educación especial a clases de teatro, danza, educación física, talleres de máscaras, jardinería ecológica, entre otras (Ceccim, 1997). La Secretaría Municipal de Educación solventó una nueva tirada de la revista *Saúde Mental Colectiva*, insertando el discurso del secretario municipal de educación, profesor doctor Nilton Bueno Fischer. El documento elaborado en *Loca vida*, al referirse a la intervención cultural, incluyó el tema de las calles, la construcción de colectivos, la reterritorialización de la locura en las ciudades y la formación como determinantes para la producción de actores sentipensantes. La implicación es militante.

El año de itinerancia máxima fue 1994, fueron seis cursos, cuatro comenzados en 1993 y dos nuevos de perfeccionamiento: uno en salud mental colectiva en Melo, Uruguay, con 22 alumnos inscriptos de cuatro municipios, de los cuales terminaron 18; otro en Bagé de políticas sociales y municipalización, con 35 alumnos de cinco municipios, de los cuales terminaron 20. Uno de los trabajos de conclusión de la especialización en Salud Mental Colectiva de Bagé fue la propuesta de creación del Centro de Estudios Sociales Contemporáneos (CESCON), fundado en 1994 (Carpes, Vieira y Rodrigues, 1995). Centro que publicó otros dos números de la revista *Saúde Mental Colectiva*. Otra marca de 1994 fue la campaña para diputada estadual, en la cual la candidata era yo, una apuesta en la ética-estética de la diferencia. El eslogan de campaña fue ciudadanísese, el panfleto de presentación se titulaba Iceberg Tropical, inspirado en el hecho

de que el iceberg gira sobre sí, cuando, por el trabajo de las aguas, la parte inferior se vuelve menor que la superior, proporcionando uno de los espectáculos más bellos y ruidosos de la naturaleza. La apuesta era por el cambio de Brasil; incluía otro hecho, el de haber sido madre sin haber parido y los demás materiales de campaña fueron producidos regionalmente por los grupos de apoyadores. Fueron 6.200 corajudos votos, de los cuales 1.100 bageenses. La implicación produce bifurcación.

En 1995, el comienzo del 5° Curso de Especialización en Salud Mental Colectiva, en Bagé, con 16 inscriptos de cinco ciudades, de los cuales 13 terminaron. En ese año, aún, realizamos el V Encuentro Estadual de Salud Mental Colectiva y el *I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur* en Bagé, con la participación de 500 personas de Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay. Nuevamente las presencias de Magnólio y Rubén Ferro marcaron y esa vez el programa interactivo de radio tuvo continuidad, mantenido en el aire durante un año, presentado por Delvo Oliveira y sus invitados.

A mediados de 1990 estábamos bajo el impacto de la apuesta político-partidaria y resolvimos, en 1996, auto disolvernos como colectivo de enseñanza, destino de los grupos instituyentes (Lourau, 1993; Conde, 2003). En un colectivo menor continuamos la militancia política y elegimos concejales en Bagé y Alegrete desde 1996 y en otro colectivo, descentralizado y diversificado, la militancia en el Foro Gaúcho de Salud Mental. Prácticas que se intercalan, entrecruzan, transversalizan y mantienen diferencias.

Otra línea seguida fue la de sistematizar los saberes y las prácticas de ese periodo en tesis de maestría y doctorado como ya fue señalado. En 1996, como consecuencia de la red que construimos en Brasil y Argentina, la Urcamp (Bagé) comenzó una maestría binacional en convenio con la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). La negociación fue entre las autoridades universitarias, sin nuestra participación formal. Los alumnos que realizasen los seminarios y presentasen una monografía, obtendrían el título de especialistas en salud pública, los que continuasen con la orientación y elaborasen una disertación obtendrían el título de magister. Entendiendo que ese era un curso coherente con nuestros itinerarios, reivindicamos ingresar,

pues era destinado solo a los profesores de la Urcamp. La implicación produce incomodidad y oposición.

La alianza con profesores referentes de Argentina favoreció la aceptación de nuestra reivindicación. Así, cursamos el primer año: Delvo Oliveira, Maria de Fátima Bueon Fischer, Maria Judete Ferrari y yo, yendo a Bagé una semana por mes.

En el período de 1988 a 1996 fueron realizados 18 cursos, de los cuales 10 de Perfeccionamiento en Administración en Salud Mental Colectiva, cinco de Especialización en Salud Mental Colectiva, dos de Perfeccionamiento en Políticas Sociales y Municipalización y uno de Perfeccionamiento en Programación y Gestión Estratégica. El dimensionamiento sucedió en relación a la centralidad de las personas (tripulantes) y de los municipios (muelles) para el proceso desarrollado, así como la necesidad de instituciones (embarcaciones) para la realización de los viajes. Los tripulantes distribuidos en alumnos, de los cuales mapeamos el género, escolaridad y profesión, profesores y coordinadores, de los cuales identificamos la profesión. El inventario fue trazado con cuestiones descriptivas: ¿cuántos alumnos participantes convocaron los cursos, cuántos concluyeron y de cuántos municipios venían?

Los cursos de perfeccionamiento en Administración convocaron 787 personas, que hicieron sus inscripciones y frecuentaron por lo menos un módulo. Terminaron el curso, presentando trabajo final, 522 (66,32%) de los inscriptos. Los alumnos estaban trabajando en 113 municipios de Rio Grande do Sul, 34 de los cuales tuvieron alumnos en más de un curso. Se destacaron Bagé, Porto Alegre, Santa Maria, Alegrete, Pelotas y Santo Augusto que tuvieron alumnos en seis cursos. De Santa Catarina, Paraná y São Paulo vinieron alumnos de once municipios. De Uruguay participaron algunos de cinco municipios.

En las especializaciones fueron 177 inscriptos, de los cuales 153 (86,4%) terminaron el curso. Los alumnos vinieron de 47 municipios de Rio Grande do Sul y once municipios tuvieron alumnos en más de una especialización, siendo que Bagé y Alegrete participaron con alumnos en cuatro de los cinco cursos.

En los cursos de políticas sociales se inscribieron 85 personas. Cursaron hasta el final 50 (70%), de los cuales 34 (40%) presentaron trabajo de conclusión. Vinieron de ocho municipios del estado de RS y dos de Paraguay.

Todo el proceso involucró directamente 1.049 alumnos, de los cuales 709 (71,9%) finalizaron los cursos.

TABLA 1 – ALUMNOS de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA y de POLÍTICAS SOCIALES, de 1988 a 1996

CURSOS	ALUMNOS		
	Inscriptos	Concluyentes	%
Gestión	787	522	66,32
Especialización en Salud Mental Colectiva	177	153	86,40
Políticas Sociales	85	34	40,00
TOTAL	1049	709	71,90

TABLA 2 – Ciudades de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA y de POLÍTICAS SOCIALES, de 1988 a 1996

CURSOS	CIUDADES					
	RS		BRASIL		OTROS PAÍSES	
	Total	Únicos*	Total	Únicos*	Total	Únicos*
Gestión	147	113	15	11	5	4
Especialización en Salud Mental Colectiva	52	41	2	2	6	6
Políticas Sociales	8	8	-	-	2	2

* Únicos se refieren a ciudades cuyos alumnos participaron de una única edición del curso.

Observando los datos, considerando que se inscribieron alumnos y terminaron más de un curso y hay municipios que tuvieron alumnos en más

de un curso. ¿Cuántas personas se inscribieron, cuántas terminaron los cursos y de cuántos municipios?

Frecuentaron más de un curso 56 personas: 52 que ya habían hecho gestión cursaron la especialización y cuatro que participaron de las políticas sociales hicieron posteriormente la especialización. Por lo tanto, fueron 993 personas inscriptas y 653 personas que terminaron los cursos, provenientes de 126 municipios de Rio Grande do Sul, doce de Brasil y doce de otros países (Uruguay, Paraguay y Argentina).

TABLA 3 – PERSONAS y CIUDADES de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA y de
POLÍTICAS SOCIALES, de 1988 a 1996

PERSONAS		CONCLUYERON		CIUDADES		
CURSOS	Inscriptas	1 Curso	2 Cursos	RS	Brasil	Otros Países
Gestión	787	522	-	113	11	4
Especialización en Salud Mental Colectiva	125	101	52	11	1	6
Políticas Sociales	81	30	4	2	-	2
TOTAL	**993**	**653**	**56**	**126**	**12**	**12**

Los 126 municipios representaban 29,5% de los 427 municipios gaúchos existentes hasta el año 1994.

Considerando que la relación entre el número de habitantes por profesional es un indicador utilizando en la gestión de personas y que el objetivo del curso era formar para la intervención en municipios, dimensioné la relación habitantes/alumnos de los cursos de especialización. No disponía de datos de los demás cursos (gestión y políticas sociales) para el cálculo de esta relación.

Los municipios con mejor relación fueron:

TABLA 4 – CIUDADES con MEJOR RELACIÓN HABITANTES/ALUMNOS de los CURSOS DE ESPECIALIZACIÒN em SALUD MENTAL COLECTIVA, de 1991 a 1996

CIUDADES	HABITANTES*	Nº DE ALUMNOS	HABITANTES/ ALUMNOS
Bagé	110.784	49	2.261
Santo Augusto	15.283	3	5.094
Três de Maio	26.527	5	5.105
Três Passos	26.511	4	6.628
Santa Maria	212.565	31	6.857
Alegrete	78.741	9	8.749

* Censo 1991 - IBGE

¿Cuál el género, la escolaridad y profesión de los alumnos de los cursos de perfeccionamiento en Administración y de Especialización en Salud Mental Colectiva?

La mayoría de los alumnos de los cursos de perfeccionamiento y especialización en salud mental colectiva eran mujeres (79%), tenían formación superior (78%) y sus profesiones eran psicología (25,38%), enfermería (21,38%), servicio social (14,15%), medicina (12,46%) y pedagogía (11,23%). 12,46% de los alumnos eran auxiliares de enfermería. El porcentaje de médicos que en los cursos de gestión llegó al 15%, en las especializaciones en Salud Mental Colectiva fue 5%. Los datos de los alumnos de los cursos de políticas sociales en relación a género, escolaridad y profesión, no estaban disponibles.

TABLA 5 – GÉNERO

CURSOS	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL
Gestión	614	78	173	22	787
Especialización en Salud Mental Colectiva	151	85	26	15	177
TOTAL	**765**	**79**	**199**	**21**	**964**

TABLA 6 – ESCOLARIDAD

CURSOS	Superior Completo	%	Secundario Completo	%	Primario Completo	%	TOTAL
Gestión	580	74	185	23	22	3	787
Especialización	168	95	9	5	-	-	177
TOTAL	**748**	**78**	**194**	**20**	**22**	**2**	**964**

TABLA 7 – PROFESIONES

PROFESIONES	GESTIÓN	%	ESPECIALIZACIÓN	%	TOTAL	%
Psicólogos	125	25	40	26	165	25,38
Enfermeros	96	19	43	28	139	21,38
Médicos	73	15	8	6	81	12,46
Auxiliares de Enfermería	72	15	9	6	81	12,46
Trabajadores Sociales	68	14	24	16	92	14,15
Pedagogos	56	11	17	11	73	11,23
Terapistas Ocupacionales	7	1	12	8	19	2,92
Subtotal	**497**		**153**		**650**	**99,98**
OTROS*	290		24			

* Fisioterapeutas, administradores, nutricionista, odontólogos, educadores físicos y no informados

Cuando presentamos el curso de especialización en un grupo de trabajo sobre formación en salud mental, promovido por el Ministerio de Salud con la participación de la Organización Panamericana de Salud, en 1993, generamos sorpresa por haber aceptado alumnos sin escolarización universitaria, que solamente llegó a ser aceptado por el hecho que no

recibieron título de especialistas. La condición de alumnos especiales para personas sin nivel superior consistía en la prerrogativa de las Universidades. Lo que no fue aceptado por la mayoría de los participantes, en especial profesores universitarios, fue dar título de especialistas para profesionales "ajenos" a los servicios de salud (periodistas y abogados) o de terapéutica en salud mental (odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y fonoaudiólogos), profesiones no "típicamente" psi. Cuestionaban ¿qué puede hacer un periodista en salud mental? Contamos con el apoyo decisivo de la Escuela Nacional de Salud Pública, representada por Paulo Amarante, en la legitimación de nuestras propuestas de educación. Situación que expresa estrategias de concentración de poder-saber instituido en los especialismos y el disciplinamiento.

En relación a los demás tripulantes (coordinadores y profesores) ¿Cómo se constituían, cuáles eran sus atribuciones, cómo trabajaban y cuáles eran sus profesiones?

La Coordinación era constituida por un equipo de trabajo, que había hecho su formación en algún curso anterior, formada por tres personas, como mínimo, de las cuales por lo menos una trabajaba en una institución del municipio promotor del curso y otra de inserción estadual.

La coordinación acompañaba todos los módulos, realizaba la integración contextualizada de los contenidos, escogía la bibliografía en conjunto con los profesores, estructuraba la programación de cada uno de los módulos, supervisaba los trabajos, realizaba evaluaciones diarias y mensuales del proceso de trabajo, constituía espacios de actualización y elaboración teórico-política de los propios coordinadores, profesores y alumnos.

Fueron 28 coordinadores en los 18 cursos, sólo coordinaron más de un curso: Liane Righi, enfermera, profesora de la Unijuí; Teresinha Klafke, psicóloga, profesora de la UFSM; Delvo Oliveira, psiquiatra de Bagé; Carmen Oliveira, psicóloga de la SES/RS; Leila Guimarães y Sônia Acalde, asistentes sociales de Bagé; Rubén Ferro y yo participamos de todos los cursos.

Los datos a continuación corresponden a los cursos de gestión y de especialización en salud mental colectiva, ya que los de los cursos de

políticas sociales no estaban disponibles.

Las profesiones de los coordinadores estaban distribuidas así:

TABLA 8 – PROFESIONES de los COORDINADORES de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA

PROFESIÓN	**NÚMERO**	**%**
Psicólogos	10	35,8
Médicos (Psiquiatras y Generalistas)	6	21,4
Trabajadores Sociales	5	17,8
Enfermeros	3	10,7
Pedagogos	2	7,1
Otros (filósofo y fisioterapeuta)	2	7,1
TOTAL	**28**	**99,9**

En cada módulo de los cursos se constituyeron grupos de trabajo con la coordinación y con profesores provenientes de la institución local, de Rio Grande do Sul, de Brasil y de otros países (Argentina, Uruguay, Cuba, España e Italia). El objetivo de los grupos de profesores fue propiciar la construcción de prácticas situadas, capaces de articular los conocimientos y procesos histórico-sociales del mundo con los locales y cotidianos.

En los cursos de Gestión fueron 75 profesores y en las Especializaciones 45, distribuidos así:

TABLA 9 – ÁMBITOS de los PROFESORES de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA

	GESTIÓN		ESPECIALIZACIÓN	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
LOCALES	37	49,30	17	37,70
ESTADUALES (RS)	19	25,30	13	28,80
NACIONALES	2	2,66	6	13,30
INTERNACIONALES	17	22,66	9	20,00
TOTAL	75	99,92	45	99,80

De los profesores de los cursos de Gestión, 23 también dieron clase en las especializaciones en Salud Mental Colectiva, los cursos tuvieron 97 profesores en total.

Lo que nos llamaba la atención era la disponibilidad de los profesores doctores de participar como docentes de los cursos, se sentían provocados por el tema, por la diversidad y producían agenciamientos de nuestras prácticas nómades, mestizas y multireferenciadas, exponían en clase sus nuevas producciones, enviaban materiales que consideraban pertinentes. Se implicaban y producían implicación.

La distribución de los profesores señaliza que en los cursos de administración había una articulación local-estadual-internacional. Ya en las especializaciones sucedió el incremento de profesores del ámbito nacional: de 2,66% en los cursos de administración, a 13,3% que amplió la articulación anteriormente existente, tornándola más armónica. Esa ampliación tiene correspondencia con el apoyo institucional, nacional e internacional que los cursos pasaron a tener en el Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como con la red que se fue constituyendo entre instituciones formadoras, servicios substitutivos y el Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial.

Una relación posible de verificarse es la establecida entre el número de alumnos por profesor:

TABLA 10 – RELACIÓN del NÚMERO de ALUMNOS por PROFESOR

Cursos	GESTIÓN			ESPECIALIZACIÓN		
Alumnos	Profesores	Alumnos	Alumnos/ Profesor	Profesores	Alumnos	Alumnos/ Profesor
Inscriptos	75	787	10/1	45	177	3,9/1
Concluyentes	75	522	7/1	45	153	3,4/1

La estructura de los cursos, en consonancia con sus objetivos, posibilitaron un número elevado de alumnos y profesores, manteniendo una relación profesor/alumno propiciadora de una enseñanza/aprendizaje colectivo y singularizado.

Los profesores tenían como formación profesional:

TABLA 11 – PROFESIONES DE LOS PROFESORES

PROFESIÓN	NÚMERO	%
Psicología	25	25,77
Psiquiatría/Psicoanálisis	21	21,64
Enfermería	14	14,43
Medicina/Salud Pública	8	8,24
Pedagogía	5	5,15
Sociología	5	5,15
Filosofía	4	4,12
Trabajo Social	4	4,12
Derecho	4	4,12
Arte - Educación	3	3,09
OTROS	4	4,12
TOTAL	**97**	**99,95**

Se puede realizar una correlación entre las profesiones más frecuentes de los alumnos, coordinadores y profesores de los cursos de Salud Mental Colectiva.

TABLA 12 – PROFESIONES de los ALUMNOS, COORDINADORES y PROFESORES de los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA

PROFESIÓN	ALUMNOS %	COORDINADORES %	PROFESORES %
Psicólogos	25	35	25
Enfermeros	21	10	14
Auxiliares de Enfermería	15	0	0
Trabajadores Sociales	14	17	4
Médicos	12	21	29
Pedagogos	11	7	5

Hay diversidad y un cierto equilibrio proporcional entre las profesiones y los lugares ocupados, llamando la atención el pequeño porcentaje de profesores de servicios social (55) en relación a la cantidad de alumnos (14%) y coordinadores (17%). ¿Indicador de mayor disponibilidad a la gestión? Otra relación a destacar es entre los alumnos (13%), coordinadores (21%) y profesores (29%) médicos y psiquiatras. ¿Indicador de menor disponibilidad para la condición de alumno?

- ¿Cuáles instituciones apoyaron, embarcaron y fueron embarcaciones para los cursos de salud mental colectiva y políticas sociales?

Promovieron y dieron soporte político institucional órganos gubernamentales (federales, estaduales y municipales), universidades (regionales y federales), instancias públicas (consejos de salud) y entidades no gubernamentales (movimientos, centros de estudio).

La multi-institucionalidad confería legitimidad, posibilitaba el tránsito de la salud mental colectiva en diferentes espacios y entre diferentes actores sociales,así como era apropiada para la constitución de políticas públicas.

CUADRO 1 – **INSTITUCIONES PROMOTORAS y que APOYARON los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA y POLÍTICAS SOCIALES de 1988 a 1996**

	Instituciones / Localidades	MS / OPAS	SES/RS CRS	Universidades Federales y Regionales	CIMS/CISM CMS	Prefecturas/ Asociaciones FAMURS/Municipios	Mov. Salud Mental Centros de Estudio	Otros LBA/SENAC/ SESI
Gestión	Porto Alegre (1 y 2)		■					
	Santa Maria		■	■	■			
	Passo Fundo		■	■	■			
	HPSP		■					
	Ijuí		■	■				
	Bagé		■	■	■	■		
	Nova Prata		■	■	■	■		
	Litoral Norte		■			■		
	Rio Grande			■		■	■	
	Melo	■				■	■	
Especializ.	Santa Maria	■		■	■		■	
	Bagé (1)	■	■	■	■	■	■	
	Bagé (2)	■	■	■	■	■	■	
	Bagé (3)	■		■	■		■	■
	Ijuí	■		■			■	
Polít	Alegrete		■	■		■		
	Bagé						■	■

MS – OPAS: Ministerio de Salud – Organización Panamericana de Salud
SES/RS: Secretaria de Salud de Rio Grande do Sul
CRS: Coordinación Regional de Salud.
CIMS: Comisión Interinstitucional de Salud
CISM: Comisión Interinstitucional de Salud Mental
CMS: Consejo Municipal de Salud
FAMURS: Federación de Municipios de Rio Grande do Sul
LBA: Legión Brasilera de Asistenciales
SENAC: Servicio Nacional de Aprendizaje del Comercio
SESI: Servicio Social de la Industria

Desde el inicio de los cursos, las embarcaciones (instituciones) eran representativas de la formación e investigación (universidades), de la asistencia y administración (secretaria estadual) y de la participación social (comisiones y consejos), componentes de la ecuación propiciadora de la matriz necesaria para la implicación.

En el final de la gestión estatal (1990) y a partir de Bagé, otras embarcaciones ampliaron y diversificaron la flota, en especial los municipios, el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Foro Gaúcho de Salud Mental.

Son visibles la participación de las Universidades a lo largo de todo el proceso de formación y la capacidad moralizadora de Bagé al contar con el mayor conjunto de las instituciones, notablemente en la segunda y tercera edición del curso de especialización en salud mental colectiva.

La organización y desarrollo de los cursos incluyó:

- la historia de los municipios y los procesos sociales locales, así como la problematización del poder, de la exclusión y del inconsciente como estrategia y reorganizador del pensamiento y convocante de un pensar-sentir-querer de la desinstitucionalización;
- el análisis de la construcción de políticas sociales de cómo el Estado y la sociedad tienen excluidas capas de la población de las políticas públicas y cuáles las posibilidades de inclusión, llevando, en las ciudades, los movimientos existentes y cuáles las reterritorializaciones necesarias;
- la investigación de los procesos organizativos que pueden ser coherentes con procesos inclusivos, problematizando las categorías de lo obvio, del local y de lo cotidiano que han sido organizadoras y desencadenadoras de procesos locales de constitución de las redes de servicios;
- la búsqueda de respuestas tecnológicas inusitadas que son, fueron o pueden ser creadas y generadas en las localidades;
- la elaboración de un proyecto viable en salud mental colectiva para los locales de trabajo/vida de los alumnos/trabajadores/ciudadanos.

Presentada de otro modo estructural, la organización de los cursos abarcaba áreas, contenidos y conceptos curriculares:

CUADRO 2 – **ESTRUCTURA DE LOS CURSOS**

ÁREAS	CONTENIDOS	CATEGORIAS / CONCEPTOS
MÓDULO I - Historia y control social. - Estado: estructura jurídica y política. - Teoríaensalud	- Movimientos Sociales. - Políticas públicas, leyes y normas. - Del preventivismo a la salud colectiva	- Exclusión, ciudadanía. - Poder, pensamiento estratégico y acción política. - Salud y Salud Mental Colectiva
MÓDULO II **-** Análisis de la situación de salud. - Función social de la locura.	-Epidemiología - Proceso salud-enfermedad-cuidado	-Información en salud. - Causalidad, determinaciones y condicionantes sociales de la salud.
MÓDULO III - Organización de los servicios de salud	- Administración y organizaciones. - Estrategias tecnoasistenciales	- Proceso de trabajo. - Del hospital a la red de servicios y la municipalización.
MÓDULO IV - Investigación - Formación	- Investigación y metodologías - Enseñanza y desarrollo	- Producción de conocimiento. - Aprendizaje y crecimiento personal y profesional.
MÓDULO V **-** Acciones, servicios y sistema de salud	- Tecnologías de Cuidado	- Acojimiento, integralidad y autonomía

Los contenidos eran desarrollados por módulos mensuales, durante seis y ocho meses, siguiendo una pedagogía de la problematización y estaban agrupados por áreas temáticas. Los módulos comenzaban con restituciones sobre lo que había ocurrido entre uno y otro encuentro. Restituciones que incluían relatos, poesías, canciones, textos, actividades, intercambios, debates, cuestionamientos del conjunto de alumnos y profesores. Las restituciones no son meras informaciones, operan como disparadores para el análisis institucional y para el aprendizaje. En ellas se

debe y se puede decir “cosas que, en general, son dejadas a la sombra (…) silenciadas, dichas apenas en los pasillos, cafés o en la intimidad de la pareja” (Lourau, 1993, p.51). La restitución se refiere a un modo de investigar y aprender, “un movimiento para retomar los acontecimientos excluidos” (idem, p.57) y devolver “a las personas con quien trabajamos el saber científico que se permitió construir” (idem, p.53).

Las clases eran dirigidas por un docente y compartida por otros, que intervenían complementando, contextualizando y/o contradiciendo, estableciendo un diálogo instigante. La bibliografía era entregada al final de cada módulo, pues el objeto era primer trabajar con el bagaje de cada uno y una producción en clase para, después, significar la referencia teórica. En ese proceso, se iba constituyendo la grupalidad y el colectivo de producción desinstitucionalizante en el curso.

En el transcurrir del año, entre los módulos, los alumnos elaboraban trabajos teórico-prácticos, una monografía sobre la función social de la locura, desde la perspectiva de la salud mental y un trabajo final, que debía contener un proyecto ejecutable en la realidad, comprometido con la transformación de las características locales y del cotidiano. Trabajo presentado públicamente en la presencia de los actores desarrolaldos o a ser involucrados en la viabilización de la propuesta. El primer trabajo fue sobre la situación de la salud del municipio, incluyendo la historia del lugar. La producción sucedía en torno de probabilidades: *en tal situación y con esa historia es probable que la tendencia sea...* El trabajo sobre la función social de la locura, era al momento de la creación, de la utopía, del desarrollo de lo contradictorio, del libre pensar y de los sueños. Solicitábamos que el contenido de la monografía fuese presentado en 3 formas: una frase y/o imagen (para camisetas o pancartas, por ejemplo), un artículo para un diario y un trabajo académico. El trabajo final propiciaba la singularidad, la elaboración de una propuesta de intervención implicada, era el momento de la construcción de posibles: *entre la situación en la cual vivo y la que quiero vivir ¿Qué es posible hacer?”*

Los cursos de políticas sociales expusieron la cuestión de la exigencia del trajo final para recibir el certificado de finalización, pues de 80 alumnos

inscriptos, 50 (70%) participaron de todos los módulos y 34 (40) terminaron. Al analizar los datos verificamos que más allá de la dificultad de escribir, hubo una priorización del proceso de aprendizaje a la acción en la ciudad en relación a la elaboración del trabajo. Lo aprendido sirvió de instrumento para actividades desarrolladas en los municipios de Alegrete (actividades socio-ambientales), de São Francisco de Assis (acciones conjuntas entre salud, educación y cultura), de Asunción, Paraguay (Foro Paraguayo de Salud Mental), de Bagé (seminarios sobre asistencia social, cultura, ética y política) y de Hulha Negra (taller sobre salud, ciudadanía y desarrollo local).

Completando el inventario de rutas de navegación es el momento de identificar los *cambios* (productos) sucedidos en el viaje, en los amarraderos y en las embarcaciones.

El primer curso realizado en Porto Alegre propició la constitución del equipo descentralizado constituido por Delvo Oliveira (coordinador), de la 7° Delegacia Regional de Salud (DRS-SES/RS), Bagé; Maria Cristina Couzen y Teresinha Klafke, de la Universidade Federal de Santa Maria; Elza Tim Beskow y Flávio Resmini, de la Prefectura Municipal de São Lourenço do Sul; Hélio Possamai y Maria Cândida Salto, de la 6° DRS, Paso Fundo; Liane Righi, de la Universidad de Ijuí; Olinda Lechmann Saldanha, de la Prefectura Municipal de Nova Prata; Simone Gazzola, de la Prefectura Municipal de Lagoa Vermelha y Leda Zanini, del Hospital Psiquiátrico São Pedro. El curso también proporcionó la articulación entre las coordinaciones de salud mental de los estados de la región del sur de Brasil y la creación del primer servicio antimanicomial de Rio Grande do Sul, *A casa,* de Nuevo Hamburgo.

El segundo curso y el proceso desarrollado en Santa Maria fortaleció la Comisión Interinstitucional de Salud Mental (CISM), que incidió en toda la región central gaúcha (apoyando y propiciando las iniciativas de Santiago, por ejemplo), contribuyó a la consolidación del Instituto de Psicología en la Universidad en Servicio de Salud Mental, que por muchos años fue el único recurso antimanicomial de la ciudad.

En Passo Fudno, el curso propició la creación de la CISM regional y la transformación del Servicio de Psicología en servicio de salud mental, diversificando atendimientos y ampliando el período de funcionamiento de

los mismos para el año entero (no solamente durante el periodo escolar). Además, se dio la articulación entre profesionales profesores de psicología y medicina para acciones integradas de salud, que posteriormente constituyeron un núcleo de salud colectiva. Hélio Possamai, activista y operador de toda la mobilización, integrante del equipo descentralizado, cambió sus prácticas de atención a los portadores de sufrimiento psíquico en la Unidad de Salud y su trabajo fue el embrión del Caismental de la ciudad. El trabajo regional posibilitó la constitución de la red de servicios en Carazinho, incluyendo el hospital general y el servicio de salud mental, la creación de una casa de paso abierta a cualquier ciudadano en la ciudad de Campina das Missões, pues esa fue la necesidad social de salud identificada en la ciudad, la atención en salud mental en Lagoa Vermelha, Panambi, Selbach, Tapejara y Tapera, así como la integración de recursos comunitarios con el servicio de salud mental en Erechim.

Bagé se fue volviendo un centro formador e irradiante de salud mental colectiva. Generó el Taller de Creación Colectiva, la residencia y las camas psiquiátricas en el hospital general de la ciudad, contribuyó a la creación de servicios en Caçapava do Sul, Dom Pedrito, Lavras do Sul, Pedras Altas, Pinheiro Machado y São Gabriel. Fue decisiva para el impedimento de la creación de una unidad psiquiátrica en el hospital general de Cachoeira do Sul, concebida de modo manicomial. El trabajo incluyó acciones de salud y salud mental entre municipios de la frontera entre Brasil y Uruguay: Aceguá y Melo. El curso de psicología da la Urcamp creó la materia Salud Mental Colectiva, con prácticas en los servicios municipales de salud mental y la Universidad viabilizó la maestría en salud mental colectiva en convenio con la Universidad de Rosario (Argentina). El curso de políticas sociales y municipalización fortaleció acciones intersectoriales entre educación, cultura y asistencia social, así como abrió paso al trabajo con Hulha Negra, particularmente con la población de asentamientos del municipio. Bagé fue, aún, cuna del Foro Gaúcho de Salud Mental, constituyó el Centro de Estudios Sociales Contemporáneos y publicó la Revista Salud Mental Colectiva. En Bagé tomamos la decisión de *los mentaleros* candidatearnos a los legislativos estaduales y municipales.

Los cursos en Ijuí fueron activadores y apoyadores del servicio de salud mental de Santo Augusto, y de la interrelación entre municipios en la atención a los portadores de sufrimiento psíquico en las unidades básicas de salud en Alecrim, Boa Vista do Buricá, Braga, Campo Novo, Catuípe, Chapada, Condor, Independência, Ronda Alta, Santo Cristo, Três de Maio y Três Passos (municipios con población entre 5.000 y 30.000 habitantes). El trabajo en los municipios de pequeño porte tuvo el soporte decisivo de la Unijuí, en especial del curso de Enfermería, con prácticas, pasantías, asesorías e investigaciones. Un producto importante fue la articulación binacional Brasil-Argentina (Ijuí-Posadas), anticipando lo que hoy las organizaciones internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del trabajo, proponen: convenios para procesos internacionales-locales, mediados por las Organizaciones, entre municipios de más de un país (Opas, 2005). El conocimiento producido fue sobre la complejidad del trabajo en salud en los municipios de pequeño porte, tema de tesis de doctorado de Liane Righi (2002).

El curso del Litoral Norte generó servicios en Osório (*Casa Aberta)*, Santo Antônio da Patrulha, Torres, Tramandaí, Maquiné y Palmares do Sul, modificando la cartografía d ella atención a la salud mental en la región. El activador del proceso en la región fue un pedagogo del equipo de la Paismental, Alfano Moreira.

En la Sierra, los servicios iniciales, referentes, fueron los de São Marcos, de Nova Petrópolis y de Bento Gonçalves, que contaron con alumnos de los cursos, trabajadores *mentaleros* de servicios ya existentes y secretarios municipales de salud involucrados por responsabilidad con la salud mental.

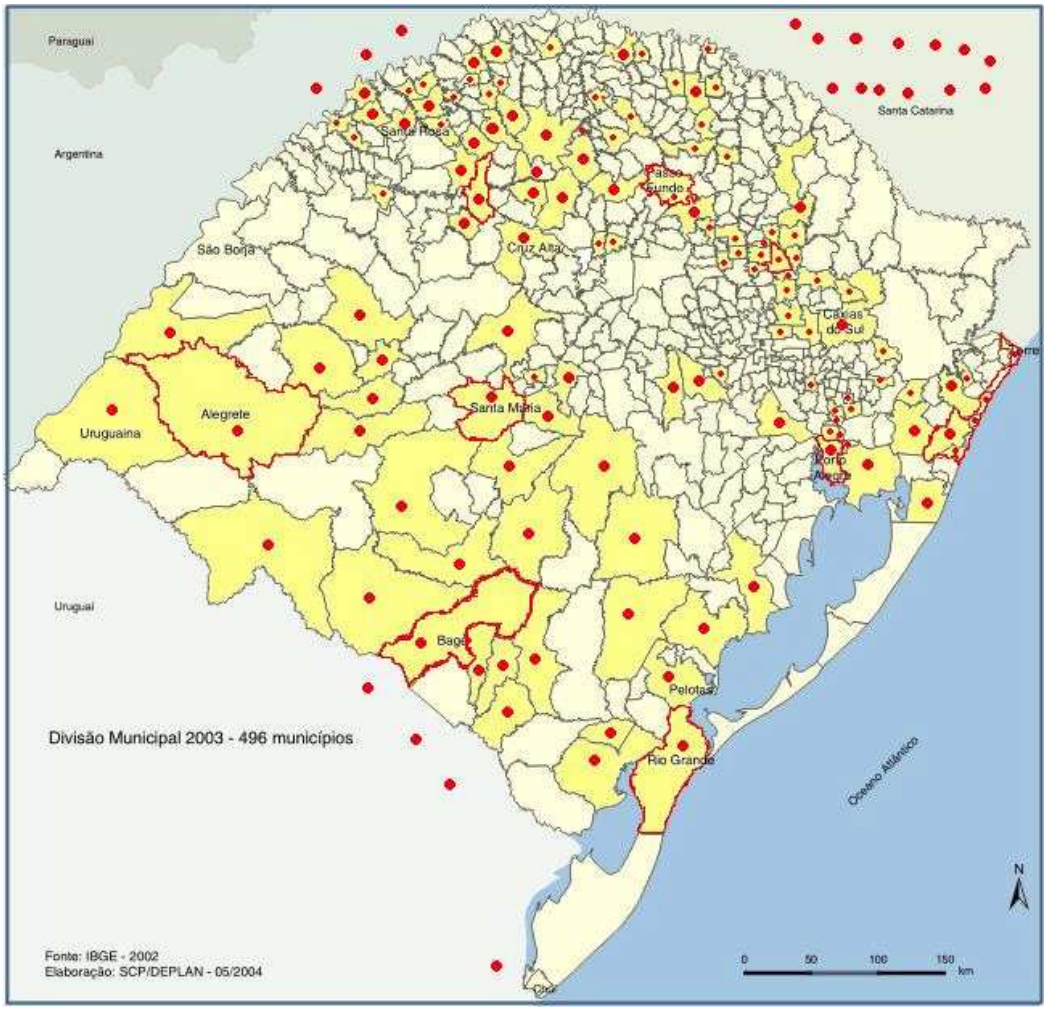
El curso de Rio Grande posibilitó la creación del servicio municipal de salud mental, potencializó el trabajo integrado de prevención al Sida y Salud Mental, y facilitó el dialogo con trabajadores de salud mental de la ciudad de Pelotas.

El curso en Alegrete posibilitó el diálogo entre profesionales de varios sectores y desencadenó trabajos en el municipio de alianzas entre actores sociales (concejales, sindicalistas, líderes comunitarios, trabajadores y

gestores), de los campos de salud mental, educación, cultura y medio ambiente. Los proyectos de una *casa de pasaje*, propuesto por Maria do Horto Salbego y de un *taller* en el Hospital General, propuesto por Márcia Fabrício, fueron implantados algunos años después del término del curso. Lo que indica la potencia de los mismos.

Para visualizar la potencialización de la formación en salud mental colectiva, para la creación de servicios de atención integral a la salud mental en Rio Grande do Sul, presento a continuación el mapeamiento de los municipios gaúchos con alumnos y con servicio de salud mental.

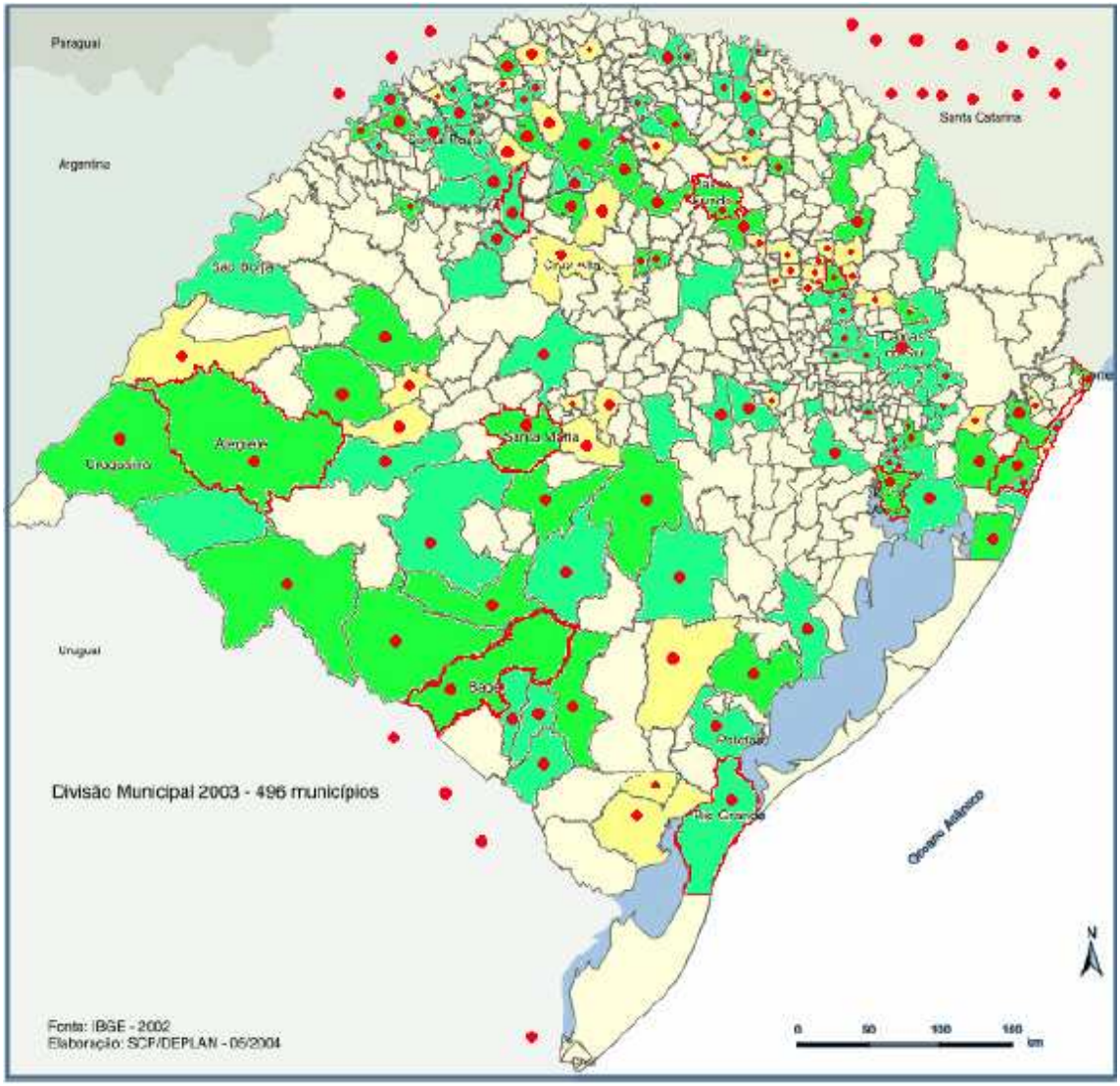
MAPA 1 – CIUDADES dE RIO GRANDE DO SUL con ALUMNOS que CONCLUYERON los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA (1988 – 1996)



Ciudadess sedes de cursos

Ciudades con alumnos en los cursos (Rio Grande do Sul, de otros Estados y del exterior)

MAPA 2: CIUDADES de RIO GRANDE DO SUL con SERVICIOS de SALUD MENTAL y ALUMNOS que CONCLUYERON los CURSOS de SALUD MENTAL COLECTIVA (1988-1996)



Ciudades con servicios de atención integral a la salud mental

Ciudades con atención a la salud mental

Ciudades con alumnos en los Cursos

Terminando con el tema de los *intercambios* en las navegaciones, discurro sobre la cuestión de los trabajadores, de los procesos de trabajo y sus prácticas elaboradas a partir de la intercesión de la educación en las políticas públicas.

La introducción de novedades de la política de salud mental, destacó la

relevancia de los trabajadores, sus universos de sentidos y relaciones de trabajo. Se esperaba de los trabajadores el establecimiento de lazos afectivos con las personas, la relación trabajadores/enfermedad necesitaba ser rota y transformada. El trabajador no podía más ser pensado como recurso humano, sino como productor de subjetividad en procesos de trabajo y de formación, en afirmación de sí y del cuidado a la salud.

Para los usuarios el objetivo fue el de volver cada vez más compleja la red de lazos y de alternativas tanto sociales como políticas y culturales, ampliando a las franjas excluidas de la población. La diversificación y la complejización son procesos opuestos a la cronificación, a la simplificación o al empobrecimiento indentificatorio, generados por la vinculación y el poder único de una institución como el hospital psiquiátrico y el modelo manicomial.

El reconocimiento de la diversidad, de la especificidad de los problemas generados por la enfermedad mental y la singularidad de cada persona, exigieron la viabilización de proyectos y procesos de reconstrucción de historias de vidas. Los programas estandarizados y los estudios de caso estigmatizadores dejaron de tener sentido. Los vínculos pasaron a ser múltiples, de carácter matricial-referente, plausibles de ser creados con cualquier integrante del equipo, independientemente de la formación de cada uno. Por otro lado, la red de servicios, por medio de la organización del trabajo, necesitó ser capaz de acogimiento, continencia, protección y prácticas cuidadoras. Cuando el tema pasó a ser la vida de una persona, la discusión pasó a suceder entre todos los integrantes del equipo que tenían vivencias y algo a decir sobre la referida persona.

El fundamento del trabajo se volvió el compromiso con las personas. Por lo tanto, se definió como una cuestión ética atenderlas el mismo equipo, tanto en los momentos de crisis o de ruptura, en los cuales la necesidad de cuidado se acentúa, como en los otros que requerían atención. La emergencia puede y debe ser atendida donde sucede: en la calle, en casa, en el trabajo.

La fragmentación del trabajo y del conocimiento, características de los tiempos actuales, coloca la necesidad de construir la integralidad, por las diversas vías de atención, centrada en los usuarios y en el respeto a los

trabajadores, como protagonistas del trabajo y de su educación permanente.

En los servicios, los espacios de circulación no pueden estar más rígidamente establecidos y divididos entre técnicos y auxiliares, familiares y pacientes o por actividades técnicas y administrativas. El mismo espacio debe pasar a ser utilizado para finalidades diferentes, por diversas personas, en tiempos distintos. La utilización burocrática, jerarquizada y discriminatoria de los espacios comenzó a ser extinta en la red de salud mental como hicieron São Lourenço do Sul, Palmares do Sul, Alegrete y Bagé.

El trabajo con el cuerpo, en su dimensión estructuradora, rompiendo con la división cuerpo/mente fue fundamental para la creación de espacios de trabajo, organizados con base en las potencialidades, en las capacidades y en la diversidad, viabilizando la inserción social y produciendo el rompimiento con la división entre la atención (sector social) y el trabajo (sector productivo). La constitución de cooperativas y la inserción en las ya existentes se volvieron las posibilidades en esta dirección, las múltiples formas de expresión creativa también precisaban ser rescatadas.

Los obstáculos para la integralidad fueron, y continúan siendo, el poder concentrado en las especialidades, en los modos de trabajar y de pensar siguiendo el paradigma clínico biológico de la enfermedad, así como la rigidez de la organización de los trabajadores en los servicios y la falta de autonomía gerencial.

Para cerrar el inventario de las prácticas, sigo la corriente de los confluentes y alargamientos de las rutas de navegaciones.

El II Encuentro Nacional de la Lucha Antimanicomial fue en Belo Horizonte en el año 1995. Fuimos 1.000 participantes discutiendo con intensidad los temas de ciudadanía y de la atención, y la delegación gaúcha fue la mayor fuera del eje Minas / Rio / São Pablo[34]. Nuestra alegría, capacidad propositiva y de mediación nos habilitó para ser sede del III Encuentro Nacional en 1997. Organización que me llevó más allá de los límites de lo posible. Concebimos el Encuentro de forma que los locos y la locura circulasen por la ciudad. El I Encuentro había sido en una carpa de

[34] NT: Se refiere a tres estados del sudeste de Brasil, económica y políticamente importantes: Minas Gerais, Río de Janeiro y São Paulo.

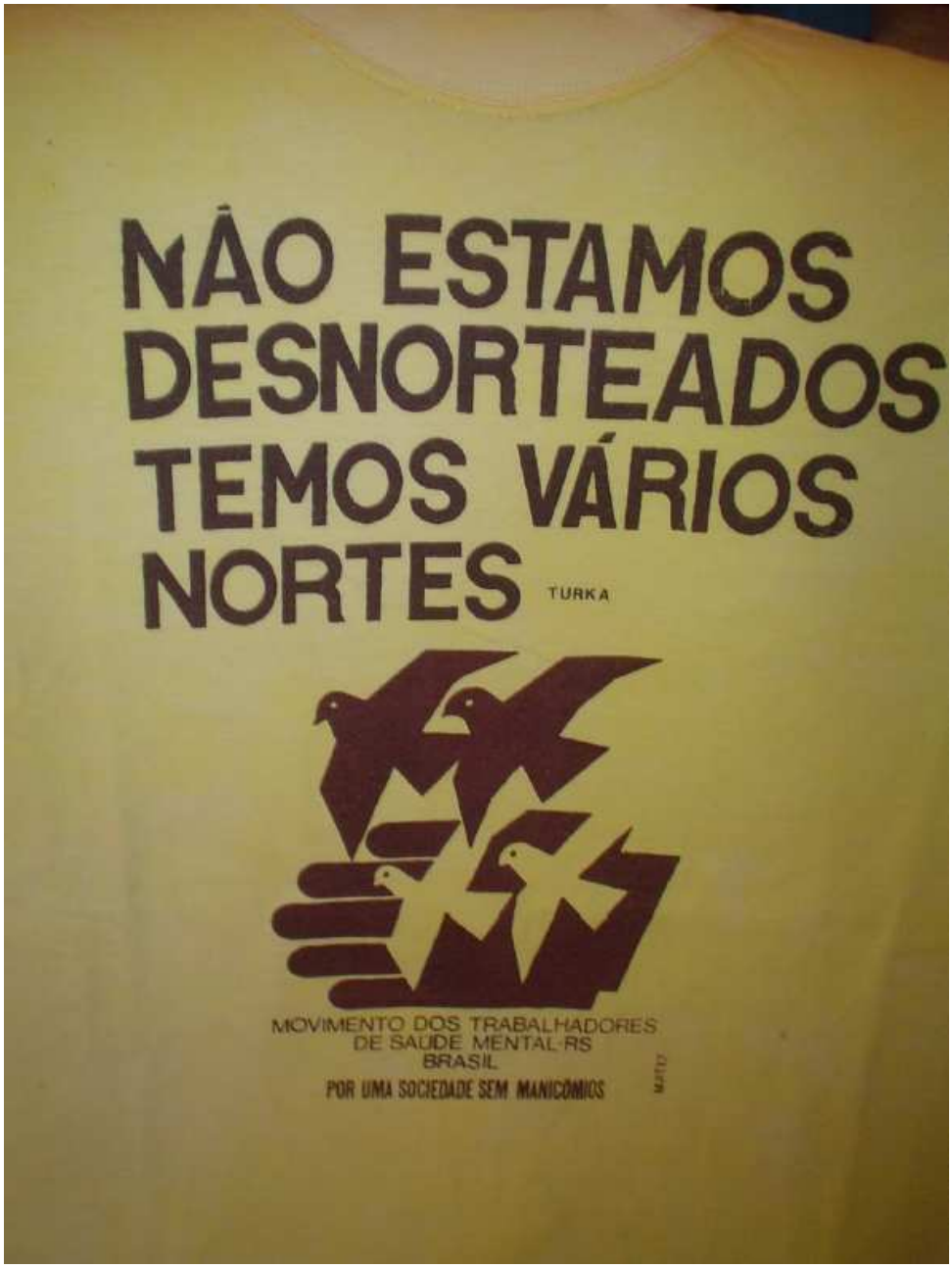
circo a la orilla de Salvador y el II en una colonia de vacaciones a los alrededores de Belo Horizonte. Hubo interferencias en las ciudades, pero no en los cotidianos. Buscamos ejercer con radicalidad la provocación Antimanicomial, el derecho a desrazonar en la plaza pública. Necesitábamos de una infraestructura para 1.500 participantes durante cinco días. Reservamos alojamiento en toda la extensión de la ciudad (zona sur, centro, ciudad baja, zona este y norte) y en municipios de la región metropolitana: Viamão, São Leopoldo y Novo Hamburgo. Buscamos alojar a los gaúchos en los lugares más distantes. Las comidas y fiestas del Encuentro fueron contratados en un club náutico a la salida de la ciudad. Otra fiesta fue en la Escuela de Samba Bambas da Orgia, que aceptó hacer una presentación y abrir sus puertas para los participantes. Los plenarios, grupos y ferias de productos antimanicomiales fue en el auditorio Araújo Vianna, en el Parque Farroupilha. Para la circulación y el Encuentro necesitamos de una fuerte logística de transporte. El arte del III Encuentro fue hecho gratuitamente por Edgar Vasquez, la decoración del auditorio fue hecha en un taller coordinado por Patrícia Dornelles (terapeuta ocupacional y artista) con integrantes del Foro Gaúcho y las carpetas estaban inspiradas en las alforjas del gaucho, hechas artesanalmente por los participantes de la Cooperativa Qorpo Santo de Alegrete. La producción de las carpetas fue intercesora en la política de la salud mental del municipio: movilizó el comercio (compra de tejidos de algodón crudo), constituyó una alianza con José Ferrari, que donó la edición de su primer libro de “cuentos” para la Qorpo Santo. Aun más, sus dibujos “salieron” de las paredes y de los papeles, se trasformaron en muñecas de tela, que ganaran a Brasil, “las muñecas se quedaron famosas, vendemos por todo el país” como ha comentado Ligia Falcão, familiar, lideranza del movimiento local y nacional de la lucha antimanicomial (Salbego, 2004, p.56). El apoyo a las delegaciones fue realizado por la comisión organizadora, por nosotros. El Encuentro efectivamente aconteció en la ciudad, fueron visibles nuestra precariedades logísticas y nuestra potencia colectiva. No obtuvimos los recursos financieros necesarios. El Encuentro fue sostenido por la red de afectos y de militancia. Un imposible más trasformado en posible. La implicación produce posibles.

Otra confluencia es con la Residencia Multiprofesional en Salud Mental creada en 1984, en el HPSP, modificada en 1988 y en el 2000. En la gestión de 1987 a 1991 la Escuela de Salud Pública asume la responsabilidad de dirigir la política de formación de recursos humanos de la Secretaria Estadual de Salud, cubriendo las pasantías académicas y las residencias en salud financiadas por la SES/RS. Hasta entonces, la principal actividad de la ESP era la formación de sanitarista, las pasantías y las residencias médicas y multiprofesionales eran responsabilidad de los servicios que las alojaban. El equipo de Paismental fue representado por Carmen Oliveira, psicóloga, coordinadora de la formación en salud mental. Hubo una reestructuración de las residencias de salud comunitaria (del Centro de Salud Murialdo) y de salud mental (del HPSP) con la concepción de campo de la salud colectiva, por medio de la cual los residentes pasaron a tener seminarios sobre el tema. Para activar la interdiciplinaridad fueron constituidos espacios de supervisiones multiprofesionales, coordinadas por profesionales de la institución y de fuera de la institución, con formación en grupos, psicoanálisis y salud pública. También fueron sistematizadas las supervisiones por núcleo profesional, entre pares: asistentes sociales supervisados por asistentes sociales, enfermeros por enfermeros, médicos por médicos, psicólogos por psicólogos y así sucesivamente. Fueron experiencias que marcaron la formación de los grupos que participaron de ella, marca mencionada por ex residentes, de los cuales muchos de ellos trabajaron o continúan trabajando en servicios de la red de atención en salud mental: Alceu Fillman (psiquiatra, profesor en Joinville), Izabel Suano (psiquiatra, especialista en alcohol y otras drogas), Kátia Barnfknecht (terapeuta ocupacional, del Taller Generación PoA y profesora del IPA), Marilene Werlang (enfermera, Coordinadora de Salud meMtal de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre en la primera mitad de los noventa), Nilsono Sibermberg (psiquiatra, psicoanalista, Caismental 8 de Porto Alegre), entre otros. En 1991 con el cambio de gobierno estadual, desactivaron las supervisiones multiprofesionales y la continuidad de la residencia con nítido vaciamiento progresivo de la formación multiprofesional, evidenciado por la reducción de las vacantes, por ejemplo.

En 1999 hubo un cambio de gobierno estadual, en plena vigencia del Sistema Único de Salud, con redefinición de las competencias de las secretarías estaduales de salud y con dirigentes gaúchos comprometidos con el fortalecimiento y cualificación del SUS y la Reforma Psiquiátrica: Maria Luiza Jaeger (secretaria estadual), Ricardo Ceccim (director de la Escuela de Salud Pública), Miriam Dias (coordinadora de Salud Mental) y Régis Cruz (director del HPSP), configurando las condiciones propicias para una resignificación de la educación en salud en la SES/RS. Efectivamente la ESP pasó a proponer política y activar procesos de educación en salud (Ceccim y Armani, 2002), viabilizó la formación de técnicos de enfermería por la SES/RS; apoyó decisiva y técnicamente la creación del curso de graduación de Administración en Sistemas y Servicios de Salud de la Universidade Estadual de Rio Grande do Sul; creó el Polo de Educación en Salud articulado en Núcleos Regionales de Educación en Salud; impulsó las capacitaciones de gestores municipales y estaduales; proporcionó la pasantía-vivencia de académicos en el SUS (VER-SUS); constituyó el Centro de Información y Documentación en Salud; reeditó la revista *Boletín de Salud* y editó otras publicaciones, así como produjo un reordenamiento en las residencias de la SES/RS. Hubo una radicalidad en la operalización de las nociones de campo y núcleo: todos los residentes comenzaron a compartir seminarios del campo de la salud colectiva, como salud y sociedad, epidemiología y planeamiento estratégico. La residencia fue configurada con énfasis en: salud comunitaria, salud mental, neumonología y enfermedades de transmisión sexual, con seminarios para el conjunto de residentes de cada una de las énfasis. La formación se completó con seminarios y supervisiones específicas por núcleos de conocimientos y prácticas. La residencia de salud mental pasó a ser llamada *salud mental colectiva*, fueron reactivadas las supervisiones multiprofesionales, fueron incluidos seminarios sobre clínica de la psicosis, la rehabilitación psicosocial, la constitución de redes de servicios de salud mental y las tecnologías de cuidado, con autores como Foucault, Guattari, Goffman, Lacan, Lobosque, Rotelli y Saraceno (Turkenicz y Fagundes, 2000). La residencia, en ese período, fue intercesora para la desinstitucionalización del HPSP, generó cuestionamientos de

prácticas, contribuyó a la introducción de nuevas tecnologías de cuidados y la creación de servicios: casa de transición, residencia São Pedro, colectivos de trabajo, alfabetización de usuarios, acompañamiento terapéutico y salud mental en las unidades básicas de salud. Después de otro cambio de gobierno estadual, la residencia continúa como un espacio de resistencia de la reforma psiquiátrica.

Finalizando el tema de los confluentes y de los prolongamientos de las rutas de navegación, identifico que fuimos produciendo un encuentro entre educación y salud mental. Los espacios de formación (cursos de salud mental colectiva y políticas sociales) se fueron construyendo en un *tercer margen del río,* como ya fue señalado, la cual, por medio de la problematización, del diálogo con la ciudad y los diferentes actores sociales, de la restitución y de los talleres de creación, posibilitó la invención de soportes, de posibles travesías y para la efectivación de proyectos de presente. En los cursos sucedieron procesos colectivos de aprendizaje capaces de generar y de explicitar implicación de alumnos-técnicos transformándose en ciudadanos-autores.



Camiseta del Fórum Gaúcho de Saúde Mental

— — — — — —

NO ESTAMOS
DESORIENTADOS
TENEMOS VARIOS
ORIENTES

“”

V

LAS ANCLAS DE UNA PEDAGOGÍA DE LA IMPLICACIÓN

En la trayectoria inventariada fue posible detectar algunos caminos abriéndolos con la introducción de sus desafíos, así como la presencia de circuitos deseantes, para mover los mencionados precursores y el incentivo a la creación de inéditos. De esa trayectoria se puede extraer categorías, conceptos y dispositivos que dan soporte para procesos instituyentes. En los lechos movientes de los cursos de las aguas, esas categorías, conceptos y dispositivos posibilitaron corrección de rumbos (rutas de navegación), crecimiento de vida, más creación y suma de participantes, *son materiales de anclaje* (intervalo, parada de abastecimiento).

Materiales de anclaje no son permanencias, son duraciones, no son hechos que quedan, sino fuerzas/vectores. Los hechos sufrieron alteraciones, fueron substituidos por nuevos o renovados y se mantienen en la condición de intercesiones para políticas públicas de salud y afirmación de vida. Las anclas que intentaré explicar a continuación, son intercesoras de educación para políticas públicas, son extracciones de sentido para una pedagogía de la implicación.

Las categorías extraídas son la *matriz* entre formación-atención-gestión-participación y el *poder y el pensamiento estratégico* en el sector de la salud. Los conceptos son la *transdisiplinaridad* y la *integralidad*. Los dispositivos son los operadores *invención/generación:* osadías de la implicación en abrir campos posibles donde había imposibilidades, articulaciones inéditas para permitir el pasaje de los flujos instituyentes.

5.1 Formación-atención-gestión-participación: matriz para la implicación.

De las variantes de la vidaformación, la pasantía en psicología comunitaria y la residencia en salud comunitaria en la Unidad de Salud Murialdo fueron determinantes para el entendimiento de que es posible desarrollar formación e investigación en el espacio de trabajo de la atención a la salud. Formación e investigación condicionados por las necesidades de los servicios y de la población, en un ambiente propicio para la creación y la movilización de métodos y estrategias participativas de aprendizaje e investigación. En la vidaprofesionalización se constituía la matriz de una organización del proceso de trabajo, que abarcaba, en los términos de la época, capacitación-investigación-asistencia-administración-participación comunitaria. Matriz constitutiva de la política de salud mental en Rio Grande do Sul de 1987 a 1991 (SES/RS, 1987), que se fue consolidando en los cursos de las aguas como estrategia para la implementación del SUS en nuestro país. La organización así matriciada posibilitaba:

- el ejercicio diversificado de papeles por los profesionales: la experiencia de poder ser profesor, alumno, investigador, cuidador, orientador, planeador y gerente.
- una mayor circulación de los saberes-prácticas: instalación del poder de aprender.
- el protagonismo de los equipos y de la población, con la valorización del trabajo y de la construcción de ciudadanía: movilización del poder de "ciudadanizar"

Una de las dificultades centrales para implementar un sistema de salud que organice el trabajo según la matriz capacitación-investigación-asistencia-administración-participación comunitaria o, en los términos de ahora, formación-atención-gestión-participación, es oriunda de la concepción hegemónica sobre lo que es el trabajo en salud: una concepción que no admite la capacitación e investigación como sus constitutivas. Hay una convicción de que el trabajo en salud es asistencia, aceptándose en el SUS la administración y la participación comunitaria, pero la capacitación e investigación no son consideradas trabajo. Por lo menos cuatro vectores

concurren a tal convicción: concepción de salud como ausencia de enfermedad, remuneración de los servicios por procedimientos, políticas de personal como gerencia de recursos y formación en salud. En relación al primer vector, encima, el SUS constitucionalmente está concebido a partir del entendimiento de que la salud está determinada por las condiciones de vida, opera predominantemente con el concepto de salud como ausencia de enfermedad y organiza los servicios ofreciendo procedimientos individuales, sin utilizar, muchas veces, herramientas propias de la salud colectiva como la epidemiología. El segundo vector, asociado al primero, está relacionado con la remuneración por procedimientos realizados, aún vigente en el SUS, de modo que sólo se paga la asistencia. En este caso, la capacitación e investigación, además de no ser remuneradas, llevan a la reducción de los recursos financieros por la baja de la productividad asistencial. El tercer vector es provocado por la política del personal predominante en el sistema de salud, que más allá de no contratar profesionales en cantidad y diversidad suficiente, considera producción en salud sólo el trabajo de atención asistencial, perpetuando la lógica del procedimiento. El cuarto vector es oriundo de la educación, por el modo como la capacitación e investigación son ofrecidas al sistema de salud, distanciadas de la realidad, sin producir instrumentos para intervenir en la misma, centrada en entrenamientos, propiciando que los gestores exijan que las horas de ausencia por cursos de formación sean compensadas, para no que no haya un “perjuicio” al servicio ni a la población, o sea, la educación es considerada pérdida de tiempo, pérdida de dinero y descanso del trabajo. La educación *en* y *para* el trabajo queda subsumida en el binomio entrenamiento-procedimiento, embutido en la asistencia.

En la implementación del SUS, algunas acciones fueron realizadas para incidir sobre los vectores mencionados. Ya existen transferencias económicas que son por población y no por procedimientos, como los recurso transferidos por la Unión a los municipios para la atención básica de salud, asistencia farmacéutica y vigilancia sanitaria y epidemiológica, los cuales son calculados por el número de habitantes de cada ciudad. Algunos servicios y municipios tienen incluido en la jornada de trabajo horas

destinadas a la formación. En este sentido, la política nacional de salud mental se anticipó, ya que, desde las primeras normativas (1989) en el SUS, incluyó tiempo para formación en la carga horaria de los profesionales, admitiendo que la transformación del trabajo incluía la educación para el trabajo. En cuanto a la educación, la formulación de una política de Educación Permanente en Salud elaborada por el Ministerio de Salud en el 2003 e implementada con el dispositivo de Polos de Educación Permanente en Salud (Portaria 198, del 13 de febrero de 2004) buscó romper con la distancia entre enseñanza y servicio, educación y trabajo, formación y actuación, afirmando el cotidiano del trabajo como productor de saberes y de prácticas de salud (lugares de capacitación e investigación).

En relación a la producción de conocimiento hay un imposible a ser traspasado, la concepción sobre ciencia y producción científica de conocimiento. La separación entre sujeto y objeto, los ideales de objetividad, de neutralidad y de universalidad, marcas de la ciencia positivista, imposibilitan la validación del conocimiento producido en el cotidiano de los servicios, proponiendo que los trabajadores implicados no sean productores de conocimiento.

Lourau (1993), dedicado al análisis institucional, señala la implicación como constitutiva de la producción de conocimiento y afirma que la implicación genera el investigador-practicante, tomando como objeto de investigaciones sus intervenciones y considerando su pertenencia al proyecto de acción del trabajo. De ese modo, un trabajo no sólo de prestación de procedimientos, sino de pensamiento, intervención y evaluación, implicación de si e interrogación de las implicaciones sociales, históricas y epistemológicas de su trabajo en la sociedad. Loureau en el curso sobre “análisis institucional y prácticas de investigación” dictado en la Universidad Estadual do Rio de Janeiro, en 1993, se refiere a la construcción de un “nuevo campo de coherencia”, que surge de la confrontación entre lo instituido y el análisis de las implicaciones. El autor refiere que lo nuevo surge como “escándalo”, “locura”, y ejemplifica con Durkheim en la

sociología, Freud con el psicoanálisis y Comte[35], en la segunda fase, con el método subjetivo. Lourau (1993, p.19) entonces afirma que el amor y la locura serían "engranajes imprescindibles a los cambios", la implicación tendría "alguna cosa que liga con la locura".

El pavor al "escándalo" y a un constructivismo de la implicación, han llevado a los diversos actores del SUS, inclusive de la reforma psiquiátrica, a reducir la matriz: capacitación-investigación-asistencia-administración-participación comunitaria a un binomio: servicio-participación o, como máximo, en un trinomio, al nombrar la gestión, perpetuando la separación entre quien conoce, quien hace, quien gestiona y quien acompaña.

Las producciones desinstitucionalizantes de la locura en Brasil, entre ellas la de la Salud Mental Colectiva en RS, han asumido y provocado, entretanto, el "escándalo" de la implicación: todo lo que nos pertenece, nos pone en acto de conocimiento, de cuidados, de gestión y de participación. En 1991 creamos una camiseta de color rosa, en el FGSM, con la frase escrita en color naranja ***SOMOS...*** (de frente) ¡***INSOPORTABLES!*** (en la espalda). Las frases fueron de mi autoría y el arte de Mirela Meira. Era una combinación de colores poco usados y de palabras aún menos. La expresión fue de osadía y de provocación intencional de molestar: apuesta a lo instituyente y señal de que estábamos construyendo otro soporte: el de la implicación. La camiseta circuló por primera vez en el II Encuentro Nacional de Psicología del Trabajo, en Gramado/RS, promovido por el Consejo Regional de Psicología de la 7ª región, cuyo eje principal fue el debate sobre nuevos paradigmas y prácticas en las ciencias y en el mundo del trabajo. La circulación de camisetas en el Foro Gaúcho de Salud Mental inspiró la producción de una síntesis poética en el cierre del II Encuentro:

De cerca, bien de cerca
ninguno es militonto
Ahora, no estamos desnorteados
Sí somos locos por la vida.

---

[35] Augusto Compte propulsor de la filosofía positivista, después de apasionarse por Clotilde (hermana de uno de sus discípulos) y de perderla prematuramente, pues murió joven, se desesperó y con esa experiencia produjo el método subjetivo (Lourau, 1993).

Estamos asustados
Con el propio coraje
De tener varios
Nortes... insoportables.
En la vida solo no tenemos
Miedo de ser
Felices... militantes
(Ieda Rhoden, dic.1991)

En el matriciamiento en construcción en los cursos de Salud Mental Colectiva, trabajamos con lo local, lo obvio y lo cotidiano de los servicios y municipios en la constitución de conocimientos, de tecnologías de cuidado, de autoría, de invención de presente y de vida. Identificamos que para que los alumnos validaran las propias producciones necesitaban superar un pensamiento dependiente (autores son otros, en otros lugares) y un sentimiento de vergüenza con las invenciones locales y cotidianas. Abraham Turkenicz (1995) escribió un texto titulado *Queriendo aprender y aprendiendo* sobre las condiciones subjetivas para la producción de conocimiento, identificando esas condiciones como el vacío, la incertidumbre, la insatisfacción, lo imprevisible, la sorpresa, la confianza y la superación de la desvalorización. Judete Ferrari, al referirse a la política de salud mental de Alegrete, consideró que la ruptura con la vergüenza contribuyó para la expresión de producciones silenciadas, construyendo salidas "porque la salida de la locura está en el imaginario del pueblo, la locura es el propio pueblo que la nomina" (Salbego, 2004, p.40). De ese manera, tiene sentido. Alegrete ha producido y difundido la camiseta "vivir y no tener vergüenza de ser feliz" (verso de la canción de Gonzaguinha). La implicación saca la vergüenza.

Inmersos en producciones de la educación en ciencias de la salud, Ceccim y Feuerwerker (2004) proponen el cuadrilátero para la formación en el área de salud: formación-gestión-atención-fiscalización social en un modo indisociable de la educación entendida en el sector salud, ecuación también presentada como enseñanza-atención-gestión-participación para enfocar el

hacer de las instituciones formadoras. Ceccim (2005, p.161) considera la educación permanente salud como el *proceso educativo que coloca lo cotidiano del trabajo en análisis*, lo que implica sus agentes, las instituciones y las políticas, potente como para activar el cuadrilátero de la educación. Así, los componentes del cuadrilátero se vuelven analizadores para pensar la capacitación e investigación, las prácticas de atención a la salud y de gestión sectorial y la movilización social.

Emerson Merhy al debatir la propuesta de Ceccim indica que la educación permanente en salud tiene en si una pedagogía de la implicación como desafío. Merhy destaca que la educación necesita *tener potencia de exponer el trabajo vivo en acto para el propio auto análisis y pedagógicamente abrir espacios relacionales para poder hablarse e implicarse* (Merhy, 2005, p.174)

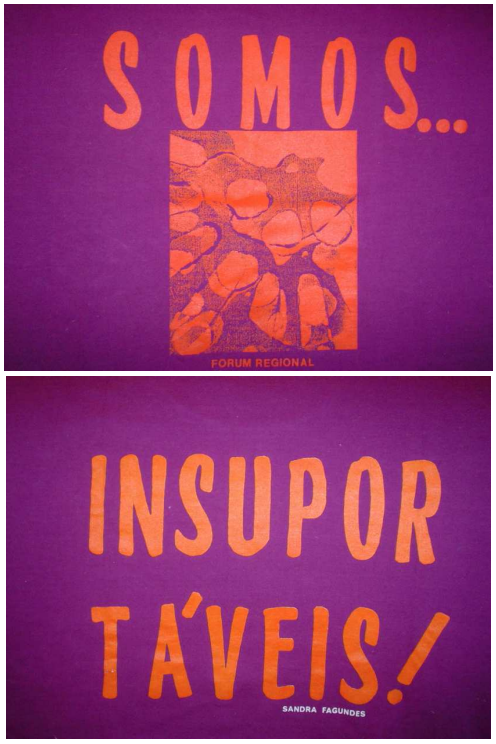
El cuadrilátero de la formación actualiza, supera y substituye la formulación *capacitación-investigación-asistencia-administración-participación,* ya que es contemporáneo al SUS de los años 2000 y está en la construcción de un *nuevo campo de coherencia. Capacitación-investigación* se funden como *formación* y la concepción de implicación contribuye a la fusión; la *asistencia* se desdobla en *atención integral,* la *administración* en *gestión de sistema y de servicios* y la *participación* es entendida como *control social*[36], por la marca de política pública de salud deliberada por los diversos actores del sector.

El desdoblamiento *asistencia* en *atención integral* ya provocó otra formulación a la de *gestión de la atención* o *gestión de cuidado* (Pinheiro, 2003; Mehry, 2004; Ferla, 2004) para señalar que las propuestas, los recursos y las decisiones deben estar dirigidas hacia atender a las personas en sus necesidades singulares, así como que al diseñar un plano terapéutico hay elecciones y decisiones, por lo tanto, gestión (sentidos, intervenciones y tiempos involucrados).

El proceso de construcción de Salud Mental Colectiva en Rio Grande do Sul operó como los componentes del cuadrilátero, también fue esta la

[36] NT: En el ámbito del Sistema Único de Salud brasileño, "control social" se entiende como controle ejercido por la sociedad sobre el estado, controle ejercido por la ciudadanía sobre las políticas públicas de salud.

traducción de la vertiente vidaformación y los agenciamientos de proyectos de vida producidos en Santo Augusto, Bagé, São Lourenço do Sul y Alegrete. Son ejemplos de una gestión del cuidado a la alteridad. En cada una de las situaciones narradas fueron tomadas decisiones, fueron realizadas apuestas, fue destinado tiempo, fueron movilizados recursos materiales, económicos y tecnológicos: para ir al campo (Santo Augusto), para redireccionar los recursos económicos a bienes colectivos e individuales (Bagé), para llevar de vuelta a casa (São Lourenço do Sul y Alegrete), para realizar guardias participativas y viabilizar trabajo cooperativo (Alegrete y Santiago). Son trabajadores y municipios que tienen *una cierta ligazón* con la locura, una matriz formación-atención-gestión-participación que califico como categoría para una pedagogía de la implicación. La implicación es matricial.



Camiseta del Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Nucleo Bagé)
— — — — — —-
SOMOS
¡INSUPOR
TABLES!

5.2 Poder y pensamiento estratégico en el sector salud.

El poder se fue constituyendo como categoría central en los cursos de las aguas y en las rutas de navegación. El autor que dio soporte para el tema fue Mario Testa con su producción sobre pensamiento estratégico e implicación con la salud mental colectiva en Rio Grade do Sul, a partir de 1989.

La implantación efectiva del Sistema Único de Salud y de la reforma psiquiátrica en Brasil exigía cambios políticos, sociales e institucionales, producía malestar, desplazamiento de fuerzas y superación de instituidos, por lo tanto, un contexto conflictivo y de disputa de poderes. Ser autor en ese contexto exigía preparación para los embates propositivos. Llamaba la atención la ausencia del tema *poder* en la formación de los trabajadores de salud, lo que los debilitaba para la creación de procesos instituyentes y la sustentación de nuevas institucionalidades. En ese sentido, el encuentro con Mario Testa y Carlos Matus fue decisivo para trazar nuestras rutas. Con Mario Testa realizamos varios viajes.

Dos formulaciones de Testa (1992) sobre planeamiento estratégico fueron efectivas herramientas para nuestro saber-hacer: el postulado de coherencia y los poderes en el sector de la salud. *Postulado de coherencia* es la expresión de las relaciones de determinación y/o de condicionamiento entre propósitos, métodos par alcanzarlos y organizaciones que los implementan. La determinación abarca las fuerzas propulsoras (facilitadoras) para que sucedan situaciones. El condicionamiento está constituido por las fuerzas que limitan (obstaculizadoras) acontecimientos. El autor propone el estudio de las referidas relaciones, identificando los actores implicados y los poderes que cada uno dispone en los diversos componentes de la ecuación. Al estudiar las relaciones entre propósitos, métodos y organizaciones, Testa identificó otra ecuación compuesta por la Historia, el Estado y la Teoría, en la cual hay una relación de determinación entre sí y entre instancias (ecuaciones). Relaciones propias de países latinoamericanos, dependientes y periféricos en el sistema capitalista. En la macro-instancia, la historia es el mayor determinante (del Estado y la teoría) y la teoría es la más determinada (por la historia y por el Estado). En las relaciones entre instancias, el Estado

determina los propósitos del gobierno, la teoría los métodos y la historia las organizaciones. En la micro instancia los propósitos determinan los métodos y las organizaciones y estas son condicionantes para los demás componentes.

En el análisis de los propósitos de gobierno fueron mapeados los de legitimación, de crecimiento y de transformación (de estructura social). Lo último no siempre presente y apenas compatible con una visión de Estado constituido por heterogeneidades portadoras de contradicciones y conflictos. Cada propósito determina un método y proceso organizacional propio para que haya mayor eficacia. Así, al propósito de crecimiento, corresponde un diagnóstico administrativo (cuantificado) y un proceso de continuidad de los avances (producir más de lo que ya es producido). Al propósito de legitimación corresponde un diagnóstico ideológico (saberes y prácticas constructoras de sujetos) para la consolidación. Al propósito de transformación corresponde un diagnóstico estratégico (actores, poderes y diferencias) para procesos de apertura (porosos, permeables y productores de lo nuevo). En 1995, Testa propuso una “síntesis diagnóstica”, refiriendo que los diagnósticos administrativos, ideológicos y estratégicos son parciales y precisan ser reconstruidos en situaciones concretas para que se abra camino a propuestas de salud.

Trabajamos en los cursos de salud mental colectiva y en la implementación de las políticas públicas de salud la necesidad de construir coherencia en el cotidiano del aula y de los sistemas y servicios municipales (implicación de los alumnos). Siendo el objetivo la construcción de autoría, esta tiende a ser producida sin que sea mera intención vaciada de sentido y de práctica, por eso la itinerancia, la metodología con presentación primero de las realidades locales y la circulación y producción de conceptos-herramientas como estructura de los cursos.

A los principios del SUS de universalidad, descentralización, integralidad y participación correspondían métodos y organizaciones que diesen concreción a los mismos. Para universalizar era necesario ampliar el acceso con servicios que operasen con otra ética (de la inclusión, la ciudadanía y responsabilización) y no la vigente (de exclusión, de favor y sin compromiso) en los servicios públicos de salud. La descentralización de la gestión a los municipios (municipalización) era una propuesta potente para la efectiva transferencia de poder para el ámbito local y acuerdo entre los diversos actores del sector (no sólo el gobierno). La integralidad exigía una red de servicios y modificación en las prácticas cotidianas capaces de escucha, atención a las necesidad de la salud, de resolutividad y de trabajo colectivo. La participación necesitaba ser de todos con poder de decisión y con ejercicio de fiscalización social sobre el Estado: las conferencias y los consejos de salud fueron los dispositivos creados al final de la década del ochenta y primera mitad de los noventa. Muchos de nosotros, profesores y alumnos, nos dedicamos a la municipalización, a la realización de las Conferencias de Salud y a la creación de Consejos de Salud en los municipios (Oliveira y Saldanha, 1993; Beskow, 1993; Rocha et al 1995; Crescente y Oliveira, 1995, Ferrari y Mulazzani, 1997). La exigencia de producción de coherencia continua vigente en el SUS y muchos problemas del sistema son oriundos de las discrepancias entre sus propósitos, métodos y organizaciones.

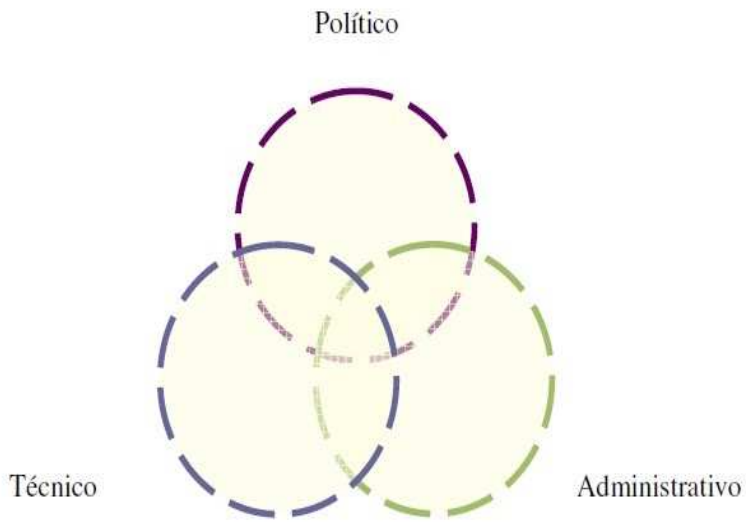
El postulado de coherencia ancló las prácticas de salud mental colectiva en los municipios. Para muchos, antes de saber qué servicio crear y qué hacer, el motor de la acción consistía en el conjunto de propósitos:

garantía de derechos (ciudadanía y salud), atención local y atención integral. Son ejemplos de ese proceso de creación de *Nossa Casa* en São Lourenço do Sul, en el cual la secretaria municipal de salud provocó al equipo a implementar un servicio, sin saber cual, pero sabiéndolo posible (Beskow, 1993) y la apertura de camas en el hospital general de Alegrete, inicialmente disponibilizado por la necesidad de un usuario (José de Canoas), después por el argumento del derecho y por último por la formación del equipo en servicio (Salbego, 2004). El conocimiento fue producido en la acción, en su resignificación y en la interacción con otras prácticas.

La otra formulación de Testa (1992 y 1995) que operó como concepto-herramienta fue sobre los poderes políticos, técnicos y administrativos en lo cotidiano del sector de salud. Entendiendo *poder* como la capacidad, práctica y relación entre actores sociales, propuesto como distribución democráticas y estratégica de ganar espacios de libertad. El aprendizaje de que pueden varios modos (estrategias) de implementar una política, fue inspiradora de la frase "no estamos desnorteados: tenemos varios nortes", de autoría de Abraham Turkenicz.

El poder político es la capacidad de desencadenar una movilización y es el impacto de su práctica tanto en los movilizados como en los movilizadores, resulta en saberes y prácticas. El *poder administrativo* es la capacidad de apropiarse y de destinar recursos y está sintetizado en las diversas formas de financiamiento. El *poder técnico* es la capacidad de generar, usar, circular, procesar y vehiculizar informaciones. Testa identifica el poder técnico por tipo de información (médica, sanitaria, administrativa y marco conceptual), ámbitos (docencia, investigación, servicios, administrativo y población), homogeneidad/heterogeneidad y por estilo (lenguaje). Los poderes son interdependientes y se intersecionan.

Los ámbitos de poder técnico identificados por Testa coinciden con la matriz formulada en el ítem anterior y con el concepto de integralidad propuesto en la Política de Atención Integral a la Salud Mental (Paismental SES/RS): formación-atención-gestión-participación.



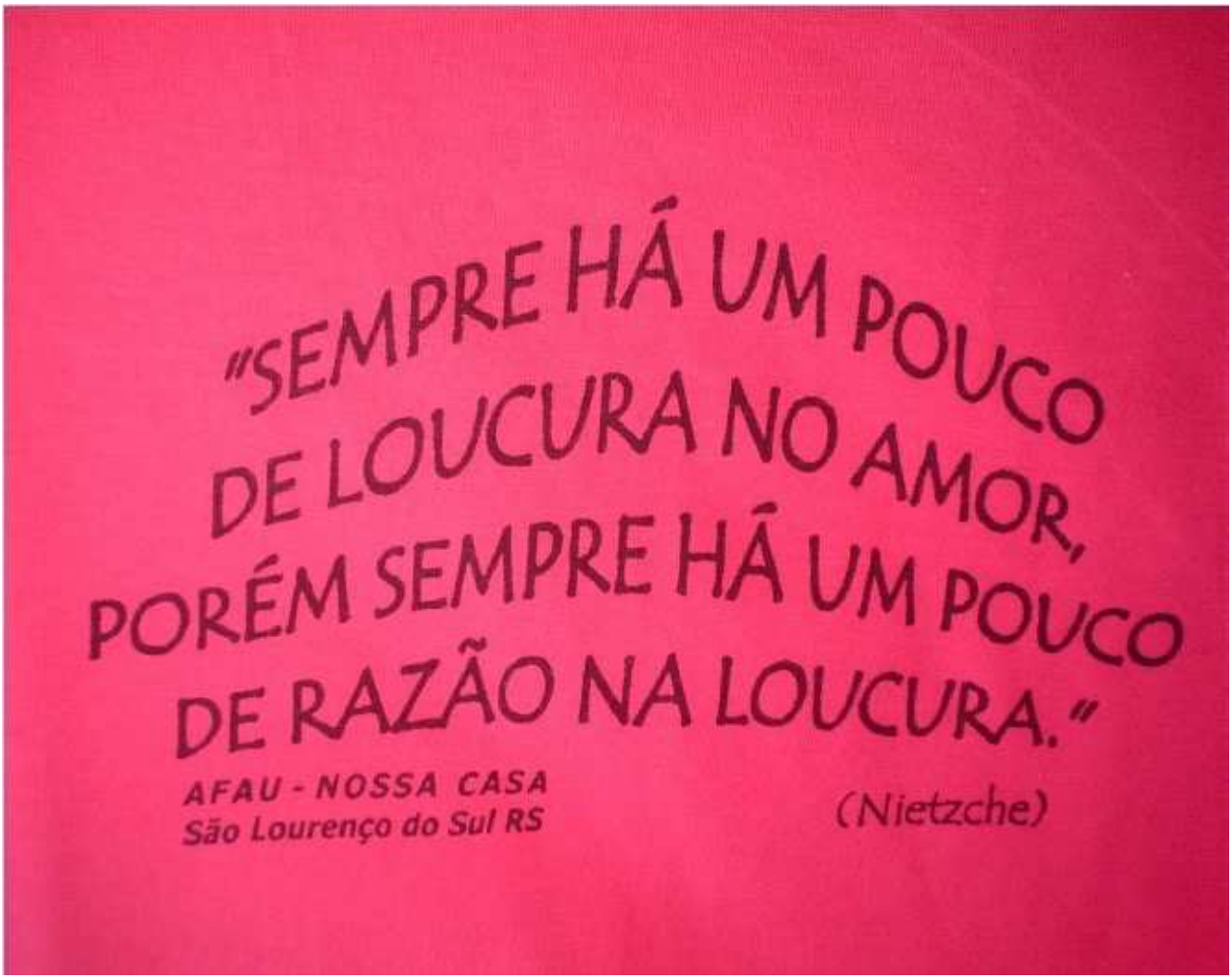
La identificación de los poderes en la salud y en la salud mental y la construcción de las propuestas de intervención en los mismos, fueron intercesoras en la producción de autoría en las políticas públicas del sector en RS. Para mi fue una herramienta que posibilitó la interlocución con políticos (en el sentido convencional): alcaides, secretarios de salud y legisladores, con técnicos profesionales de salud y administradores, así como facilitó la comunicación entre los mismos. Trabajar pedagógicamente con los prejuicios recíprocos tales como “todo político es mentiroso”, “todo técnico está alienado” y “todo administrador es un burócrata” era un disparador para rehacer conceptos, romper límites rígidos y producir interferencias múltiples en sus prácticas cotidianas. En los cursos los alumnos utilizaban en los boletines “las bolas” en contraposición “a los cuadros” que necesitaban ser rotos y superados, así como para expresar cuánto ese aprendizaje generaba inquietudes. Los poderes están presentes en el concepto de Salud Mental Colectiva (Fagundes, 1995), en las propuestas y evaluaciones de políticas públicas de salud y salud mental (Oliveira e Saldanha, 1993; Dias, 1993; Crasoes, 1995; Fagundes, 2001) y en la constitución de colegiados gestores (Fagundes, 2001).

El tema provocó el encuentro con otro autor: Foucault. Comenzando con la Historia de la locura, después con Vigilar y castigar, Microfísica del poder, El orden del discurso y, más reciente, con los Dichos y Escritos, para el cual el poder es categoría central en el asujetamiento y en el

disciplinamiento en la sociedad. La noción de biopoder (poder sobre la vida) también es un concepto-herramienta que posibilitó el rompimiento con su ejercicio y el agenciamiento de otros modos de inventar la vida en lo cotidiano (biopolítica) del trabajo vivo en salud y salud mental.

Otro encuentro fue con Nietzche dando al poder sentido de voluntad de potencia para el movimiento, las fuerzas de expansión, transmutación, de destrucción y creación de formas de invención de si y de la vida (Naffat Neo, 1996).

El poder aparece como categoría y no concepto, sirve al pensamiento estratégico, al desarrollo de la autonomía, con coraje y osadía para las autorías. La implicación es poder de autoría.



Camiseta del Mental Tchê (São Lourenço do Sul, 2005)

— — — — — —

SIEMPRE HAY UN POCO
DE LOCURA EN EL AMOR,
PERO SIEMPRE HAY UN POCO
DE RAZ{ON EN LA LOCURA

5.3 Transdisciplinaridad

Las vertientes, los cursos de las aguas y las rutas de navegación constituyeron un concepto para la pedagogía de la implicación: transdiciplinaridad.

La experiencia y vivencia del trabajo con profesionales de varios núcleos de saberes y prácticas, y la experiencias y vivencia en cuanto ese otro atrincheramiento potencializa el aprendizaje, la elaboración de estrategias innovadoras de atención, la capacidad de dar soporte a la incertidumbre y la desterritorialización de los saberes-haceres previos para que se vuelvan actuales, permitieron la extracción del concepto de transdiciplinaridad.

La elaboración conceptual se fue procesando a lo largo de la formulación/implementación de la reforma psiquiátrica en nuestro estado y país, marcadamente en el período en que responsable por la coordinación de la Política de Atención Integral a la Salud Mental de la Secretaria Estadual de Salud de Rio Grande do Sul (1987-1991). Tal política tuvo, como ya fue mencionado anteriormente, como estrategia central la formación de personas, realizando intercambios internacionales, nacionales, estaduales y locales, ofreciendo talleres de atención integral a la salud, modificando la formación de residentes en salud mental, creando cursos de perfeccionamiento en salud mental colectiva, de forma descentralizada, itinerante y multiprofesional. La formación desencadenada por la política estaba fundamentada:

- en los principios y directrices del SUS de descentralización, participación, integralidad, universalidad, gratuidad, equidad y acceso a la información;
- en el entendimiento de que en salud el principal trabajo es el humano y que los trabajadores, al apropiarse de su proceso de trabajo, ejercitándolo generan conocimiento, innovación y acción;
- en el reconocimiento de la subjetividad, del conflicto, de las contradicciones, de la incertidumbre y del poder como constitutivos de individuos, colectivos e instituciones.

Fue la producción del encuentro con el psicoanálisis (Vicente Galli,

Jurandir Freire Costa y Joel Birman), con el análisis institucional (Félix Guattari), con la psicología de grupos (José Bleger), con el pensamiento estratégico (Mario Testa, Carlos Matus y Rubén Ferro), con la desinstitucionalización (Franco Basaglia, Franco Rotelli y Michel Foucault), con la pedagogía de la problematización (Paulo Freire), con la administración creativa (Paulo Motta), con las ciencias sociales (Boaventura Souza Santos, Susan Sontag y Cristóvam Buarque), con la epidemiología sin números y de la desigualdad (Naomar de Almeida Filho y César Vitoria) y con las políticas públicas de salud (Giovanni Berlinguer, Sérgio Arouca, Sonia Fleury, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy y Luis Carlos Cecílio) que constituyó el estudio de una necesidad de trabajo y de trabajo en una necesidad de estudio, colocando la subjetividad e institución en cuestión. Se podría decir que reunir esa diversidad de autores configuraría un eclecticismo sin sustentación epistemológica fuerte, pero la extracción es la del "encuentro", no la del perfilamiento. No un eclecticismo, sino un encuentro de teorías que las diferenciaba inclusive de si mismas: capacidad de agregar profesionales de diferentes "escuelas", haciendo diferencia en sus teorías. La expresión multireferencialidad utilizada por Lourau (1993) al referirse al análisis institucional como "nuevo campo de coherencia" trae esa noción como contraposición a las filiaciones, no al eclecticismo.

El encuentro se produjo tanto a través de los textos como de las clases, debates, convivencias con los propios autores en eventos-advenimientos provocados por nuestros colectivos inventariados en las *rutas de navegación*, en los cursos de perfeccionamiento y especialización en Salud Mental Colectiva, en los Seminarios Internacionales de Salud Mental Comunitaria y de Salud Mental, en los Encuentros Estaduales de Salud Mental, en el Encuentro Nacional de Psicología del Trabajo, en los Encuentros del *Foro Concordia de Salud Mental*, en los Congresos Brasileros de Salud Colectiva, en especial el tercero, realizado en Porto Alegre, y en las Conferencias Nacionales de Salud y de Salud Mental.

Esa formación multireferenciada, provocadora de encuentros y efectos, como servicios locales de salud mental y el Foro Gaúcho de Salud Mental,

fue una de las fuentes para la elaboración de Mario Testa sobre el *Saber en salud: la constitución del texto* (1997). La experiencia posibilitó la construcción de nuevos perfiles de trabajadores y de usuarios, en especial los "locos" conquistaron otra escucha y otro cuidado, la configuración de una nueva metodología de enseñanza-aprendizaje, centrada en la capacidad de autoría, de el humano ser *sentipensante*, así como de una estructura-eje para los cursos en salud mental. Producción que dialoga con la formulación de Naomar de Almeida Filho (1997) sobre transdisciplinaridad, posible por el tránsito de sujetos de los discursos y no por la circulación de los discursos (por la via de la traducción) en cada campo. La transdiciplinaridad es un proceso práctico ejercido por la *mentecuerpo* de investigadores en tránsito. Nosotros denominamos *sentipensante* los nuevos "operadores transdiciplinares de la ciencia" que fueron propuesto por Almeida Filho. Sujetos transversales, capaces de "traspasar fronteras a voluntad en los diferentes campos de transformación, agentes transformadores y transformandos" y "anfibios", por la capacidad de vivir en medios diferentes. La formulación de Almeida Filho fue debatida y publicitada en la revista *Ciência & Saúde Coletiva* (1997). Del debate, destaco las interlocuciones de Vera Portocarrero, José Ricardo Ayres y José da Rocha Carvalheiro. Los comentarios provocaron Almeida Filho (1997, p.52) a proponer nuevos objetos "simultáneamente fronterizos, híbridos, mestizos y complejos: los trans-objetos", reafirmando el desafío de inventar instituciones políticas capaces de entender que los "objetos son también agentes culturales" y, por fin, resaltando la necesidad de "aumentar las travesías entre los campos científicos y de práctica social". Travesía en construcción desde 1992 por Mario Testa en su formulación sobre ciencias sociales y vida cotidiana y publicada en 1997 en el libro *Saber en salud*. El traspasar en la producción de transdiciplinaridad también sucede entre saberes y prácticas científicas y populares, lo que constituye uno de los mayores desafíos de la pedagogía de la implicación. Sobre aprender y conocimiento, un chofer del equipo de Paismental, mentalero, acuñó la frase de otra camiseta "peor que masa encefálica fallida, es masa encefálica contaminada" (Vanderci). La restitución formulada por Lourau (1993) y practicada en los cursos de las aguas y en las

rutas de navegación de la Salud Mental Colectiva es un dispositivo para ese transdiciplinar.

La elaboración de las nociones de campo (compartido) y núcleo (específico) de saberes y de prácticas en las profesiones de salud y de resignificación de la clínica, realizadas por Gastão Wagner de Sousa Campos (1994 y 1997) y por Emerson Elias Merhy (1997) fueron decisivas para la superación de los desafíos de la formación y para la continuidad de la invención del trabajo de la atención-gestión en la salud. Junto con la estructura y la metodología configurados en los cursos de salud mental colectiva. Tales elaboraciones fueron guías señalizadoras para la estructuración de la Residencia Integrada en Salud Mental Colectiva (Turkenicz y Fagundes, 2000; Ceccim y Armani, 2002) y para el Curso de Perfeccionamiento en Salud Mental Colectiva de la Escuela de Salud Pública de Rio Grande do Sul (ESP/RS), en el período 1999-2002.

Las observaciones, las indagaciones, las autorías y los lazos propiciados por la formación, como eje prioritario de la política pública de salud mental, constituyeron circuitos de viabilización de lo imposible: articulación entre educación y salud, con las temáticas de la autoría y de la clínica; de la integralidad y de la educación permanente en salud; de la equidad y de la singularización. Algunos hilvanados conceptuales fueron elaborados y registrados en artículos en la Revista de Salud Mental Colectiva, del Foro Gaúcho de Salud Mental (1993,1995,1997), en libros como *Psiquiatría sin hospicios* (1993) y *Salud Mental: campo, saberes y prácticas* (2001).

Un nuevo encuentro afirmó la transdiciplinaridad como ancla para la pedagogía de la implicación: con Regina Benevides y Eduardo Passos (2000). Los autores recorren a la implicación (análisis del sistema de lugares del analista/investigador) para romper las barreras entre sujeto y objeto, entre acción y producción de conocimiento. El sujeto y el objeto del conocimiento se constituyen en el mismo proceso de diferenciación, en el cual todo conocer es un hacer. En ese proceso la transdiciplinaridad "subvierte el eje de sustentación de los campos epistemológicos" por el efecto desetabilizador de la dicotomía sujeto/objeto, de la unidad de las

disciplinas y de las especialidades. La propuesta es de un “plan de constituciones o de emergencias”, a partir del cual toda realidad se construye con componentes teóricos, éticos, estéticos, económicos, políticos y afectivos que lo atraviesan. Consideran la transdiciplinaridad un concepto-herramienta por su potencia crítica como operador de realidad, por su capacidad intercesora de producción de crisis y desestabilización.

Los intercesores, propuestos por Deleuze (1992), producen efectos de interferencia, de intervención por atravesamientos, de desestabilización y de perturbación en la relación entre dominios. Los intercesores solo pueden ser aprendidos en operación: “de encuentro, contagio, cruzamiento que desestabiliza y hace diferir”, reafirman Benevides y Passos (1997, p.77). Los intercesores se hacen en torno de movimientos, suceden “entre” dominios. Transdisciplinar es problematizar los límites de cada disciplina, cuestionar sus puntos de congelamiento y universalidad, nomadizar sus fronteras, tornándolas inestables. La apuesta transdiciplinar es la de “caotizar los campos, desestabilizándolos al punto de hacer de ellos planos de creación de otros objetos-sujetos”. La propuesta de desinstitucionalización elaborada en Italia (Rotelli, 1992), la problematización y el descongelamiento del paquete objeto-disciplina-procedimiento-espacio-objeto = enfermedad mental-psiquiatra-internación/medicación-hospital psiquiátrico-cura, efectuada por el Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial en Brasil y la construcción de la Salud Mental Colectiva en RS son producciones transdiciplinares: por la capacidad de generar crisis, producir diferenciación y activar autorías.

Benevides y Passos conceptualizan la transdiciplinaridad al proponer la construcción del plano de la clínica, defendiendo que toda clínica es transdiciplinar. Aquí, otros dos encuentros desestabilizadores son producidos con Alcindo Ferla (2002) y Ricardo Ceccim (2004).

Ferla provoca con su formulación de una clínica nómade: capaz de asumir nuevos órdenes ético-estéticos para potencializar la salud y afirmar la vida en cada situación de atendimiento. Práctica constructora y construida por otra pedagogía: mestiza, de escucha a la vida, a las sensibilidades y singularidades, con sus múltiples racionalidades y productora de

protagonismo.

Ceccim propone directamente el “entre-disciplinar” para las prácticas de educación y de salud. El autor utiliza la figura de *tercera margen del río*, de Guimarães Rosa, la imagen de la travesía del Che Guevara entre una margen del río (donde están los profesionales de salud) y otra (donde están los pacientes) en la película *Diarios de motocicleta* de Walter Salles Jr. y el concepto de intercesor en su propuesta-apuesta. En el “entre”, zona de frontera, de borramiento de dominios, de travesía, de transmutación de valores, de sorpresa, de aprendizaje, lugar de efectos, de subjetivación: la tercera margen. Entre-disciplina, zona de las “intercesiones de las prácticas disciplinares, unas a las otras, diferenciándose cada una de forma viva” (Ceccim, 2004; p.273).

Para Benevides y Passos, para Ferla y para Ceccim a diferencia de sujetos que transitan a voluntad en más de un campo realizando síntesis provisorias, como propone Almeida Filho, la transdiciplinaridad sucede entre campos, desestabilizándolos y los sujetos (intercesores) son los que soportan el tránsito en la zona de frontera, la perturbación, la diferenciación creativa, o sea, la producción de la tercera margen del río.

El Curso de Especialización en Salud Mental Colectiva binacional, promovido por las universidades de Ijuí de Brasil (Uniijuí) y de Misiones (Unam) de Argentina, con módulos alternados en uno y otro país, como ya fue mencionado en las rutas de navegación, exigía que alumnos, profesores, coordinadores y autoridades académicas se trasladasen mensualmente en balsa por el río Uruguay, pues no había ruta ni puente. Imagen concreta, pero todo los participantes se implicaron con la propuesta y, por eso, asumieron el desafío de la travesía de un lado al otro, pero también por el “entre”. En esa tesitura de redes, de itinerancia, de multiplicidad y de posibles, viví una situación-marcadora de intercesión: atravesé el río Uruguay en barco a remo a la noche. Fue el modo de viabilizar y explicitar la implicación de la profesora (de un módulo en Argentina un día) y de psicóloga (de la Pensión Pública Protegida *Nova Vida* en Porto Alegre, que realizaba su confraternización de final de año al día siguiente). Los horarios de la balsa no permitían tal operación y la opción fue por el medio utilizado

por la cultura local de la frontera: el barco a remo de los pescadores. Entre miedo, excitación e indignaciones viví la sonoridad suave del ritmo de las aguas, así como vi el río-cielo estrellado y una enorme luna llena nacer dorada. La clase y la fiesta tuvieron resonancias, interferencias de la travesía intercesora y perturbadora de prácticas.

Producción de transdiciplinaridad sucedió en el encuentro entre operadores del derecho y de la salud mental en los curso y en los municipios. Profesores invitados para clases sobre legislación y ciudadanía en el curso de Passo Fundo, el juez Paulo Félix (1993) y el procurador del estado Geraldo Feiz, modificaron sus prácticas profesionales (sentencias, órdenes y pareceres) a partir de los debates sobre desinstitucionalización, integraron el Foro Gaúcho de Salud Mental y nos presentaron las propuestas de derecho alternativo. En Alegrete, el curso de las aguas de la vida de Clara fue modificado por la interferencia de las *mentaleras* en las prácticas del Ministerio Público, y las prácticas de salud mental se fueron transformando en el encuentro con ella. Clara no fue encaminada a una internación en un hospital psiquiátrico en Porto Alegre, fue cuidada, reconstituyó su historia e impulsó la cualificación de las tecnologías de cuidados de salud mental en Alegrete.

Camiseta de la Cooperativa Qorpo Santo (Alegrete)

— — — — — —

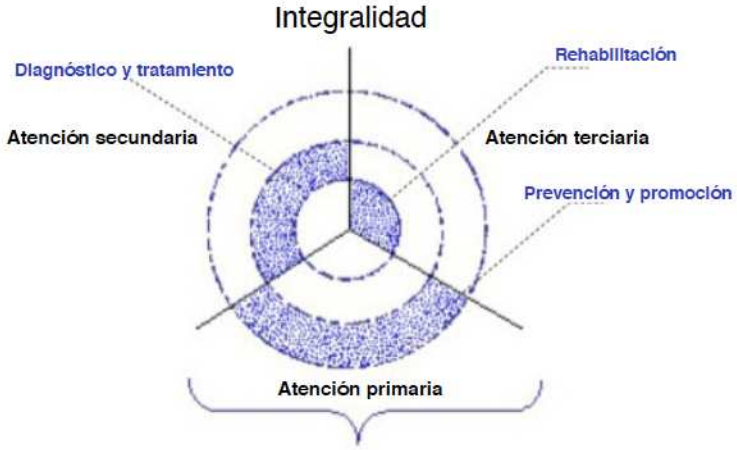
Inclusión y generación de renta solidarias

5.4 Integralidad

Un concepto complementario al de transdiciplinaridad fue el de integralidad. En escena la vertiente vidaprofesionalización: entre los principios estaban el atendimiento personalizado y la atención integral, referencias a la singularidad, a la clínica, al acceso durante las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, al cuidado necesario a la salud. Principios inexistentes en el sistema de salud pública en la década del setenta, cuando fue creada el Sistema de Salud Comunitario Murialdo, pero prácticas que cimentaron y integraron mi ser-saber-hacer, integralidad-equidad, en el inicio de este milenio.

La reforma sanitaria, que concibió el SUS, tuvo como directriz la atención integral a la salud. La integralidad, en lo referente a la asistencia, debe ser entendida como la conjugación de acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El campo de salud mental fue un terreno fértil para componer la integralidad. En los *Delineamientos para la elaboración de política de Salud Mental en Rio Grande do Sul* (1987) fueron formuladas, por primera vez, los conceptos y las estrategias de implementación de una atención integral a la salud mental, en la condición de una política pública estadual, en nuestro estado. Las estrategias propuestas para la integralidad articulaban niveles de prevención —primaria, secundaria y terciaria— con los niveles de abordaje —sociocomunitario, ambulatorial y hospitalar, producción de conocimiento, capacitación e investigación, realidad epidemiológicas y clínica resignificada —.



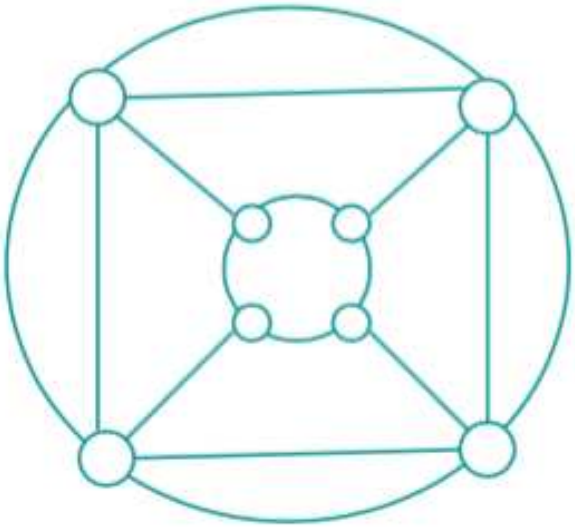
El desafío era provocar y propiciar que todos los servicios realizasen acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, además de capacitación-investigación, de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas de la población, así como las especificidades tecnológicas de los mismos. Las instituciones que se movilizaron en la dirección de tales propuestas desencadenaron un proceso de reorganización del trabajo de un modo participativo —una de las prioridades de la salud mental—. Proceso que rompía con la rigidez del sistema piramidal de la organización de la asistencia a la salud, posibilitaba la reorientación del modelo asistencial con los equipos locales, siendo productores participantes de las políticas y los planes de salud y salud mental. El mismo colectivo de trabajo piensa, siente, planea y hace.

Conjuntamente, la reforma psiquiátrica en Brasil fue asumiendo los contornos y las propuestas de desinstitucionalización que, como la reforma sanitaria, exigía un nuevo paradigma ético-estético-político. Eran necesarios nuevos y otros saberes-haceres. En salud mental se producía la ruptura con el modelo hospitalocéntrico, afirmando su superación a través de la invención de tecnologías de cuidado que prescindiesen del hospital psiquiátrico y se ocupasen de las existencias en sufrimiento en la cultura. Los servicios necesitaban ser-estar accesibles, producir acogimiento, responsabilización y resolutividad, mediante la plasticidad en las tecnologías de cuidado ofrecidas, para que se contemplase la diversidad de necesidades de cada usuario. Hay una radicalización del principio de integralidad, asociado a las singularidades/subjetividades, y no sólo a la asistencia.

Gastão Campos (1994) realizó una feliz síntesis de la contribución de la salud mental al SUS y propuso la reconfiguración del sistema de salud, de la pirámide al remolino, “con la base en movimiento sobre el suelo”. Luis Cecílio (1997) propuso la superación de la pirámide por el círculo en la estructuración de modelos tecnoasistenciales de salud teniendo como centro a los usuarios. Righi (2002) intercaló los temas de la red, territorio, poder local y complejidad, en la constitución de sistemas de salud, desmontando la pirámide en diagramas de red local para alcanzar la integralidad. Ceccim

(2005) propuso la imagen de una malla de cuidados ininterrumpidos, tramando servicios y líneas de integralización de cuidados. Imagen que difundió en la IV Conferencia Municipal de Salud de Porto Alegre (2003), preparatoria a la XII Conferencia Nacional de Salud. El mismo autor compuso el diagrama de un mandala como expresión de la disruptura con las racionalidades administrativas y gerenciales hegemónicas cuanto la jerarquización y la regionalización propuestas para el SUS. La jerarquización sería el *diseño de los ejes de comunicación, de las líneas de cuidado y del matriciamiento del trabajo en red.* La regionalización sería el *diseño de zonas en torno de puntos de contacto y cruzamiento donde suceden pactos entre gestores y lazos con redes sociales*, teniendo como *centro* o *orientación al centro* los usuarios (Ceccim, 2005, p.166).

Diagrama básico de una mandala



La integralidad es el eje estructurante para la afirmación del SUS. Está asociada a la superación del reduccionismo de las prácticas de salud, a la organización de los procesos de trabajo y del sistema socio-sanitario, a la formulación de las políticas de atención a problemas y poblaciones específicas, a las necesidades de las personas y sus condiciones de vida, a la elección de las tecnologías de atención, a las interrelaciones subjetivas y de producción de autonomía (Mattos, 2001; Cecílio, 2001).

Hay acuerdo en que es necesaria una resignificación de la clínica y nuevas formulaciones fueron concebidas a lo largo de los anos noventa e inicios de los dos mil, provenientes tanto del campo de la salud colectiva, como del campo de la salud mental, pasibles de diálogo entre sí. Así, es posible nombrar osadas e inventivas expresiones-síntesis: clínica ampliada, clínica antimanicomial, clínica de lo plural, clínica de la sensibilidad, clínica nómade, clínica de la resistencia y creación, clínica del cuidado y clínica en movimiento. Florianita Campos (1992) y Gastão Campos (1997), Ana Marta Lobosque (1997 y 2003), Jonas Melman (2001), Emerson Merhy (2002), Ricardo Ceccim (2004) y Alcindo Ferla (2004) son autores de referencia en el tema. Las dos primeras, clínica ampliada y clínica antimanicomial, ya tienen una cierta acumulación teórico práctica, las otras, tal vez sus autores, no tengan esa pretensión, a pesar de que todas sean efectivas.

Regina Benvides y Eduardo Passos han investigado-intervenido en la cuestión de la clínica sin otra nominación, pero afirmándola como transdiciplinar (2000), pública (2004), autopoiética, contemporánea, de pasaje y análisis institucional[37] (2005). Los autores dicen que *definir la clínica en su relación con los procesos de producción de subjetividad implica, necesariamente, que nos arriesguemos en una experiencia de crítica/análisis de las formas instituidas, lo que nos compromete políticamente* (2004, p.168).

La construcción de la integralidad incluye red de servicios y cuidados. El acoplamiento de las propuestas de "malla de cuidados ininterrumpidos" (Ceccim, 2005) y de "redes calientes" de producción de subjetividad (Benevides e Passos, 2004) dialogan con la integralidad producida en Salud Mental Colectiva en Rio Grande do Sul y expresan la integralidad necesaria para el SUS ser un sistema vivo. La propuesta de malla incluye la conectividad entre los nosotros, viabilizando el acceso al sistema a partir de cualquiera de sus nosotros (unidades producidas y productoras de líneas y flujos de cuidado); el trabajo regionalizado, intercomplementario y en equipo

---

[37] Afirmaciones puntuadas en el *Coloquio en dos movimientos: de Porto Alegre a Niterói, acompañamiento terapéutico y políticas públicas de salud*, promovido por el Programa de Acompañamiento Terapéutico en la Red Pública de la UFRGS y por el Proyecto de Acompañamiento Terapéutico de la UFF, oct. 2005 y ene. 2006

para la efectiva resolutividad e innova con la característica de maleabilidad productora de autonomía (escucha de los usuarios y entre los profesionales), con el derecho a la información y con la invención (de tecnologías, de vida y de existencia) generadora de responsabilización frente a lo creado (Ceccim et al, 2005). Las redes calientes son generadoras de efectos de diferenciación por la dinámica de conectividad o de conjunción, son redes heterogenéticas, en las cuales la experiencia del colectivo, de lo público o de la multitud, constituyen planos de producción de nuevas formas de existencia, que resisten la serialización y el asujetamiento propios del capitalismo mundial integrado, en la formulación de Guattari (1981), productor de redes frías. La apuesta clínico-política es que la experiencia clínica, así como la vida, en la actualidad, es al mismo tiempo de incidencia de los mecanismos de biopoder y uno punto de resistencia biolpolítica (Benevides y Passos, 2004).

La producción de redes calientes en mallas de cuidados ininterrumpidos exige sujetos encanados. Sujeto como expresó Alcindo Ferla (2004) corporificados, pulsátiles, singulares, marcados histórica y socialmente, con cicatrices visibles e invisibles de los procesos de disciplinamiento y de subjetivación que, al mismo tiempo, en los dobleces del cuerpo, son constituidos por movimientos, fuerzas, afectos y devenires (potencia de la vida). Potencias que necesitan ser escuchadas y percibidas para el agenciamiento de *vidas que pueden vengar* o de una *nueva salud, más fuerte, más tenaz, más alegre, constantemente conquistada*, como propuso Nietzche (2001, p.286) en la *gran salud*. Aprendizaje posibilitado por la pedagogía de la implicación.

El aprendizaje de la integralidad de las nacientes a las rutas de navegación incluyeron la coexistencia de producciones apolíneas y dionisíacas: la resignificación del cuerpo (de las luchas, del trabajo, del amor), el boletín poético, las peñas musicales, la danza y las celebraciones en los cursos de salud mental colectiva y en los servicios-talleres de Bagé, Alegrete, Santo Augusto y São Lourenço do Sul.

El modo en que en Alegrete fue tejida la malla de cuidados ininterrumpidos, a partir de las necesidades de cada usuario, revela autoría

de sujetos encarnados capaces de tejer una red caliente. El morador de Canoas, Clara y la artista fueron “ciudadanos fundamentales para la democratización de la técnica en salud mental en Alegrete” (Ferrari apud Salbego, 2004, p.50). Los mentaleros son encarnados.

Camiseta del Foro Gaúcho de Salud Mental (Santo Augusto)

— — — — — —

Por una sociedad
sin exclusión

5.5 Invención, generación

Presentadas las categorías del matriciamiento (cuadrilátero de la educación) y del poder (pensamiento estratégico) en el sector de la salud, los conceptos de transdiciplinaridad y de integralidad, surgen los dispositivos de la pedagogía de la implicación, dispositivos de invención, generación. Dispositivo formulado por Foucault y sintetizado por Deleuze (1990) como entrecruzamiento, mistura, variaciones y mutaciones de líneas de visibilidad, de enunciación, de fuerza, de subjetivación, de ruptura, de fisura y fractura. La filosofía de los dispositivos repudia la universalidad y propone procesos inmanentes a dicho dispositivo: como las posibilidades intrínsecas de creatividad, de libertad de los modos de existencia. El dispositivo se define por lo que retiene en novedad (actualidad) y por la capacidad de transformarse o fisurar en provecho de un dispositivo del futuro. Es necesario distinguir en todo dispositivo lo que somos (lo que no seremos más) y aquello que somos en devenir, distinguir la historia y lo actual.

Como ya mencioné en las *nacientes* (mi archivo), haber nacido en Uruguaiana, en la frontera oeste de Brasil con Argentina y Uruguay, así como haber vivido un período de transición histórica, de innovaciones tecnológicas y de cambio de paradigma, me permitió una identidad latinoamericana, una noción alargada de territorio, una cierta convicción de que la historia también fue hecha por mi.

Mi generación vivió las modificaciones del último siglo, pues cuando nacimos no había televisión en nuestras casas, el automóvil no era accesible a la clase media, el teléfono no era parte de nuestra vida cotidiana, la mayor parte de la población vivía en el campo; los movimientos estudiantiles, de mujeres, por los derechos humanos y ecológicos era embrionarios o no existían; el hombre no había llegado a la luna, estaba la guerra fría y la división del mundo era en tres bloques. En cuarenta años todo, o casi todo, se transformó: la televisión es parte de la familia, el automóvil, de patrimonio pasó a ser un bien de consumo; sin teléfono no vive nadie (principalmente el celular); pasamos a vivir en las ciudades; los movimientos sociales son responsables por conquistas de derechos; ir a la luna ya es casi un paseo; la

Unión Soviética dejó de existir y el muro de Berlín fue destruido. Estamos en la era de la informática. Las más bellas producciones humanas, así como las más horribles, pueden ser accesibles a través de internet. Muchos avances y muchos sufrimientos, por lo tanto ¿cómo no creer que es posible inventar y reinventar el mundo? Muchos artimañas de captura, pero también dispositivos de disruptura.

Considero que nuestra generación fue prácticamente convocada a la invención. En lo que a mi respecta, la invención genera placer, se viabiliza colectivamente, exige solidaridad, capacidad de soporte, de soledad y de conciencia histórica. Construir y participar de espacios-laboratorios de vida, de usinas de creación, son circuitos deseantes de alta significación para mí (el actual, *en que me fui tornando).* De ese modo, acepté ser *"la primera mujer y no médica"* en coordinar la política de salud mental de la Secretaría Estadual de Salud de Rio Grande do Sul en 1987. Participé de la creación de la primera pensión pública para portadores de trastorno mental, así como de la casa de transición para los mismos y de la instalación del primero Centro de Atención Integral a la Salud Mental (Caismental) en Porto Alegre. Continué en la trayectoria de los "primeros" en Viamão: creamos el colegiado gestor y una red de atención a la salud que no existía. Entendí que, para mí, ser la primera estaba asociado a la invención, a la generación y no a la clasificación. En el 2001-2002 tuve la posibilidad de constituir e integrar el cuerpo docente de un curso de graduación que no existía: "Administración de Sistemas y Servicios de Salud" en una universidad en creación: la Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Ceccim, 2002). En el 2003 acepté el desafío de ser secretaria de salud del municipio de Porto Alegre, fui la segunda mujer y la primera psicóloga en el cargo y las alegrías fueron, en un corto período (17 meses), las de movilizar el potencial de los trabajadores y de los servicios para analizar y modificar el proceso de trabajo en la gestión, incluyendo el financiamiento y la atención. Otra vez la educación fue activadora de procesos de invención. Implantamos el *acogimiento* en la red de servicios, hicimos la regionalización del atendimiento hospitalar, vinculando hospitales a determinada población del municipio y a la red de unidades de salud de la Secretaria, lo que posibilitó construir la *línea de*

cuidado madre-bebe, en la cual la gestante sabe donde hará el parto y los equipos pasan a cambiar informaciones sobre las personas acompañadas, efectivamos la *contractualización* con los hospitales de enseñanza de la ciudad, por medio de la cual las instituciones se comprometieron con metas cualitativas y cuantitativas de asistencia, gestión, enseñanza y participación y pasaron a recibir de acuerdo con el cumplimiento de las mismas. Realizamos la *I Muestra* de los trabajados ejecutados por los trabajadores de la red de servicios municipales e hicimos dos publicaciones, una con los trabajos de la *Muestra* (2004) y otra sobre *Acogimiento* (2004).

Aprendí que, para mí, el ejercicio de la libertad para crear es esencial a la vida y que, para muchos otros también lo es. Es un proceso de creación-recreación propia-del otro-nuestra. Son muchos los que me crearon y que creé.

El tema de la invención/generación produjo otro encuentro: con Virgínia Kastrup y su libro *la invención de sí y del mundo* (1999). Al estudiar la cognición, la autora introdujo el tiempo y el colectivo como constitutivos de la invención, indagó sobre una práctica pedagógica apropiada al saber híbrido y productor de diferencias y propuso una política de la invención, en la cual se mantiene vivo el aprender a aprender, política cuya clave es la manutención de la tensión permanente entre la acción y la problematización provocada por aprendices-artistas en sus prácticas diarias.

Salbego (2004), al cartografiar el proceso de salud mental colectiva en el municipio de Alegrete, mencionó que más que las tecnologías de cuidado a las personas en sufrimiento psíquico, el procesos fue de invención de modos de andar la vida de todos los implicados: comunidad, familiares, usuarios y colectivo de trabajo, para eso, escribe “buscamos un conocimiento que fuese emancipatorio”, productor de autoría.

Conceptualizando políticas públicas como *acciones, programas, proyectos, reglamentaciones, leyes y normas que el Estado desarrolla, para administrar de manera más equitativa los diferentes intereses sociales* (Almeida, 2001), identifico el SUS como una de las políticas públicas más fértiles para la superación de inequidades en nuestro país, pero aprendí que si su operación no es mediante trabajo vivo (con implicación) él es solo un

ideal, no una práctica. Necesitamos de una pedagogía de la implicación para el trabajo vivo y aprendí que con recursos de la educación podemos interceder por políticas públicas de salud que funcionen como dispositivos. Pedagogía que incluye el aprendizaje de utilizar positivamente los conflictos y contradicciones (Testa, 1997) y de politizar en el sentido de *crear un caso inmenso con su problema, conquistar el respeto a él, forzar su clara colocación en pautas que no lo preveían o que eran destinadas a esconderlo o ignorarlo* como escribió Orlandi en el prefacio del libro de Virgínia Kastrup (1999, p.11).

El SUS fue concebido en el contexto histórico de democratización del país, en el cual el desafío de la construcción de su viabilidad y de control de la sociedad sobre el Estado era imprescindible. El ejercicio de ese control exige personas capaces de protagonismo, de ejercicio de ciudadanía y de autonomía, capacidades a ser deseadas y conquistadas por sectores significativos de la sociedad. Para ello, se necesitan propuestas de distribución de poder (políticas) generadoras de mayor autonomía a los diversos actores sociales, de nuevos valores, de multiplicidad de procesos de subjetivación de aquellos, hasta entonces, discriminados, por cuestiones de género, etnia, patología o clase social. Son propuestas que necesitan de organizaciones y métodos democratizantes, participativos, incluyentes e innovadores para tener soporte y consistencia.

El concepto de salud en el cual el SUS está inserto explicita que la salud está determinada por las condiciones de vida, por lo tanto es resultado de procesos transsectoriales, que envuelven ambiente, desarrollo, cultura, educación, asistencia social, seguridad, vivienda y derechos humanos. En ese sentido, el sistema y los servicios de salud necesitan ser partícipes de una red de protección social, en la cual el compromiso es responder a las necesidades de las personas: condiciones de vida, acceso a tecnologías, cuidado y desarrollo de autonomía. Red caliente propiciadora de acogida, cuidado y apoyo.

Los desafío de la gestión son direccionar y redireccionar recursos para los procesos efectivamente productores de salud, de crear dispositivos e instrumentos inductores, potencializadores de colectivos de trabajo en el

cotidiano de los servicios, interconectados en red y transformadores de las situaciones locales-regionales.

Por eso, voy a profundizar las intercesiones de la educación a las políticas públicas exponiendo experiencias de políticas públicas en afirmación de la vida, en las cuales desempeñé el protagonismo de gestora del poder ejecutivo municipal en salud, fueron aprendizajes de un gestor implicado con la vida, con la ciudadanía y con la organización de colectivos en movimiento social.

Primera experiencia: la escuela como matriz de la educación en la gestión de lo cotidiano sociopedagógico

En la región de la frontera, entre Viamão, Alvorada y Porto Alegre, se ubica uno de los espacios urbanos de mayor vulnerabilidad y baja calidad de vida de los viamonenses: ocupación irregular, falta de saneamiento básico, estancamiento del arroyo y contaminación en las nacientes, mortalidad infantil local más alta que la del municipio, mayor incidencia de embarazo en la adolescencia, baja escolaridad, altos índices de violencia asociada al tráfico de drogas ilícitas, mayor concentración de trabajo infantil y de denuncias junto al consejo tutelar.

¿Cómo gerenciar una escuela en dicha región, en el contexto de un gobierno democrático popular, que propone participación, inversión de prioridades e inclusión social? Un gobierno que implementa el Presupuesto Participativo en la ciudad y la planificación participativa en el sistema escolar. Aquí operó la sensibilidad y la capacidad de la directora, oriunda de la localidad y comprometida con la mejora de las condiciones de vida en el municipio. Las decisiones y los procesos en la escuela eran colectivos, incluían la comunidad escolar y las necesidades sociales del conjunto de los moradores de la región. El cotidiano de la escuela abarcaba esa globalidad.

Veamos algunos ejemplos que indican esto. Comencemos por el patio siempre abierto, sus bancos utilizados por los moradores, como si fuese de una plaza pública. Allí se sentaban a descansar, a conversar, recibir visitas, pues, para muchos, aquel era el mejor espacio disponible para socializar. Continuemos por el recreo y por el almuerzo, cuyo horario era establecido

por los profesores, conforme el ritmo de las clases y los alumnos. Así, el patio y el comedor nunca estaban llenos, sin generar los problemas conocidos de vigilancia y disciplina de los intervalos convencionales y, principalmente, era una *continuación* del proceso pedagógico, coherente con lo que sucedía en el aula. En relación al comedor, fue deliberado, en el Presupuesto Participativo, su ampliación física y de equipamientos. ¿Con qué finalidad? Además de cumplir su función para la escuela, transformarlo en un dispositivo de aprendizaje y de generación de ingresos de las familias de los alumnos y de la región. El comedor pasó a ser una incubadora de proyectos de economía solidaria, de cooperativas de trabajo, así como un espacio de convivencia: allí pasaron a realizarse fiestas familiares y comunitarias. También como resultado de la votación en el Presupuesto Participativo, una cancha deportiva fue construida y equipada, en la cual, durante el día, en especial los adolescentes, jugaban fútbol. Con un año de disponibilidad de la cancha, solo una vez rompieron un vidrio y cuando la directora fue a hablar con los jugadores, ellos ya había juntado el dinero para reponer el material, con reserva para otro, en caso de que sucediese nuevamente. Había un acuerdo previo al respecto entre la dirección y los adolescentes. Aún más, las aulas también eran utilizadas para la alfabetización de jóvenes y adultos.

Ese modo de estructurar y conducir el cotidiano escolar produjo un ambiente tranquilo y, al mismo tiempo, efervescente, exigiendo que los profesores y trabajadores fuesen flexibles, heterodoxos y muy autónomos. Hubo un profesor que no consiguió trabajar en ese cotidiano y solicitó el pase. Titulé a la escuela y a la directora de antimanicomiales, pues allí había espacio para identificar y desarrollar potencias de vida. Era una escuela que respondía a las necesidades sociales de la población en la cual estaba inserta, constituyéndose en un servicios efectivamente público. La escuela era dispositivo de desinstitucionalización, o sea, de superación de lo establecido y de lo restrictivo, dispositivo de procesos de aprendices. El modo en que la escuela organizó los procesos de trabajo convocaba positividad, responsabilización y confiabilidad entre todos los involucrados, una pedagogía de la implicación estaba allí. La mencionada directora fue

candidata a concejal y en el 2004 asumió la Secretaría Municipal de Educación, en un reconocimiento público de su liderazgo y capacidad de gestión creativa.

Segunda experiencia: el hospedaje como poder de afirmación de la vida en una situación crítica

Viamão, otoño-invierno de 1998, 1.500 familias del MST acampan en el municipio. ¿Cómo ejercer la atribución de mediador que el gobierno municipal se proponía? ¿Qué relaciones establecer entre el gobierno municipal y el movimiento? ¿Qué mediaciones desarrollar entre viamonenes, gobierno y campantes? Se trataba del segundo año de mandato de un gobierno democrático popular, electo por primera vez en 1996. El municipio tenía 200 mil habitantes, era el penúltimo municipio en ingresos *per capita* de la región metropolitana, la mortalidad infantil estaba en 22 niñxs muertxs, hasta un año de edad, por mil nacidxs vivxs, la atención básica de salud había sido municipalizada en abril de aquel año, la ciudad no contaba con un solo hospital con atendimiento por el SUS. Contexto de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica, por lo tanto con la población y el gobierno movilizados por procesos de cambios ético-políticos, capaces de superar las condiciones desfavorables. Yo ejercía la titularidad de la Secretaría Municipal de Salud. La propuesta transformadora fue convocar a la cultura de acogimiento de la ciudad y no la de expulsión; de considerar a los campantes como huéspedes y no como invasores. Se consideró, en el gobierno, el dato de que el municipio venía recibiendo el mayor contingente de migrantes de la mitad sur del estado de Rio Grande do Sul y tenía la mayor población de trabajadores públicos estaduales jubilados, o sea, personas pobres y empobrecidas económicamente que estaban en busca de acogimiento con buenas condiciones de vida, un perfil semejante a las demás familias acampadas.

En cuanto a la salud, nos deparamos con la situación límite del cuidado de las criaturas recién nacidas o con pocos meses de vida, que eran hospitalizadas y, al volver al campamento, empeoraban sus condiciones de salud y eran re internadas fuera del municipio. ¿Cómo quebrar tal círculo

vicioso de enfermedad y exclusión y producir ahí más vida? Necesitábamos ofertar una alternativa de cuidados que no estaba disponible. El desafío era osar inventar una solución local, identificando potencias de vida con/nosotros recursos disponibles.

Construimos una propuesta inusitada: *¿Y si le propusiésemos a las familias viamonenes, que viven cerca del campamento, que hospeden a las criaturas pos alta hospitalaria hasta su completo restablecimiento? ¿Tendría eco una propuesta como esta? ¿Los padres de lxs niñxs aceptarían la oferta?* Solo intentando sabríamos. ¡Fuimos al campo!

El resultado fue sorprendente: aceptaron el desafío. Se inscribieron familias para hospedar criaturas y abrir sus puertas para que los padres cuidasen de sus hijos en ese período. Un equipo de trabajadores de la salud y la asistencia social se dispuso a realizar el atendimiento domiciliario. El ejecutivo municipal se comprometió a dar soporte político-técnico-logístico al proceso. El grupo más inseguro en el acuerdo fue el de los acampados, pues no había experiencia previa semejante, ni vínculo establecido. Al contrario, las experiencias anteriores eran hostiles, de ser considerados intrusos, tanto por gobernantes como por la población local. Pero, la oferta fue aceptada y nos pusimos en acción. ¡Todos con el corazón en la boca!

Los objetivos eran reducir la mortalidad infantil, disminuir las reinternaciones, ampliar la capacidad de los cuidados familiares, facilitar la inserción o, por lo menos, acomodar la circulación de las familias en la ciudad y dar soporte a las familias más vulnerables por la situación de sus hijos. Sabíamos que estábamos siendo ambiciosos, que el "contrato" implicaba riesgos e incertidumbre, lo que nos fortalecía era la posibilidad de contribuir a una ética de protección social y con solidaridad. El tiempo en que los niños estuvieron hospedados sería el tiempo de soportabilidad de los anfitriones, del equipo y de los padres, no siempre coincidente con el tiempo necesario para que los pequeños huéspedes readquiriesen plenas condiciones de salud. La capacidad de dar soporte fue constituida y delimitada por los recursos afectivos, tecnológicos y de pactuación *de los* y *entre los* implicados. Un límite significativo fue el temor de los padres de perder la guarda de sus hijos, en caso de que quedasen mucho tiempo con

otra familia. Entendimos que el temor se basaba en la experiencia real de la relación conflictiva entre Estado y Movimiento, así como, en la experiencia de estar en una situación concreta y subjetiva de fragilidad para el ejercicio pleno de la paternidad. En ese contexto, algunos padres preferían la reinternación o el retorno al campamento. Decisión que exigía de los equipos técnicos y gestores, el ejercicio de la capacidad de dar soporte y generar confianza.

¿Qué ocurrió? Hubo muertes de niños, sucedieron varias internaciones, pero más familias se podían beneficiar con la propuesta. Conjuntamente evitamos la muerte de algunas criaturas, espaciamos las reinternaciones y varias familias se fortalecieron con la experiencia, pero, principalmente, lo vivenciado posibilitó el tejido de una red de protección social, en una situación muy adversa, en la cual el gestor público fue articulador de actores y recursos que se potencializaron, actuaron de modo sinérgico y que estaban disponibles y, hasta entonces, no habían sido accionados. No estábamos más con el corazón en la mano sino "en nuestras manos". Tocamos y fuimos tocados: el dispositivo creado emergió de la solidaridad, de la incertidumbre y de la impotencia, generando afirmación de la vida.

¿Y el campamento? Las familias estuvieron cerca de un año, parte de ellas integró el asentamiento *Filhos de Sepé*, en el propio municipio de Viamão, transformándose en nuevos residentes, con una memoria del acogimiento, cuidado a la salud y apoyo a sus proyectos de vida.

Tercera experiencia: la transdiciplinaridad en procesos de estructuración de políticas públicas

Desde la Secretaría Municipal de Salud desarrollamos un trabajo intersectorial y transdiciplinar de educación ambiental, en la escuela municipal de educación básica mencionada anteriormente. El proyecto involucró varias secretarías municipales, abarcó un taller, una feria y una marcha ecológicas, la confección de material educativo, la creación y presentación de un programa de radio, la compra de equipamientos para la comunicación y localización de material necesario para la infraestructura de

la feria y la marcha. El proyecto fue viabilizado a través de una enmienda parlamentaria. El taller fue coordinado por un educador, abogado, asistente social y payaso, que formuló la propuesta "educología" (Magnólio, 2003), donde articuló pedagogía, ecología y salud mental colectiva. Los contenidos fueron transformados en lenguaje radiofónico y en material de comunicación: carteles, camisetas, gorros y folletos que fueron utilizados en la feria organizada por el Prefectura y la colectividad local, en la cancha de fútbol de la región. La metodología del taller incluyó intervenciones ludopedagógicas junto a la población, que vivía en los bordes del arroyo, para inmovilizarla en relación al medio ambiente y a la vida, así como integró el cotidiano de la escuela a través de la interacción con los alumnos y profesores. Los participantes del taller eran trabajadores de las Secretarías de Salud, de Asistencia Social, de Educación, de Medio Ambiente, de Comunicación, de Cultura y de Obras, así como residentes de la región, familiares y delegados del Presupuesto Participativo.

El proyecto fue desarrollado con el objetivo de ser un disparador para la implementación de una política socioambiental en el municipio, de introducir la comunicación social y la educación popular como constitutivas de las políticas públicas municipales. El taller funcionó como dispositivo en la movilización de talentos, en la construcción de alianzas de los trabajadores y los residentes para las acciones del gobierno, en la facilitación de la comunicación entre usuarios, trabajadores y gestores y para el tejido de una red de complicidad entre los participantes. El taller colocó a los participantes en situación de protagonismo de las políticas públicas y, además, generó valor para los mismos: uno de ellos reveló que fue su primer certificado y lo colgó en un lugar destacado de su casa.

Cuarta experiencia: construcción de una unidad básica de salud concebida a partir *de la* y *para* posibilitar el ejercicio de la integralidad

La experiencia de gestión en el municipio de Viamão y en la región de la escuela mencionada anteriormente, nos posibilitó, además, la tarea de reconstruir una unidad de salud. Había una unidad básica, en la vera de un arroyo que, frecuentemente, desbordaba, inundando inclusive el puesto de

salud. Se trataba de un edificio de madera, con problemas de manutención y de estructura, que lo hacían muy húmedo e inseguro, por lo cual el equipo se recusaba a seguir trabajando, inclusive por el exceso de problemas de salud entre los trabajadores. La población, a su vez, decidió en el Presupuesto Participativo la construcción de una nueva unidad en el mismo lugar. En ese período, el gobierno municipal, junto con los demás municipios vecinos —Porto Alegre y Alvorada— desarrolló una política socioambiental, con financiamiento externo, que incluía la recuperación del arroyo y la urbanización del entorno. Fue un período de mucha discusión y de acuerdos entre gobierno y población, y entre secretarías, así como intra Secretaría de Salud.

Una concordancia: la construcción de la unidad podría contribuir a la urbanidad de la región, ser una señal de una cultura que valora de aquello que es público. Con ese propósito, fue constituido un grupo de trabajo con profesionales de la salud, planeamiento y medio ambiente, acompañado por integrantes del Presupuesto Participativo y el Consejo Municipal de Salud. El conjunto de la obra abarcó la pavimentación, saneamiento, circulación vial, transporte público, cancha de fútbol, escuela y la unidad básica de salud.

La unidad fue concebida con el objetivo de responder a las necesidades sociosanitarias de la población, que ya contaba con escuela municipal. Las necesidades estaban evidenciadas por la elevada mortalidad infantil, el alto porcentaje de embarazo adolescente, la alta frecuencia de malos tratos a los niños y jóvenes, la baja escolaridad y los escasos espacios públicos de convivencia. Estos índices fueron norteados para la proposición de la planta física de la unidad de salud. El predio comprendía tres áreas: una sociosanitaria, otra de salud colectiva y una última de asistencia a la salud. Esta determinación de las áreas destacaba que eran diferenciadas -manteniéndolas provisionalmente- pues no evidenciaban, precisamente, sus distinciones. La primera estaba constituida por la recepción, baños, comedor y un salón de usos múltiples. El comedor y el salón podían ser utilizados tanto para acciones de salud, como para otros sectores, en los diversos turnos, inclusive durante los fines de semana. Podía haber grupos de salud, talleres de cocina, cursos de alfabetización,

reuniones de equipo y comunitarias o reuniones de Presupuesto Participativo, de acuerdo con las demandas y disponibilidades de los espacios que, a su vez, dejaban de ser exclusivos de los trabajadores y se constituían en espacios efectivamente públicos. El segundo área fue destinado para procedimientos estrictamente de salud, de gran volumen de trabajo y de circulación de personas, tales como: asistencia farmacéutica, curativos, vacunación, observación clínica, nebulización y colecta para exámenes. Procedimientos que suceden prácticamente durante todo el tiempo en que la unidad está abierta. El tercer área, buscando propiciar un ambiente de privacidad, fue constituida por una sala de espera pequeña y los consultorios, uno con baño, para ginecología y uno específico para odontología. En general, sucedían ahí consultas agendadas y en menor volumen que los demás procedimientos. Cada una de las áreas estaba separada por puertas, que podían quedar abiertas o cerradas, según el uso que fuese hecho.

La planta de la unidad buscó dar materialidad al concepto de unidad básica de salud, elaborado por el colegiado de gestión de la Secretaría Municipal de Salud:

> espacio institucional y convencional de efectivación del acogimiento, de la clínica y de la promoción a la salud con responsabilidad, resolutividad y fiscalización social, de importancia estratégica en la red de atención integral a la salud. La tarea de la unidad básica de salud es crear procesos de trabajo de acogimiento, de cuidados y de vigilancia, donde los trabajadores estén siendo formados como acogedores, cuidadores y celadores. (Fagundes, 2001, p.34)

La construcción de la unidad fue acompañada por la población local y la elección del nombre fue por votación. El proceso de elaboración del proyecto, de construcción de la unidad y el cuidado estético y ambiental provocaron discusiones en la población, indicando que estábamos produciendo un cambio de paradigma. Algunos comentarios indicaban críticas al cambio: ¿para qué un predio tan grande? Otros señalaban la desvalorización de la población usuaria: ¿Un puesto de salud tan lindo para nosotros? El hecho es que lo que allí se construyó, sirvió para hacer una diferencia en la vida de la región.

Quinta experiencia: la construcción del proyecto Morada São Pedro

Rio Grande do Sul fue el primer estado brasileño que aprobó una ley de reforma psiquiátrica, la cual prohibía la ampliación y construcción de hospitales psiquiátricos y proponía la creación de una red de servicios sustitutivos. Para el Hospital Psiquiátrico São Pedro fue elaborado el proyecto *São Pedro Ciudadano*, ya inventariado en las rutas de navegación, el cual integré como militante sociopolítica del Foro Gaúcho de Salud Mental, como Secretaría Municipal de Salud de Viamão, en la región metropolitana, como docente del programa de Residencia Integrada en Salud Mental Colectiva de la Escuela de Salud Pública – RS y, por fin, como Secretaria Municipal de Salud de la capital del Estado.

Entre las propuestas de los diversos grupos de trabajo existían aquellas destinadas a los internos del hospital. El gobierno estadual que asumió en 1999 tomó la decisión de implementar el proyecto llamado *Morada São Pedro*, identificándolo como una de las prioridades de la gestión de las políticas públicas (Frichembruder et al, 2002). Se constituyó un grupo de trabajo intersectorial del estado y del municipio de Porto Alegre: Salud, Educación, Cultura, Planeamiento, Hábitat y Asistencia Social, con representantes de los habitantes vecinos al hospital y los habitantes institucionalizados. Las acciones incluyeron una investigación multicéntrica desarrollada en Rio de Janeiro y Rio Grande do Sul con la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de evaluar el potencial de autonomía de los habitantes del hospital. Fueron creadas casas de transición en el hospital para el aprendizaje y ejercicio de la autonomía, las cuales fueron importantes tanto para los habitantes como para los trabajadores. El Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental Colectiva abarcaba lo que respecta a rehabilitación psicosocial e intensificó las pasantías junto con los habitantes institucionalizados, buscando la desinstitucionalización de los mismos. Fueron desencadenados procesos entre secretarías: alfabetización de adultos, colectivos de trabajo e inclusión de los internos entre los beneficiarios de los reasentamientos urbanos. Algunos moradores del hospital pasaron a vivir en casas populares del Departamento Municipal de Habitación, de Porto Alegre. Conjuntamente a las iniciativas entre

secretarías, fue sistematizado un proyecto para el conjunto de los moradores del hospital y de la villa localizada detrás del mismo, en un área invadida, perteneciente a la Secretaría Estadual de Salud. Fue un trabajo intenso, conflictivo y vivo, que abarcó la transferencia del terreno al municipio para la regularización urbana, comprendió la explicitación de los pre-juicios mutuos y acuerdos de convivencia. Un efectivo proceso de urbanización implicó, desde la decisión sobre el tamaño, planta física y color de las casas, hasta su distribución en el terreno, con el cuidado de que no reprodujesen la división entre los "locos" y los "villeros"[38] y la preparación de los equipos de salud mental y de los moradores para el cambio. La preparación de los equipos de salud mental incidió en la formación del personal de enfermería para actividades de acompañamiento terapéutico, el acceso a la supervisión del trabajo propiciado por investigaciones desarrolladas por profesores universitarios de las áreas de psicología social y clínica y en la asesoría propiciada por la dirección del hospital. Las primeras casas fueron entregadas al final del año 2002. Hubo cambios de gobierno estadual y, por consiguiente, de conducción de las políticas públicas de salud mental y la *Morada* pasó a ser un proyecto estrictamente de salud mental. Las consecuencias fueron: un empobrecimiento de las acciones, una des aceleración de la transferencia de habitantes del hospital a las casas y una casi paralización de la construcción de nuevas casas y la infraestructura necesaria. El proyecto se sustentó prácticamente en la militancia de los trabajadores, en la vitalidad de los moradores y en la organización popular de la villa de moradores. Llegamos a proponer la municipalización del proyecto, mientras estuve al frente de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre, con el objetivo de asumir la tarea de la municipalidad la consolidación de la *Morada,* sin embargo no hubo acuerdo entre el municipio y el estado antes del término de mi gestión en el ejecutivo municipal de la capital.

Podemos afirmar que los trabajadores modificaron sus conceptos, el sentido y el significado de su trabajo, que lo percibieron como productores de

[38] NT.: Em Porto Alegre los barrios más pobres y vulnerables son conocidos como "vilas", semejante a la denominación argentina de "villa miseria".

vida y de subjetividad y, por eso, lucharon por el proyecto. Lo mismo sucedió con los moradores, se sintieron “dueños de su nariz”, conquistaron libertad y territorios objetivos y subjetivos, que no están dispuestos a abandonar, luchan por la manutención de la *Morada*. El proyecto, hoy, se sustenta en la propia vida que propició. Una residente del hospital al despedirse de la dirección, que estaba saliendo con el cambio de gobierno, pidió: que ustedes sigan teniendo el coraje de darnos coraje para salir de aquí. La *Morada* es un dispositivo que retiene la capacidad de producir *de venir*, actualidad.

Sexta experiencia: el Taller de Generación de Ingresos y el Proyecto Insertar de Porto Alegre

En Porto Alegre, el servicio sustitutivo que dio soporte a la creación de nuevos servicios de salud mental, a partir de las necesidades de los usuarios y de los familiares, así como de la iniciativa de los trabajadores, fue la Pensión Pública Protegida *Nova Vida*, como ya fue mencionado en los cursos de las aguas. Rehacer y construir posibilidades de vida, con cada uno de los 55 moradores, provocó procesos singulares e instituyentes, nuevas formas de cuidado y de inserción social. En ese sentido, fueron creadas, por el municipio: la casa de transición, donde los moradores ejercitaban sus capacidades de gestionar una vivienda y su modo de habitar; los talleres de expresión y de generación de ingresos, inicialmente en la propia Pensión Pública Protegida *Nova Vida* y el Cais Mental. Esos servicios fueron diferenciando y diversificando los espacios de vivienda y de tratamiento, en toda esa circulación se estaba aprendiendo-haciendo una clínica en movimiento. En la medida en que los caminos se fueron construyendo o se fueron delineando, modificaban las demandas y las exigencias, tanto de los usuarios y familiares, como de los trabajadores. Así, un taller de generación de ingresos fue ganando urgencia y significado para la ciudad (Ferreira, Barfknecht y Bertuol, 2004). Fuero hechas alianzas, inicialmente con el Centro de Rehabilitación Profesional, del Ministerio de Previsión y Asistencia Social, después con el Espacio Cultural Usina del Gasómetro, perteneciente a la Secretaría Municipal de Cultura, para la profesionalización de los usuarios, en un proyecto de la Prefectura, que se llama “Papel Social”, hasta

llegar a un espacio propio, articulado con la Secretaría Municipal de Industria y Comercio, que pasó a integrar la red de economía solidaria del gobierno estadual y federal, a partir de 2003. En 2005, uno de los integrantes del taller representó, nacionalmente, a los usuarios en un grupo de trabajo sobre economía solidaria y salud mental. La inscripción de los usuarios en otros recorridos de vida y en nuevos modos de subjetivación pasaba a incluir y encontrar expresiones estéticas singulares, en el proceso productivo; aprender sobre la cadena de producción, distribución y venta de lo producido; ejercicio de la negociación, de intercambio y de la determinación de los costos de los productos; o decidir sobre el destino de los recursos obtenidos y garantizar sustentabilidad al taller. Prácticas que permitieron el desplazamiento de la identidad de enfermo y del circuito restricto de los espacios de tratamiento a ocupar un lugar de autonomía en la organización viva del cotidiano, para un despegue de posibles modos de ser y hacer andar la vida.

En la línea de la formulación de otras respuestas a las demandas de profesionalización, escolarización y afirmación de independencia de los usuarios, fue concebido el proyecto ***Insertar*** (Carvalho, 2004). Por medio de este proyecto, se fue tejiendo una red que abarcaba usuarios, familiares y trabajadores de la región metropolitana, los cuales se entrelazaban en cursos, trabajos y, principalmente, el placer: partidos de fútbol, teatro, ferias del libro, exposiciones y cine. El punto de encuentro eran las funciones mensuales de películas escogidas por los usuarios, proyectadas en la Casa de Cultura Mário Quintana, seguidos de debates animados por profesores universitarios, trabajadores de la salud y la cultura. Las funciones de cine eran el hilo conductor y articulador de todo el proyecto. Fueron viabilizadas por la capacidad de coordinación del *Insertar* de movilizar recursos institucionales, identificar aliados en cada institución y mantenerlos cohesionados en un proyecto. Participaron la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, la Casa de Cultura Mário Quintana, el Gobierno Estadual y la Prefectura Municipal de Porto Alegre. Mantener vivo el proyecto, mantiene en la calle la locura y mantiene en movimiento a los, usuarios y familiares.

El Taller y el *Insertar* son coordinados por terapeutas ocupacionales,

cuya práctica es transdiciplinar. Ambos constituyeron proceso de trabajo propiciadores de líneas de subjetividad.

Séptima experiencia: para la complejidad de la vida, soluciones complejas en seguridad y derechos humanos

La Prefectura Municipal de Porto Alegre, en la cuarta administración del frente popular, creó la Secretaría Municipal de Seguridad y Derechos Humanos, buscando articular, potencializar, institucionalizar y dar visibilidad a las políticas públicas de género y de las minorías. El trabajo tenía como base la concepción de la protección social y uno de los problemas que transversalizó las acciones de la Secretaría fue lo relacionado a la violencia. El dispositivo creado fue el *Foro de Seguridad* que instituyó núcleos en cada región de la ciudad, compuesto por los actores sociales o que trabajaban en las localidades: gestores municipales y estaduales, líderes comunitarios, delegados de Presupuesto Participativo, trabajadores de los diversos servicios públicos y representantes de los grupos directamente afectados por los problemas que emergían. El Foro se fue legitimando, en las diversas localidades, por los resultados que fue obteniendo. Un ejemplo significativo fue el trabajo en un conjunto habitacional, que estaba siendo abandonado por sus habitantes, por el exceso de violencia asociada al tráfico de drogas. La elección era por la garantía de la vida, ya que era posible conseguir vivienda en otro lugar. El Foro asumió el debate, el encaminamiento de soluciones pactadas colectivamente y, a lo largo del trabajo, el conjunto fue rehabitado, rehabilitado por la sociedad civil y por el Estado, con los índices de violencia disminuyendo por abajo de la media de la región.

Es importante destacar que, en ese momento, yo ejercía la titularidad de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre y que el Foro fue el dispositivo al cual recurríamos en las situaciones límite de violencia, dirigidas a los servicios de salud y/o a los trabajadores y siempre conseguíamos soluciones con recursos y acuerdos locales. Una de esas experiencias fue la de profesionales de salud que fueron amenazados por una jefa local del tráfico y la primera reacción fue la de no volver a trabajar en la unidad, de no trabajar más en aquella región y reabrir la unidad en otro lugar. El

atendimiento al público fue transferido temporalmente, mientras se trabajaba un nuevo “contrato” con la población sobre el servicios de salud y con el equipo de trabajo. Después de algunos meses de verdaderas ruedas de conversación, la unidad fue reinaugurada en el mismo lugar y con mejorías. La mayor parte del equipo volvió al trabajo y la población hizo una fiesta pública en conmemoración. Uno de los principios fue que el Estado no se puede retirar de los lugares de vulnerabilidad y de tráfico, pues el mensaje es que “está todo dominado” por los traficantes y la población queda aún más expuesta a su poder. En el encaminamiento de soluciones, participaron entidades profesionales, concejales, consejeros municipales y locales de salud, además de los integrantes del Foro de Seguridad. Fue un proceso de reparación psicosocial, que generó mucha alegría y convicción de cómo dirigir políticas públicas, propiciando modificaciones en las líneas de fuerza y de enunciación para continuar produciendo posibles.

Lo inusitado de la políticas fue la instalación de telecentros (centros de acceso gratuitos a internet) en las áreas de mayor vulnerabilidad social, de gran circulación de personas, como el Mercado Público o espacios públicos, como el Consejo Deliberante y la Usina del Gasómetro. La instalación era responsabilidad de la Compañía de Procesamiento de Datos del Municipio de Porto Alegre (Procempa) y también la búsqueda de recursos financieros por medio de alianzas. Pero la decisión del lugar y del proceso de trabajo era realizada en conjunto con la Secretaría de Seguridad, los centros regionales de administración y la población. Los resultados fueron la instalación de 33 telecentros en la ciudad, frecuentados por jóvenes, que de otro modo no tendría acceso a la computación, considerados, verdaderamente, servicio públicos. Nunca fueron destruidos, no hubo robo de equipos, eran cuidados por la población. Una demostración de ese cuidado fue dada por un niño que arrancó una información en una hoja del telecentro y la llevó a su casa, cuando la madre vio el origen de la hoja, lo mandó a devolverla, diciendo que aquello no le pertenecía, que era patrimonio público. Los telecentros se transformaron en un dispositivo de las políticas de seguridad. El hecho fue reconocido con premios que la Prefectura recibió y por manifestaciones de uno de los aliados de la Comunidad Económica Europea, que reveló ser la

primera ciudad que utilizaba esos recursos de ese modo.

Octava experiencia: tuberculosis, HIV y desnutrición en la salud pública

Todos los de la salud saben del cambio del perfil epidemiológico de la población brasileña, semejante a la de otros países donde se constata un recrudecimiento de enfermedades contagiosas prácticamente extintas, la aparición de nuevas y el agravamiento de las condiciones de salud por la superposición de antiguos y nuevos problemas (Minayo, 1999). Pero no todos sabemos qué hacer, en la conducción de políticas públicas o en lo cotidiano de los servicios de salud, frente a personas y poblaciones que son, al mismo tiempo, dependientes de drogas, portadoras de HIV, desnutridas y con tuberculosis. Las políticas no son compatibles, los recursos no son multiuso, los trabajadores están "capacitados" para un problema, pero no para el otro, los servicios están compartimentados y el paciente puede ser atendido por un "programa" y no tener acceso a otro, los informes y las historias clínicas tampoco muestran la complejidad y la integralidad de la situación. ¿Cómo enfrentar el problema? Podemos decir: *no tenemos qué hacer; el problema es muy complejo y trasciende al sector salud; es necesario identificar o crear servicios de referencia, ya que en la red básica no tenemos qué hacer, ya atendemos mucha gente*. Las respuestas serían aceptadas por mucha gente buena, pero también podemos intentar romper la adversidad y buscar soluciones nuevas con los recursos potenciales de las localidades. Fue lo que hizo un médico de la red de servicios de la Secretaría Municipal de Porto Alegre; identificó los problemas: aumento de la incidencia de tuberculosis en la región, la mayoría asociada a la infección por HIV, pacientes con alto índice de abandono del tratamiento, sin cualquier vínculo con personas que pudieran cuidarlos. ¿Qué hacer? Fueron localizadas las personas y mapeadas sus reales condiciones psicosociales, a través de visitas domiciliarias de agentes comunitarios de salud, técnicos de enfermería, enfermeros y médicos, conforme el caso. También fueron identificados espacios, grupos y proyectos que podrían ser articulados, potencializados y se constituyeron en una red de protección social. Una red inclusiva de los pacientes mencionados, más amplia que ellos y sin

discriminarlos. ¿Qué y quién aceptó el desafío y acogió a las personas? El proyecto paraguas fue el *Hambre Cero*, del gobierno federal. El dispositivo fue el de la cocina comunitaria. El lugar, el terreno de una madre de santo en acuerdo con un padre de santo, los cuales eran referencia para el núcleo regional del *Hambre Cero.* ¿Cuáles fueron los resultados? Disminuyó el abandono del tratamiento, cayeron las reinternaciones, la red de protección social constituida y accionada, siempre que fuese necesario, y el equipo de salud pasó a trabajar con más entusiasmo y se dispuso a contribuir con su experiencias para que otras unidades del municipio encontrasen soluciones para los pacientes de sus localidades. Otra vez, una experiencia movilizadora de potencias de vida. Pero con mucha dificultad de consolidación en el sector de la salud, a pesar de las evidencias de los resultados. ¿Por qué? ¿Por ser demasiado heterodoxa? En el cambio de gobierno, el médico fue transferido de unidad y la población, como respuesta de resistencia, lo eligió coordinador de los núcleos del *Hambre Cero* en la ciudad.

¿Qué ideas se me ocurrieron al recordar y registrar esas experiencias?

- Que las experiencias son diversas, suceden tanto para la apertura como para el avance o consolidación de procesos, involucrando instancias institucionales, colectivas e individuales.
- Que es posible desarrollar proyectos transdiciplinares y hay evidencia de que las experiencias de implicación se ponen en nuestras elecciones de vida. Eso quiere decir que para trabajar políticas públicas de interés en la afirmación de la vida, los gobiernos necesitan ser permeables a propuestas de vida, estar dispuestos a implementar acciones heterodoxas, firmar compromisos con la democratización del Estado y con la inversión de prioridades en favor de la inclusión, así como movilizar la sensibilidad para las invenciones y generación de movimiento, donde la educación ofrece —para el montaje de políticas públicas— inquietud y creación.
- Que los procesos suceden en situación límite, en las cuales hay un desbordamiento de problemas y una insuficiencia de soluciones instituidas, normatizadas, en las cuales hay una exposición de la

impotencia y la fragilidad de las organizaciones, requiriendo soporte de la educación (palabra, investigación, matriz de aprendizajes de lo cotidiano).

- Que la impotencia, la fragilidad y las insuficiencias, a través de la educación constituyen el disparador para la potencia de vida (movilización del pensamiento, construcción, acción).
- Que las experiencias, cuando son educativas, convocan a la solidaridad, articulan movimientos sociales y saberes locales, propician el tejido de redes de protección social.
- Que los gestores pueden ser propositores, inductores, apoyadores y capaces de dar soporte, propiciando visibilidad y centralidad a las experiencias transdiciplinares, cuando sufre/aceptan las intercesiones de la educación para las políticas públicas.

Estas prácticas nos evocan a Nietzche, para quien la salud era también autodominio y disciplina del corazón. Para Nietzche, una gran salud permite el acceso a modos de pensar numerosos y opuestos. Ese acceso puede llevar hasta el exceso de fuerzas plásticas, curativas, reconstructoras y restauradoras, que es precisamente la marca de la gran salud. La gran salud sería el exceso que da al espíritu libre el peligroso privilegio de poder vivir por experiencia y ofrecerse a la aventura: privilegio de *maestro* del espíritu libre (Nietzche, 2004, p.11): pedagogía de la implicación.

VI

CARTA NÁUTICA
O LAS INTERCESIONES DE LA EDUCACIÓN PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Realizado el recorte y la elección del trazado de la pedagogía de la implicación, podemos configurarla como gestión de procesos de cambio de si y de los entornos, cambios direccionados a la construcción de saberes, de prácticas y de poder de autoría, de modo colectivo y productor de subjetivación. La implicación, para Lourau, sirve al análisis colectivo de las condiciones de investigación, de enseñanza y de trabajo (Altoé, 2004). Propongo que la implicación sea el análisis colectivo de las condiciones de vida y la provocación de autoría (invención) de proyectos de presente. La pedagogía de la implicación se constituye en el desafío de generar capacidad de análisis colectivo y autoría en los procesos de cambio.

Los materiales de anclaje de la pedagogía de la implicación, sus condiciones de posibilidad, pueden ser acrecentados en dos categorías de evaluación: la de la existencia de matriz entre formación-atención-gestión-participación y la del poder y pensamiento estratégico; dos conceptos estructuradores: el de la transdiciplinaridad y el de la integralidad y en dispositivos marcados por la definición de operadores de invención/generación. Dicho de otro modo, la pedagogía de la implicación es multireferenciada, tiene el poder de promover y compartir autorías, es encarnada y es transformadora (siempre actual).

Respondiendo a una de las preguntas disparadoras de la disertación, para constituirse en un nuevo plano de coherencia es necesario que la

pedagogía de la implicación contenga metodologías de educación. En los itinerarios de la salud mental colectiva identifico la educación permanente como su constituyente. Educación que propicia procesos colectivos de autoanálisis y autogestión y que activa la capacidad creativa y de intervención en las situaciones vivenciadas por los participantes. Es una educación dirigía *a* y producida *por* colectivos de trabajo y de militancia, por eso, permanentemente, desborda la escolarización y acompaña las líneas de la vida, consolidándolas o bifurcándolas, nunca para fijarlas, sino para hacerlas osadas. Se ancla en la constatación de que los humanos cuando actúan por un determinado fin producen conocimientos, o sea, las operaciones generan saberes. La educación permanente en salud propone que todos los productores de saber se apropien del mismo, lo sistematicen, lo modifiquen, lo nieguen, lo superen, lo doble, lo desborden y/o lo recorte: tengan poder de autoría. Saberes constituidos en las prácticas, capaces de transformarla y de ser transformados en la acción. Los colectivos de trabajo y de militancia a los que me refiero son los de la salud, en particular de la salud mental, y el fin es el de la afirmación de la vida, de esa manera, se trata de una pedagogía de la implicación, educación comprometida con proyectos de presente y políticas de vida.

La pedagogía, cuanto más permeable, sensible, afectada por la vida, más posibilidades tendrá de interferir en la misma. Las líneas metodológicas de educación (movimientos de enseñar, de aprender y de interactuar) giran en torno del eje de análisis de los colectivos y de la producción de su conducción/coordinación, por lo tanto, es preciso constituir espacios de aprendizaje para la reflexión, interacción y problematización sobre las prácticas. Espacios en los cuales el contrato entre sus integrantes sea de dispositivos al diálogo, a la explicitación de discrepancias y de divergencias, a la construcción de procesos instituyentes de modo colectivo, a la exposición, a la experimentación y a la formulación de posibles. Disposición, pues lo demás son capacidades (grados de libertad) conquistadas en el proceso de aprendizaje. Se construye un pacto ético-político para viabilizar otra estética de la existencia.

Los recursos-herramientas utilizados son talleres, laboratorios

expresivos, observatorios, diarios, dramatizaciones, entrevistas, mapeamiento socioafectivo de los territorios e identificación de talentos, entre otros. La materia prima es lo obvio, lo local y lo cotidiando, a partir del cual se produce extrañamiento, desterritorialización y problematización para la producción de otros sentidos, significados y acción en el día a día.

El colectivo se va constituyendo en la medida que adquiere y amplia su capacidad de percibir, escuchar, sentir, indagar y de actuar de múltiples y singulares modos o, como bien expresó Tom Zé, en la *unimultiplicidad*, donde cada hombre está solo, la casa de la humanidad.

En una pedagogía de la implicación se activa la capacidad de *agenciamiento* de los aprendices, en el sentido de ofrecer soporte, de palanquear y de acompañar procesos de subjetivación, de potencia de vida y de producción de posibles.

Un acto de producción de aprendizaje, en esa pedagogía de la implicación, es el de la realización de eventos-advenimientos, acontecimientos propiciadores de cambios en la vida de los implicados y que pueden ocurrir en cualquiera de los espacios de subjetivación: cultural, institucional, colectivo e individual, los cuales son referidos como indicadores de *vida, antes y después*, hacen diferencia, producen bifurcaciones, inauguran nacientes, aumentan vertientes.

El uso de la *restitución* contribuye para la implicación tanto en lo que se refiere a la producción de conocimiento como en el aprendizaje de la exposición y de la aprensión de lo cotidiando, pues lo difundido es lo que comúnmente queda silenciado, lo que es producido en los bastidores, pasillos, intervalos, en la intimidad, el *como* y el *que* se aprende con el colectivo.

Una pedagogía de la implicación trabaja con la producción de tiempos y configuraciones (historia y geografía), produciendo afectos (relaciones estéticas y políticas, sentidos), de ese modo se entrecruza con una pedagogía de las ciudades (Gadotti et al, 2004; Santos, 2004), con la necesidad de aprender en lugares la revalorización y la reinvención de la ciudadanía. Saber de sus contornos, itinerarios, circuitos de deseo, creencias, ritos, condensamientos y vacíos es poder intervenir en la vida

cotidiana: poder local, vida de relaciones y “producción” de la ciudad.

La matriz formación-atención-gestión-participación es generadora de una pedagogía de la implicación, intercesora a las políticas públicas de salud porque pone en escena/acto las interrogaciones necesarias a la integralidad y porque constituye, como metodología, entrecruzamientos, transversalizaciones y intercalados del *saber-hacer-poder* en los espacios de aprendizaje, ecuación que puede ser formulada como *formación-trabajo-autonomía*, donde el poder saber activa el poder hacer que interfiere y sufre la interferencia de saberes que agencian proyectos de vida (deseo). Ecuación actualizada como *educación* (permanente) en la *gestión* y en la *atención* activadas y activadoras de *autonomía* (autorías) para usuarios y trabajadores implicados en proyectos colectivos de presente.

El analizador de las relaciones, necesario a la implicación, es lo que articula y produce herramientas para constituir organizaciones, métodos y propósitos coherentes entre sí (postulado de coherencia), así como incide sobre los poderes cotidianos (político, técnico y administrativo). En ese sentido, son realizados análisis de estructuras, de proceso de trabajo en la atención, en la gestión y en la educación, así como de la toma de decisiones, especialmente, de los actores sociales implicados.

Los conceptos-caja de herramienta de la pedagogía de la implicación incluyen el de la transdiciplinaridad, capacidad de transdiciplinar. Para ello, se hace necesaria la multireferencialidad, pero como *encuentro* productor de afección y perturbación. El aprendizaje es el soporte para provocar y vivenciar situaciones desestabilizadoras, de pasaje, de travesías y de habitación entre-disciplinar (Ceccim, 2004). La itinerancia, el mestizaje, la vivencia en fronteras y la producción de híbridos son catalizadores de la transdiciplinaridad. Los colectivos organizadores de entre-disciplina son nombrados de diferentes maneras: anfibios (Almeida Filho, 1997), militantes socio-políticos (Testa, 1997), investigadores-practicantes (Lourau, 1993), aprendices-artistas (Kastrup, 1999) y sentipensantes (Fagundes, 1993). Nominaciones que indican cuánto el sí mismo y el otro (humano o no) se constituyen en un acto.

El inventario de necesidades, el mapeamiento de la situación de la

salud, la identificación de los recursos disponibles, el delineamiento de los itinerarios pedagógicos y terapéuticos utilizados o a transformar, la realización de talleres de expresión artística y las celebraciones, integran la caja de herramientas de la pedagogía de la implicación para los aprendizajes.

El otro concepto-caja de herramienta es el de la integralidad, que abarca la gestión del cuidado con la resingularización de la clínica y la constitución de redes calientes de atención. Una clínica que transversaliza todos los espacios (culturales, institucionales, colectivos e individuales), en el cual los sujetos implicados se constituyen y modifican mutuamente. Redes capaces de producción de prácticas que configuran una malla o mandala de cuidados ininterrumpidos cuyo centro son los usuarios (Ceccim, 2005).

La metodología incluye la identificación, la potencialización y la creación de *dispositivos*, en especial, en su posibilidad de subjetivación y de producción de autonomía y autoría. Aprender a jugar, a apostar en realineamientos, entrecruzamientos, fracturas, fisuras, fugas y bifurcaciones para la invención de sí y del entorno (el lugar, la ciudad, la ciudadanía). Los dispositivos son la invención/generación en estado de posibilidad de efectuar y ejecutar la impliación.

Por fin, la metodología de la pedagogía de la implicación incluye el señalamiento de *efectos* producidos. Puntúo dos efectos identificados en la trayectoria de la salud mental colectiva en RS: el *efecto Obispo de Rosário* y el *efecto dique.*

Como *efecto Bispo do Rosário* considero la implicación producida a martillazos y tuvo resonancias en Brasil y Europa a través de las exposiciones de su trabajo, tema de Escola de Samba, de colección de moda femenina, de una serie de televisión y de obras de teatro. En Rio Grande do Sul, la exposición *Bispo do Rosário* politizó, puso a la locura en la "boca del pueblo", invadió la cultura, abrió la agenda de la sociedad, rompió el hielo y calentó el camino de la desinstitucionalización y de la reforma psiquiátrica en el estado. Se instaló entre nosotros, los *mentaleros*, en las revistas, en las camisetas, en los adhesivos y en lo carteles que producimos y estuvo como código las genialidades que no pueden ser encerradas.

Como *efecto dique* identifiqué después del término de la gestión como secretaria municipal de salud de Porto Alegre, como el poder de resistencia de la implicación. En la condición de secretaria, yo tenía un malestar con la dificultad de acelerar la implementación de la reforma psiquiátrica en la Capital, de ampliar la militancia de los trabajadores y de tornar la discusión pública por los medios de comunicación, con entidades profesionales y el legislativo municipal. El tema no estaba en la agenda de esos actores. Las interlocusiones eran con los movimientos sociales y con la representación directa de los delegados del Presupuesto Participativo que demandaban centros de atención integral a la salud mental (Cais Mental). Cuando asumió otro gobierno municipal, contrario a la reforma psiquiátrica, el tema pasó a ser pactado en los medios de comunicación, en el legislativo y en las entidades profesionales, con la propuesta inclusive de cambio de la ley estadual, incluyendo los hospitales psiquiátricos en la red de atención a la salud mental. Nuestra presencia en el gobierno no aceleraba la reforma, pero impedía la reacción contraria; retirado el obstáculo las aguas de la contra-reforma invadieron la ciudad.

Extrayendo de lo que fue escrito, la *implicación* es señal de itinerancia, es productora de complicidad, lleva a la plaza pública, es provocadora de martillasos, tiene estética propia, propicia celebraciones, es encarnada, desacomoda, activa líneas de fuga para la invención, produce geografía propia, provoca autoría, convoca osadía, tensiona contradicciones, genera puentes, produce resistencia, es militante, provoca bifuración, disconfort y oposición, produce posibles y anclajes, desvergüenza, liga con la locura e instiga al aprendizaje deseante.

Respondiendo a la segunda pregunta provocadora de la disertación: ¿Una pedagogía de la implicación es instituyente (intercesora) de políticas públicas de salud?

Los intercesores producen resonancia, perturbaciones, interferencias entre campos que se aproximan, pudiendo generar acoplamiento (campos que forman un todo y mantienen sus especificidades). En ese sentido, la pedagogía de la implicación es intercesora de políticas públicas de salud cuando se operan procesos de gestión de la inclusión, de la permeabilidad

social y de la mobilización de la participación, además de la operación de dispositivos de aprendizaje.

La constitución de colectivos productores de salud, agenciadores de proyectos de afirmación de la vida es uno de los mayores desafíos del sector, por lo que moviliza de saber-hacer-poder, por eso una pedagogía cuyo eje es el análisis colectivo y la producción de autoría tiene potencia instituyente de políticas públicas de salud. Además, en el sector de la salud, el trabajo de los profesionales es esencial y su ejercicio cotidiano tiene mucha autonomía en relación a las estructuras organizacionales, por lo tanto, al apropiarse del conocimiento producido e incidiendo sobre el mismo, modificando sus prácticas, afectan directamente la calidad de la atención y de la vida de la población. La creación de dispositivos de educación permanente en salud en el cotidiando de los servicios ha posibilitado la invención y la consolidación de prácticas cuidadoras. Aracaju, Belo Horizonte, Campinas y João Pessoa son municipios que han activado la participación social, mediado conflictos entre equipos y usuarios, producido desarrollo del trabajo y de los trabajadores y efectivado acuerdos de procesos de trabajo comprometidos con proyectos de vida, a través de pedagogías de la implicación. Para soporte, sustentabilidad y consolidación de los Centros de Atención Psicosocial (Caps), el Ministerio de Salud desencadenó, en 2005, un proyecto de supervisión y de asesoría a los equipos en relación a su trabajo en acto.

La pedagogía de la implicación quiere a las ciudades (el lugar, la ciudadanía), existe como educación en cursos, en las escuelas, en los servicios, en evento-advenimientos, abre vertientes en forma de movimiento social, gana las subjetividades y embarca en procesos de subjetivación. Quiere a las ciudades, no queda en el aula, en la relación profesor-alumno, en la enseñanza, ejerce poder sobre las políticas públicas, constituye actividad política, configura zonas de turbulencia, haciendo temblar lo puesto, lo dado, lo cierto, la verdad; convoca, seduce y modifica.

La pedagogía de la implicación y la producción de salud tiene como materia prima lo obvio, lo local y cotidiano, que, otra vez, evidencia cuán intercesora son una de otra. Resingularizar y reinventar el día a día es

afirmación de vida para ancianos, mujeres, para diabéticos, para hipertensos y para portadores de sufrimiento mental. La pedagogía de la implicación produce disruptura con los métodos prescriptos (in)eficaces, cuestiona los imposibles y apuesta en los posibles.

La misma pedagogía propicia la ampliación de la capacidad de los equipos en escuchar y acoger, de establecer lazos de responsabilidad con las personas y por su cuidado y de provocar autonomía (independencia, autoría, autodeterminación, derecho a la invención de sí y del entorno). De este modo, ha sido implementado el acogimiento en los servicios de salud, la clasificación de riesgos en las urgencias, la atención domiciliar, el acompañamiento terapéutico, los servicios sustitivos de salud mental, la líneas de cuidado, las cooperativas y los talleres (de generación de ingresos, creatividad y convivencia) en el ámbito de la política de salud. Una pedagogía de la implicación en la calificación de sus actores/autores despejaría vida en corrientes propicias. Para innovar modalidades de cuidado y apostar en proyectos posibles, es preciso capacidad de agenciamiento de los colectivos de trabajo, una competencia activada por la pedagogía de la implicación.

Producir bifurcaciones, sustentar diferencias y dar soporte a eventos-advenimientos exige superación de inhibiciones, una cierta ligación con la locura, para ir a la plaza pública, a dar visibilidad a lo invisible, a zarandear, hacer teatro, circo y/o ruedas de conversación sobre salud.

La aprensión de la ciudad, su historia, geografía y sentidos, han sido uno de los principales aprendizajes de la pedagogía de la implicación que "cartografié", intercesora de políticas públicas de salud en todas las veces. Se han producido en Brasil un mapa de las ciudades inventoras de atención a la salud y de cuidados en salud mental, ese mapa podría ser el mapa de las intercesiones de la educación a políticas públicas de salud ¿qué pedagogías han usado?

El "cuadrilatero de educación en salud" constituido como *formación-atención-gestión-participación* ya es un concepto-caja de herramienta, producto de la intercesión de la pedagogía de la implicación para una política pública de salud, y de la educación en salud. Así como el "pensamiento

estratégico” formulado por Mario Testa en el ámbito del sector de la salud y el aprendizaje sobre el *poder* confieren mayor efectividad para una política pública de salud por su pedagogía de la implicación.

Las prácticas pedagógicas producidas en equipo multiprofesional, de modo “entre-disciplinar” (Ceccim, 2004) se pueden construir en matrices para prácticas de trabajo colectivo en salud cuyo objetivo es el usuario. El tensionamiento de la travesía, la creación de el *tercer margen del río* provoca la desacomodación en los dos márgenes y la producción de posibles. Situaciones inductoras de una clínica en movimiento y conectoras de redes calientes de cuidados, las cuales se van configurando en la acción de los implicados.

La autoría de proyectos de presente se da con sujetos encarnados, implicados con la vida, capaces de soportar sus coexistencias, bifurcaciones, dobleces e irrupciones, para, desde ahí, inventar (Kastrup, 199). Sujetos militantes, mentaleros, sentipensantes.

Foto del 2º Sismec – Concierto y Acto Político – Santa Maria (Acervo Personal, 1990)

Foro de Concordia de Salud Mental, Concordia/Argentina.
Vicente Galli y Manfred Max-Neef –sentados–; Silvina Malvarez, Rubén Ferro, Sandra Fagundes, Augusto Debernardi, Miguel Ángel Nicolla, Abraham Turkenicz, Antonio Elizalde, Carmen Oliveira, Jussara Mendes –de pié. (Acervo Personal, 1989).

POSFÁCIO

Parecer sobre la disertación de Sandra Maria Sales Fagundes: Aguas de la Pedagogía de la Implicaciónón: intercesiones de la educación para las políticas públicas de salud

Mario Testa

Querría comenzar señalando que la disertación de Sandra Fagundes es, al mismo tiempo, más y menos que un trabajo para optar a un título de maestría. Es menos porque no se trata de una "tesis" en sentido académico clásico (la misma Sandra nos lo anuncia al no llamarla tesis sino "disertación"), ya que no utiliza la formalización habitual en ese tipo de procedimientos: no hay inducciones ni deducciones, para decirlo de otra manera. Pero por otra parte es más porque es un reflejo muy directo y muy real de la misma autora, presente com su vida en cada página de su disertación; podríamos afirmar que las conclusiones a que podemos arribar al terminar la lectura requieren del pensamiento abductivo, utilizando homologías u homomorfismos, como le gustaría afirmar a Douglas Hofstadter (ver Gödel, Escher, Bach, un eterno y grácil bucle).

En ese libro (que comienza con un homomorfismo que va a ser una constante del mismo: los tres nombres propios del título se inician com las mismas letras de los calificativos que siguen, continuando al título en inglés cuyos calificativos son: an eternal, golden, braia) se establece una comparación entre las obras de esos tres autores: el matemático alemán com sus teoremas acerca de la completitud y consistencia de los sistemas axiomáticos, el músico alemán com sus cánones y fugas de la Ofrenda Musical y El Arte de la Fuga, y el dibujante holandés com sus dibujos y pinturas donde se recubren espacios com variantes de un mismo diseño (aves que se transforman en peces), o se representan imágenes imposibles y reiteradas como las escaleras donde es imposible decir si los personajes que las pueblan suben o bajan (o si hacen las dos cosas al mismo tiempo) o,

más pertinente para esta oportunidad, los juegos de agua que circulan hacia arriba y hacia abajo en un círculo perpetuo.

La mención a los imposibles de Escher, cuya contrapartida es la imposibilidad matemática de Gödel, fue sintetizada magistralmente por los estudiantes franceses en el mayo del 68 al escribir en una de sus más famosas consignas: “cuando algo necesario es imposible, hay que cambiar las reglas del juego”, frase retomada pelo sociólogo español Jesús Ibáñez en su libro El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden. Y la vida de Sandra es consistente com esa consigna.

El trabajo de Sandra está destinado a promover la implicación de los trabajadores en salud mental, a la manera de la autora y su tribu de “mentaleiros”. La mención a Hofstadter encuentra su justificación en el trabajo de Sandra y sus colaboradores “implicados” en la transformación de la salud mental en Rio Grande do Sul, Brasil, en el cono sur, en América Latina, y mejor detengámonos ahí, junto al segundo nivel que retoma la implicación en el trabajo presentado, más la propuesta de actividades futuras en ese mismo sentido.

El homomorfismo es claro, la implicación de Sandra tiene su equivalente en la de los mentaleiros, en el tema de la disertación y en la propuesta implícita en la misma. No solo del homomorfismo, también la recursividad, demostrada en forma reiterada en el texto, en los cursos en que, valga la reiteración, se reiteran enseñanzas y experiencias. El monumento literario que Hofstadter eleva al homomorfismo y la recursividad encuentra un fiel reflejo, ¿un homomorfismo?, en el trabajo de Sandra.

No puede ser de otra manera: hablar de implicación sin estar implicándose sin duda a una formulación tecnocrática, fría y vacía de sentido, al estilo de muchos informes y trabajos de organismos oficiales, en particular internacionales, que terminan proponiendo el “perfecto estado de bienestar físico, mental y social”, totalmente opuesto a lo que ocurre con la lectura del texto de Sandra.

Es posible que algún lector desprevenido piense que el texto sea demasiado anecdótico, en exceso descriptivo y poco reflexivo, y que un trabajo destinado a una evaluación académica debiera ser menos literario y

más rigurosa en la teorización. Esta es una da las maneras en que se puede perder la extraordinaria potencia que contiene la relación entre teoría y práctica.

Y en este punto voy a meterme deliberadamente en un terreno pantanoso, porque sé que a los psicoanalistas no les cae demasiado bien la referencia a uno de los psicólogos y epistemólogos a mi juicio mas talentosos del siglo XX: Jean Piaget; pero como yo no soy psicoanalista, y ni siquiera "psi", me atreveré a decir que el trabajo de Sandra Fagundes es, todo él, una confirmación rotunda de una de las afirmaciones "fuertes" de Piaget: todo conocimiento comienza com una práctica.

Y no olvidemos que Piaget fue el epistemólogo que transformo la psicología en una ciencia experimental. Y esto hace que el texto de Sandra sea rigurosamente científico, a pesar de la forma, por momentos hasta un tanto literalmente barroca, justificándose entonces en plenitud su calidad académica.

He tenido el extraordinario privilegio de participar hace un par de meses en la banca de una tesis de doctorado, presentada en el Instituto de Saúde Coletiva de la UFBa, con un tema que presenta notables paralelismos, también en sus desarrollos y conclusiones, con la disertación de Sandra. No creo que se trate de una coincidencia fortuita, y menos de transmisión de pensamiento u otras circunstancias esotéricas, sino que estas dos autoras, ambas profundamente implicadas com su trabajo aunque por razones muy diversas (un fenomenólogo como Alfred Schütz diría que sus motivos "porque" presentan, como casi siempre, diferencias "radicales"), coinciden en sus propuestas (sus motivos "para"), porque frente a los mismos problemas se hicieron las mismas preguntas. Y tal vez no resulte ocioso mencionar que es as diferencias radicales no se corresponden con necesidades radicales (las que dan sentido a la vida de cada quien; ver Teoria de las necesidades en Marx, de la antropóloga húngara Ágnes Heller), ya que éstas parecen – y sin duda lo son – las mismas en ambas autoras.

Y esto fortalece la posibilidad de que estos trabajos contribuyan a la formulación de políticas transformadoras y, o que para min es de la máxima

importancia, a la constitución de sujetos transformadores, sin lo cual cualquiera intención de cambio está condenada al fracaso.

Quisiera terminar esta breve reflexión com un intento de precisar la idea de implicación avanzando algo más sobre la idea de compromiso de la misma conlleva.

Cuando durante el primer Congreso de Salud Mental Patagónico le pregunté a Luisa Kisnerman, una trabajadora social del equipo que junto a Hugo Cohen llevaban adelante el proceso de desmanicomialización en la provincia de Rio Negro de mi país, que era lo que hacia cuando debía intervenir en una situación de crisis (ella formaba parte de los equipos de intervención en crisis), me contestó: "hay que poner el cuerpo". Armé entonces mi intervención posterior haciendo referencia a la respuesta de Luisa preguntándome en forma retórica ¿cuál es ese cuerpo que hay que poner?, dándome como respuesta: es un cuerpo que trabaja, que hace el amor y que lucha. Cito entonces dos párrafos del trabajo de Sandra:

"O trabalho com o corpo, em sua dimensão estruturadora, rompendo com a divisão corpo/mente foi fundamental para a criação de espaços de trabalho, organizado com base nas potencialidades, nas capacidades e na diversidade, viabilizando a inserção social e produzindo rompimento com a divisão entre a atenção e o trabalho."

"A aprendizagem das integralidades, das nascentes às rotas de navegação, incluíram a coexistencia de produções apolíneas e dionísicas: a ressignificação do corpo (das lutas, do trabalho, do amor)."

A nadie podrá extrañar, por tanto, mi identificación con el trabajo de Sandra. Sobre todo si se le en las páginas anteriores y siguientes (que no cito en forma textual para no exagerar en la exégesis), los párrafos donde se identifica a la cultura como un problema estratégico y a que cada uno de nosotros ha sido un productor, pequeño pero productor, de la historia que vivimos.

Y ahora si, para finalizar, un último recuerdo y una última mención: en 1995 participé en una reunión propuesta por muchos representantes del psicoanálisis argentino para celebrar y comentar sobre los aportes del psicoanálisis a diversos aspectos de la cultura nacional. Me correspondió

hablar de los aportes a la salud. El motivo de la celebración es que se cumplían cien años del “descubrimiento” del inconsciente por Freud, según los organizadores episodio ocurrido cuando Freud se encontraba sentado en la terraza de un café en Viena.

Mi intervención, dedicada a “la memoria querida de Mimi” (Marie Langer) se llamaba La Plaza y terminaba diciendo algo como: si es cierto que Freud descubrió el inconsciente mientras se encontraba en la terraza de un café en Viena, mí intención es que desde las plazas de América Latina se origine un movimento que haga realidad las palabras angulares de Carlos Chagas en 1926: no pasará mucho tiempo en que construyamos una grande y hermosa ciencia que haga arte en defensa de la vida. Vayamos entonces a la página 223 y veremos ese movimiento puesto en marcha.

Y ahora sí que termino de verdad: he intentado demonstrar que ese trabajo presenta una continuidad “difícil”, porque no sigue un camino lineal sino que serpentea, por momentos se oculta, o retrocede, o salta y se diversifica, pero sin perder nunca el rumbo hasta llegar a su luminoso final, por eso, me gustaría nombrar este comentario que es, tal vez, otro homomorfismo con el trabajo de Sandra: teimosia da água.

Obrigado Sandra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros, revistas, capítulos de livros e artigos em periódicos
Libros, revistas, capítulos de libros e artículos en periódicos

ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciênciaepidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinariedade e saúde coletiva. Ciência & SaúdeColetiva, Rio de Janeiro, v. 2, n.1-2, p.5-20, 1997.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; WESTPHAL, Márcia (Org.). Gestão de Serviços deSaúde. São Paulo: Edusp, 2001.

ALTOÉ, Sônia (Org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo:Hucitec, 2004.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In:PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Cuidado: as fronteiras daintegralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.221-240.

AMARANTE, Paulo (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1994.

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica damedicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES MESQUITA, José Ricardo. Deve-se definir transdisciplinariedade? Ciência &Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 1-2, 1997, p.36-38.

BACHELARD, Gaston. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BAPTISTA, Luis Antonio. A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nasgrandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BELMARTINO, Suzana. Políticas neoliberales em salud: la discusión de uma alternativa.Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro/São Paulo: Cebes - Abrasco, n. 2, p. 33-37, 1990.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. A construção do plano da clínica eo conceito de transdisciplinariedade. Psicologia: teoria e

pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações docapitalismo. Lugar Comum - estudos de mídia, cultura e democracia, Rio de Janeiro, n.19-20, jan-jun. p.159-171, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: Cebes - Hucitec, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. Psiquiatria y poder. Buenos Aires: Granica, 1972.

BIRMAN, Joel; SERRA, Antonio. Os descaminhos da subjetividade. Niterói: Universitária(Eduff), 1988.

BLEGER, José. Psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação emodelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília,DF, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

BUARQUE, Cristóvam. A desordem do progresso. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

CAMARGO, Gabriel; FAGUNDES, Sandra, FISCHER, Maria de Fátima et al.Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental do Rio Grande do Sul.Encuentro latinoamericano de psicologia marxista y psicanalisis: intercâmbio deexperiências, práticas y teorias, 2, Havana, v. 5, fev 15-19, 1988, p.1-4.

CAMPOS, Florianita Coelho (Org.). Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo:Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para análise e co-gestão de coletivos: aconstituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o métododa roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Subjetividade e administração de pessoal: consideraçõessobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias;ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva àorganização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e democracia:a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p.113-124.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança:revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde.

In: CECILIO, Luiz Carlos deOliveira (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CARVALHEIRO DA ROCHA, José. Transdisciplinariedade dá um barato. Ciência & SaúdeColetiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 71-79, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida.In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Org.). Criançahospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. Porto Alegre: Ed. daUniversidade, Ufrgs, 1997. p.27-41.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e daspráticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e daEducação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação deFacilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.Interface - comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP: Fundação UNI/Unesp, v. 9, n.16,set. 2004/fev. 2005, p.161-178.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dosatos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Cuidado: asfronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade dagraduação em saúde coletiva. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2002, p.9-36.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivosorganizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni;MATTOS, Ruben (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho emequipe participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc - Abrasco, 2005.p.161-180.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área dasaúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis - rev. saúde coletiva, Rio de Janeiro,v.14, n.1, 2002, p.41-65.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira (Org.). Inventando a mudança em saúde. São Paulo:Hucitec, 1994.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Indicadores de Avaliação de Desempenho: uminstrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY,Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997. p.373-385.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Modelos tecnoassistencias em saúde: da pirâmide aocírculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v.13, n.3, jul./set.1997, p.469-478.

CONDE RODRIGUES, Heliana de Barros. Análise institucional francesa e transformaçãosocial: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: CONDE RODRIGUES, Heliana deBarros; ALTOÉ, Sonia (Org.). SaúdeLoucura 8: análise institucional. São Paulo: Hucitec,2005. p.115-164.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). Loucura, ética e política: escritosmilitantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DELEUZE, Gilles. A dobra: Leibniz e o Barroco. 2 ed. Campinas, SP: Papirus, 1991.

DELEUZE, Gilles. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

DELEUZE, Gilles. Que es un dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. Michel Foucault, filósofo.Barcelona: Gedisa, 1990. p.155-161.

DELGADO, Pedro. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, Miriam. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e decidadania. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001, p.86-95.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Riode Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAGUNDES, Sandra. O financiamento na reorientação do modelo assistencial em saúdemental. In: Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim,excluir não. Brasília, DF, Ministério da Saúde, dez. 2001, p.31-41.

FAGUNDES, Sandra. Exigências Contemporâneas. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2,1995, p.2-4.

FAGUNDES, Sandra. Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In:BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). Psiquiatria sem hospício. Riode Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.57-68.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENÂNCIO, AnaTereza; CAVALCANTE, Maria Tavares (Org.). Saúde mental: campos, saberes e discursos.Rio de Janeiro: Edições Ipub - Cuca, 2001. p.265-276.

FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens dooutro na produção do cuidado In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.).Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro:

Hucitec - Abrasco, 2004. p.171-186.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). O fazer em saúde coletiva:inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de SaúdePública/RS, 2002.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). Tempo de inovações: a experiênciada gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de SaúdePública/RS, 2002.

FERRO, Rubén. Pensamento estratégico e saúde mental coletiva. Palestra. In: Congresso daAssociação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, 3, Porto Alegre, maio de 1992.

FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas depensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos IV: estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: ForenseUniversitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

FOUCAULT, Michel. História da loucura. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 1988.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF):contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY,Emerson Elias et al. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS nocotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio. Integralidade na assistência àsaúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). Otrabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.p.125-133.

FREIRE COSTA, Jurandir. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4 ed. Riode Janeiro: Xenon, 1989.

FREIRE COSTA, Jurandir. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupose psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FREIRE COSTA, Jurandir. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In:

ARAGÃO, Luiz Tarlei de et al. Clínica do social: ensaios. São Paulo: Escuta, 1991. p.39-74.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,

1997.

FREIRE, Paulo. Educação e mudança. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 4ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREUD, Sigmund. Análisis terminable e interminable (1937). In: FREUD, Sigmund. ObrasCompletas. Buenos Aires: Amorrortu, 1980. v. 23 (1937-39). p.211-254.

GADOTTI, Moacir; PADILHA, Paulo Roberto; CABEZUDO, Alicia. Cidade educadora:princípios e experiências. São Paulo: Cortez - IPF, 2004.

GALLI, Vicente. Construcción participativa de la Salud Mental - aula no I Curso deAdministração em Saúde Mental Coletiva. Escola de Saúde Pública - Secretaria Estadual deSaúde, Porto Alegre, 1988. [texto digitado]

GALLI, Vicente. Salud Mental: definiciones y problemas. Argentina: Ministério da Saúde,1986. [texto fotocopiado]

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GOLDBERG, Jairo. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2 ed. Rio de Janeiro: TeCorá - Instituto Franco Basaglia, 1996.

GUATTARI, Félix. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo:Brasiliense, 1981.

GUATTARI, Félix. As três ecologias. São Paulo: Brasiliense, 1989.

GUATTARI, Félix. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUEVARA VALDEZ, Juan Guevara. La evolución del hombre y la cultura. Saúde Mental

Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.14-20.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina. Educaciónpermanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS, 1994.

HEIMANN, Luiza et al. (Org.). O município e a saúde: reorganizando a descentralização.São Paulo: Hucitec, 1992.

HIRDES, Alice. A reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo.Erechim: Edifapes, 2001.

HUERTAS, Franco. Entrevista com Carlos Matus: o método PES. São Paulo: Fundap,1996.

KASTRUP, Virginia. A invenção de si e do mundo. Campinas, SP: Papirus, 1999.

LANCETTI, Antonio (Org.). SaúdeLoucura 2. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

LANCETTI, Antonio. A clínica como ela era. In: LANCETTI, Antonio (Org.).SaúdeLoucura 5: a clínica como ela é. São Paulo: Hucitec, 1997. p.181-192.

LATOUR, Bruno. Jamais fomos modernos. 3 reimp. São Paulo: Ed. 34, 2005.

LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Riode Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da lutaantimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). Loucura, ética epolítica: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.20-30.

LOURAU, René. Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Uerj, 1993.

MAGNÓLIO, Paulo. Educologia: a educação ambiental ativa. Guararema: J. Pádua Gráficos,2003.

MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI,Antonio (Org.). SaúdeLoucura 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p.69-74.

MARSIGLIA, Regina et, al. (Org.). Saúde mental e cidadania. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MATUS, Carlos. Adeus, senhor presidente. São Paulo: Fundap, 1996.

MATUS, Carlos. Política, planificação e governo. Brasília: Ipea, 1996.

MAX-NEEF, Manfred. Desarollo a la escala humana, una opción para el futuro.Barcelona: Cepaur. 1986.

MELMAN, Jonas. Família e doença mental. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Tecnologia e organização social das práticas desaúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros desaúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio

de reconhecido como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista et al. (Org.). Acolher Chapecó: umaexperiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo:Hucitec, 2004. p.21-45.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). Agir em Saúde: um desafio para opúblico. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília. (Org.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2 ed.São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINTZBERG, Henry. Criando organizações eficazes. Traduzido por Cyro Bernardes. SãoPaulo: Atlas, 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: umanarrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Org.). Estratégias de organização da atenção àsaúde. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.80-85.

MOTTA, Paulo Roberto. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio deJaneiro: Record, 2000.

NAFFAT NETO, Alfredo. Nietzsche: a vida como valor. São Paulo: FTD, 1996.

NICÁCIO, Fernanda. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

NIETZSCHE, Friedrich. O nascimento da tragédia ou helenismo e pessimismo. São Paulo:Companhia das Letras, 1992.

NIETZSCHE, Friedrich. A gaia ciência. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich. Ecce homo: de como a gente se torna o que a gente é. Porto Alegre:L&PM, 2003.

NIETZSCHE, Friedrich. Humano demasiado humano ou Um livro para os espíritoslivres. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. (Org.). As ciências sociais em saúde na América Latina:tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

NUNES, João Wagner Albert. O pensamento estratégico, a função social e a loucura. SaúdeMental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, mar. 1995, p.55-59.

OLIVEIRA, Carmen Silveira. De militonto a militante: a desconstrução de meus pecadoscapitais como trabalhadora de saúde mental. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, eEncontro de Saúde Coletiva do Cone Sul, saúde como direito à vida. Porto Alegre, maio de1992, p.36.

OLIVEIRA, Delvo; SALDANHA, Olinda. Da instituição à sociedade: a

trajetória da saúdemental coletiva. Saúde Mental Coletiva, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.40-51.

OMS/OPAS. Unidad de entornos saludables, área de desarrollo sustenible y salud ambiental.Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en salud y desarrollo local.Washington, 2005.

PELBART, Peter Pál. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio(Org.). SaúdeLoucura 2. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992. p.131-138.

PELBART, Peter Pál. O fora da clausura, a clausura de fora. São Paulo: Hucitec, 1994.

PELBART, Peter Pál. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, Roseni. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de VoltaRedonda. Physis - rev. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2001, p.123-161.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro:IMS/Uerj - Abrasco, 2001.

PITTA, Ana (Org.). A reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Saúde MentalColetiva, Porto Alegre/Bagé, v. 1, n.1, Junho 1993.

PORTOCARRERO, Vera. Transdisciplinariedade em saúde coletiva: tópicos filosóficoscomplementares. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, 1997, p.39-44.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS,Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). Cidadania e loucura: políticas desaúde mental no Brasil. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.15-73.

RIGHI, Liane Beatriz. Município: território de produção de novas formas de gestão e atençãoà saúde considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formaçãode gestores. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 24, dez. 2001, p.9-27.

RIGHI, Liane Beatriz. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. In:

MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Org.). Estratégias de organização da atenção àsaúde. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.29-46.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO,

Fernanda(Org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992. p.17-60.

SANTOS, Boaventura de Souza. Pela mão de Alice: o social e o político na modernidade. 8ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, Milton. Pensando o espaço do homem. 5 ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SARACENO, Benedetto. Intercâmbio internacional para a reforma psiquiátrica. Brasília,1992. [texto digitado]

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadaniapossível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá - Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; Bagé: Urcamp, v.1, n.1,Junho 1993.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Bagé: Urcamp. v. 2, n. 2, Março, 1995.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Bagé: Urcamp. v. 3, n. 3, Outubro, 1997.

SCARPARO, Helena. Psicologia comunitária no Rio Grande do Sul: registros daconstrução de um saber-agir. Porto Alegre: Edpucrs, 2005.

SERRES, Michael. Notícias do mundo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SIBEMBERG, Nilson. Observações sobre a direção do tratamento de um caso deesquizofrenia. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, n. 25,out. 2003, p.48.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla; ALVES, Márcia. Entre tramas e redes:cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (Org.). Construçãosocial da demanda. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc - Abrasco, 2005. p.77-89.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate nocampo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA, Nise da. O mundo das imagens. São Paulo: Ática, 2001.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TESTA, Mário. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Buenos Aires: LugarEditorial, 1995.

TESTA, Mário. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, Mário. Saber en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson Rosário (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúdemental no Brasil. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

TURKENICZ, Abraham. Querendo aprender e aprendendo. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v.2, n. 2, 1995, p.51-54.

VASCONCELOS, Eduardo et al. (Org.). Reinventando a vida: narrativas de recuperação econvivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: Encantarte, 2005.

VICTORA, César; BARROS, Fernando; VAUGHON, Patrick. Epidemiologia dadesigualdade. São Paulo: Hucitec, 1988.

Legislação

Legislación

ALEGRETE. Lei nº 2.662, de 16 de maio de 1996. Dispõe sobre a política de atenção integrala saúde mental no município de Alegrete. Alegrete: Câmara Municipal, 1996.

BRASIL. Ministério de Educação. Constituição da República Federativa do Brasil.Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre ascondições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e ofuncionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial daRepública Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055-18059.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre aparticipação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre astransferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde e dá outrasprovidências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez.1990,p.25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Brasília, DF, 2004. (SérieLegislação em Saúde, nº 4.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui aPolítica Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único deSaúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outrasprovidências. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 799/GM, de 19 de julho de 2000. Institui no âmbitodo Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento dasAções Assistenciais em Saúde Mental. In: Legislação em Saúde Mental. Brasília, DF, 2004.(Série Legislação em

Saúde, n. 4). P. 105-108.

CANOAS. Lei no 4.015, de 1º de setembro de 1995. Dispõe sobre a política de saúde mental,a ser desenvolvida no município de Canoas, em termos de prevenção, assistência, reabilitação,ensino e pesquisa e dá outras providências. Canoas. Câmara de Vereadores, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reformapsiquiátrica no Rio Grande do Sul. In: Coletânea de Legislação O SUS é legal, Porto Alegre.2000. p.147-151.

PROVÍNCIA DE RIO NEGRO. CONSEJO PROVINCIAL DE SALUDPÚBLICA. Anteproyeto de ley para la promoción sanitária y social de las personas quepadecen sufrimiento mental. Viedma, 1989.

Relatórios, Documentos e Manuais

Informes, Documentos y Manuales

ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS. FÓRUMMINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Relatório do V Encontro Nacional das Entidades deUsuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Betim-MG,dezembro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília,DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento da V Reunião do Colegiado de Coordenadoresde Saúde Mental. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Serviços de Saúde Mental. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:caminhos da educação permanente em saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde.Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família - PSF. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de SaúdeMental, 1987. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de

SaúdeMental, 1992. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de SaúdeMental, 2001. Brasília, DF, 2002.

CÓRDOBA. Secretaria Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Mental Córdoba.Estrategias para el cambio 1984-1987. Gobierno de Córdoba, 1987.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. Louca Vida. Porto Alegre: Conselho Regionalde Psicologia - 7ª. Região, 1993.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. Relatório do III Encontro Nacional da LutaAntimanicomial: por uma sociedade sem exclusão. Porto Alegre, 1997. [texto digitado]

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Relatório do II Encontro Nacional da LutaAntimanicomial. Belo Horizonte, 1995. [texto digitado]

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Relatório do V Encontro Nacional dasEntidades de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.Betim - MG, 1998.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru.Jornal do Psicólogo, v. 7, n. 21, 1987, p.4.

NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS / BA. Relatório doEncontro Nacional da Luta Antimanicomial. Documento. Salvador, 23 a 26 de setembro de1993.

OMS/OPAS. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001: saúde mental: nova concepção,nova esperança. Brasília, DF, 2001.

OMS; UNICEF. Relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primáriosà Saúde, 1978. Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da 1ª Conferência Municipalde Saúde Mental, 1992. Porto Alegre, 1992.

RIO GRANDE DO SUL. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Comissão de SaúdeMental. São Pedro Cidadão: assembléia instituinte. Conselho Estadual de Saúde, 1992.[texto digitado]

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Manual de treinamento emcuidados primários de saúde mental. Porto Alegre, abril, 1981.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Paismental. Delineamentos para aelaboração da política de saúde mental para o Rio Grande do Sul. Porto Alegre, outubro,1987.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Paismental. Encontro Estadual deSaúde Mental, desconstruindo manicômios a caminho da municipalização. Porto Alegre,agosto 1990.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Divisão de Saúde Mental - Escola deSaúde Pública. Relatório final da I Conferência Estadual de Saúde Mental: rumos daatenção em saúde mental no Rio Grande do Sul, 1992. Porto Alegre: Corag, 1992.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Conjunto de Saúde Mentalpara o Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, abril 1981.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Guia de Serviços de Saúde Mental.Porto Alegre, 2002.

TURKENICZ, Abraham; FAGUNDES, Sandra. Campos e núcleos na Residência Integradaem Saúde Mental Coletiva: percurso teórico. Porto Alegre, 2000. [texto digitado]

Práticas

Practicas

ABRASCO. Programa do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e I Encontro de SaúdeColetiva do Cone Sul: saúde como direito à vida. Evento. Porto Alegre, maio de 1992.

AMPARO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de2004. Disponível em: <http://www.amparo.sp.gov.br>. Acessado em: 25.03.2006.

AMPARO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de2005. Disponível em: <http://www.amparo.sp.gov.br>. Acessado em: 25.03.2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SAMPAIO, José Jackson; SANTOS, AntonioWeimar. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Aorganização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. p.267-280.

BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório final da 5ª Conferência Municipal deSaúde: aprofundando o controle social. Belém, PA, 2000.

BESCKOW, Elsa. São Lourenço do Sul, “Nossa Casa”. Saúde Mental Coletiva, PortoAlegre, v.1, n.1, 1993, p.78-82.

BUENO, Wanderlei Silva. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, EmersonElias; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo:Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.169-195.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo. A integração da saúde mental num sistema de saúdecomunitária. Porto Alegre: Globo, 1976.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo; LEWIN, Isaac; RUSCHEL, Sérgio. Estudo de um casoregistrado num prontuário de família orientado para a solução de problemas. RevistaAMRIGS. Porto Alegre, v. 24, n. 2, abr/jun, 1980, p.159-165.

CABRAL, Károl; BELLOC, Márcio Mariath. O acompanhamento terapêutico comodispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In:PALOMBINI, Analice de Lima e colaboradores. Acompanhamento terapêutico na redepública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Ed.da Universidade/Ufrgs, 2004. p.113-136.

CAMPOS, César et al. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo opúblico. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, Florianita Coelho; MAIEROVICH HENRIQUES, Cláudio (Org.). Contra amaré, à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.CAPISTRANO DA COSTA FILHO, David; PIMENTA, Aparecida Linhares (Org.). Saúdepara todos: um desafio ao município, a resposta de Bauru. São Paulo: Hucitec, 1989.

CARPES, Jussara; VIEIRA, Lúcia; RODRIGUES, João Bosco. Centro de Estudos SociaisContemporâneos: da utopia à construção. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995,p.41-46.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. Acompanhamento terapêutico: do um ao outro, doporto ao mar. In: PALOMBINI, Analice de Lima e colaboradores. Acompanhamentoterapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Ed. daUniversidade/Ufrgs, 2004. p.141-145.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. História da loucura e reforma psiquiátrica: umpercurso. In: NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do et al. (Org.). Psicologia e políticaspúblicas: experiências em Saúde Pública. Porto Alegre: CRP-7ª Região, 2004. p.109-125.

CARVALHO SANTOS, Rogério de. Saúde todo dia uma construção coletiva. São Paulo:Hucitec, 2006.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo dasações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa. Gestão da educação em saúde coletiva e gestãodo Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.).Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre:Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.143-162.

CESCON - Centro de Estudos Sociais Contemporâneos. Curso de Especialização em SaúdeMental Coletiva. Saúde Mental Coletiva, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 1995, p.60-61.

CLAUS, Suzete; CAPRA, Margareth. Elaboração de um protocolo de ações básicas da saúde:subsídio para reorganização de processos de trabalho para a implementação do SUS.Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, v. 24, 2001, p.44-51.

CRASOVES, Mara Lúcia. O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade-instituiçãosociedade.Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.47-50.

CRESCENTE, Lúcia; OLIVEIRA, Jucemara. Da saúde mental para as políticas sociais: atrajetória em Santo Augusto. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.21-28.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.).A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta, 1991.

FAGUNDES, Hugo; LIBÉRIO, M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio deJaneiro: estratégias de construção e desconstrução. Saúde em Foco - Informe Epidemiológicoem Saúde Coletiva - SMS/RJ. Saúde Mental: a ética do cuidar. Rio de Janeiro, v. 6, n.16, nov.1997, p.30-35.

FAGUNDES, Sandra. Uma transformação de práticas psiquiátricas no Rio Grande do Sul.Divulgação em saúde para debate, Londrina, v. 4, 1991, p.123-125.

FAGUNDES, Sandra . Viamão: cidadania em defesa da vida. Divulgação em saúde paradebate, Rio de Janeiro, v. 24, 2001, p.28-43.

FAGUNDES, Sandra. Democratização do SUS: o colegiado gestor. In: MISOCZKY, MariaCeci; BECH, Jaime (Org.). Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre:Dacasa, 2002. p.53-56.

FÉLIX, Paulo. E lei se fez! In: Saúde Mental Coletiva, Porto Alegre, v.1, n.1, 1993, p.14-17.

FERLA, Alcindo Antônio et al. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestãoestadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra(Org.). O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.13-29.

FERRARI, Maria Judete; MULAZZANI, Maria de Fátima. Ressignificando a história: detécnicos a políticos. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 3, n. 3, 1997, p.19-26.

FERREIRA, Carmen Vera; BARFKNECHT, Kátia; BERTUOL, Márcia. Geração/Poa. Saúdeem Porto Alegre, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2004, p.35-40.

FERREIRA, Gina. De volta para casa. In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação psicossocial noBrasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p.80-88.

FISCHER, Maria de Fátima Bueno. Pensão Pública Protegida Nova Vida: uma construçãocoletiva. Saúde Mental Coletiva, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.32.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. A pós-graduação em saúde mental coletiva.Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 1, n. 1, 1993, p.74-77.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler et al. Projeto Morada São Pedro. In: FERLA, AlcindoAntônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). O fazer em saúde coletiva: inovações na atenção àsaúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002.p.133-142.

GROSSMAN, Carlos et al. Projeto de residência em saúde comunitária. Porto Alegre:Secretaria Estadual de Saúde, 1975. [documento fotocopidado]

GUIA DE SERVIÇOS ALTERNATIVOS DO RIO DE JANEIRO. 2ª ed. ampl. Rio deJaneiro: Instituto Franco Basaglia, 1997.

GUILHERMANO-NETO, Josué et al. Possíveis caminhos de atenção à saúde (mental): aitinerância compondo a rede de desinstitucionalização. Saúde em Porto Alegre, PortoAlegre, v. 1, n. 1, 2004, p.21-26.

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Oficina dePlanejamento Estratégico, 16 e 17 de março 2006. [texto digitado]

LIMA, Ana Cristina Costa. Atuação de psicólogos na atenção básica no Sistema Único deSaúde e perspectivas para o trabalho-educação em saúde - Joinville. 2006. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Púbica, Programa de Pós-Graduaçãoem Saúde Pública, Ufsc, 2006.

MARCA FILHO, Getúlio; ROSA, Simone. Louca esperança: saúde mental na comunidade.In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). O fazer

em saúde coletiva:inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de SaúdePública/RS, 2002. p.179-192.

MEIRA, Marly. Oficinas de criação: laboratório de possíveis. Saúde Mental Coletiva, PortoAlegre, v. 1, n. 1, 1993, p.36-39.

MEIRA, Mirela. Oficinas de criação coletiva: um espaço de possíveis. Saúde MentalColetiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.37-40.

MISOCZKY, Maria Ceci. Projeto de saúde mental de Belo Horizonte: admitir que a loucuraexiste cria uma realidade. In: FUJIWARA, L. M.; ALESSIO, N.L.N.; FARAH, M. F. S.(Org.). 20 Experiências de gestão pública e cidadania. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

NASCIMENTO, Rodolfo Valentin. Saúde mental na atenção básica em Belém. Experiênciasinovadoras no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.239-254.

NICÁCIO, Fernanda. O processo de transformação em saúde mental em Santos:desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. Dissertação (Mestrado em CiênciasSociais) - PUC-SP, São Paulo, 1994.

ONOCKO, Rosana; AMARAL, Márcia. Cândido Ferreira: experimentando uma mudançainstitucional. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). Agir em saúde: umdesafio para o público São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.353-371.

ORTIZ, Jussara et al. (Org.). Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2004.

PALOMBINI, Analice de Lima et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública: aclínica em movimento. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2004.

PELLICCIOLI, Eduardo; GUARESCHI, Neuza. Problematizando o acompanhamentoterapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde. In: NASCIMENTO, Célia A.Trevisi do et al. (Org.). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. PortoAlegre: CRP-7ª. Região, 2004. p.141-154.

PITTA, Ana. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? Jornal Brasileirode Psiquiatria, São Paulo, v. 43, n. 12, 1994, p.647-655.

PORTO ALEGRE. Mostra de produção em saúde. Revista Saúde em Porto Alegre. PortoAlegre, v. 1, n. 1, jun./dez., 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde em PortoAlegre: plano de ação, 2004. Porto Alegre, 2004.

RECIFE. Secretaria Municipal da Saúde. Balanço 2001-2004. Recife, 2005.

ROCHA, E. Programa de saúde mental do município de Niterói - RJ.

Documento para a IConferência Municipal de Saúde Mental. Niterói, outubro, 2001.

ROCHA, Ubirajara; ROCHA, Angelina; MAGALHÃES, Carlos. A trajetória bageense nocontexto da saúde mental coletiva. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.29-36.

SALBEGO, Maria do Horto; FABRÍCIO, Márcia. Alegrete: o diálogo. Saúde MentalColetiva, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.8-11.

SALBEGO, Maria do Horto. A contribuição da luta antimanicomial para a política desaúde mental de Alegrete. 2004. Monografia (Especialização em Administração em Saúde) -Escola de Administração - Especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços desaúde, Ufrgs, Porto Alegre, 2004.

SAMPAIO, José Jackson; SANTOS, Antonio Weimar. A experiência do centro de atençãopsicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, Ana (Org.).Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-134.

SANTO ANDRÉ. Os de volta para casa. Associação José Martins de Araújo Júnior.Disponível em: <http://www.osdevoltaparacasa.org.br/saudemental.htm>. Acessado em:25.03.2006.

SANTO ANDRÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Serviços de Saúde.Disponível em: <http://www.santoandre.sp.gov.br>. Acessado em: 25.03.2006.

TYKANORI, Roberto. Em busca da Cidadania. In: CAMPOS, Florianita Coelho;MAIEROVICH HENRIQUES, Cláudio (Org.). Contra a maré à beira-mar: a experiênciado SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta, 1996. p.39-49.

WETZEL, Christine; ALMEIDA, Maria Cecília. A construção da diferença na assistência emsaúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. Saúde em Debate,Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001, p.77-87.

Dissertações e Teses dos *Mentaleiros* Gaúchos

Tesinasy Tesis de los Mentaleros Gaúchos

AREJANO, Ceres. Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviçosde atenção à saúde mental. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Instituto deEnfermagem, Ufsc, 2002.

BERNARDES, Jefferson. A representação social da loucura: a face oculta do

discursomédico. 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) - Instituto dePsicologia, PUCRS, 1995.

CABRAL, Károl. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reformapsiquiátrica: considerações sobre o *setting*. 2005. Dissertação (Mestrado em PsicologiaSocial) - Faculdade de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Ufrgs,2005.

DALMOLIN, Bernardete. Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dosenfermeiros do Rio Grande do Sul. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde, USP, 1998.

DIAS, Miriam. Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do sul: umaanálise da implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica. 1997. Dissertação (Mestrado emServiço Social). Faculdade de Serviço Social - Programa de Pós-Graduação em ServiçoSocial, PUCRS, 1997.

HECK, Rita. Suicídio: um grito sem eco: o contexto social de Santo Cristo/ RS. 1993.Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Pós-Graduação em Extensão Rural, UFSM,1993.

HECK, Rita. Contexto sócio-cultural dos suicídios de colonos alemães: um estudointerdisciplinar para a enfermagem. 2000. Tese (Doutorado Interinstitucional em Assistênciade Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Ufsc, 2000.

HIRDES, Alice. Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatandopossibilidades de reabilitação psicossocial. 2000. Dissertação (Mestrado Interinstitucional emAssistência de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Ufsc, 2000.

MARTINS, Regina. Voz da rua: estereótipos e realidade. 1998. Dissertação (Mestrado emDemandas e Políticas Públicas) - Faculdade de Serviço Social- Pós-Graduação em Demandase Políticas Públicas, PUCRS, 1998.

MEIRA, Mirela. As possibilidades de uma instituição inventada: ordem, desordem ecriação na Oficina de Criação Coletiva de Bagé. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação).Faculdade de Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação, Ufrgs, Porto Alegre,2001.

MIRON, Vera. Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS) 1890-1990. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem, USP, Ribeirão Preto, 1998.

MORAES, Fábio. Abrindo a porta da casa dos loucos: ou para ativar a potência dos fluxos.2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e

Institucional) - Instituto de Psicologia –Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Ufrgs, Porto Alegre, 2000.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. Loucura e complexidade na clínica do quotidiano.2005.Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós-Graduação de Enfermagem, Ufsc, 2005.

RAMMINGER, Tatiana. Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde dotrabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. 2005. Dissertação(Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Ufrgs, Porto Alegre,2005.SALDANHA, Olinda Lechmann. Psicologia e saúde: problematizando o trabalho dopsicólogo nas equipes municipais de saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em PsicologiaSocial e Institucional) - Instituto de Psicologia – Programa de Pós-Graduação em PsicologiaSocial e Institucional, Ufrgs, Porto Alegre, 2004.

WETZEL, Christine. Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de SãoLourenço do Sul - RS. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola deEnfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, USP, RibeirãoPreto, 2000.

Literatura e Música

Literatura y Música

ALMEIDA, Fernanda Lopes de. O equilibrista. 11 ed. São Paulo: Ática, 1999.245

ALVES, Rubem. A toupeira que queria ver o cometa. 10 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

ALVES, Rubem. Estórias de quem gosta de ensinar. 4 ed. São Paulo: Papirus, 2003.

DIÁRIOS DE MOTOCICLETA. (*The Motorcycle Diaries*). Escrito e dirigido por WalterSalles Jr. Estados Unidos, 2004. DVD (128 min.), son., color.

DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. Poema de sete faces. In: MORICONI, Ítalo (Org.).Os cem melhores poemas brasileiros do século. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.29-30.

DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. No meio do caminho. In: DRUMMOND DEANDRADE, Carlos. Reunião: 10 livros de poesia. 9 ed. Rio de Janeiro: José OlympioEditora, 1978. p.12.

GALEANO, Eduardo. El libro de los abrazos. Montevideo: Ediciones del Chanchito, 1989.

GONZAGUINHA. O que é, o que é? In: Caminhos do Coração. EMI, 1982. [Música]

GUIMARÃES ROSA, João. Estas estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

HOYLE, Fred. A nuvem negra. Rio de Janeiro: Livros do Brasil, 1964.

TOM ZÉ. Brasil corrupção (unimultiplicidade). In: Ana & Jorge. Sony BMG, 2005.[Música]

VELOSO, Caetano. Dom de iludir. In: Noites do Norte. Universal Music, 2001, disco 2[Música]

VELOSO, Caetano. Vaca profana. In: Caetano Totalmente Demais. Univeral Music, 1986.[Música]

Sandra Maria Sales Fagundes

Natural de Uruguaiana, família paterna alegretense, cursou psicologia em Porto Alegre, onde se aquerenciou. A residência em saúde comunitária no Centro de Saúde Escola São José do Murialdo foi decisiva na escolha do campo da saude coletiva e da psicanálise para exercer a profissão. Nesta trajetória trabalhou na gestão de políticas públicas de saúde e saúde mental, na formação multiprofissional, na constituição de redes de atenção, na produção de uma clínica emancipatória, bem como na participação social. É mestre em educação, psicanalista e ativista dos direitos humanos e da luta antimanicomial.

SÉRIE SAÚIDE MENTAL COLETIVA

A **Série Saúde Mental Coletiva** é composta por livros e coletâneas, organizadas a partir do resultado de pesquisas empíricas e teóricas, dialogando *pari passu* com os eixos da saúde coletiva, em especial, com as ciências sociais, o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde e a produção da clínica de base territorial. A série busca fazer circular a vasta produção no campo nacional da saúde mental coletiva, em diálogo permanente com os maiores centros de investigação internacional sobre o tema.

A tradição brasileira na atuação em saúde pública, reconhecida internacionalmente, tem o foco direcionado para as produções no campo da saúde mental coletiva, conceito forjado no território nacional, mas internacionalizado a partir do forte diálogo estabelecido com os grupos de pesquisa internacionais, em especial de Espanha e Itália. Cumpre assim a importante missão de apresentar o diálogo entre as práticas de saúde desenvolvidas no território, partindo de uma compreensão da saúde mental coletiva como um processo construtor de sujeitos sociais, disparadores de transformações nos modos de pensar, sentir, fazer política, ciência e gestão, implicados com projetos de vida.

Os originais são submetidos a um Conselho Editorial da Editora da Rede Unida, acompanhados de pareceres escritos por profissionais de notório saber na área, cujo processo de avaliação procura respeitar o sistema duplo cago, preservando a identidade do autor e do avaliador.

ISBN 978-658718021-2

9 786587 180212

editora redeunida