

Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária

© 2016 by Walter Melo
Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada
sem autorização expressa do autor e do editor.

Direitos para esta edição: Espaço Artaud
Rua Marquês de São Vicente 95/bloco B/503
Gávea – Rio de Janeiro – RJ - CEP. 22.451-041
espaco.artaud@uol.com.br
<http://espaco-antoninartaud.blogspot.com>

Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária
Walter Melo et al.
Coleção Saúde e Educação - número 5

Projeto gráfico: Thiago Moreira de Oliveira e Souza
Capa e diagramação: Thiago Moreira de Oliveira e Souza
Produção Gráfica: Derval Braga

Comissão editorial:
Ademir Pacelli Ferreira (UERJ)
Arley Andriolo (USP)
João Augusto Frayze-Pereira (USP)
João Leite Ferreira Neto (PUC-MG)
Marco Heleno Barreto (FAJE)
Maristela Nascimento Duarte (UFSJ)
Paulo Amarante (FIOCRUZ)
Walter Melo (UFSJ)

Melo, Walter (org.) et al.

M528m Mobilização, cidadania e participação comunitária/
Walter Melo (org.) et al.
Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016.

300 p. : il. : 22,5cm.
ISBN 9788561658090

1. Saúde. 2. Psicologia Comunitária. 3. Psicologia Social.
I. Melo, Walter (org.) II. Resende, Pedro Henrique Costa (org.) III. Baeta,
Sanny Rhemann (org) V. Moreira, Thiago de Oliveira e Souza (org.)

CDD: 150
CDU: 316.6

COLEÇÃO SAÚDE E EDUCAÇÃO - NÚMERO 05

Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária

Organização

Walter Melo

Pedro Henrique Costa de Resende

Sanny Rhemann Baeta

Thiago Moreira de Oliveira e Souza



Sumário

Introdução Walter Melo	08
São João del Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica Pedro Gabriel Delgado	11
O Novo Paradigma Científico e as Leis da Reforma Ernesto Venturini	47
Ética Psicosocial y Potenciación del Otro. Propuestas para Situaciones Complejas y Ambiguas: actores, valores, opciones y conse- cuencias Alipio Sánchez Vidal	57
Trajectoria da Reforma Sanitária Brasileira Jairnilson Silva Paim	95
Promoção da Saúde: controvérsias e aposta Adriana Miranda de Castro	101
Matriciamento: o conceito, seus usos e significados Martinho Silva	123

Psicología Comunitaria. Definición y Bases Teóricas: comunidad, desarrollo humano y empoderamiento	
Alipio Sánchez Vidal.....	143
Teatro Educadora na Fundação Casa: entre a moral e a ética nos temas drogas e crime	
Márcia Cristina Baltazar	195
Conversa A-Fiada (de Velhos e Loucos): história, memória e narrativa	
Cláudio Guilarduci	
Ana Karla Tzortzato Almeida	
Romiria Penha Turcheti Vasconcelos	213
No Rastro das Imagens do Inconsciente: introdução histórica da relação arte e loucura, entre 1900 e 1940	
Arley Andriolo.....	229
Emygdio de Barros: o poeta do espaço	
Glória Chan	267
Ensaio Sobre a Memória	
Glória Maria Ferreira Ribeiro	279
Autores.....	293

Introdução

Walter Melo

O Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS), da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), mantém contato com diversos pesquisadores do campo da saúde e da psicologia social, tendo como principal objetivo a garantia de uma formação diferenciada. Nesse sentido, o livro *Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária* é mais uma contribuição para pensarmos maneiras eficazes de garantia das políticas públicas em áreas de grande relevância para a sociedade, como, por exemplo, a saúde. Assim, pensamos a comunidade acadêmica como um microcosmos em que são trabalhadas formas de mobilização para ações comunitárias. O NEPIS funciona, portanto, como um catalisador que aglutina, em seu interior e ao seu redor, estudantes, professores e trabalhadores de dispositivos de saúde que lançam olhares atentos para a cidade, pois sabem que transformar um projeto de reforma social e do Estado¹ requer empenho, muito empenho, para que o processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) seja alcançado e não fiquemos apenas com as promessas.

Esse tipo de proposta nem sempre é fácil de ser alimentado, pois existem questões culturais (individualismo), metodológicas (insistente separação entre teoria e prática), institucionais e grupais (incentivo à competição em detrimento da cooperação). Além disso, há dificuldades cotidianas nos dispositivos de saúde, como a não adequação dos serviços às funções esperadas, devido à precariedade no financiamento, na implementação das equipes, na comunicação entre os serviços das redes de saúde e intersetorial, na formação dos profissionais. Todos esses aspectos colocam-nos diante de uma grande responsabilidade: construir conhecimento para que as pessoas tenham uma vida mais justa.

1 Conforme artigo *Trajatória da Reforma Sanitária*, de Jairnilson Silva Paim, presente neste volume.

No intuito de criar uma cultura em que conhecimento e justiça social andem de mãos dadas é que são fomentados diversos debates com temas que surgem em sala de aula, nos grupos de estágios, nas pesquisas em âmbito de iniciação científica e de mestrado, como também no Programa de Extensão Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos Laços e Ações Conjuntas (Laços e Ações). Dessa forma, os textos aqui apresentados foram, em sua maioria, palestras. Trata-se de trabalho em conjunto, em que agradecemos a equipe do NEPIS e a todos que contribuíram de maneira generosa com os artigos.



São João del Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica

Entrevista de Michelle de Almeida César¹ com
Pedro Gabriel Delgado, em 28/06/2013

Entrevistador – Professor, como se deu o processo de elaboração do Projeto de Lei 3.657?

Pedro Gabriel – O projeto nasceu em torno do ano de 1988 e 1989. Ele deu entrada na Câmara dos Deputados em 1989. Havia um intenso movimento, nos anos 80, de discussão da Reforma Psiquiátrica. Já tinha ocorrido o encontro de Bauru, que foi o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. Oito anos antes se realizara o I Encontro, em São Paulo, ou seja, já existia uma discussão da Reforma, já se usava a expressão Reforma Psiquiátrica. Em 1988, ocorreu a Constituinte. Então, uma série de leis e propostas normativas foram sendo construídas nesse período. Era um período favorável para a apresentação de uma proposta de mudança. Este é o contexto geral. Estava sendo elaborado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e também legislações referentes aos indígenas, aos direitos dos indígenas; estava sendo elaborado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado na Constituinte, e a lei do SUS saiu em 1990. Então, era um contexto que clamava por uma formulação desse tipo, o contexto geral. Havia, nesse contexto, nesse cenário, propostas que eram apenas organizativas e normativas. Por exemplo, havia um grupo de trabalho do Ministério da Saúde que tentava pensar normas. Eu não tive contato, nessa época eu não tinha nenhum contato com a direção do

¹ A entrevista foi realizada no dia 28 de junho de 2013, durante o VII Seminário Saúde e Educação: reforma da reforma? e faz parte da dissertação de mestrado de Michelle de Almeida César no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ, orientada por Walter Melo, com o título *As Políticas Públicas de Saúde Mental e o Cotidiano dos Serviços Substitutivos: um estudo sobre ideologia na Reforma Psiquiátrica Brasileira*.

Ministério da Saúde, mas sabia da existência desse interesse. Mas era um interesse de fazer normas e não lei. Provavelmente outros grupos também pensavam em fazer alguma proposta desse tipo. Entretanto, com o nome de proposta de Reforma, Reforma Psiquiátrica, certamente ela foi construída no âmbito do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que, desde Bauru, em 1987, passou a se chamar Movimento da Luta Antimanicomial. Nos anos de 1987 e 1988 estes dois nomes coexistiram.

Como surgiu a proposta? Havia um deputado daqui de Minas Gerais, que é meu irmão, o Paulo Delgado, que acompanhava essa questão. Eu discutia com ele, ele acompanhava, articulava diálogos sobre o tema. Ele era deputado constituinte e já tinha abraçado a proposta de discutir legislações protetivas de uma forma geral, inclusive a da saúde mental. Então, o processo foi: nós fizemos uma reunião em Juiz de Fora, pois ele era um deputado de Minas Gerais, com pessoas do Rio, São Paulo, Minas. Elaboramos uma primeira ideia de apresentar um projeto de lei, uma discussão de um projeto de lei. E aí ouvimos opiniões de várias pessoas no país. Fiz um texto inicial e encaminhei para várias pessoas do movimento, não fizemos nenhuma consulta mais ampla, consultei pessoas do movimento. O Paulo Delgado deu a diretriz do que poderia e do que não poderia, do ponto de vista de processo legislativo. Então, surgiu uma primeira versão, que foi o projeto de lei que teve esse número que você falou aí, que depois se tornou a lei 10.216. E aí ela foi apresentada pelo Paulo Delgado, representando informalmente os Movimentos da Luta Antimanicomial e dos Trabalhadores de Saúde Mental, que acompanharam esse processo. Nem todo mundo ficou sabendo que nós já tínhamos avançado no sentido de escrever a proposta e aconteceu um fato muito interessante: no final do ano de 1989, esta proposta foi acolhida na Comissão de Constituição e Justiça, em dezembro. É a partir desta data que se pode considerar que o projeto está em tramitação. Porque só colocar lá, dar entrada, não significa que está em tramitação legislativa. Então, a data é dezembro de 1989, quando ele foi aprovado pela comissão, para certa surpresa nossa, porque logo que foi apresentado já foram suscitadas várias questões contra o projeto. De fato houve

certa surpresa porque a Comissão de Constituição e Justiça não o considerou inconstitucional, diante das objeções que foram levantadas; portanto, o projeto podia seguir adiante. Então, foi esse o processo. Eu diria assim: havia condições favoráveis, condições que clamavam pela proposta de uma reforma no âmbito legislativo e houve uma iniciativa do Movimento dos Trabalhadores e uma iniciativa do Paulo Delgado. O Paulo Delgado se tornou a pessoa que assumiu a responsabilidade e a condução do processo. Muitas vezes, as pessoas me perguntam: mas foi por que ele é seu irmão? Obviamente que o fato de ele ser meu irmão ajudou, porque eu conversava muito com ele. Ele sempre foi um militante da área social e isso facilitou, mas chamo a atenção para esta reunião decisiva que houve em Juiz de Fora, que foi extremamente importante e foi convocada pelo Paulo Delgado, na base dele, a cidade dele. Foi essa reunião que tirou a deliberação de apresentar o projeto.

Entrevistador – Quais foram os elementos que facilitaram e dificultaram a apresentação e a tramitação do projeto?

Pedro Gabriel – A apresentação e a tramitação como um todo? Então, a apresentação em si deriva de uma iniciativa do parlamentar, quem quer apresentar, apresenta. As dificuldades de aprovação surgiram desde o início da entrada na Comissão de Constituição e Justiça, com argumentos de que não cabia uma lei só para a saúde mental, que o tema deveria estar na lei do SUS, argumentos desse tipo, de técnica legislativa, que depois apareceram também na forma de argumentos contrários ao conteúdo do projeto. Logo que o projeto começou a tramitar, imediatamente se organizou uma posição favorável, de apoio. Os Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, que formavam o movimento da Reforma Psiquiátrica, começaram a construir os seus apoios e a ampliação desse apoio. Foi realmente um movimento muito intenso nos anos 90, pela aprovação da lei. E, imediatamente se organizou também a oposição ao projeto. Esta oposição surgiu desde o início, através de uma entidade à época muito poderosa, no sentido organizativo e de influência política, que era a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). A FBH, cujo dirigente

máximo era um psiquiatra, era uma federação não apenas de hospitais psiquiátricos, mas na qual os hospitais psiquiátricos eram o setor mais influente. A Federação se organizou, organizou seus parlamentares para contestar o projeto e propôs, primeiro, sua derrubada na discussão de mérito, e se articulou também com a associação de familiares chamada Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM), muito ativa e ligada aos hospitais psiquiátricos. Esta Associação se definia publicamente como ligada aos hospitais psiquiátricos, fazia suas reuniões na Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro. Na Bahia fazia as reuniões em uma das três casas de saúde que pertenciam ao presidente da Federação Brasileira de Hospitais e, em Recife, também fazia suas reuniões num dos hospitais psiquiátricos privados. Era uma ligação conhecida e reconhecida pelos próprios familiares, que se tornaram muito ativos e foram uma força poderosa de oposição ao projeto, porque, justamente, tinham a legitimidade do fato de serem familiares, de lidarem com a questão concreta dos pacientes. Eles argumentavam que a Reforma, se fosse baseada no modelo italiano, e considerando que o texto inicial falava em extinção progressiva dos manicômios, poderia levar para os familiares a responsabilidade do cuidado do paciente grave. Aumentar a sobrecarga; essa questão não é irrelevante, ela tem sentido, isso aconteceu também na Reforma inglesa, onde se discutiu muito com as famílias a questão da desinstitucionalização e a responsabilidade do Estado, de modo que os pacientes não ficassem como responsabilidade integral da família. Mas houve certamente aí um recrudescimento e agudização desse embate, de tal maneira que não havia diálogo possível. Assim, o diálogo se tornou muito difícil com a AFDM e com a FBH. Foram situações muito tensas. Os anos 90 foram um período de luta contínua fora e dentro do Congresso, quase que uma luta semanal. Os Movimentos da Luta Antimanicomial e dos Trabalhadores, ou seja, o movimento da Reforma, ficavam o tempo todo de plantão para poder ir até o congresso, viajar a Brasília, com todas as dificuldades de viajar a Brasília, para poder barrar iniciativas que cessassem a tramitação do projeto. Ameaça de arquivamento ocorreu o tempo todo – “corre para Brasília porque eles vão propor o arquivamento!”... e assim por diante. Então, foi uma luta contínua. Depois,

os debates foram se tornando frequentes. Quando o projeto conseguiu sair da Câmara para o Senado, para os debates no Senado, isto significou que ele tinha atravessado uma etapa importante. O sistema parlamentar no Brasil é bicameral, então, se o projeto saiu da Câmara significa: “bom, ele construiu um caminho importante”. Aí, no Senado é que ocorreram os grandes debates e isso é importante, porque estes debates estão todos registrados, fazem parte até de uma história documentada do debate brasileiro sobre a Reforma Psiquiátrica. Retomando, então, quem foi favorável: um grande movimento social que se construiu – estudantes do campo da saúde mental, profissionais de saúde mental, pacientes, familiares (familiares poucos, porque os familiares estavam mais do outro lado), e isso se tornou um movimento muito forte, foi um dos movimentos sociais mais fortes que surgiram nesse campo de políticas públicas nos anos 90. Do outro lado: uma oposição muito dura de parlamentares ligados à AFDM e FBH, e também de parlamentares que tinham uma visão conservadora a respeito da psiquiatria, além da visão muito crítica de setores conservadores da psiquiatria oficial da universidade brasileira, especialmente da USP, embora houvesse também setores universitários da psiquiatria favoráveis ao projeto. Em relação à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP): inicialmente a ABP, que é um ator importante, contestou que o projeto fosse apresentado pelo movimento social porque disse (esse argumento está baseado em diálogos de que participei diretamente, de negociações) que quem tinha que apresentar um projeto desse tipo tinha que ser a própria Associação, que a Associação não estava discutindo internamente nosso projeto, porque ninguém conhecia esse projeto. Assim, o primeiro movimento da ABP foi um movimento contrário; posteriormente, quando avançou o debate legislativo do projeto, a ABP o apoiou. Então, a ABP teve movimentos diferentes, ela apoiou o projeto depois. Tanto que até hoje a ABP, que é adversária da Reforma – a direção da ABP se apresenta como adversária da Reforma – se diz favorável à lei: favorável à lei, mas contra a Reforma. Então, a ABP é um ator cuja participação passou por mudanças. Ao final do processo de tramitação, a ABP estava apoiando o projeto de lei.

Entrevistador – O projeto revoga o decreto de 1934; como você vê a relação do judiciário com a saúde mental nesses dois momentos?

Pedro Gabriel – Então, você conhece o meu livro de *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, é minha tese de doutorado, de 1992. É um debate sobre este tema...

Entrevistador – As Razões da Tutela.

Pedro Gabriel – Isso. Pode-se ver lá como se dá o debate, em 1992, portanto há 20 anos. O que acontece é o seguinte: houve certa incompreensão se de fato a lei revogava ou não o decreto, certa confusão na interpretação, se revogava ou não. Nós tínhamos a interpretação de que revogava, a lei afirma que revoga as disposições em contrário, mas em relação, por exemplo, às situações envolvendo as medidas de internação involuntária [do decreto de 1934], se discutiu se tinham sido ou não revogadas. Depois se chegou à conclusão de que sim. Houve uma interpretação no âmbito jurídico dizendo que o decreto estava revogado. Só para mostrar para você que, na verdade, essa revogação não foi automática, mas nós entendíamos que se revogava, que bastava dizer “revogam-se as disposições em contrário”. Sobre o Decreto de 1934: há uma mudança da água para o vinho entre a disposição do decreto de 1934 e a lei, porque o decreto de 34 é baseado na defesa social, é um imenso dispositivo que determina a internação, que permite, por exemplo, a cidadãos comuns determinarem a internação, faz com que a polícia interne, determina que o paciente depois de 90 dias de internação perde seus direitos civis, automaticamente: há uma interdição civil automática, está tudo no decreto. Então, o decreto é muito conservador do ponto de vista dos direitos do paciente e considera, de fato, o paciente mental como destituído de direitos civis. O decreto entende assim. Ele é do início do governo Vargas, o Getúlio estava caminhando já para a Constituição de 37, uma constituição conservadora e autoritária, outorgada, a chamada Polaca. Então, o decreto é reflexo de um momento de recrudescimento, no Brasil, das forças mais conservadoras. Já a lei que ficou

sendo a 10.216 começa justamente com o artigo que afirma: “são direitos do paciente”. O paciente tem direito disso, tem direito de saber, tem direito de só ser internado em último caso, coisas desse tipo. Então, o paciente tem direito de cidadania, é o artigo primeiro. Portanto, entendo que este artigo da lei muda a situação jurídica do paciente com transtornos mentais. Depois iremos observar que tudo isso também apresenta muitas dificuldades concretas, mas a questão de afirmação do direito de cidadania do paciente mental está colocada claramente. Aí vem uma questão, que o projeto de lei tem que enfrentar. Ele é muito simples na verdade, tem três mandamentos principais: primeiro, os direitos do paciente, o paciente é um cidadão, não importa que ele tenha transtorno mental, ele não perde sua cidadania; segundo, o tratamento deve ser feito em regime comunitário, não só no ambulatório, porque o ambulatorial já existia. O ambulatorial não confronta o modelo manicomial, o ambulatorial fica como um complemento do modelo. O modelo de atenção passava a ser comunitário; portanto, era uma mudança, por isso se chama Reforma Psiquiátrica, uma mudança de toda a sistemática da atenção; terceiro, o projeto regulamentava a internação involuntária. Para fazer isso, para tornar isso possível, foi necessário separar a internação involuntária do paciente psicótico em crise, por razões de agitação psicomotora, crise psíquica, situação de risco etc., daquelas situações indefinidas do crime do louco infrator, o crime cometido pelo paciente, que são internações determinadas através de medida de segurança. Assim, o projeto da Reforma Psiquiátrica, a lei 10.216, não trata da medida de segurança; e não tratou deliberadamente deste tema. É preciso entender isso, sempre repito isso porque foi uma decisão deliberada, porque se fosse mudar a situação jurídica mais ampla, o projeto se tornaria inviável. Nós queríamos o quê? Garantir os direitos do paciente e transformar a assistência psiquiátrica, que era integralmente manicomial, numa assistência comunitária, e queríamos impedir a imposição do tratamento à força, apenas porque o paciente estava com uma crise psicótica ou crise de agitação psicomotora por conta de transtorno de humor ou outro transtorno. Então, nós, estou falando nós porque fiz parte diretamente das pessoas que ajudaram a elaborar o

projeto, consideramos, depois de ouvir várias pessoas, parlamentares, com a liderança do Paulo Delgado, concluímos que... “olha, se formos mexer em medida de segurança o projeto não dá um passo, porque aí, imediatamente, todo o sistema judiciário vai se contrapor ao projeto”. Implicaria uma revisão do código penal e fugiria ao objetivo reformista estratégico do projeto naquele momento. Então, colocamos, deliberadamente, que o controle da internação involuntária seria para as internações impostas contra a vontade do paciente, pelo sistema de tratamento, e não para aquelas internações decorrentes do delito cometido pelo louco infrator. Não tratamos disto no projeto. O que aconteceu, posteriormente, vemos hoje este tema dando um salto; como a lei é de 2001, um salto de cerca de 10 anos. É que essa questão foi apropriada, essa omissão deliberada do projeto (quanto à internação judicial associada à medida de segurança) acabou sendo apropriada pelas pessoas que hoje defendem a internação involuntária como uma medida generalizada para todos os pacientes, principalmente no caso de álcool e drogas. Como o projeto de lei tratou apenas da internação involuntária e não tratou da internação judicial, passa a haver uma interpretação equivocada, abusiva. Ela é abusiva no sentido de que vai além daquilo que a lei está propondo, ao afirmar que a lei 10.216 também trata da internação judicial, ela não trata deste tema. Lê-se claramente: “as internações podem ser voluntárias, involuntárias ou judiciais”. O projeto trata das voluntárias e involuntárias, mas não trata das judiciais. Então, não quer dizer que a lei “criou” a internação judicial, como está sendo interpretado hoje com esta discussão sobre internação involuntária, principalmente no caso de drogas. Portanto, voltando a esta questão do estatuto jurídico, o projeto muda completamente a compreensão sobre o que são o tratamento e os direitos do paciente. Ele incide diretamente na questão dos direitos civis do paciente, porém não incide sobre a medida de segurança no caso do paciente que comete delito; ele não afeta, do ponto de vista jurídico, essa questão específica. Por ser uma lei deliberadamente sintética, uma lei que expressa um grande princípio, certamente ela precisaria de regulamentações posteriores. Uma das regulamentações foi sobre a internação involuntária, que coube ao Ministério da Saúde

fazer; uma regulamentação que encontrou dificuldade de implementação. De qualquer modo, já existem dados e elementos para dizer que se reduziu dramaticamente o número de internações involuntárias no Brasil, porque hoje a internação tem que ser comunicada ao Ministério Público. Se isto está sendo feito de uma maneira muito cuidadosa? Penso que não, existem falhas, muitas falhas, mas certamente não se encontram mais aquelas internações feitas como anteriormente. Se um paciente que começava a ter um primeiro surto, era considerado natural, quer dizer, na minha época, quando comecei minha carreira de psiquiatra, era considerado natural que você impusesse o tratamento ao paciente, porque se dizia que o paciente com surto psicótico não tem como definir a sua vida. Hoje você pode fazer isso, mas vai conversar com ele, com a família, vai ter que comunicar ao Ministério Público e aí o que tem acontecido é que você acaba não fazendo de modo involuntário, já que vai conversar com a família, vai não sei o que mais.... e eis que aquela internação deixa de ser necessária, ela é resolvida por outras formas. Então, a lei teve uma influência na questão do estatuto jurídico da loucura, sem dúvida. Hoje, a questão de que o louco, o doente mental, tem direitos de cidadania como todas as pessoas, está colocada no país como um entendimento compartilhado socialmente, embora se possa ver que se trata desses consensos aparentes, porque na hora que se observa o debate atual das drogas, do crack, se vê que não havia tanto consenso assim. Mas, ao mesmo tempo, penso que é um avanço jurídico e conceitual extraordinário. Isso permitiu também que se mudasse a concepção da internação como a solução dos problemas do transtorno mental. Houve uma influência também nessa questão do campo judiciário/jurídico que você está perguntando: percebi uma apropriação muito cuidadosa e sistemática da lei 10.216 pelos operadores do direito, sejam defensores públicos, seja Ministério Público e menos pelos juízes, mas muito pelo Ministério Público. Se você conversar com qualquer pessoa do Ministério Público que, hoje, está defendendo a internação involuntária para quem usa crack, esse agente do Ministério Público, certamente, conhece a lei 10.216 e se ampara nela, mas antes havia apoiado, na verdade, toda a tarefa da desinstitucionalização,

igualmente porque se amparou na lei. Isso significa também que a lei teve uma influência importante nos operadores do direito e, portanto, no campo do direito de uma forma geral.

Entrevistador – Do projeto de 1989 para a lei de 2001 houve modificações no texto e no conteúdo das propostas. Como você vê essas mudanças e como elas interferiram no processo da Reforma?

Pedro Gabriel – Essa pergunta aparece sempre, porque de fato foram 12 anos de luta para aprovar o projeto. Nesses 12 anos, houve intenso processo de negociação, que faz parte do processo legislativo. Se quer aprovar uma lei, com estatuto de lei nacional, num país cujo regime democrático envolve, por exemplo, duas casas legislativas e, além da aprovação no parlamento, inclui o mecanismo da sanção presidencial, outro mecanismo que pode modificar a lei, pois pode haver sanção com vetos (essa lei foi aprovada sem vetos), então o processo todo exige uma negociação intensa. Com essa negociação, sim, houve mudanças; por exemplo, a extinção progressiva dos manicômios é uma expressão que saiu da lei, mas também foram incluídas medidas protetivas em relação à questão da desinstitucionalização, como o artigo quinto, que fala especificamente da desinstitucionalização, medidas que são positivas e foram instituídas lá por pressão também da AFDM. Ou seja, a AFDM não queria exatamente aquilo, a AFDM queria que a lei não fosse aprovada, mas a ideia de medidas protetivas para que o paciente, ao sair do hospital psiquiátrico de longa internação, não ficasse desamparado foi colocada lá por causa da pressão dos familiares, e considero que esta inclusão foi um avanço. Considero que é uma determinação positiva que permitiu, por exemplo, algumas medidas que o Ministério da Saúde tomou, como uma portaria que destina recursos de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) de hospital para residências terapêuticas, permitindo financiar residências terapêuticas. Então, o projeto se modificou, ele foi resultado de negociação, mas não considero que ele se descaracterizou. Ao meu ver, não se descaracterizou, em alguns pontos até sofreu aperfeiçoamentos, porém, igualmente, atenuações, por exemplo, retirar extinção

dos manicômios foi uma atenuação, mas ao mesmo tempo permitiu a interpretação sempre de que o tratamento tem que ser comunitário, prioritariamente, e que, portanto, os hospitais com características asilares deveriam ser extintos. Está escrito lá: tratamento com características asilares. Então, uma coisa importante para saber se a lei ficou muito descaracterizada é avaliar se ela gerou efeitos ou não. Afirmo para você que essa lei gerou efeito imediatamente. Veio a lei em maio, maio de 2001, veio a Conferência Nacional em dezembro de 2001 e em fevereiro de 2002 foi feita a portaria 336, que eu considero a principal portaria da Reforma Psiquiátrica, uma portaria que cria a reestruturação da rede como um todo; associada à ela, uma outra, filha dela, que destina recursos financeiros para aqueles novos serviços criados. E daí para frente todos os outros que foram criados, ou seja, foi amparado na lei, sempre se dizia: “com base na lei 10.216 nós vamos fazer isso”, porque a lei mandava o Estado fazer, o Estado federal, o governo estadual e a instância municipal, mandava fazer; portanto, ela gerou efeitos importantes. Houve mudança sim, houve atenuação dos termos relacionados à extinção dos manicômios, sim, mas não houve uma descaracterização que tenha perdido a potência da lei. Isso é diferente em relação a outras leis no campo da Reforma, por exemplo, a lei das Cooperativas Sociais, também apresentada pelo Paulo Delgado, que foi à sanção com o presidente Fernando Henrique e ele colocou 12 vetos, e a lei das Cooperativas Sociais se descaracterizou completamente. Portanto, a lei passou, mas foi vetada pelo governo da época. Por causa disto, a lei das Cooperativas não pôde contribuir para criar nenhuma cooperativa social. Todas as cooperativas que existem de reinserção social pelo trabalho, saúde mental e economia solidária não se baseiam naquela lei, porque, desfigurada pelos vetos, ela não tem eficácia. Falo também a partir de minha experiência, porque, quando estava na gestão, tentei fazer daquela lei uma sustentação para criar uma política de cooperativas sociais no Brasil e o argumento foi: “isso não está na lei, porque foi tudo vetado. Isso não está na lei, está num artigo que foi vetado, então não se pode sustentar tal determinação”. É uma lei que ficou muito descaracterizada, o que não ocorreu com a lei 10.216.

Entrevistador – Você se tornou coordenador nacional de saúde mental, álcool e outras drogas em 2000, a lei 10.216 é de 2001. A sua presença no Ministério da Saúde interferiu de alguma maneira na aprovação da lei?

Pedro Gabriel – Eu vou responder em duas partes. Primeiro, um coordenador nacional de saúde mental não tem tanto poder assim, mas pode ter influência. Eu entrei na Coordenação em boa parte por conta do movimento social. Dou um exemplo: houve um grande evento em Brasília chamado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o país inteiro foi, o movimento todo foi, com a lei precisando de aprovação, a lei emperrada no Senado; deste movimento, expresso neste Encontro de 2000 (do qual há um relatório publicado pelo CFP, que pode ser consultado) participaram pessoas históricas, como o David Capistrano. Houve uma manifestação, da qual participei, que pressionou o governo federal para tomar uma posição mais nítida em relação à lei 10.216. Qual era a posição do governo federal? Era uma posição do tipo: “aprovo sim, mas não me meto nesta história”. No sistema dessa república presidencialista de coalizão no Brasil, a influência do executivo é muito importante para a aprovação de leis. O Ministério da Saúde não negociava de forma correta, na minha avaliação, pois aceitava toda proposta de substitutivo, então, ia todo mundo e apresentava novas propostas para a lei e o Ministério achava importante discutir. O que se conseguia com isso? Conseguia-se um adiamento da discussão, uma discussão infundável, mesmo após 12 anos de tramitação! Então, essa lei do Paulo Delgado estava correndo o risco de se tornar uma lei que ficaria perdida pelo caminho. Para assumir a Coordenação, tive também apoios de companheiros da Reforma que estavam no Ministério ou tinham influência na gestão, do próprio Paulo Delgado, comprometido com a missão de ver a lei aprovada, de interlocutores do processo de Reforma em outros países, dos colegas do Rio de Janeiro, onde eu tinha sido coordenador estadual de saúde mental até pouco tempo antes. Então, quando eu entrei, com o apoio dessa pressão do movimento social, tomei como tarefa ajudar na aprovação da lei. Adotei duas prioridades que

expressei para as pessoas que me convidaram, para o Ministro da Saúde e o secretário ao qual eu estava subordinado, e disse: “olha, sou filiado a outro partido político que é oposição ao governo atual, vocês sabem disso?” “Nós sabemos, claro que nós sabemos, mas também queremos uma pessoa que seja representativa, com experiência na área de saúde mental etc”. Isso foi quando eu fui para fazer a conversa se aceitava ou não. Coloquei duas condições, desde o início, antes de aceitar. A primeira é que o Ministério convocasse a III Conferência Nacional de Saúde Mental, já que a anterior tinha sido em 1992. Recebi uma resposta que não foi muito convincente, de que o Ministério não iria se opor como vinha se opondo, que a Conferência era uma coisa meio difícil de organizar, mas não ia se opor, seria examinada a possibilidade de fazer a Conferência. Foi a resposta possível de se dar. Em segundo lugar, minha pergunta foi se a Coordenação de Saúde Mental poderia participar ativamente do processo de aprovação da lei, com a concordância do Ministério e aí nessa segunda parte recebi a anuência clara de que sim, que poderíamos conduzir o processo pelo Ministério; então eu aceitei o convite. Assim, a resposta é: se a minha influência foi decisiva ou não eu não sei, mas entrei de cabeça na aprovação da lei, passei a ir como representante do governo e não mais do movimento social, passei a ir ao Congresso sempre, não vou dizer que era diariamente, mas sempre, passei a ir, no sentido de falar em nome do governo. De vez em quando eu era desautorizado, isso era totalmente normal; houve dentro do Ministério um movimento contra o projeto, que apresentou um substitutivo que foi levado ao ministro. Foi um momento bastante delicado, era um substitutivo que acabava completamente com o projeto de lei, porque transformava a proposta em algo da natureza de medidas de burocracia do Ministério da Saúde, “ah, os ambulatórios assim, os ambulatórios assado, o NAPS não sei o quê etc”, mas ao mesmo tempo não falava para reduzir leitos, excluía completamente a questão da internação involuntária, descaracterizava o projeto. Chegou a ser apresentado por um parlamentar em comissões do Senado, mas não prosperou.

Houve, é verdade, um forte movimento, no momento em que entrei na Coordenação, em agosto de 2000, durante meu primeiro

semestre lá, em que setores dentro do Ministério estavam construindo outro projeto que não era um projeto da Reforma, ao mesmo tempo em que conduzíamos as negociações com o Congresso. Foi um primeiro semestre muito difícil, em que cheguei a pensar: “estou perdendo meu tempo, estou prisioneiro aqui, nem equipe de saúde mental existia”. Porém conseguimos, com pressão e apoios, resolver esta questão internamente, e a partir daí o Ministério abraçou, de fato, a tarefa de fazer aprovar o projeto de lei, e acho que contribuí para isso, porque a lei passou a ser uma demanda do governo federal e não mais uma posição ambígua (expressa em frases como “é um projeto difícil, muito polêmico e tal...”). Então, penso que sim, interpreto que, no limite da intervenção que eu podia ter, pelo menos tentei influenciar ao máximo, e quando o projeto foi aprovado fiquei extremamente feliz. Ele foi aprovado, e então passou a rodar rápido, porque foi aprovado em maio, aí nós fizemos uma coisa, que uma pessoa do Ministério me sugeriu... eu não tinha pensado na questão, mas o ano de 2001 foi o Ano Internacional da Saúde Mental na Organização Mundial da Saúde (OMS). Aí nós passamos, por sugestão desse dirigente do Ministério, a usar esta argumentação, totalmente legítima e oportuna, e a pedir o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Começamos também a acionar a OMS e a submeter ao Ministério, ao próprio Ministro, o argumento de que era importante o Brasil levar à OMS, no ano internacional da saúde mental, a notícia da aprovação de uma lei nacional, o que fortaleceu e apressou a sanção da lei. São histórias deste processo. A Assembleia Mundial da Saúde é em maio, o tema central naquele ano seria saúde mental, e o Governo passou a ter todo o interesse de, entre outras coisas, contribuir de forma eloquente para o tema oficial, e por isto a aprovação da lei se acelerou também para permitir ao Brasil chegar à Organização das Nações Unidas (ONU) e dizer: acabamos de aprovar uma lei nacional – como no discurso feito pelo Ministro da Saúde da época, José Serra. Então, estes foram fatores favoráveis. Concluindo, a resposta é sim, tentei influenciar a aprovação da lei, e o projeto foi aprovado alguns meses depois da minha chegada. Porém, ao mesmo tempo, não posso supervalorizar minha participação, porque ela foi limitada por várias coisas, mas devo

supor que teve influência sim, porque, a partir da área da saúde, o governo federal da época, o presidente era o Fernando Henrique, passou a ter uma posição mais clara de apoio à lei Paulo Delgado.

Entrevistador – Como você vê a sua presença, enquanto militante da Reforma, no Ministério da Saúde?

Pedro Gabriel – Meu primeiro momento no Ministério foi um momento de angústia, quando percebi que, na verdade, não teria muita possibilidade de atuação e cheguei a pensar que a ida para a gestão estava impedindo minha militância pela Reforma; ao mesmo tempo considerei também que era um lugar privilegiado para exercer a militância. Não vejo uma oposição entre militância e trabalho na gestão, porque considero que o sistema de saúde é público, faz parte das políticas públicas e nós somos defensores de um Estado de bem-estar social. Então passei, de fato, a atuar como um militante da Reforma no âmbito da gestão. Só que, nesse âmbito, você tem as limitações próprias do lugar da gestão. Assim, eu não era mais um militante no sentido de pertencer a um movimento social, pelo menos até sair do governo, mas militava pela Reforma. Esta experiência gera situações especiais, situações às vezes de dificuldade de lidar... Fiquei 10 anos como Coordenador de Saúde Mental, e ocorreram, é natural, alguns embates muito difíceis dentro do Ministério e algumas derrotas muito importantes; pequenas derrotas houve todo dia, mas derrotas importantes também ocorreram. Conseguimos superar algumas delas. Uma derrota muito importante, que foi superada depois, foi, contra minha posição, a aprovação de uma portaria que tratava a internação (psiquiátrica) junto com as outras internações em geral e que de certa maneira diminuía o controle sobre os hospitais psiquiátricos, gerando uma ampliação do tempo de permanência, que já era alto. Minha questão era: “aprovada essa portaria eu saio porque ela é contrária a minha posição ou tento revertê-la?” Estou dando um exemplo para responder à sua pergunta. Isto ocorreu em 2002, ainda na gestão do Serra, então pensei: “não posso dizer que já movi todas as forças que existem, que apoiam a Reforma, para conseguir rever essa portaria”.

Argumentei que a portaria era contrária à lei 10.216, contra a posição do Ministério, criou-se um impasse, foi um momento politicamente crítico, pois se tratava de uma questão essencial, que impediria a mudança do modelo hospitalocêntrico. Foi um dos momentos mais difíceis, mas conseguimos revogar a portaria, que é uma norma muito ilustrativa de que havia uma enorme ambiguidade na política do governo da época em relação à Reforma. Isso é só para dar um exemplo de que esse embate se deu o tempo todo, e que era possível viver a tensão entre a militância e o compromisso com a instituição, sempre com um grau de tensão muito grande, especialmente naquele período. O ano de 2002 foi muito aquecido politicamente, porque era um ano em que ia haver eleição, isso me facilitou também, porque agindo numa direção política clara, aberta e ética, eu dizia: “se isso é contrário à lei eu não posso, é minha interpretação do tema e meu limite de ação”. Então, essa tensão interna ficou, mas ela foi superada. Aí o que o Ministério sabiamente fez? A instituição foi assumindo uma decisão de investir direto na Reforma, e não lutar contra ela. Claro que esta mudança só foi possível por conta do apoio decisivo de pessoas do próprio Ministério e do movimento social. Era um ano de eleição, com modelos em confronto... O ano de 2002 acabou sendo extremamente produtivo para a Reforma Psiquiátrica: recursos financeiros para os CAPS, construção de novos CAPS, recursos para Residência Terapêutica, que não existiam, apesar de haver uma portaria de 2000, a 106, muito boa, mas que não assegurava o financiamento. Propus uma portaria que assegurasse a regulamentação e financiamento das residências, ainda no final do ano 2000, mas a implantação destes serviços só começou depois, especialmente a partir de 2002. Aí ocorreu a grande mudança política, após as eleições. Do ponto de vista militante e de gestão, entrando o governo Lula, com o Ministro Humberto Costa, os anos de 2003 e 2004 foram extremamente produtivos para a Reforma. Em 2003, aprovamos a lei do Programa De Volta para Casa, em agosto, quer dizer, com 6 meses do governo Lula nós entramos com a lei, fomos com o governo a favor, aprovamos rapidamente e fizemos o Programa De Volta para Casa, que era um anseio do movimento da Reforma desde o Programa de Apoio à Desospitalização

(PAD), uma proposta de 1993. Nós fizemos do PAD uma lei e penso que, apesar das dificuldades de sua implantação, é uma das coisas mais importantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o Programa De Volta para Casa. Então, foram situações positivas. Depois, vieram as crises internas, as crises do próprio governo que sempre afetam a gestão. E, nessa questão de militância, houve, de fato, problemas que sempre enfrentávamos, com os militantes da Reforma que criticavam muito o Ministério da Saúde. Olhando agora, com a distância devida, eu considero que isso era absolutamente normal, porém, como nós passamos, a partir de 2005, a receber uma contestação muito sistemática e muito forte de setores ligados aos hospitais psiquiátricos e da ABP, pois a ABP voltou a ter uma posição contrária, a partir de 2005. Então, o fato de existirem setores do movimento social que apoiam a Reforma e contrários à Coordenação de Saúde Mental acabou sendo muito incômodo para mim e, ao mesmo tempo, politicamente, eu me enfraqueci porque recebia bombardeio dos dois lados. Bombardeio, por exemplo, do Conselho Federal de Psicologia e bombardeio da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Federação de Hospitais. Eu não podia dizer que era militante, e não gestor, pois tinha as responsabilidades de gestor. São os conflitos da experiência da gestão. Fui um militante da Reforma enquanto fui gestor, mas eu não era militante do movimento social da Reforma, era militante pela Reforma no lugar da gestão. Ao final das contas, avalio essa militância como positiva, no sentindo das mudanças que ajudei a implantar.

Entrevistador – Como você vê os CAPS como o principal serviço substitutivo da Reforma?

Pedro Gabriel – Concordo com a formulação que você fez. Considero que o CAPS é o principal serviço substitutivo da Reforma. Isto está em discussão também, não é, o papel e importância estratégica do CAPS. A resposta brasileira para a questão do acesso ao tratamento para os pacientes graves se chama CAPS, é o que a Reforma Psiquiátrica Brasileira construiu como alternativa, como proposta. Então, considero que sem CAPS não há Reforma Psiquiátrica e é vital que os CAPS

funcionem bem. Como eu disse, 2003 e 2004 foram anos muito positivos, de avanço da Reforma; depois vieram as crises internas do governo, houve várias mudanças em que saiu um ministro, mudou de ministro, saiu um ministro do PT e entrou um ministro do PMDB e eu permaneci, na verdade, os ministros me mantiveram. Eu não tinha nenhum motivo para sair naquele momento, porque idas e vindas você encontra em qualquer processo de gestão. Estávamos conseguindo aumentar o recurso financeiro da saúde mental, conseguindo reduzir leitos, reduzindo 2.500 leitos ao ano como média e criando 150 CAPS ao ano, como média, implantando Residências Terapêuticas e tal. Não estava na hora de desistir, mesmo com os problemas de gestão e mudanças institucionais. Então, como eu vejo os CAPS? Insisti muito na prioridade da criação dos CAPS. Em 2004, fizemos o primeiro e único Congresso Brasileiro de CAPS, e fizemos também, se não me engano foi em 2004, o I Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas, em Paracambi, onde existia o pior hospital psiquiátrico brasileiro. O Ministro da Saúde foi ao hospício de Paracambi e desceu de helicóptero lá dentro, foi um gesto extremamente importante, a grande imagem cinematográfica da Reforma, a saúde pública descendo no maior hospício brasileiro que, aliás, já está fechado. Na época, ele tinha 1.500 pacientes. Fizemos na cidade de Paracambi o Encontro de Residências Terapêuticas para sinalizar o seguinte: “nós queremos fechar este dispositivo e nossa resposta para melhorar a vida dessas pessoas e dessas famílias é a Residência Terapêutica”. Então, foi também um evento muito bom, foram dois eventos muito significativos, que mostravam a força da Reforma, o do CAPS e o de Residência. O do CAPS foi extremamente potente, realizado com 2 mil pessoas, em São Paulo. Tivemos que tomar muitas medidas para conseguir determinar que os CAPS participassem com no máximo 2 pessoas por CAPS porque, na época, já existiam mais de 500 CAPS e veio o Brasil inteiro. Foi um encontro com uma potência muito grande, que considero um dos melhores, não era uma Conferência Nacional, mas justamente um encontro de CAPS. Os problemas de funcionamento, estruturais, de qualidade já apareceram ali, mas havia um otimismo muito grande. Imagina vir

uma pessoa de Souza, no interior da Paraíba, para falar do seu CAPS. Ela sabia que estava com o CAPS com dificuldade, mas também sabia que estava se incorporando a um grande projeto nacional de psiquiatria comunitária, de saúde mental na comunidade, de construção de cidadania e direitos do paciente. Então, vejo assim, continuo considerando que os CAPS são o principal dispositivo da Reforma. Estamos realizando agora, na universidade, uma avaliação de CAPS no Rio, Minas Gerais e Espírito Santo, ainda não tenho dados finais, mas já fizemos a entrada no campo, e posso dizer para você, com base nessa pesquisa e também com base nas observações que faço circulando por aí – até tinha pensado em hoje visitar o CAPS daqui –, posso dizer que identifico aqueles problemas de constituição, de estrutura, de qualidade de recursos humanos e de financiamento, isto é, fazer o financiamento chegar ao CAPS, ele chega ao município, mas não chega ao CAPS, não estou dizendo que é a regra, mas que é uma distorção frequente. Aqueles mesmos problemas se agravaram, já existiam problemas, de estrutura e de processo, e esses problemas se agravaram. Por exemplo, nessa pesquisa estou constatando também, trabalhando só com CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde, como critério de inclusão, que existem CAPS sendo fechados, em 2011 e 2012, felizmente não são muitos. São 3 estados que não são estados pobres, tirando o Espírito Santo que é um estado menor e que tem só 19 CAPS cadastrados. Alguns estão sendo fechados completamente, alguns estão com atendimento suspenso e ainda não fecharam. Participamos recentemente de um evento da universidade chamado CONCAPSI, não sei se você soube, um congresso de CAPSi. Foi muito bom. Foi possível ouvir a mensagem das mil pessoas que participaram, a esmagadora maioria de pessoas trabalhando em CAPSi. Criamos o mecanismo nesse congresso de CAPSi para as pessoas poderem apresentar seu trabalho e sua experiência, vários espaços de apresentação de trabalho e é possível constatar, justamente, que há dificuldades muito grandes na qualidade do funcionamento. Então, penso que o CAPS é um dispositivo que nesse momento enfrenta o desafio, que já estava colocado desde o início, da sustentabilidade. Sustentabilidade não é só financiamento, é qualidade, é uma estrutura

de recursos humanos mais consistente, contratações via concurso público. A precarização do trabalho na saúde se agravou extraordinariamente nos últimos dois anos e isso se reflete nos CAPS e há um enfraquecimento, uma fragilização do dispositivo; é uma percepção ainda sujeita à confirmação. Ocorre um enfraquecimento do projeto CAPS, daquilo que está encarnado nele. Há uma discussão sobre rede, que me parece, às vezes, colocada de forma equivocada. Acho muito burocrática a maneira como a saúde pública fala de rede, tecnocrática. Não existe rede se não houver nenhuma pessoa atendendo alguém que está em crise. Vejo que o discurso técnico-burocrático do SUS está prevalecendo sobre a utopia, porque também não se faz CAPS se não se acreditar numa utopia. É possível tratar o paciente autista no CAPSi? A resposta é sim e você tem que fazer com que essa resposta, este sim, seja consistente, não é? É um equívoco começar a dizer que não, como o governo está fazendo agora com a proposta de uma nova organização de tratamento de autista, baseada em institucionalização. Vocês aqui na região tiveram a experiência da COTEL, uma experiência que podemos dizer trágica, não é? Foi justamente em São João Del Rei. Então, por certo, existem, com os CAPS, problemas práticos, estruturais, de recursos humanos, qualidade, fiscalização, apoio da gestão, de apoio das famílias. Se funcionarem bem, as famílias vão apoiar. Existe uma pancadaria que o projeto CAPS recebe da psiquiatria biológica, dos setores psiquiátricos conservadores e também de alguns setores sanitários, setores da saúde pública. Você me falava das dificuldades de funcionamento do CAPS de São João Del Rei, é um exemplo de uma situação que tem se agravado; portanto, estamos vivendo uma situação de crise. O que significa esse agravamento? Significa que o projeto do CAPS não funcionou? Absolutamente não. Tenho trabalhado com famílias de pacientes esquizofrênicos, fazemos alguns grupos focais e temos a participação, até hoje, de cerca de 160 familiares em grupos diversos, todos vinculados a um CAPS. O critério de inclusão foi familiares de pacientes esquizofrênicos, ou com transtorno mental grave e persistente; há um predomínio da esquizofrenia, os próprios familiares acabam em parte construindo uma certa identidade como parentes de esquizofrênicos.

Não estimulamos esta escolha de identidade, utilizamos a designação transtorno mental grave. Os familiares identificam bem o que é a dificuldade de funcionamento do CAPS: não tem psiquiatra, a psicóloga não está indo, a casa está caindo aos pedaços, tem infiltração etc. Eles aprenderam, com a experiência, a discernir: os CAPS estão com esses problemas, mas estes serviços mudaram o tratamento do meu irmão, do meu parente, do meu marido, do meu filho, mudaram para melhor e mudaram também para melhor minha participação como familiar nesse tratamento. Isso é nítido. Existe um CAPS lá no estado do Rio que está interdito pela defesa civil porque caiu um pedaço do teto, fica numa região pobre, na Baixada Fluminense. O discurso dos familiares é o seguinte: e o CAPS? O CAPS está interdito porque está com goteira, o prédio avariado, porém... tem funcionado muito bem. Isto quer dizer que os familiares, na sua intuição e entendimento de quem passa pela experiência de cuidar de alguém com transtorno mental severo, dizem que o projeto está correto, a proposta é correta, mas os serviços estão caindo aos pedaços! Neste exemplo específico é literal: o CAPS estava caindo aos pedaços. Acrescente os problemas de precarização do trabalho, horários com regime incompatível com a atenção diária, insegurança laboral. Então, entendo que há um problema de sustentabilidade que, no limite, é um problema político, e penso que temos que trazer de volta o movimento social para a defesa dos CAPS. Bem, temos contradições dentro do movimento social em relação aos CAPS, não é? Parte do movimento social da Reforma faz uma forte crítica aos CAPS como dispositivo e isso acaba gerando confusões e debilitação da proposta. Por exemplo, quando se afirma que há CAPS que funcionam como “CAPScômios”; essa expressão já se usa em alguns setores da Reforma. Ora, se eles são “CAPScômios”, tratem todos de fazer que funcionem como CAPS e não como manicômio, e não criticar genericamente o modelo do CAPS e sua proposta. Há outra crítica, que vem de certo fundamentalismo sanitário da atenção básica, como se houvesse incompatibilidade de modelo (que não há) entre CAPS e atenção básica. Então, vejo com preocupação este contexto de fragilização dos CAPS, mas quanto mais percebo a dificuldade de sustentação do CAPS

mais eu me convenço, paradoxalmente, de que esta é uma boa proposta para garantir o atendimento ao paciente grave no território, em serviços abertos. Considero que a proposta é sólida, forte, sua execução enfrenta uma crise neste momento, que é uma crise do SUS, não é uma crise só da saúde mental, mas crise do SUS, do funcionamento do SUS. O SUS também nunca viveu momentos sem crise, mas percebo um recrudescimento da crise, há muita coisa ocorrendo, há muita privatização da saúde pública que afeta claramente a saúde mental.

Entrevistador – Gostaria que você falasse um pouco sobre a interdisciplinaridade e territorialidade no CAPS.

Pedro Gabriel – Um dos desafios que o CAPS tem é ser um serviço territorial. Território. Rede e território, atenção psicossocial e autonomia, são algumas dessas palavras decisivas, são conceitos operativos essenciais para o funcionamento do CAPS. Território é um conceito essencial, é o território do Milton Santos, não o território que vai da rua tal à rua tal. É o território vivo, como força viva, como interação. Acho que é preciso investir muito mais no sentido de recuperar a força do território para o CAPS, fazer do CAPS um dispositivo territorial. A questão da interdisciplinaridade é diferente, no seguinte sentido: nos CAPS existem várias profissões, mas enfrenta-se também uma dificuldade de realizar o trabalho multidisciplinar, tornar esse trabalho uma realidade. Não é uma tarefa fácil, porque não se trata apenas de fazer uma designação de atribuições: “o psicólogo faz isso, o psiquiatra faz aquilo, a assistente social faz tal coisa”. A construção coletiva do caso clínico, do projeto terapêutico, é o desafio do CAPS: onde o serviço consegue fazer isso ele funciona bem, os pacientes percebem. Então, é preciso perguntar: no projeto terapêutico singular, que é uma construção da atenção psicossocial no território, o paciente participa? Obviamente que ele tem que participar, a família participa, o território participa. O que é o território? O território são os seres e coisas que vivem no território. O sujeito mora, tem vizinhos, tem suas filiações religiosas; portanto, tem a igreja. Há uma forte presença da igreja evangélica

entre as pessoas, principalmente as de menor renda, que frequentam os CAPS, e essa igreja é território, a assistência social é território, a intersectorialidade é território. Então, são estes os desafios: não adianta se pensar a interdisciplinaridade sem território e sem intersectorialidade. Portanto, vejo sim algumas fragilidades teóricas que suscitam efeitos práticos. Vou tomar como exemplo uma questão meio polêmica. Estávamos discutindo ontem a situação de um CAPSi que se definiu assim: "...porque nós sabemos que este é um serviço psicanalítico". Bem, a contribuição da psicanálise é valiosíssima, principalmente nos CAPS infantis, valiosíssima, mas um serviço de atenção psicossocial interdisciplinar, intersectorial e territorial não pode dizer que é um serviço psicanalítico, como não pode dizer que é um serviço psiquiátrico, como não pode dizer que é um serviço da terapia cognitivo comportamental. Então, interdisciplinaridade não é só dizer que estão ali todas as profissões, que os saberes se compartilham, porque isto não existe como dado natural na experiência dos serviços. A prática de compartilhamento do saber, inclusive com a família e com o paciente, não é um desafio que se resolve apenas deixando as pessoas falarem, escutando, assegurando a escuta. É necessário ir adiante, enfrentar o desafio do saber compartilhado, publicar mais. O nosso campo de saberes sobre a Reforma, o campo de produção de conhecimento, é muito rarefeito e frágil. Começa-se a publicar um pouco mais agora, há 3 ou 4 anos, mas ainda é pouco expressivo. Estou falando como uma pessoa que já saiu da gestão. Quando fui coordenador conseguimos instituir dois editais com o CNPq para pesquisas no campo da atenção psicossocial; tomamos a iniciativa de chamar para este protagonismo a saúde pública. Porém, citando esta experiência particular, desde o início argumentei: vamos arrancar esse primeiro edital, depois arrancamos o segundo, mas se esta iniciativa não se tornar uma política sistemática não mudaremos o cenário da produção do conhecimento. A própria pergunta sobre a interdisciplinaridade vai ficar meio no vazio, rodando em torno de si mesma, sem o diálogo com experiências reais, com a história do dia a dia da Reforma. A interdisciplinaridade na atenção psicossocial só terá existência concreta se ela for capaz de produzir efeitos teóricos, de reflexão sobre a prática, e compartilháveis

na forma de produção e disseminação de conhecimento. Então, nosso campo precisa aprofundar e ampliar a produção de conhecimento sobre o que é a saúde mental no território, ou seja, o que é a atenção psicossocial. A atenção psicossocial como paradigma está entre nós, no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 90. E esse paradigma precisa continuar a ser construído, ele está ainda em construção. Minha visão sobre teoria é a seguinte: se a teoria avança, a prática avança, se a prática avança, a teoria avança. Na atenção psicossocial, teoria e prática são, não vou dizer que a mesma coisa, mas uma construção dialógica permanente. Não é um pensamento sem sentido que a epistemologia afirme e sustente a produção do saber prático, a valorização da experiência, o diálogo com o saber laico. Então, vejo uma fragilização em nosso campo. Vejo até uma coisa pior: a desvitalização da utopia do SUS afetando a saúde mental. Certamente, essas perguntas que você faz refletem a necessidade e lacunas do nosso campo teórico-prático. Tem ocorrido alguma melhora, venho fazendo um acompanhamento das publicações brasileiras da atenção psicossocial, elas têm aumentado discretamente, não posso dizer que também está paralisado. Sabe o que estamos precisando também? Ampliar o número de periódicos no Brasil, porque os periódicos são muito fechados, as regras são muito difíceis; do mesmo modo, não adianta fazer periódicos de baixa qualidade, para divulgar o discurso ideológico sobre a Reforma. A produção de conhecimento é uma tarefa pesadíssima, só se pode dizer que se construiu conhecimento sobre alguma coisa caso se dedique alguns anos intensos a tal tarefa. Portanto, penso que é preciso investir na produção de conhecimento.

Entrevistador – Fale um pouco sobre o uso da medicação nos CAPS.

Pedro Gabriel – Em que sentido você faz essa pergunta? O uso da medicação em que sentido?

Entrevistador – Na minha experiência no CAPS eu percebi que o tratamento era fortemente apoiado no uso da medicação. Priorizava-se a questão biológica.

Pedro Gabriel – Vamos sair um pouco daquele percurso histórico e falar da situação atual. Como o CAPS se destina ao atendimento territorial de pessoas com transtornos mentais graves o recurso terapêutico da medicação é absolutamente essencial. Assim, é indispensável que se garanta o acesso à medicação. Quando se construiu, em 2007, a política que mudou o modo de financiamento que existia desde 1999, para medicamentos de saúde mental, mudou o quê? Ampliou-se o recurso, destinando-o aos municípios, superando o modelo de compra centralizada pelo estado. O gestor estadual não foi, em geral, bom parceiro para a questão de medicação psiquiátrica. Então, se conseguiu normalizar um pouco essa equação do acesso ao medicamento. Isso é fundamental, pois permite discutir mais claramente a medicalização, o uso excessivo da medicação, o predomínio da medicação no modelo de tratamento. É fundamental que exista a medicação até mesmo para que se possa fazer um tratamento de qualidade e até prescindir da medicação cada vez mais. Por exemplo, deve-se constituir uma meta que o paciente em acompanhamento utilize a menor quantidade possível de medicação, sendo que muitos pacientes podem perfeitamente ser acompanhados sem nenhuma medicação. O que não pode existir são duas compreensões da atenção psicossocial: uma com medicação e a outra sem medicação. Acho que essa clivagem, essa cisão tem ocorrido sim e ela é desastrosa. Se você vai a um CAPS e as pessoas estão muito sedadas, você fica pensando: “bem, primeiro, estão sendo mal medicadas; segundo, não está havendo alternativa à medicação”. Então, tentando ver a questão pelo outro lado, o predomínio da medicação pode se dar também porque os outros recursos terapêuticos não estão funcionando. As outras formas de terapêutica, de abordagem, estão com problemas. Existe aí uma questão que talvez possa servir para sua reflexão, é muito recente, tenho pensado que: a oposição entre psiquiatria biológica ou o tratamento baseado em medicamentos e a atenção psicossocial do tipo dinâmica não pode ser colocada como uma antinomia, não cabe em uma oposição simples entre dois contrários. Acho que o debate, no Brasil, sobre o modelo biomédico e o modelo psicossocial está aprofundando um fosso entre as duas concepções de tratamento. Citei antes como

exemplo, que dizer “este é um serviço psicanalítico” constitui uma distorção, porque, se o serviço se vale intensamente do saber oriundo do campo da psicanálise, isto não o torna um serviço psicanalítico, como também não pode ser restritamente um serviço de dispensação de medicamento psicotrópico ou de terapias comportamentais, ou de apoio social. Observo que houve também certo afastamento dos serviços daquelas pessoas que trabalham com medicação, diagnóstico fenomenológico. Então, não só ocorre isso que você aponta, um excesso de medicalização, como também existe o contrário, um afastamento de profissionais, explicado em parte pela posição da Associação Brasileira de Psiquiatria, que é muito influente entre os psiquiatras e contrária à Reforma. Aliás, esta entidade se diz a favor da lei 10.216 e contrária à Reforma; nos textos da ABP sequer se admite a expressão Reforma Psiquiátrica, pois se considera que a psiquiatria não tem que ser reformada. Então, voltando ao nosso desafio, temos que pensar que esse diálogo entre os saberes que se constroem no território precisa ser retomado sem se deixar paralisar por essa antinomia, sem essas rivalidades profissionais. Tenho observado algo que é o contrário do que me parecia antes: os psiquiatras, ou o conhecimento biológico, têm sido afastados dos serviços, por vários mecanismos (como programas de residência de financiamento público onde os psiquiatras residentes não participam de serviços de saúde mental do SUS). Ora, nós precisamos deles nesses serviços. E os serviços também podem sofrer outro tipo de afastamento: se transformarem em ambulatórios de dispensação de medicamentos. Sabe como? O primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Itapeva, que está sob ameaça de fechamento, transformou-se num modelo ambulatorial tradicional da psiquiatria clássica. Temos que defender sua sobrevivência e seu retorno ao modelo CAPS. Em resumo, há um conflito de modelos. Assim, não colocaria a questão em termos de a medicalização nos CAPS, mas como uma crise do diálogo entre modelos de compreensão sobre o sofrimento psíquico e o tratamento. Sem esse diálogo, que está em crise, não se constrói a atenção psicossocial no território. Um dos componentes da fragilidade do CAPS, como dispositivo estratégico, é o fato de que ele não está conseguindo fazer, de fato, essa interdisciplinaridade, colóquio

criativo entre saberes. Temos que, de alguma maneira, contribuir para este impasse. A universidade pode contribuir para isso. Os familiares, pensando naqueles que tenho acompanhado, têm uma visão muito aguda sobre essa questão; eles nos dizem nos grupos focais: “o medicamento é só parte, só o medicamento não adianta, mas ele não pode ficar sem o remédio”. Às vezes, dizem assim: “ele está tomando remédio demais”. O medicamento tem que ser dado de uma forma que o paciente possa fazer as outras coisas que tem que fazer. Digamos que os familiares estão construindo uma nova consciência sobre qual a forma de atender adequadamente, onde o uso do medicamento é importante, mas não é o centro do tratamento. Todos nós sabemos que não é. O tema está colocado e o melhor laboratório para essa questão avançar é o próprio CAPS. Entretanto, procure os artigos existentes na produção de conhecimento sobre o CAPS: ou são artigos do tipo epidemiologia convencional ou de perfil diagnóstico e farmacoterapia, ou artigos psicossociais genéricos demais, descritivos, generalizantes, ideológicos às vezes; além destes há os artigos orientados pela psicanálise, psicologia. Não existe um artigo sequer, até este momento, que sustente a pergunta que você fez, sobre os modos de uso de medicação em ambientes da atenção psicossocial. É preciso que isso seja um conhecimento compartilhado, ou seja, que caminhe na direção de produção de conhecimento sobre o CAPS e a clínica que ali se faz. A relação com o território, com a atenção primária, com a cultura. Eis um bom desafio que está posto, mas às vezes de uma forma que fragiliza o debate. Na verdade, toda forma de visão sectária sobre a terapêutica vai atrapalhar o funcionamento dos serviços de atenção psicossocial, seja de que lado venha. Esta é uma das questões que temos que enfrentar nos CAPS. Eis aí o que penso sobre os CAPS, estou convencido de que eles são uma inventiva e eficaz resposta brasileira para a extensão de cobertura em saúde mental. Por que digo brasileira? Existem CAPS nos países como, por exemplo, a Inglaterra? Existem, mas com algumas peculiaridades: são os Centros de Saúde Mental e têm uma forte, fortíssima, na Inglaterra, participação da atenção primária. No Brasil, como historicamente a atenção primária era muito frágil e o atendimento ao paciente grave se resumia à internação, os

CAPS vieram suprir essa demanda. Então, aqui no Brasil eles têm de fato uma característica mais resolutiva do que os outros serviços territoriais e várias outras características interessantes. Funcionam como uma usina de produção de sentido para familiares, pacientes, e como polo agregador de iniciativas como geração de renda e cultura. Estão muito próximos do dia a dia das pessoas que o frequentam. Tudo isso é uma característica do CAPS brasileiro, por isso vejo o Centro de Atenção Psicossocial como uma experiência brasileira bem sucedida, mesmo que esteja vivendo um momento de crise.

Entrevistador – Existem algumas críticas no sentido de que as portarias que regulamentam e organizam os CAPS levariam a certa homogeneização desses serviços. Como você vê essas críticas?

Pedro Gabriel – Não sei dizer muito sobre portarias recentes. Uma crítica que faço é que, a meu ver, essa ideia tecnocrática de rede não ajuda, ao contrário, fragiliza o serviço territorial. Mas em relação às portarias em geral, no sentido da sua pergunta, o que elas regulam, se elas limitam e homogenizam os serviços. A saúde pública, a política pública, tem que lidar, de uma forma geral, com duas dimensões. Uma dimensão de decisões aplicáveis para contextos muito diferentes, mais generalizável, e outra, a dimensão da singularidade. “Não, no Ceará não é assim, no Amazonas não é assim”. Ela tem que fazer conviver as duas coisas. Então, esta crítica surge: uma portaria torna todos iguais, forçadamente homogêneos? Tal risco existe; se não se tomar em conta a tensão dialética permanente entre o geral e o particular, existe sempre este risco. Mas para que são feitas as portarias, as normas? Como são feitas? Considere o debate sobre a percepção das portarias pelos agentes, como o gestor, coordenador de CAPS e equipe. Ocorre um efeito, não sei se é da tradição brasileira, de tomar a prescrição do Estado, em uma norma reguladora, como maior do que ela é, em vez de tomá-la como uma prescrição geral, que tem que se adaptar ao particular, ao singular. As normas da saúde mental, em relação a outras áreas da saúde, são muito menos rígidas, não têm tanto o caráter de protocolos. Então, nem tudo é imposição da portaria,

muitas vezes é uma situação onde a pessoa que atua, o trabalhador, o gestor ou mesmo o militante do movimento social faz uma leitura em que atribui àquela portaria uma interferência maior do que está ali. Exemplo: tenho ouvido muito recentemente as pessoas dizendo: “sou contra essa história de existirem CAPS I, CAPS II e CAPS III”. A descrição de CAPS I, CAPS II e CAPS III é o mínimo necessário para que esses serviços funcionem em contextos diferentes, tem apenas o objetivo de dar uma certa racionalidade à organização do serviço, sua dimensão, estrutura. Por exemplo, você disse que em São João Del Rei o CAPS era CAPS I; está incorreto, esta cidade tem mais de 80 mil habitantes, é uma cidade grande e também atende a pessoas de fora. Agora, essa divisão de CAPS I, CAPS II e CAPS III prejudica a característica do CAPS? Não, não vejo por quê. Você vai dizer para uma pessoa do SUS de São João Del Rei: “olha, não faça um CAPS I numa cidade do tamanho da sua”. O que significa fazer um CAPS II e não um CAPS I? Significa que precisará ter mais funcionários, mais recursos, uma capacidade maior de atendimento. Dou este exemplo corriqueiro porque percebo que está aparecendo muito no contexto atual uma crítica revisionista a essa divisão de tipos de CAPS. A divisão foi proposta para permitir, por exemplo, que cidades de 15 mil habitantes tivessem um serviço pequeno. Você não deve exigir que uma cidade de 15 ou 20 mil habitantes tenha o mesmo serviço de uma cidade de 200 mil habitantes, as dimensões são diferentes. Há poucos dias, aqui em Belo Horizonte, na Escola de Saúde Pública, um colega muito experiente, do Ceará, com contribuição muito importante para a Reforma, estava fazendo justamente uma crítica deste tipo, sobre a portaria dos CAPS e sua recepção em seu estado. Na minha experiência de gestor tive a percepção, talvez errônea, de que, às vezes, as pessoas se deixam avassalar pela norma. A distinção, por exemplo, que a gestão atual extinguiu, entre intensivo, semi-intensivo e não intensivo, foi um caminho precário, provisório, nascido de muita discussão coletiva, de se buscar uma forma para minimamente configurar e descrever a clínica dos CAPS; foi muito bem recebida, pois criou uma configuração interessante, que aparentemente ajudou os serviços em seu processo de trabalho. Nesse projeto de pesquisa de CAPS não estou

utilizando estas categorias para não gerar equívoco com os respondentes, porém, sim, queremos saber, naquele serviço, quantos pacientes são atendidos intensivamente, quantos de maneira semi-intensiva, da forma como está definido na norma, pelo número de vezes que o paciente precisa vir ao CAPS, e finalmente quantos são do tipo ambulatorial, que necessitam apenas de uma ou duas vindas ao serviço no mês. É uma caracterização que não engessa, a meu ver, pois é apenas uma descrição *a posteriori*, e útil, daquilo que a clínica fez com aquele paciente. Considero algumas críticas completamente inconsistentes, versam sobre a escolha vocabular, ou argumentam que “a clínica” não distingue o que é intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Como assim? Descreva com outras palavras, mas me deixe saber se aquele paciente exige que o CAPS o atenda todos os dias, vem ao serviço todos os dias, precisa de visita domiciliar várias vezes, vamos chamá-lo de intensivo ou outra designação que parecer mais adequada. Estas categorias, neste exemplo, tentam fazer uma descrição *a posteriori*, que qualifique o registro do processo e resultados da rede de serviços. Sabemos da baixíssima qualidade dos registros clínicos da rede de saúde mental, é um desafio gigantesco a ser superado. O problema do registro do exemplo citado é que ele se fazia através de um formulário muito trabalhoso e complexo, chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), necessário conjunturalmente porque era a exigência para se assegurar o recurso financeiro, na burocracia da saúde pública naquele período. O preenchimento de APAC é um inferno, pode perfeitamente ser melhorado e já está ocorrendo uma simplificação, desde 2009. Qualificar o sistema de registro clínico e de funcionamento da rede não é engessar os serviços, é uma necessidade vital e urgente para a saúde mental. Mas estou de acordo que normas têm que ser flexíveis.

Este é um tema da gestão, mas atravessado por compreensões diferentes sobre como deve ser o processo da Reforma. É natural que se invoque o exemplo da Reforma Italiana, cujos Centros Comunitários de Saúde Mental, por exemplo, não são designados segundo diferentes portes, como os nossos, e é uma experiência menos submetida ao duro processo real de construção de políticas de bem-estar

social como no contexto brasileiro. Já ouvi a argumentação de que “na Reforma Italiana não é assim”. Certamente não é. A Reforma Italiana, matriz política e simbólica da brasileira, foi feita na Itália, na rica região norte. O Brasil tem 5.600 municípios, tem município de 2 mil habitantes e município de 20 milhões de habitantes, São Paulo (o município tem 10 milhões de habitantes, a grande São Paulo tem 20 milhões). Então, é necessário pensar a estrutura, o dimensionamento dos serviços que atendem a essa diversidade, demográfica, cultural, econômica. O SUS é uma política de âmbito nacional, cuja meta é a universalidade e a equidade do acesso. Há outra crítica importante, em nosso campo, que se expressa assim: “a Reforma é um movimento político, cultural, de intervenção e mudança cultural, ela não deve se basear na criação de serviços”. A Reforma é cultural, política, mas precisa, também, criar uma ampla rede de serviços, senão não vamos poder fechar os manicômios. É muito importante o conhecimento que se origina dos movimentos sociais, do movimento político da Reforma, mas é preciso produzir conhecimento, urgentemente, a partir de quem trabalha nos serviços, contando com o apoio de pesquisadores, das universidades. Para tratar dos desafios concretos que os novos serviços trouxeram. Crise, como lidar com a crise, como fazer uma articulação efetiva com a atenção primária. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados, mas estão enfrentando sérios problemas de funcionamento. A saúde mental tem ficado meio perdida nos NASF. Vamos tentar entender e descrever melhor essa questão. Retomando: é importante considerar as normas que instituem políticas, inovações e desafios para o conhecimento. São as normas a que me refiro. Considero, por exemplo, que a portaria 336, a lei e portaria que regulam o programa *De Volta para Casa*, e a portaria que constrói o programa de geração de renda não engessam nada. O programa chama-se *Iniciativas de Geração de Renda*. Onde existe engessamento em palavras como “iniciativas”, explorando o território inóspito de uma política que se inicia? Claro, existem portarias inúteis, rígidas, feitas de gesso burocrático, que podem produzir esse efeito que você menciona. Mas existem pessoas que leem as portarias com uma cabeça burocrática e são as que dizem: “estou sendo engessado, estou

sendo engessado”. A gestão pode ser pura burocracia normativa, é verdade, mas será uma gestão que não cria mudanças. Para concluir minha consideração sobre este tema inóspito, mas importante sobre a gestão, quero dizer que o que tem atrapalhado o bom funcionamento dos CAPS não são as normas: é o investimento, a responsabilidade do gestor, a prioridade dada pelo gestor, a mensagem ambígua que o SUS está transmitindo, agora, sobre os CAPS, a precarização do trabalho. Esta ambiguidade da gestão desvitaliza os CAPS. “Ah, será que é isso mesmo? Será que deve ser assim ou não?” Tenho ouvido coisas até piores, de que é preciso mudar este modelo. Dito por pessoas contrárias à Reforma, é compreensível, mas não quando isso é dito por pessoas da Reforma. Porque não temos ainda elementos para avaliar e propor a mudança de uma proposta territorial que sequer foi implantada em toda a sua potencialidade.

Entrevistador – O que você considera como principal ou como principais desafios do processo da Reforma?

Pedro Gabriel – Para sintetizar, eu diria que é a sustentabilidade. Como fazer que essa rede que foi criada, que existe, possa se manter ao longo do tempo, se entranhar no território, se articular com a atenção primária e a intersectorialidade. É preciso enfrentar o desafio da gestão. Isto é, do financiamento, gestão, organização dos serviços, contratos de trabalho que tenham isonomia e que produzam estímulo para o trabalhador e sua estabilidade. Não à estabilidade conformista, mantendo pessoas que não têm interesse no ofício da atenção psicossocial, mas igualmente sem a instabilidade insuportável dos contratos precários, feitos através de organizações sociais ou outros expedientes, no caminho desta terceirização epidêmica que vem avassalando o SUS. Concursos públicos, contratos dignos, avaliação de desempenho, gestão coletiva, controle social. A clínica dos CAPS é clínica muito pesada para ser bem feita por uma pessoa que fica achando que daqui a 3 meses vai ser mandada embora. Como ela vai criar um projeto terapêutico singular para um paciente psicótico grave se sequer sabe se vai continuar no serviço? Esse é o desafio da gestão. Existe também o desafio

da produção de conhecimento. O Brasil tem que avançar no conhecimento produzido pelo excelente processo de Reforma Psiquiátrica que já realizou, com o extraordinário aumento da cobertura assistencial, reconhecido pelo mundo inteiro. Há desafios teóricos e técnicos muito importantes: intersectorialidade, atenção primária. A intersectorialidade não está, ainda, sendo exercida para valer pelos CAPS. O profissional do campo da assistência social e o do campo da saúde mental, duas áreas diretamente ligadas, ainda não falam a mesma linguagem. Isto é, não compartilham a construção do projeto terapêutico dos pacientes. O projeto, aquilo que se lança para o futuro da vida do usuário dos serviços. A ideia de autonomia possível na assistência social não é a mesma que nós, do campo da Reforma, temos. A assistência social não tem a mesma concepção de autonomia do sujeito que nós temos em relação ao sujeito psicótico. É preciso construir a agenda do diálogo intersectorial. Discutir, por exemplo, que vários pacientes, para poder viver bem com a sua condição, de ter um transtorno mental grave, optam por estratégias de vida que não são as que desejaríamos. Estratégias, por exemplo, de diminuir um pouco as suas ações, suas atividades, se proteger um pouco mais, podem dar bons resultados e criar novas articulações que sustentam a sua vida do dia a dia, no laço social, como dizem os psicanalistas, com as alternativas aparentemente empobrecedoras que o paciente cria e desenvolve. Então, é preciso construir a teoria disso. Algumas profissões consideram que as pessoas têm que estar em atividade o tempo todo. E o paciente que se retrai, para conseguir certa estabilidade? Será que nós estamos sabendo conhecer essa clínica do “retraimento positivo” (como a descrevem autores da atenção psicossocial na experiência canadense)? Estas são as indagações presentes nos CAPS e na rede: como ajudar o paciente a construir suas novas possibilidades de vida? São desafios muito especiais de produção de conhecimento. E o desafio político fundamental é vencer esse processo de desvitalização que a utopia do SUS e a utopia da atenção psicossocial estão enfrentando. Se você trabalha num serviço que tem que fechar porque quando chove fica inundado, e tal situação já dura cinco anos, certamente, a sua motivação para trabalhar é muito prejudicada e, também, certamente, o Secretário de

Saúde desse município considera que aquele serviço não tem a menor importância. Este desafio, da sustentabilidade política, é o principal, e precisamos enfrentá-lo. Como? Por meios políticos: é preciso voltar a mobilizar o movimento da Reforma para dar mais vigor ao trabalho que se faz no território. Recuperar aquele brilho no olhar quando se fala do seu trabalho, do seu trabalho nos CAPS, na residência terapêutica, na atenção primária, nos consultórios de rua. É preciso incluir mais a universidade, a universidade tem que ser convocada. Nos países que têm um bom serviço público de saúde, como a Inglaterra, a universidade está integralmente articulada com os serviços públicos. Na atenção primária na Inglaterra, por exemplo, os trabalhadores estão, o tempo todo, desenvolvendo pesquisas. O conhecimento que se produz ali sobre saúde mental e psiquiatria vem quase todo da rede pública de saúde. Isso significa também vencer essa inércia da produção do conhecimento. Este é também um desafio político porque, por exemplo, os jovens estudantes, pelo menos do campo da medicina, em diversos lugares, não consideram que vale a pena trabalhar nos serviços de saúde mental do SUS. E por que não consideram? Porque aprenderam isso de alguma forma ou, foram colocados em serviços que funcionam tão precariamente que eles podem interpretar que é o projeto do CAPS, ou da atenção primária, ou da residência terapêutica, ou do consultório de rua, que está errado, quando, na verdade, a gestão daquele município é inconsistente no campo da saúde pública de uma forma geral. A meu ver, são desafios extremamente importantes. Vejo com a mesma preocupação que você, esses serviços ficando fragilizados. O Congresso de CAPSi permitiu uma ressonância importante da percepção que os trabalhadores de CAPSi estão tendo sobre a grande dificuldade de fazer uma boa clínica, de manter os serviços, de motivar as pessoas e de fazer que aquele serviço seja sustentado pela gestão, apoiado financeira e politicamente pela gestão. Ouvi pessoas dizendo no CONCAPSi que querem sair do serviço porque não aguentam mais. E são pessoas integralmente comprometidas no plano ético com a saúde pública e a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é muito maior que estas crises conjunturais, especialmente de estrutura e gestão. E felizmente existem igualmente experiências municipais

muito sólidas e criativas. É preciso reverter este quadro de aparente desvitalização da atenção psicossocial nos territórios em que se apresenta hoje, no Brasil, em junho de 2013.

Como citar

Delgado, Pedro Gabriel. São João Del Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. Entrevista com Pedro Gabriel Delgado, em 28/06/2013. Michelle de Almeida César, entrevista e transcrição; Walter Melo, orientação. Revista pelo autor. In. Melo, W.; Resende, P. H. C.; Baeta, S. R.; Moreira, T. O. S. (Orgs.). *Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016. p. 11 - 45.



O Novo Paradigma Científico e as Leis de Reforma¹

Ernesto Venturini

Minha proposta é de fazer uma pequena introdução epistemológica e filosófica. Em seguida apresentarei uma visão histórica das transformações da psiquiatria na Itália e no Brasil. Ao final, trabalharei os conceitos e a legislação que possibilitaram a reforma psiquiátrica nos dois países, apontando para as aproximações e diferenças entre as duas leis.

O físico Thomas Kuhn publicou, em 1962, o livro *A Estrutura das Revoluções Científicas*. Kuhn descreveu as mais importantes mudanças da história das descobertas científicas, colocando, radicalmente, em discussão, a confiança na evolução unilinear das ciências. Ele emprega o conceito de paradigma em dois sentidos diferentes: o primeiro designa um cunho disciplinar, ou seja, o conjunto de técnicas, modelos e valores dos membros de uma comunidade científica, caracterizando, assim, a ciência normal. O segundo é mais bem compreendido pelo exemplo, como a teoria aristotélica ou o princípio de Newton. Neste caso, o paradigma é um exemplo que, através de sua repetição, é capaz de modelar o comportamento e as práticas do cientista.

Quando um antigo paradigma é substituído por um novo, se origina uma revolução científica. Mas, nem toda nova teoria caracteriza esse processo revolucionário, podendo ser apenas um acréscimo ao que já é conhecido (ciência normal), que exige uma nova avaliação dos eventos observados. Para não provocar a crise das crenças partilhadas,

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no *I Ciclo de Intercâmbio Internacional do Mestrado de Psicologia da UFSJ*, com o título *A Relação entre a Reforma Psiquiátrica Italiana e a Reforma Psiquiátrica Brasileira*, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), em 2010.

inicia-se um processo dialético, entre racionalização e mudança. Às vezes, isso representa, como no caso da desinstitucionalização, um conflito entre modernização e democracia. Nesse processo, as ciências normais se opõem à introdução do novo e uma ciência cumulativa obtém seus êxitos pela habilidade dos cientistas em escolher assuntos que podem ser resolvidos por técnicas conceituais e instrumentais relacionadas àquelas que já existiam.

Por exemplo, Jean-Etienne Esquirol, psiquiatra francês que acompanhou e realizou a mudança iniciada por Philippe Pinel, estava interessado em consolidar o paradigma do internamento. O início da psiquiatria é o início dos hospitais psiquiátricos e, nesse período, Esquirol estava preocupado com o que viu na cidade de Geel, na Bélgica. O que acontecia por lá? Desde a antiguidade medieval, a cidade de Geel tinha por padroeira Santa Dimpna, que, de acordo com a sua história, curava a loucura. Então, os loucos e seus familiares se dirigiam à cidade para irem à igreja. Os habitantes da cidade os acolhiam em suas próprias casas. E, para pagarem a hospedagem, os loucos e seus familiares trabalhavam nas hortas e em outros afazeres. Geel sempre foi uma cidade em que não existiam estigmas, onde os loucos não eram vistos como perigosos, devido a essa possibilidade de viverem juntos com outras pessoas. Assim, os loucos não eram internados e podiam ter a experiência de que seriam iguais aos normais.

Esquirol busca demonstrar o contrário do que acontecia em Geel: que devemos temer os considerados loucos. Então, ele afirma que o resultado positivo de Geel não se deve à tolerância, mas, sim, ao trabalho. Dessa maneira, ele inventa a ergoterapia. À proposta de internação é agregado o tratamento pelo trabalho. Assim, o antigo paradigma se mantém. Trata-se, portanto, de utilizar aquilo que se apresenta como contrário ao paradigma, colocando-o a seu favor.

Um exemplo mais recente é a “experiência de Soteria”, que aconteceu nos anos 1970, nos Estados Unidos. Loren Mosher foi o idealizador dessa proposta, que durou 14 anos. E o que acontecia? Quando uma pessoa tinha uma crise psicótica, normalmente, deveria ser internada em algum hospital psiquiátrico. Porém, a Soteria House, em San Francisco, oferecia a possibilidade de tratamento sem a utilização de

fármacos e de contenção. O lugar era uma pequena casa, na qual voluntários atuavam. Não profissionais, mas jovens de uma cultura muito representativa da época, os *hippies*. Soteria oferecia um tratamento diferenciado de um hospital psiquiátrico e seus resultados foram extraordinariamente positivos. O prazo de tratamento das crises era semelhante ao dos hospitais psiquiátricos norte-americanos, a grande diferença era a não utilização de psicofármacos. Outra diferença era que, os chamados “soterianos” não passavam por muitas recaídas, às vezes, por nenhuma. A experiência de Soteria se fundamentava na atuação de não profissionais. Ou seja, era pautada em uma cultura não psiquiátrica. Não podendo ir contra os resultados apresentados, o poder psiquiátrico manipula a proposta de não-profissionais e de não-internamento e recupera só o que era compatível através da abertura das residências terapêuticas, enquanto espaço socializante, secundário e subordinado ao internamento hospitalareiro e tratamento farmacológico.

O mesmo podemos dizer em relação ao Brasil, com a experiência de Nise da Silveira, que propôs a liberação da fantasia através de atividades criadoras e foi considerada pelos psiquiatras só como forma de “entretenimento”, tentando retirar-lhe todo sentido revolucionário e terapêutico.

Depois desta premissa, declaro que o fim dos hospitais psiquiátricos, com a conseqüente ideia de “uma sociedade sem manicômios”, representa uma revolução científica, caracterizando, assim, um novo paradigma. É a substituição do paradigma da *objetivação passiva* do paciente pelo paradigma da *subjetividade ativa* dele.

O pensamento e a prática de Franco Basaglia constitui exemplo para esse novo paradigma, o que não quer dizer que esse processo pertença só a sua experiência, pois muitos fatos históricos e sociais contribuíram para essa mudança.

Hoje estamos vivendo um período longo e difícil de transição entre paradigmas. Trata-se de uma revolução que precisa consolidar-se. As leis das reformas psiquiátricas, italiana e brasileira, não constituem paradigmas, mas são efeitos da mudança de paradigma. Elas são importantes, mas não decisivas, pois podem sofrer, como neste

momento, de crise do *welfare state*, da influência negativa da crise econômica mundial e da restrição dos direitos por efeito de um sistema global neoliberal. Esta é a minha avaliação do problema, que vou desenvolver a seguir.

Cada revolução científica possui uma cena instituidora do paradigma. A cena instituidora do paradigma da psiquiatria, que chamei de paradigma da *objetivação passiva*, ocorreu em 1792. Essa cena é descrita por Michel Foucault no livro *História da Loucura na Idade Clássica* e em pintura por Jacques-Louis David que retrata Philippe Pinel libertando as mulheres loucas do hospital Bicêtre, um dos hospícios de Paris. As loucas experimentam o reconhecimento e começam a recuperar-se. Assim, se inicia a disciplina psiquiátrica. Quando Pinel liberta os loucos, estabelece uma dívida de reconhecimento do libertado em relação ao libertador, que deverá ser saldada através de duas modalidades: em primeiro lugar, a violência selvagem do corpo amarrado por correntes será substituída por uma submissão constante da vontade do louco à vontade do médico; em segundo lugar, a dívida poderá ser anulada com o louco reconhecendo a loucura em si mesmo. No entanto, essa cena de libertação não é suscitada por princípios filantrópicos: representa a transformação de uma arcaica relação de poder baseada na violência física em uma moderna eleição de modos de poder, quer dizer, um novo paradigma de sujeição e submissão psicológica e moral do doente, apropriada à lógica do Estado liberal.

Este paradigma se origina em um momento histórico de importante mudança social: a época da Revolução Francesa. Nesse caso, os acontecimentos políticos influem nas decisões científicas, mas o novo poder também precisa desse novo paradigma para ser legitimado. O hospital psiquiátrico torna-se o símbolo, o monumento, onde se exercerá o pacto de aliança entre loucos e alienistas. O louco se transforma em doente e o alienista se torna psiquiatra.

Pode-se descobrir um emaranhado de interesses e conflitos, por exemplo, na construção dos hospitais psiquiátricos na Europa no fim dos anos 1800. Em relação à primeira lei psiquiátrica francesa, de 1838, através da intervenção de Esquirol, os psiquiatras, que queriam reconhecimento científico e social, procuram os magistrados e

estabelecem uma forte aliança com o poder judiciário. Assim, é promulgada a lei da psiquiatria, que declara a necessidade de tratamento para periculosidade social.

Desde aquele momento, a psiquiatria junta-se ao modelo carcerário e provoca o risco irresistível em decretar como psiquiátrico qualquer gesto agressivo da pessoa. Assim, a consolidação do paradigma desenvolve seu curso no século XIX. O seu fortalecimento e mesmo sua desnaturação se realizam na época do fascismo, quando surgem as terapias de choque e os doentes são inscritos no registro criminal, como na Itália, por exemplo. Outra possibilidade é de os doentes não serem considerados como cidadãos com direitos e, por isso, serem eliminados, como ocorreu na Alemanha nazista.

Na década de 50 do século XX, o número de internações psiquiátricas atingiu seu ápice na Europa e nos Estados Unidos, apesar do advento da psicofarmacologia. Alguns argumentam que, com os psicofármacos, a situação se modificou, mas isso não é verdade. Um olhar atento demonstra que, naquela época, o paradigma do internamento foi fortalecido pelo refinamento e abertura do modelo classificatório das doenças.

Essas construções provam a convergência de interesses administrativos, comerciais e profissionais. Podemos refletir, então, sobre a similaridade acerca do que aconteceu no Brasil nas décadas de 60 e 70 do século XX, particularmente na ditadura militar. Nesse período, há a ampliação do número de leitos nos hospitais psiquiátricos privados e conveniados, que constituíram um recurso econômico para o regime militar. Então, esse emaranhamento de interesses teve, paradoxalmente, importância fundamental para a crise do antigo paradigma e o reconhecimento do novo.

Nos anos 60 do século XX, cresce a sensibilidade coletiva na defesa dos direitos dos marginais e dos diferentes, através de mudanças econômicas, culturais e sociais. Os hospícios sofrem algumas intervenções, principalmente com a política do *Community Mental Health Center*, que foi desenvolvida no governo de John Kennedy, nos Estados Unidos. Outras teorias e práticas contribuíram para essa mudança, como a psicoterapia institucional e a organização da psiquiatria de

setor na França, a psicoterapia das psicoses (que rompe com a afirmação de Freud da impossibilidade da terapia da psicose) e o pensamento fenomenológico existencial. Iniciam-se práticas críticas, com a recusa às contenções e ao eletrochoques, e, como exemplo luminoso, a prática de Nise da Silveira. Temos, no entanto, dois elementos determinantes para a mudança de paradigma: a união entre política e cultura, como as lutas antiautoritárias que culminaram no mítico *maio de 68*; e a capacidade de inovação, transformando a realidade das instituições ao serem acrescentados novos elementos de interpretação.

Na Itália, a Psiquiatria Democrática demonstrou a possibilidade de mudar a relação entre psiquiatra e usuário, principalmente no que concerne ao reconhecimento dos direitos de liberdade e empoderamento do paciente. Nesse sentido, a velha lei foi aproveitada como ponto de partida para se repensar o controle dos comportamentos, através da demonstração de um novo pensamento e de uma nova prática. A Psiquiatria Democrática se pauta pelas mudanças processuais, que demonstraram ser um recurso fundamental.

A grande cena instituidora do novo paradigma, *da subjetividade ativa*, ocorreu em fevereiro de 1966. Trata-se da primeira assembleia geral no hospital psiquiátrico de Gorizia, na Itália, que era dirigido por Franco Basaglia.

Franco Basaglia era um professor universitário, que saiu da universidade para ser, em 1961, diretor desse hospital. Quando chegou, acabou com as contenções físicas e com o eletrochoque, iniciando um trabalho, a partir da proposta da Comunidade Terapêutica, efetivada na Inglaterra pelo seu amigo Maxwell Jones. Em 1964, com a expansão da ideia da psiquiatria social pelo mundo, ele apresentou um documento, em Londres, no qual falava da necessidade de acabar com o hospital psiquiátrico. Isto representou uma revolução. Na época, já havia algumas ideias sobre a abertura dos hospitais psiquiátricos, mas a cena inovadora é quando se realiza a primeira assembleia geral dos usuários. Os internos, em fevereiro de 1966, modificam o arranjo circular de reuniões anteriores e ocupam a mesa da presidência da assembleia, enquanto os psiquiatras e os enfermeiros os escutam e, para darem uma opinião, têm que pedir a palavra. A partir daí, os loucos

se apropriam do direito da palavra. Eles decidem a organização da vida no hospital, falam da própria loucura, compreendem sua própria história e suas contradições e reconhecem seus próprios direitos. É o início de *recovery*. Abre-se, assim, uma brecha entre o poder e o saber, entre a prática e a teoria. A loucura começa a voltar sua força para a sociedade, através de assembleias, peças teatrais, nas moradias pós-manicômio, nas cooperativas de reinserção. Dessa maneira, afirma-se uma nova presença, aquela do “louco”, que não é mais insensato, pois é dotado de sentido. Abandonam-se os espaços marginalizados e a cena da vida passa a se constituir na cidade, onde não há mais o sadio ou o doente, mas apenas sujeitos em sua complexidade existencial. Existiam duas linhas que não mais se cruzaram: o pensamento da loucura e a prática da doença mental. Muitas pessoas escreveram e pensaram sobre a loucura. Franco Basaglia, primeiro, examinou ambas e o fez ao dar voz ao balbucio da loucura e impor o silêncio à ciência arrogante.

Podemos passar agora para o debate sobre a lei da Reforma Psiquiátrica. Uma lei é sempre uma mediação entre posições contrárias. Por exemplo, a chamada lei Basaglia, na Itália, não foi escrita por Basaglia; ele, e nós, queríamos outras propostas mais radicais, mas a lei aprovada foi a melhor mediação possível. Tanto a lei da Itália, de maio de 1978, quanto a do Brasil, de maio de 2001, vinculam a psiquiatria à saúde. Por um lado, essa junção é positiva, pois o louco é reconhecido como doente, necessitando de tratamento e, assim, o estigma diminui. Por outro lado, a opção é restritiva, porque o ponto de vista clínico, que deveria constituir uma parte da questão, prevalece e acontece que a etiopatogênese da doença deixa de fora qualquer outro conhecimento e sentido da loucura. Ou seja, é bom que o doente seja tratado no sistema de saúde, mas não é bom achar que a loucura seja só um problema de saúde, pois este não vai esclarecer a complexidade do assunto.

A dialética, o conflito, entre saúde hospitalar hiper-tecnologizada e a saúde comunitária ainda está aberta. A transferência da exigência da desospitalização e da desinstitucionalização à organização da saúde não é fácil. É o que acontece na Itália e no Brasil, pois ambos os países

referem-se a um sistema único de saúde, que parte de uma ideia de saúde comunitária como meta prevalente.

A aplicação da lei comporta o processo de institucionalização, mas pode levar a uma excessiva importância da organização. Quando temos que passar para a fase de organização de uma nova estrutura, queremos fazer tudo perfeito: portarias, linhas guia etc. Tudo deveria ser bem organizado e planejado, mas nem sempre esse processo reflete a realidade. É claro que um bom modelo organizacional é importante. Por exemplo, a filosofia da reforma exige uma substituição do internamento por serviços comunitários, como os CAPS III, abertos 24h, ou a enfermaria em hospital geral. A legitimidade da reforma mede-se na capacidade de enfrentar as situações mais difíceis diretamente na comunidade. Não se trata de restringir o processo da reforma psiquiátrica a formas de institucionalização, mas a superação do antigo paradigma pelo novo paradigma, da *subjetividade ativa*. Esse novo paradigma, no entanto, tem que ser demonstrado na prática, caso contrário, o discurso que defende a internação retorna com muita facilidade. O CAPS é fundamental para o estabelecimento dessa nova cultura, mas penso que só o CAPS III, aberto 24h, é a possibilidade concreta da legitimação do novo paradigma. Mas, quantos CAPS III existem, por exemplo, em São João Del Rei? Nenhum. Sem isso não se consegue mudar a cultura e ficamos com um trabalho de Sísifo, pois sempre vai aparecer alguém para falar: “Os loucos devem ser internados nos manicômios!”.

Além do CAPS III, teríamos, também, a possibilidade da internação em enfermarias em hospital geral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta esse caminho. Mas temos que tomar cuidado, pois, assim, podemos manter o estigma relacionado ao internamento, principalmente, pelo fato de os hospitais gerais serem espaços fechados e extremamente tecnologizados. Dessa forma, destaca-se a importância do CAPS III, relacionados à sua realidade cultural e social, para evitar as internações e contribuir para a mudança de paradigma.

Voltando à questão da lei da reforma psiquiátrica, temos que pensar que, para ela ser efetivada, é preciso um compromisso responsável por parte do governo federal, por parte das instituições políticas locais,

das instituições científicas, das instituições sócio sanitárias e, também, da sociedade como um todo (o poder judiciário, as forças da ordem, a *mass media*, a cultura, o ensino, o mundo do trabalho).

Gostaria de salientar a importância da política “territorializada”, que favorece a oportunidade acerca da inclusão social: casa, recursos financeiros, mobilidade urbana etc. Por exemplo, realizamos em Imola, na Itália, um curso para prefeitos, junto com profissionais, usuários e familiares. Os usuários encontravam o prefeito de uma área e falavam o que significa saúde mental do seu ponto de vista. Essa era uma cena fantástica, emblema da democracia! O prefeito eleito podia tornar-se diretamente ciente das necessidades das pessoas. Talvez vocês não saibam como a lei da Reforma italiana aborda a possibilidade do tratamento compulsório. Sabe quem vai decidir a necessidade sobre o tratamento compulsório? O próprio prefeito! Não é nem o juiz, nem o psiquiatra: é o prefeito. Por quê? Caso uma pessoa necessite de atendimento, cabe ao psiquiatra tentar, de todas as maneiras, convencer a pessoa ao tratamento. Depois, a lei fala que, se ele não conseguir alcançar esse objetivo, somente então, pode-se começar o tratamento compulsório. Nesse caso, o psiquiatra faz uma proposta de internamento compulsório, que deve ser convalidada por outro psiquiatra, necessariamente da rede de saúde pública. As duas propostas seguem para o prefeito e, então, é ele que decide a favor ou contra a internação compulsória, pois é ele o responsável pela saúde da comunidade onde a pessoa vive. Esse cuidado é necessário, pois cortar a liberdade de uma pessoa vai contra o seu direito enquanto cidadão. A situação não pode ser resolvida pelo viés técnico-científico e nem através de um poder do juiz. A lei italiana enfatiza, dessa maneira, o poder da comunidade, através da pessoa que a representa. Nessa situação, o prefeito é obrigado a dar uma justificativa à comunidade, ou seja, ele está sempre sob o controle da comunidade.

Para efetivar a lei, é particularmente necessário o engajamento dos profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, sociólogos etc.). Para isso, temos que provocar uma mudança na cultura profissional: através de uma formação específica (influência das universidades, das associações de profissionais, das

associações culturais); através da requalificação econômica normativa dos profissionais, mas, também, através da necessidade de colocar em discussão os privilégios deles.

Outro fator relevante é o engajamento dos familiares, em consequência de duas posturas, comuns e antagônicas: (1) familiares passivos, em que há o risco de manipulação, pelo fato de ocorrer a simples presença dos familiares e não o envolvimento efetivo; neste caso, existe o risco de associações de familiares serem autorreferentes, caracterizando uma estrutura carismática em detrimento dos aspectos democráticos; (2) familiares ativos, que possuem participação individual na definição do projeto terapêutico do paciente, participação coletiva na definição de políticas de saúde, além de ajudarem nas ONG e nas Cooperativas Sociais. No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde incluem a presença dos familiares e dos usuários: esse é um elemento muito importante para estruturar um sistema democrático, na definição das políticas de saúde. Isso infelizmente não acontece na Itália, assim como na maioria dos países da Europa.

Enfim, temos que chamar a atenção, no entanto, de que, às vezes, a identidade de usuário e dos familiares é socialmente imposta. Trata-se de uma falsa identidade. As associações, portanto, não deveriam ser só de usuários, nem só de familiares, mas deveriam ser de cidadãos, desde que seja uma classe ampla e não especificada, baseada em diagnósticos.

Para concluir, podemos dizer que se demonstrou incontestavelmente que é possível e desejável uma sociedade sem manicômios, ou seja, como falou Basaglia: “o impossível é possível”. Abrir os manicômios, entretanto, é somente a primeira parte do processo. A nossa luta é uma revolução silenciosa, um combate, dia após dia, com objetivo de transformar a cultura, a “cabeça” das pessoas.

Ética Psicosocial y Potenciación del Otro. Propuestas para Situaciones Complejas y Ambiguas: actores, valores, opciones y consecuencias¹

Alipio Sánchez Vidal

La ética como base del desarrollo humano

Vivimos tiempos de superficialidad y desorientación intelectual y de conformismo social. Aunque, en principio, ninguna de esas actitudes facilita la reflexión ética –a menudo vista como un obstáculo para “el progreso” económico y científico-técnico– la profunda crisis económica en que estamos sumidos (y la eventual reestructuración mundial a la que puede conducir) debería propiciar una amplia reflexión sobre la necesidad de cambiar nuestra actual forma de vida. Una parte de esa reflexión habría de consistir para los psicólogos, como sucedió en los años 60 del siglo XX, repensar la acción social –sea esta vista como un ejercicio técnico de base científica, como un activismo social liberador o potenciador, o como una combinación de lo uno y lo otro– y su sentido ético. Parece evidente que el punto de partida de esa reflexión habría de ser el reconocimiento de la dimensión ética de la acción psicológica, que no podemos seguir escamoteando, reduciéndola a la deontología clínica u ocultándola detrás de otras dimensiones pero distintas –como el poder, la técnica, la conveniencia estratégica, la ciencia pura o el activismo incontrolado. Ha llegado la hora de explorar la dimensión ética de nuestros conceptos y acciones, tanto en el nivel general y abstracto como en la práctica concreta y cotidiana.

¿Por qué es tan importante la ética para las personas y para los psicólogos que trabajando en lo social buscan el desarrollo humano?

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no III Ciclo de Intercâmbio Internacional do Mestrado de Psicologia da UFSJ, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), no dia 28 de setembro de 2011.

La respuesta es, creo, relativamente simple: *no puede haber desarrollo humano sin crecimiento moral*. La razón es que las personas crecemos a través del ejercicio responsable de la libertad y el poder que todos poseemos: explorando las opciones disponibles, eligiendo entre esas opciones y tomando decisiones en base a concepciones de lo que es valioso (valores), y responsabilizándonos de las consecuencias de las acciones (o inacciones) que desde ahí elijamos emprender. Usar a la ciencia y la técnica (incluida la psicológica) para la mejora personal está bien, pero es del todo insuficiente: el desarrollo humano y comunitario requiere que conocimientos y técnicas sean articuladas en una visión de lo que individual o conjuntamente consideremos *bueno o deseable*, aquello por lo que merece la pena esforzarse y luchar, lo que, en última instancia, dará sentido a nuestras vidas individuales y colectivas. Y que esas concepciones morales guían tanto la vida de las personas como nuestro comportamiento profesional. Si el psicólogo de lo social quiere ser útil a los otros en esa empresa debe, primero, aclarar sus propios valores y criterios de actuación para ver, después, cómo contribuir al esclarecimiento y crecimiento de los otros. La ética es, por tanto, una parte tan central e irrenunciable de la Psicología (Social, Comunitaria o con cualquier otro apellido) como de toda práctica humana.

Cuadro 1: Significado humano y social de la ética

Base de desarrollo humano y social:

- ejercer responsablemente libertad y poder;
- explorar opciones, tomar decisiones, actuar conforme ellas y asumir responsabilidad por consecuencias de las acciones;
- identificar lo que individual/colectivamente consideramos bueno y da sentido a nuestra vida.

Obliga a explicitar proyecto vida personal y comunitaria:

- nos define como personas y como práctica social colectiva;
- orienta el trabajo profesional;
- permite al psicólogo crecer y ayudar a crecer a otros.

Posibilita evaluación social acción comunitaria en base a valores elegidos.

Debemos, pues, interrogarnos sobre nuestra postura ética, sobre qué valores arman nuestra teoría y alientan nuestra práctica. Pues así, al aclarar nuestras concepciones del bien y el mal y de lo que tenemos por valioso, *nos definimos* a nosotros mismos como actores psicosociales y nos vemos obligados a explicitar el *proyecto de persona y sociedad* que orientará nuestro trabajo teórico y práctico. Ese es un paso previo indispensable para generar criterios que puedan guiar al actor comunitario, profesional o no, en su trabajo cotidiano. Pero es que, además, hacer *explícita* la postura ética supone, por un lado, comprometerse públicamente con ciertos valores y principios haciendo, por otro, posible que la sociedad *evalúe* la praxis psicosocial en función de esos valores. Permite, en fin, el control social del comportamiento moral de los psicólogos, garantizando que el conocimiento, la técnica y el poder, que por encargo de la sociedad administramos, es usado para mejorar la vida de la gente (sobre todo de los más desvalidos y necesitados) y no para nuestro propio beneficio.

Psicología: la olvido de la ética y la anomia práctica

Tanto la práctica como, sobre todo, la teoría psicológica han mostrado una actitud de desconfianza y prevención ante la ética y los valores. Se argumenta, por un lado, que la ciencia debe ser neutral y “libre de valores”. La práctica desdeña a menudo, por otro lado, la ética al verla como un “freno” a la aplicación o el activismo o, también, como un incómodo “examen” moral de la actuación de los psicólogos. Claro que en la medida en que esa práctica psicológica tropieza inevitablemente con un sinfín de valores morales y dudas sobre cual pueda ser el comportamiento más correcto, hemos acabado haciendo nuestro y perfeccionando el cuerpo deontológico en gran parte desarrollado por la Medicina. Es un punto de partida útil en ciertas áreas psicológicas pero, en mi opinión insuficiente, sobre todo en las áreas sociales.

¿Y el caso de la Psicología Comunitaria (PC), la práctica psicosocial más radical y moralmente consciente? La PC ha abusado del doble rasero: se critican sin piedad los supuestos cognitivos y valorativos y la forma de trabajar de otras áreas –la clínica sobre todo–, asignándose a

sí mismo una benevolencia y pureza ética que no resisten el contraste con la realidad ¿Por qué dudar de la bondad de lo que hacen los psicólogos comunitarios y de los valores que sostienen, de los resultados logrados o los medios utilizados, si nuestras intenciones son buenas?, nos preguntamos. Pero esa cuestión esta cargada de *maniqueísmo*, quizá ingenuo pero inaceptable: se juzga lo propio en base a intenciones y aspiraciones y lo ajeno en base a logros reales. Y bien sabemos que debemos “medirnos” a nosotros mismos con la misma vara que a los demás. Lo que implica en ética valorar las acciones –lo que en realidad hacen los psicólogos– en base a conceptos ideales de lo que deberían hacer. Y eso supone partir de la realidad y juzgarla, no esconderla o embellecerla para mantener un elevado concepto de sí. Y, también y como se repetirá en este escrito, afrontar las cuestiones éticas con realismo, teniendo en cuenta a la vez retórica y realidad, intenciones y resultados reales.

¿Qué consecuencias prácticas ha tenido para el interventor social la ignorancia o desatención de un ingrediente tan esencial a la práctica como la ética? Ha generado anomia valorativa y desamparo ético. Por un lado el interventor queda en una situación delicada: como agente profesional tiene responsabilidades por los conocimientos y técnicas que por delegación social maneja, pero carece, al mismo tiempo, de los criterios apropiados para evaluar en que medida cumple con esas responsabilidades ¿Consecuencia? O recurre a otros criterios valorativos –deontológicos– insuficientes o inapropiados para su nivel y forma de trabajar, o acaba sufriendo la carencia de normas y criterios para resolver las dificultades y conflictos éticos, pagando un precio personal (estrés, insatisfacción y sentimiento de fracaso, debilitamiento del compromiso social) por las deficiencias y la anomia institucional. El abordaje de la tarea ética en las áreas psicosociales no sólo resulta, en fin, conceptualmente importante, sino, también, urgente en la práctica. Conviene, sin embargo y antes de abordar los contenidos valorativos, prácticos y metodológicos de esa tarea, que volvamos a la escena global y nos interroguemos sobre la viabilidad social de la ética comunitaria, tomada como punta de lanza moral (y proveedora de valores) de toda la ética psicosocial.

Ética comunitaria y contexto: ¿Es viable potenciar al otro en nuestro mundo social?

¿Cuál es la postura moral básica, de la PC, su esencia ética? Si asumimos que la PC busca el desarrollo humano en base a la comunidad psicosocial (lo que compartimos con otros), su misión ética consistirá en *potenciar al otro como ser social cercano e igual desde el máximo respeto por sus capacidades y recursos*. Y los valores fundamentales (Prilleltensky, 1997; 2001; Sánchez Vidal, 2004a) asociados a esa misión serán: la comunidad, el poder compartido (participación y justicia social), la interdependencia, la confianza en los otros y la colaboración con ellos. Esos valores y la postura que los sustenta so, desde luego, moralmente intachables pero suscitan algunas graves preguntas: ¿Quién es el “otro”? ¿Tiene en la realidad las capacidades y recursos que le atribuimos? ¿Existe realmente el grado de comunidad psicológica y social que asumimos? ¿Es socialmente viable la postura ética definida y los valores que la sustentan en el clima social y moral actual? ¿Es viable en la práctica un mandato ético tan altruista como potenciar al otro si acaba negando necesidades humanas básicas de auto-estima y reconocimiento social de sus practicantes?

Hemos de ser conscientes (Sánchez Vidal, 2004b) de que los valores comunitarios descansan sobre una base de comunidad, interdependencia, generosidad y alteridad cuya erosión es, precisamente, el “programa implícito” de la modernidad y el capitalismo industrial que precisan sustituir tales valores por la autonomía individual, la utilidad, la competitividad y el interés propio que, como sus presupuestos culturales constituyen el sustrato sobre el que se construye todo el entramado socio-económico y la vida social actual. Tampoco podemos, sin embargo, ignorar que las necesidades éticas y normativas del campo psicosocial chocan frontalmente con una parte substancial del ideario “postmoderno”, que desacredita cualquier certeza o valor sólido, y de la ideología –neoliberalismo y “globalización”– dominante, que pretende suprimir todo tipo de regla y a diluir y difuminar las responsabilidades sociales o morales que puedan coartar el mecanismo “automático” del mercado y la acción de actores individuales operando en un espacio sólo poblado por el cálculo y el interés.

¿Qué hacer, entonces, para paliar la evidente “disfuncionalidad” social y práctica de la ética y los valores comunitarios? Parece conveniente que, simplificando y a falta del deseable debate, la PC:

- colabore con otros movimientos y fuerzas sociales convergentes en la búsqueda de cambios sociales y culturales, incluyendo el cambio de valores;
- se asuma como ideología que busca recuperar la ecología socio-moral basada en la alteridad, la vinculación social y los valores –comunidad y solidaridad y otros– que eviten la destrucción social y moral de la vida en común y con sentido.

Cuadro 2: Condiciones de viabilidad social y humana de la ética comunitaria

- colaborar con otros movimientos y fuerzas sociales convergentes en la búsqueda de cambios sociales y culturales (incluyendo valores);
- asumirse como movimiento para recuperar la alteridad, vinculación social, comunidad y solidaridad que eviten la destrucción de la vida en común y con sentido;
- compartir el poder, el saber (y otros recursos) con los demás, no acapararlo para sí;
- reclamar respeto de necesidades básicas y límites (“auto-beneficio legítimo”: autoestima, seguridad, reconocimiento social etc.);
- reconocer la importancia de la técnica su base científica; ni deben ser negadas por el activismo social ni son incompatibles con él;
- valorar el poder y los intereses sociales como ingredientes esenciales de la acción social;
- tener en cuenta zonas de incertidumbre y complejidad del análisis ético en términos de actores, valores, opciones y consecuencias.

En la *práctica*, el interventor psicosocial o comunitario debería ser preparado y estar dispuesto a:

- compartir el poder (y otros recursos como el saber y la técnica de cambio social y mejora personal) con los demás, no acapararlo para sí;
- tener en cuenta –y reclamar que se respeten– las necesidades básicas y límites propios, es decir, el “auto-beneficio legítimo” (autoestima, seguridad, reconocimiento social etc.);
- reconocer la importancia de la técnica de actuación y evaluación y de su base científica, que ni deben ser negadas por el activismo social ni son incompatibles con él;
- valorar el poder social y personal y los intereses sociales como ingredientes esenciales (junto a motivación y solidaridad social) de cualquier estrategia de actuación comunitaria;
- tener en cuenta analítica y operativamente las zonas de incertidumbre y complejidad del análisis ético en términos de actores, valores, opciones y consecuencias.

El tema de la viabilidad social de la idealista ética comunitaria queda aquí simplemente apuntado, pues necesita amplia discusión. En el resto de la exposición trato de perfilar una ética psicosocial práctica que teniendo la deontología profesional como punto de partida tenga en cuenta tanto las condiciones diferenciales de lo social (complejidad, ambigüedad) como los valores (justicia social, solidaridad, interdependencia, diversidad etc.) y filosofías sociales que inspiran éticamente las distintas maneras de organizar la vida social. Una ética *social*, en un doble sentido: primero, porque tanto su destinatario (los colectivos, la comunidad) como su titular (el colectivo de psicosociólogos) son sociales. Segundo, porque se busca una ética distinta y distante de la ética filosófica cuyo esencialismo y homogeneidad individual se intenta sustituir por la diversidad y especificidad propios de la vida y los asuntos sociales, aunque paguemos un precio de relativismo, siquiera metodológico, difícilmente evitable en este terreno. Debemos perseguir, también, una ética realizable que, sin perder de vista el idealismo comunitario, pueda ser incorporada al papel interventor como una parte de su hacer cotidiano pero sin ignorar, tampoco, que la deliberación y, sobre todo, el comportamiento ético en situaciones de violencia requiere una inyección de heroísmo en la ética civil al uso.

Para ello describo y caracteriza primero la ética psicosocial como una ética social práctica y realizable, presento después sus temas centrales y cuestiones concretas, delinear luego algunos valores sociales y comunitarios apropiados –junto a los deontológicos– para nuestro campo y sugiero, finalmente, un método de abordaje de las cuestiones éticas basado en los cuatro ingredientes esenciales de la ética: actores, valores, opciones y consecuencias. Me baso en escritos anteriores (Sánchez Vidal, 1996; 1998; 1999; 2002a; 2002b; 2004b; 2007, capítulo 9). Y reconozco la contribución al debate ético social de –entre otros– dos documentos básicos: el libro de Bermant, Kelman y Warwick (1978) *The ethics of social intervention* y el monográfico del *American Journal of Community Psychology* (1989).

Ética social aplicable

La ética persigue identificar y hacer el bien. Su objetivo es, por tanto dual: juzgar las acciones humanas como “buenas” o “malas” a la luz de valores y principios morales (como justicia, autonomía, verdad o diversidad) y sostener el deber u obligación moral de actuar de acuerdo a tales valores y juicios. Asumimos que bondad y maldad no conforman una dicotomía polar, sino que se pueden graduar, admiten grados, de forma que no consideramos las acciones simplemente buenas o malas sino que podemos evaluar una acción X como mejor –o más deseable (o peor o más indeseable)– que otra acción Y. ¿Qué características identifican a la ética frente a otro tipo de actividades humanas?

A diferencia de la ciencia y la técnica que presuponen determinación –para poder identificar y manipular causas y efectos–, la ética asume *libertad*, de forma que, al identificar lo que consideramos valioso (valores) y elegir cómo actuar mejor, los humanos nos “construimos” como personas. Tenemos, además de este modo, una visión de la humanidad y la sociedad como fruto de la elección y la acción humana (no de “fuerzas” deshumanizadas como la ciencia, la técnica o la economía), que “exige” que como personas y profesionales, nos *responsabilicemos* de nuestro *mundo* y que usemos la libertad y el poder que poseamos para *recrearlo* como escenario humano en que merece la pena vivir y convivir. La ética, junto a otras ópticas humanistas, resulta así

complemento imprescindible de la visión científica o la acción técnica, que además de dar una visión restringida de la vida social pueden tener efectos devastadores (Ellul, 2003; Winner, 1979) si no son tutelados por criterios morales ni están sujetos a verdaderas opciones humanas.

En segundo lugar, la ética no se refiere a la realidad existente, lo que es, sino a aquella que –como alternativa o posibilidad– *debe ser*. La tarea ética implica, entonces, una alternativa –la persona, la institución, la comunidad ideal– y, por tanto, la idea de cambiar la realidad actual en la dirección marcada por esa alternativa o ideal: se trata de *transformar* la realidad, *lo que es* (el punto de partida de la acción) en función lo que debe ser que, la meta deseable o punto de llegada. Pero, hay que añadir, si aspiramos a una ética práctica, esas metas deben ser, además de deseables, realizables. No se trata sólo de concebir un ideal sino que ese ideal deseable *pueda* ser alcanzado con los medios personales o institucionales (conocimientos, técnicas, deseos de cambio, solidaridad, dinero) a nuestro alcance. Lo que exige que el interventor psicosocial maneje juiciosamente en la práctica la tensión entre realidad e ideal, entre lo que es y lo que, además de deber ser, puede ser. Y en tercer lugar, la ética debería ser siempre una empresa bifocal: no sólo establece límites y sanciones, censura y crítica según lo que consideremos malo, incorrecto o indeseable, sino que debe ofrecer, también, criterios que orienten el comportamiento de las personas y su desarrollo en la dirección de lo que se juzga bueno, correcto o deseable. Y ha de aportar valores y opciones sociales positivas, virtudes personales y modelos de comportamiento personal y profesional.

Sistemas de valor y modulación contextual

Los *valores* son la materia prima de la ética, los “ladrillos” con que se construye. Debemos aclarar por tanto el significado y dinámica de los valores para poder manejarlos con razonable eficacia y claridad en la ética práctica que buscamos sin entrar, en este espacio, en polémicas teóricas de mayor calado. Los valores morales pueden ser entendidos como las *cualidades* deseables de las personas (honestidad, autonomía, verdad) o las instituciones sociales (justicia social, solidaridad etc.) cuyo conjunto conforma el *ideal* de persona o de sociedad, su “perfil moral”

¿Qué *función* tienen esos valores en la acción social? ¿Cuál es su relación con la actuación del psicólogo social? El desarrollo de las personas o la comunidad implicará que el interventor *fomente* esas cualidades deseables tanto implícitamente, en sus relaciones profesionales, como explícitamente, en su actuación social. De forma que su relación con los clientes o la comunidad ha de ser veraz, y honesta y respetuosa con los otros y que su actuación social debe contribuir a aumentar –no a disminuir– la justicia social o la solidaridad en la comunidad. Los valores éticos deben, resumiendo, guiar la conducta del psicólogo y orientar la intervención psicosocial (IPS) en su conjunto al identificar las características de la comunidad –y el mundo– en que queremos vivir y de las personas con las que merece la pena convivir. Son la base ética de la IPS; una de sus bases, las consecuencias de las acciones, son la segunda.

Pero para poder usar adecuadamente los valores en la ética social, necesitamos una visión totalizadora en que los valores son considerados sistemas o constelaciones que la gente –personas o instituciones– tiende a asociar. Pero para actuar –elegir y tomar decisiones– en la práctica debemos poder jerarquizar los valores y examinar sus *relaciones* mutuas en un contexto y situación dados. De forma que, a menudo, promover unos valores significará debilitar o socavar otros: favorecer la autonomía individual socava la interdependencia y solidaridad social; el igualitarismo social (de salarios, promociones etc.) tiende a reducir la eficacia productiva. Como, en general y por diversas razones, no se pueden impulsar todos los valores a la vez en la práctica, el psicólogo deberá elegir entre valores más o menos deseables, primando aquellos más importantes (o bien aquéllos que son estratégicamente más abordables). Puede ser que primar el derecho del público a estar informado implique violar la confidencialidad (y la confianza, el valor de fondo) de un cliente individual, o trabajar con un colectivo, impedirá muchas veces trabajar con otros colectivos o con el conjunto de la comunidad. *Jerarquizar valores* y reconocer sus conexiones es, pues, imprescindible para operar éticamente en la escena comunitaria. Eso permite tomar decisiones que favorecerán a unos grupos aunque perjudiquen a otros, pues en la IPS las consecuencias son siempre, y dependiendo de los valores de cada grupo, polivalentes, ya que la heterogeneidad de valores es, a diferencia

de la clínica, norma, no excepción, en la escena social. La primera tarea de la ética “aplicada” (simplistamente entendida como aplicación de valores a casos y situaciones concretos) será, entonces, *identificar qué valores son relevantes a la situación y en qué medida lo son.*

Un segundo asunto a considerar en la ética psicosocial práctica es el efecto modulador que sobre los valores tienen el contexto sociocultural y la situación histórica. Ese efecto será mayor en los valores “periféricos” y menor en valores “fuertes” o centrales –como la vida, la seguridad, la dignidad, la libertad o la justicia social. Así –y aún tratándose de un valor “fuerte”–, la justicia social no tiene la misma importancia y fuerza para movilizar a la gente en un contexto social de pobreza y grandes desigualdades que en otro rico y con diferencias menores (de grados de bienestar, no de mínimos vitales). Tampoco significa lo mismo la libertad en tiempos (o lugares) de dictadura o represión general que en períodos en que las libertades cívicas están garantizadas.

Características y niveles de la ética aplicada a lo social

¿Cuáles son las características básicas y *rasgos distintivos* de la ética psicosocial? Los siguientes, recogidos en el Cuadro 3:

- si convenimos con Downie (1971) que la ética social se construye sobre el doble pilar de los valores morales y los papeles sociales, la tarea consistirá en “aplicar” los valores deontológicos (ya existentes aunque limitados al están pensados para individuos y relaciones diádicas) y sociales (por explicitar) al papel del interventor psicosocial;
- el quehacer ético es eminentemente práctico: consiste en hacer *juicios de valor* y tomar *decisiones* en base a valores relevantes. Se trata de introducir los valores morales (y consecuencias) en los procesos de actuación y toma de decisiones sociales que sólo suelen tener en cuenta conocimientos técnicos y estratégicos;
- el psicólogo debe *responder* ante la comunidad del uso que hace de la autonomía profesional y del *poder* y *la técnica* que la sociedad ha puesto en sus manos garantizando que uno y otro serán usados para mejorar la comunidad y la vida de la gente.

Porque tiene libertad y poder, debe responder de cómo y para qué usa la una y el otro en su actuación social; cuanto mayor autonomía y poder posea, más responsabilidad tendrá;

Cuadro 3: Ética: concepto y carácter

Trata de	El bien, el mal; lo bueno, lo malo El deber y la obligación moral La vida buena/ la felicidad Valores como sistemas organizados (interrelacionados, jerarquizables)
Aplicación	Vida/comportamiento personal: ideal de persona Conducta profesional: ideal profesional (buena práctica) Comunidad/sociedad: ideal de comunidad e instituciones sociales
Implica	Elegir/optar → en base a valores éticos (y a consecuencias acciones) Tomar decisiones

- las *decisiones* a tomar en la intervención comunitaria implican libertad para elegir entre *opciones* o alternativas de actuación que han de ser sopesadas teniendo en cuenta tanto los valores del interventor y los actores sociales como las *consecuencias* previsibles de las acciones de cada opción asumiendo la polivalencia ética y social de las acciones en función de los valores relevantes para cada actor o grupo social;
- el análisis ético cabal debe incluir dos niveles: uno general o abstracto de valores y principios (libertad, autonomía, justicia, beneficencia etc.), otro concreto, ligado a la actuación y comportamiento de los actores sociales (incluido el practicante), a las cuestiones éticas singulares y su juicio concreto y a las consecuencias reales de las acciones.

Típicamente se entiende que el análisis ético consiste en “aplicar” principios o valores abstractos al comportamiento y las cuestiones concretas, operando, así de arriba abajo. Pero esa es sólo la mitad

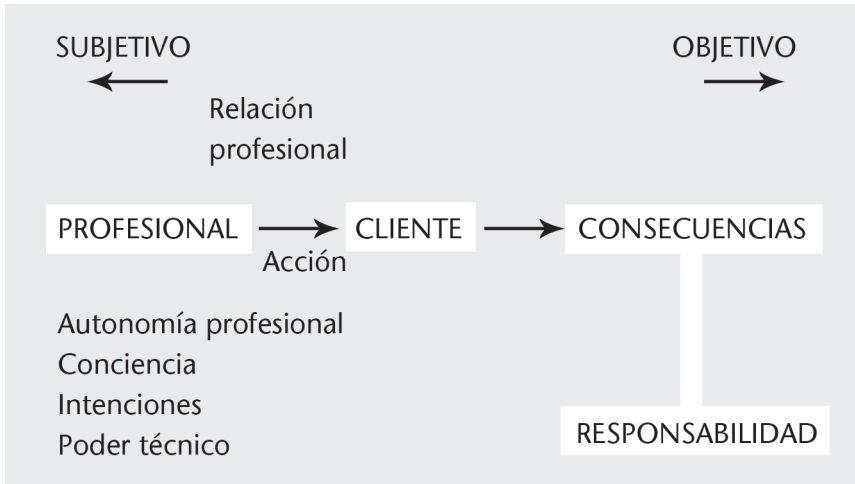
del que hacer ético que exige la otra mitad, inductiva, de *abajo a arriba*. Aquí partiremos de las cuestiones y dilemas éticos cotidianos, identificando las opciones de actuación y deliberando sobre la forma más correcta de actuar en función de la conciencia moral y de las consecuencias esperables de las acciones, lo que nos debe, en fin, inferir los principios o valores apropiados. La práctica debe *combinar* ambos procesos, complementarios y necesarios en un área que, la social, donde la incertidumbre y la novedad son más regla que excepción.

La estructura de la acción moral profesional

Los ingredientes de la acción moral profesional tradicional, su estructura ética, están representados gráficamente en el Cuadro 4 y han sido descritos en otro lugar (Sánchez Vidal, 1999). Incluyen, como se aprecia, una “región” *subjetiva*, centrada en el sujeto “titular” de la acción y su entorno y otra más social y *objetiva*, ligada a la acción o relación con otros actores y a las consecuencias de las acciones del profesional. Sólo trato de subrayar con esa distinción la dualidad, subjetiva y objetivo-social, de significados morales inherentes a toda la ética y la necesidad de tenerla en cuenta en los análisis ético. Refiero telegráficamente los ingredientes del acto ético que funcionan también como condiciones exigibles para hacer juicios y valoraciones verdaderamente morales. Así, si el sujeto de la acción no posee libertad de pensar, elegir o actuar sus condiciones de moralidad están restringidas, no es un acto totalmente ético y no se puede juzgar como tal:

- el *profesional* (el sujeto en general) con libertad de elección y acción (autonomía profesional), conciencia moral, intenciones (benéficas) y poder técnico. Establece una relación profesional y/o actúa respecto del cliente y de su acción se derivan unas consecuencias (buenas, malas, mixtas), de las cuales es, en parte al menos, responsable;

Cuadro 4: esquema del acto ético individual



- la *conciencia moral* permite distinguir el bien y el mal y, por tanto, juzgar moralmente las acciones. Como instancia esencialmente personal, plantea difíciles cuestiones en el campo social: ¿Tiene conciencia moral un equipo de trabajo? ¿Cómo juzgar actuaciones en situaciones de diversidad de actores y valores?;
- la *autonomía profesional* –capacidad de actuar y decidir lo que es más conveniente hacer– en función de la cual (y de la conciencia y el poder) se puede exigir responsabilidad al psicólogo. Una cuestión relevante es, aquí, cómo se modifica la responsabilidad y el juicio ético en función de las restricciones (económicas, ideológicas, organizativas, relacionales, violencia física y coacción moral etc.) existentes. En principio, la reducción de los “grados de libertad” (personal y colectiva) no anula, pero sí debe matizar el juicio y la responsabilidad consiguiente;
- no basta con que las *intenciones* del interventor sean benéficas o altruistas, será preciso tener también en cuenta los resultados reales de las acciones y examinar las eventuales intenciones (latentes) tanto del interventor como de otros actores relevantes;
- el *poder* –básicamente *técnico*, derivado de las destrezas y conocimientos aplicables– y la posición de privilegio social del

profesional, generan una responsabilidad superior a la derivada de su conciencia y autonomía de acción: cuanto más poder real tenga el interventor, más responsabilidad tendrá por su uso;

- la *relación* con el cliente ha de regirse por la *confianza*, sobreentendiendo que la relación profesional se orienta a solucionar problemas o alcanzar objetivos planteados por el cliente y no exige la implicación personal del interventor;
- la elección de cliente o *destinatario*, es en la IPS una cuestión de *justicia social* (Sánchez Vidal, 1998; 1999) más compleja y difícil que en la atención psicológica, casi siempre centrada en una demanda que define implícitamente al destinatario. La pregunta general es aquí: ¿Para quién trabaja (debería trabajar) el interventor psicosocial?;
- al tener conciencia del bien y el mal, libertad de elegir y actuar y poder, el interventor es responsable de las consecuencias de las acciones que realiza o induce. El examen de la *responsabilidad* por la beneficencia o maleficencia de las acciones realizadas resume gran parte de la ética social y es también más complejo que en la ética individual debido a: la pluralidad de actores, la *polivalencia* de las consecuencias de las acciones en función de los valores en juego y la conveniencia de reconocer el papel activo y protagonistas de los otros actores que llevaría a asumir una *co-responsabilidad*, responsabilidad compartida por el interventor y los actores si se ha de trabajar en un esquema cooperativo, no impositivo.

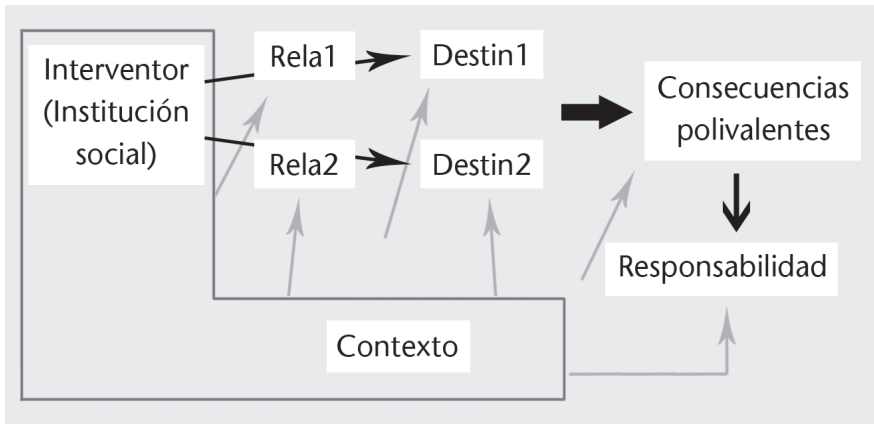
Diferencias y especificidad de la ética psicosocial

Aunque útil para orientar la acción individual la ética profesional, la deontología resulta insuficiente en la IPS, que tiene importantes *diferencias* estructurales y dinámicas respecto de aquélla. Esas diferencias están representadas en el Cuadro 5. Mientras que la acción individual se basa en la relación entre dos sujetos –un profesional y un “otro” destinatario de la acción–, la ética psicosocial implica un interventor colectivo que está inmerso en una trama de relaciones con varios destinatarios potenciales

de las que se derivan consecuencias polivalentes en un contexto cuya influencia sobre cada aspecto del proceso es mucho más significativa:

- el *destinatario* es social, no individual; existen, además, otros actores sociales (grupos, instituciones, asociaciones etc.) que, por estar interrelacionados, están globalmente afectados por las acciones dirigidas a cualquiera de ellos. Así, muchas veces, los actores pugnarán por obtener bienes escasos (incluida la atención profesional) de forma que si unos los consiguen es porque les han sido negados a otros;
- existen *varias relaciones* significativas que pueden plantear demandas diversas, conflictivas a veces, al interventor. Esas relaciones complican el análisis ético al diluir la responsabilidad de cada actor, reduciendo la capacidad real del interventor para influir en algunos de ellos;
- el *contexto* social tiene una influencia mucho mayor que en la clínica sobre los actores, valores y tipos de contrato relacional. Así el interventor estará muy condicionado por el entorno institucional u organizado de que es parte; también lo que se considera una relación correcta o la atribución de responsabilidad moral variará con el bagaje y contexto cultural del interventor y actores;

Cuadro 5: esquema del acto ético social



- el *interventor* es colectivo –a menudo un *equipo* multiprofesional– con lo que el análisis ético se lo hace un grupo con valores plurales y tradiciones éticas variadas según las profesiones;
- el “arsenal” *técnico* (y la base científica) es bastante más modesto y desconocido que en el trabajo individual –más familiar para el psicólogo– lo que genera más espacios de ignorancia, incertidumbre y ambigüedad propicios a las dificultades y conflictos éticos;
- la ética social está más cargada *políticamente* ya que el poder es un componente clave de los asuntos sociales que el interventor ha de “administrar” con criterios de equidad por su potencial para empoderar diferencialmente a grupos y personas (Laue y Cormick, 1978);
- interventor y grupos sociales comparten menos valores –por la mayor “distancia” social y cultural existente entre ambos– que en otras formas –clínicas, industria etc– de intervención dirigidas a personas y grupos de clase media que pagan por ellas.

En líneas generales, el análisis ético se hace más difícil y complejo a medida que crece el nivel social y la “densidad” y heterogeneidad de los valores e intereses implicados. En niveles sociales “altos”, como el comunitario, tenemos más relaciones, el contexto es más relevante, la acción más compleja y multidisciplinar y la base técnico-científica más incierta, lo que hará menos aplicable la deontología individual. En los niveles micro-sociales (familia, grupo pequeño) las pautas deontológicas conservarán, en cambio, una cierta aplicabilidad.

Los ingredientes de la ética social: actores, valores, opciones y consecuencias

Las diferencias señaladas se pueden resumir diciendo que, comparada con la ética profesional individual, la *ética psicosocial* es más compleja e incierta en los cuatro ingredientes básicos de la ética: actores, valores, opciones y consecuencias. Veamos.

Actores. Además del profesional y cliente, en la IPS existen otros actores significativos: un cliente (que paga, trata de imponer

condiciones y que puede ser distinto del destinatario) y las personas o grupos afectados por la acción, así como aquéllos (asociaciones, grupos de interés etc.) que, sin estar directamente afectados, tienen un interés positivo o negativo en la acción, deviniendo *reactores* –a favor o en contra– potenciales a esa acción. Además, como se ha dicho, tanto el destinatario de la acción como el interventor –equipo profesional o institución– pueden ser plurales. Esa multiplicidad de actores *densifica* notablemente el *tejido relacional y moral* introduciendo gran número de relaciones, valores e intereses divergentes o desconocidos (ignoramos el papel de cada actor, quién es realmente el interventor o el destinatario, quiénes pueden resultar afectados etc.) lo que multiplica las dificultades éticas.

Valores. Cuantos más actores, más valores. Y la pluralidad y diversidad de valores y relaciones multiplica, como se ha dicho, los espacios de ambigüedad (acerca de los valores de cada actor) y la posibilidad de divergencias o conflictos entre los valores de los actores; y, también, el peso política de la acción psicosocial (ligada muchas veces a la lucha por el poder y los recursos) que planteará la vieja cuestión de la neutralidad o posicionamiento partidista del interventor. Aquí, además de los valores deontológico clásicos (“nuestros” valores; Cuadro 8) hay que tener en cuenta los valores *sociales* (Cuadro 9) de los otros actores. Pero, si bien los valores deontológicos están bastante bien definidos y acordados, los valores sociales o no están claramente definidos o no hay un consenso amplio sobre ellos. Puede ser, por tanto, que el conjunto de valores de los actores sean concordantes o *compatibles* o sean discordantes o incompatibles. En el caso de concordancia general de valores el practicante puede trabajar globalmente con todos los actores; en el de discrepancia significativa, habrá de jerarquizar los valores priorizando unos sobre otros, teniendo en cuenta la identidad social de los actores y el contexto socio-comunitario. Tampoco podemos ignorar que, junto a los valores *explícitos* o declarados (casi siempre positivos y altruistas), habrá valores *implícitos*, que por corresponder en general a intereses egoístas o auto-benéficos (como la búsqueda de poder o prestigio social) no suelen ser explicitados, aunque moldeen, también, la conducta de los actores.

Opciones. La complejidad de los asuntos sociales, la pluralidad de actores y valores y la menor familiaridad con las técnicas interventivas y sus efectos, aumenta considerablemente el grado de ambigüedad y “opcionalidad” en relación a la acción individual. No sólo existen en la IPS más opciones entre las que elegir si no que, además, esas opciones están *relacional y dinámicamente encadenadas*, de forma que lo que suceda en un momento de la actuación a un actor, condiciona las opciones posteriores y las reacciones del resto de actores. En la práctica debemos tener en cuenta, junto a las distintas opciones existentes, su *viabilidad estratégica* (si son realizables con los medios a nuestro alcance) lo que nos permitirá descartar opciones inicialmente apropiadas pero inviábiles aquí y ahora con los medios disponibles.

Consecuencias. No es sólo que las acciones sociales tengan *muchas* consecuencias (positivas y negativas) sino que esas afectan a más actores (a veces *terceros* que no han solicitado la intervención) y son más *polivalentes* en función de los distintos valores de los actores. Lo que es bueno para A puede ser malo para B y relativamente indiferente para C. Unos preferirán que en su comunidad se construya una escuela, otros que se mejore la seguridad y a otros que se ayude económicamente a los más necesitados. Bien se ve que en esas condiciones la evaluación moral que los miembros de una comunidad hagan de las consecuencias de una acción va a variar. Podemos asumir que los actores evaluarán las consecuencias en base a sus valores (e intereses), por lo que identificar los valores no sólo es importante *per se* si no, además, para poder predecir las consecuencias que las acciones a realizar tendrán para los actores y, a partir de ahí, sus reacciones.

Los cuatro ingredientes de la ética social serán, por otro lado, la base para abordar las cuestiones éticas: al identificar los actores y sus valores estamos “planteando el problema” ético; al explorar las opciones y sus consecuencias, estamos suministrando las “soluciones” a esos problemas.

Revisemos ahora los temas éticos generales y las cuestiones concretas más frecuentes en la IPS antes de definir los valores que pueden guiar la evaluación su solución.

Cuestiones éticas en la acción social

¿Cómo –de dónde– surgen las cuestiones y problemas éticos en la práctica psicosocial? Por lo que vamos viendo hay al menos dos tipos de situaciones que originan dificultades éticas: de *ambigüedad* sobre los actores, valores, opciones y consecuencias (ignorancia o confusión sobre qué papel corresponde a cada actor, qué valores tienen los actores, cuáles son las opciones posibles o sus consecuencias); de desacuerdo entre esos elementos: entre actores o valores, entre opciones parecidamente deseables o indeseables y entre consecuencias, positivas para unos pero negativas para otros. Cada clase de situación produce un tipo de dificultad (anomia, en el primer caso; *conflicto*, en el segundo) y requieren estrategias de abordaje diferenciadas: clarificación de valores existentes o aportación de valores externos, descifrado del “mapa” de actores sociales, intermediación entre éstos etc. Hay otro tipo de situaciones, abundantes en la IPS, propicias a la aparición de problemas y cuestiones éticas: el exceso de idealismo o utopismo (que puede derivar en propuestas de intervención irrealizables y en la sensación de fracaso en el interventor); carencia, insuficiencia o incorrección de la información o aparición de datos o acontecimientos imprevistos sobre la marcha; demandas para asumir papeles sociales nuevos para el psicólogo o exigencias del cambio de rol durante la intervención; escasez de poder y recursos que engendra conflictos entre los actores o limita lo que se puede hacer; pluralidad de destinatarios potenciales y posibilidad de conflictos internos (lealtades enfrentadas, papeles duales) en el interventor; inexistencia o ambigüedad del contrato y agendas ocultas; insuficiencia de los valores o principios deontológico o carencia de cualquier tipo de orientaciones valorativas; discrepancias valorativas o culturales entre los actores comunitarios o entre estos y el interventor.

Hemos identificado ahí, además, algunos de los temas y cuestiones básicas de la ética social. He tenido en cuenta trabajos anteriores (por ejemplo: Kelman y Warwick, 1978; Snow y Gersick, 1986; *American Journal of Community Psychology*, 1989) para ofrecer una panorámica de los temas éticos básicos y *cuestiones* concretas, *frecuentes* en la IPS, ya incluido en escritos anteriores (Sánchez Vidal, 1996; 2002b).

Las cuestiones planteadas en el Cuadro 6 tratan los grandes temas ético-políticos de la acción social y comunitaria y requieren un debate social y profesional amplio –a la vez que una consideración concreta en cada actuación y a la luz de ese debate general– que desborda los límites de este escrito. Han sido planteadas y discutidas con cierta amplitud en publicaciones anteriores (Sánchez Vidal, 1999; 2002a) y pueden servir, en su caso, para controlar la “calidad ética” de una intervención social en los distintos aspectos de referencia: legitimidad y justificación de la intervención, autoridad que la fundamenta, destinatario y forma de elegirlo, intencionalidad del interventor y la institución, objetivos de la intervención y valores subyacentes, implicaciones éticas de la metodología y técnicas usadas, evaluación de resultados y criterios valorativos implícitos, alcance y contenido de la responsabilidad del interventor, valores implícita o explícitamente promovidos por la intervención, papel del interventor y tipo de relación establecida con la comunidad, contrato explícito o implícito y postura socio-política del interventor (neutral, partidista etc.) e implicaciones éticas.

Cuadro 6: temas éticos básicos

- Legitimidad y justificación: derecho/deber intervenir en la vida social frente a autonomía comunitaria y personal; condiciones de legitimidad y límites de la acción externa; contradicción entre fines (desarrollo humano) y medios, intervención externa.
- Autoridad que fundamenta la intervención: política, científico-técnica, moral.
- Destinatario: quién es (la comunidad, el gobierno, el cliente que paga, el grupo más débil); quién y cómo se identifica ¿participan los actores sociales? ¿se usan criterios valorativos además de técnicos? ¿existen varios destinatarios potenciales? ¿son sus valores y fines compatibles?
- Intencionalidad del interventor personal o institucional; intenciones latentes y agendas ocultas; auto-beneficio ilegítimo del interventor; condicionamiento ideológico de ayuda; control psicológico e institucional de las intenciones.

- Objetivos de la intervención, valores que los guían y forma de establecerlos (¿participación social?); conflictos potenciales entre los objetivos de distintos actores sociales o de esos y el interventor.
- Metodología técnica de la intervención: ¿se elige en base a criterios éticos además de técnicos? Valores implícitamente promovidos por el proceso y respeto de la autonomía y capacidad de personas y comunidad.
- Resultados: ¿existe una forma acordada con los actores comunitarios de evaluar las consecuencias?; criterios de relevancia para valorar, integrar e interpretar datos.
- Responsabilidad por resultados: orientación (ante quién es responsable; quién es el destinatario); alcance (de qué es responsable el interventor y de qué no; efectos secundarios) y contenido, responsabilidades concretas ante distintos actores comunitarios y compatibilidad mutua.
- Valores promovidos explícita o implícitamente en proceso intervención: determinación fines, papel de los actores, técnicas usadas y efectos reales de intervención; respeto de los valores comunitarios, ¿participa la comunidad en la elección de esos valores?
- Rol y relación con la comunidad. Postura relacional (igualitaria, de “arriba abajo”, de “abajo arriba”) y valores éticos promovidos: co-responsabilidad, dependencia, empoderamiento comunitario etc.; papel del psicólogo comunitario (colaborador, director técnico, servidor de comunidad etc.) e implicaciones éticas. Ambigüedad, conflictos de rol, lealtades enfrentadas; transiciones de rol e integración de funciones diversas; papel del resto de actores.
- Violencia social e institucional, condicionamiento de la acción personal y profesional, empobrecimiento moral y envilecimiento de la vida pública y privada
- Contrato explícito o implícito: identidad de cada actor (interventor, destinatario etc.); derechos y deberes de cada uno; acuerdo sobre fines perseguidos y forma de evaluar resultados; participación de actores en el proceso y posibilidad de afectar a terceros.

- Postura socio-política del interventor (experto neutral, simpatizante, agente partidista) y efectos éticos e interventivos: fortalecer el “orden” establecido, reducir desigualdades, no poder trabajar con toda la comunidad, utilizar al interventor, dañar a los más débiles/-necesitados, agudizar conflictos. Generalidad de la postura y contexto comunitario concreto; “rentabilidad” social de la acción frente a mérito moral.

Las cuestiones más concretas recogidas en el Cuadro 7, al afectar tanto a la práctica individual como a la social, han sido más discutidas y pueden ser, a veces, mejor abordadas con la ayuda de los conocidos principios deontológicos preexistentes o de valores sociales que revisaremos.

1. Cuando es correcto intervenir y cuando no (legitimidad de la intervención).
2. Quién es el destinatario (o destinatarios); ¿cambian durante la intervención? ¿tienen los distintos “clientes” intereses contradictorios?
3. Conflictos de intereses entre varios clientes/destinatarios y respuesta adecuada.
4. Papeles duales (amigo-profesional, miembro de un grupo-interventor) o múltiples.
5. Demandas manipulativas (nos quieren utilizar para sus propios fines o para actuar sobre un tercero que no ha hecho ninguna demanda).
6. Demandas de actuación contrarias a nuestros principios o valores (profesionales, personales o propios del método que usamos).
7. Competencia profesional y formación adecuada para ejercer la acción social.
8. Confidencialidad, consentimiento informado y uso de la información en la relación profesional; conflicto entre confidencialidad y derecho a la información pública.

9. Buenas intenciones (altruismo, solidaridad social etc.) y auto-interés: auto-beneficencia legítima, condicionamiento de la ayuda, intenciones-resultados, estrés profesional etc.
10. Conflictos de fines en programas y acciones concretas entre interventor y destinatario.
11. Elección de técnicas interventivas y afectación de valores básicos (técnicas intrusivas; “persuasión” o manipulación en campañas de salud; incentivos en programas de control conductual, drogas, natalidad etc.).
12. Discrepancia de criterios de valoración de programas (entre el que paga, el que lo realiza, los destinatarios etc.).
13. Responsabilidad por efectos secundarios y consecuencias imprevistas.
14. Afectación de terceros que no han pedido ayuda ni intervenido en el contrato.
15. Maltrato institucional (así, instituciones de menores, residencias de mayores) e institucionalización.
16. Uso por otros de recomendaciones, información y técnicas psicosociales.
17. Papel de la subjetividad (preferencias, creencias, valores) personal, profesional y social en la actuación profesional. Partidismo-neutralidad.
18. Incumplimiento por alguna parte del contrato explícito o implícito.
19. Responsabilidad del interventor en condiciones de restricción de la libertad de acción (escasez de medios, negación de acceso a la información, clientelismo político, condicionamiento ideológico de programas etc.).
20. Situaciones críticas y emergencias en que no se puede analizar ni planificar la actuación.
21. Publicidad institucional partidista, implicación del profesional y actitud ante ella.
22. Legitimidad de la influencia social en campañas masivas (afectan a muchos que no han pedido nada) y en acciones preventivas (sobre problemas que “aún no existen”).

- 23. Apropiación indebida de poder y recursos colectivos por parte del profesional o político.
- 24. Confusión de los espacios público y privado en el diseño, ejecución y evaluación de las acciones sociales; privatización de la IPS.
- 25. Efecto de la violencia social y la coacción psicológica asociada sobre el cliente y sobre la libertad de acción y la concepción de opciones del psicólogo

Principios deontológicos

Los valores y principios deontológicos están pensados para la práctica clínica con clientes individuales por lo que, como se ha señalado, su validez en la acción social es, limitada, tanto más cuanto más social (en términos de complejidad del tejido social y por tanto de actores, valores, opciones y consecuencias) sea el escenario o caso considerado. Como criterios más claros y consensuados por los profesionales psicológicos (y de otras áreas) pueden ser usados, haciendo, en nuestro caso, una lectura social de ellos e introduciendo algunas modificaciones en esa dirección (ver Cuadro 8).

Los principios deontológicos se despliegan a partir de dos valores individuales básicos (el “bien” y la autonomía), uno relacional (la confianza) y otro social (la justicia social). Del mandato de hacer el bien se derivan los principios de *beneficencia* y *no maleficencia* que casi se limitan a reiterar que el profesional debe ser ético: ha de buscar el bien, y evitar el mal, de sus clientes. Los mandatos, son, sin embargo muy vagos –lo que permite su fácil generalización transcultural– pero indefinidos: “el bien” y “el mal” de los otros puede ser definido de muy distintas maneras ¿Solución? Definir la beneficencia o maleficencia por las *consecuencias* reales de las acciones profesionales, con el añadido de que son los destinatarios de la acción (y no el profesional o, al menos *no sólo* él/ella) quienes definen la bondad o maldad de esas consecuencias, su impacto y significado. He “traducido”, además y simplificando mucho, el bien o la beneficencia a dos valores más concretos y complementarios: la eficacia (que depende del profesional) y el bienestar del cliente

(definido obviamente por este). Resumiendo: promover la beneficencia (y no maleficencia) supone que el interventor contribuye eficazmente a aumentar el bienestar del cliente (o, al menos, evita reducirlo o dañarlo).

Cuadro 8: principios y pautas deontológicas de comportamiento

1. Fomentar la autonomía de personas y colectivos sociales: intervención exterior mínima; evitar la dependencia y el uso de técnicas demasiado invasoras: tratar al otro como sujeto no como objeto, respetar su dignidad y capacidad, facilitar la información pertinente.
2. Beneficencia, promover el bien(estar) del otro a través de intervenciones psicosociales eficaces: ayudar y “servir” al otro, no a sí mismo; no utilizar al otro en beneficio propio; obtener una formación científica y un entrenamiento técnico adecuado; usar los datos y técnicas apropiadas.
3. No maleficencia, no dañar y evitar la ineficacia: evitar o prevenir los efectos secundarios negativos; usar formación, información, técnicas y supervisión adecuadas; realizar pruebas piloto en intervenciones nuevas, complejas o potencialmente dañinas; no desencadenar efectos que no se pueden controlar a lo largo de intervención; compensar por los daños causados; usar técnicas apropiados al problema o asunto a tratar; y disponer de supervisión competente.
4. Justicia social, “distribuir” los recursos técnicos y sociales equitativamente, tratar a todos por igual: poner las intervenciones y beneficios de la acción psicosocial a disposición de todos, sobre todo, de los más débiles o necesitados (deber de las profesiones sociales y la sociedad en su conjunto); no discriminar ni condicionar las acciones en función del sexo, edad, etnia, ideología etc.; equidad relacional, potenciar (empoderar) a los más débiles/necesitados.
5. Mantener la confianza del otro en la relación profesional: ser fiel, ayudar y estar profesionalmente disponible para el cliente; mantener la confidencialidad; respetar las normas –implícitas o pactadas– de la relación profesional.

6. Auto-cuidado, cuidarse a sí mismo para poder ayudar a los demás, “manteniendo” la integridad y estima personal y profesional; derecho a no dejarse utilizar o involucrarse emocionalmente en los problemas de los otros; mantener la reputación profesional; derecho a los medios necesarios para conseguir los fines pactados; reivindicar condiciones de trabajo –y remuneración– dignas.

La *autonomía* individual es, al contrario, un valor asociado a la modernidad occidental, por lo que hay que ser cuidadoso al extrapolarlo a otras culturas o grupos sociales (por ejemplo, en el trabajo con inmigrantes o colectivos indígenas) que pueden primar otros valores más colectivos o tradicionales. Parece más acertado pensar que la autonomía relevante para la IPS es la *comunitaria*, ya que si primamos la autonomía individual, podemos perjudicar la inter-dependencia o comunidad social, como valores centrales en esa área. Creo preferible, en todo caso, primar el *desarrollo humano* que incluye aspectos relacionales y sociales (vínculos y relaciones sociales) en esencia ajenos a la idea de autonomía. La *confianza* es el valor relacional, esencial para basar y mantener la relación con los otros. He añadido el *auto-cuidado*, modificando la idea de Thompson (1989), entendido como un valor modulador (limitador de los otros) que reconoce al interventor la misma cualidad de sujeto –y no de simple medio para el bienestar del otro– que acordamos para el cliente y, por tanto, el derecho a un auto-beneficio legítimo o auto-cuidado que le permite ayudar al otro manteniendo su propia integridad física, psicológica y moral. El valor *justicia social* tiene una lectura demasiado restringida en la ética profesional en relación al significado más amplio descrito más adelante.

Resumiendo, la deontología pivota, sobre tres valores cuyos titulares son las tres partes que concurren en cualquier la acción profesional y a las que les es exigible: la autonomía, el valor del cliente; la beneficencia de este, el valor del profesional; y la justicia social, el valor exigible a de la sociedad. Falta sólo añadir la confianza como eje de la relación entre los dos primeros actores, profesional y cliente.

Valores socio-comunitarios

Se trata de valores *sociales* por su doble condición de cualidades deseables de la comunidad o sociedad (excepto empoderamiento y desarrollo humano que son valores personales o psicosociales) y de valores *de* los actores sociales (de los que estos son titulares). Dado que, por un lado y a diferencia de los deontológicos, no hay un acuerdo de las distintas áreas, corrientes ideológicas o profesiones sociales, sobre su contenido y que, por otro, son necesarios como complemento de aquéllos, propongo aquí un conjunto de valores socio-comunitarios telegráficamente definidos en el Cuadro 9 y agrupados en el Cuadro 10.

Cuadro 9: valores sociales y comunitarios

Justicia social	Sustantiva: necesidades/mínimos vitales cubiertas Distributiva: distribución equitativa de poder y recursos sociales; igualdad de oportunidades y acceso a ellos. Procesal: igualdad de trato; primar al más débil Valor social básico, finalista
Compromiso social	Con los más débiles/necesitados; valor instrumental para justicia social
Empoderamiento	Poder personal derivado de la participación en la actividad colectiva Instrumental para desarrollo personal y justicia social
Derecho a la diferencia	Derecho a la diversidad personal, social y cultural Tolerancia ante los diferentes y sus comportamientos. Valor “postmoderno”, complementa la igualdad

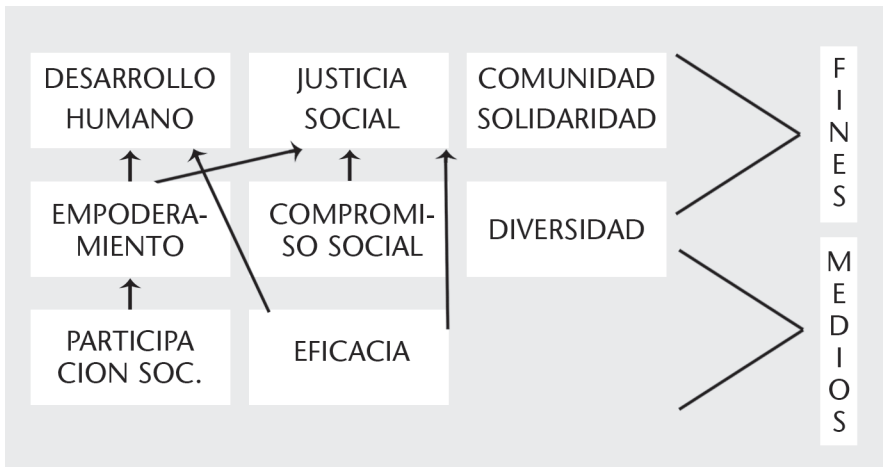
Participación social	Compartir decisiones y poder social; derecho a ser tratado como sujeto agente, actor social, no sólo como objeto; instrumental para desarrollo humano y empoderamiento
Solidaridad social Comunidad	Valor social “natural”, deteriorado en sociedades industriales por individualismo, utilitarismo y auto-interés
Eficacia	Primacía de resultados positivos y uso de medios adecuados para obtenerlos; instrumental para bienestar social, desarrollo humano

La *justicia social* es el valor central de la ética social; ha sido abordado desde distintas perspectivas en filosofía, política y otras ciencias sociales (ver, por ejemplo, Rawls, 1978). Recojo aquí el resumen tri-dimensional que de las distintas acepciones hacen Bellah y otros (1989), subrayando el componente *distributivo* como aquél con que suele identificarse la justicia social. Si la justicia es tomada como el valor social finalista (que marca los fines de la acción), el *compromiso* social –con los más débiles o desfavorecidos– sería un valor instrumental, en la medida en que ayuda a conseguir la igualdad o justicia social. Ha de reconocérsele, sin embargo, un papel “polarizador”: mientras unos practicantes se decantan por el compromiso, otros optan por la neutralidad o independencia respecto a los distintos actores (o el trabajo con la totalidad de actores). Si la justicia es el eje valorativo de lo social, el *desarrollo humano* (ligado al crecimiento armónico e integral de las personas en relación a otros), lo es de lo comunitario. Podemos tomarlo (junto a la justicia social y la comunidad) como valor finalista en la constelación valorativa comunitaria, de forma que *empoderamiento* y *participación* social serían valores instrumentales o intermediarios para alcanzar los fines así apuntados.

Por su importancia en la constelación valorativa comunitaria, la *comunidad* psicosocial (muy ligado a la pertenencia e interdependencia y cercano a la solidaridad social) puede ser considerada como valor finalista (valioso en sí) pero, también, instrumental para el desarrollo

humano. La *solidaridad social* es un valor más general y está más ligado a la acción social genérica. La *diversidad* o el derecho a la diferencia personal o socio-cultural es el contrapunto posmoderno de la igualdad, difícil de ubicar en el sistema comunitario. Y la *eficacia*, que prima en las áreas “organizacionales”, es un valor claramente *instrumental*: solo tiene *mérito moral* en la medida en que contribuya a mejorar la vida de la gente o la justicia social. Pero no debe ser menospreciado: comunidad y solidaridad no garantizan el desarrollo humano o la justicia social global, a las que habrán de contribuir también la eficacia de las acciones psicosociales y del funcionamiento de las instituciones y organizaciones sociales.

Cuadro 10: sistema comunitario de valores



Abordaje de las cuestiones éticas

Para evaluar éticamente las acciones comunitarias se pueden usar dos tipos de criterios: valores y principios que guían la acción, por un lado, y consecuencias reales de esa acción para la comunidad y los actores sociales, por otro. Los primeros criterios generan enfoques *deontológicos* ligados en las “intenciones” valorativas del interventor; los segundos, a enfoques *consecuencialistas*, más empíricos y que exigen haber actuado o poder prever las consecuencias de las acciones. Estos incluyen los diversos “utilitarismos” cuyo criterio de valoración de una acción sería el logro “del mayor bienestar para el mayor número de

personas". No siendo excluyentes los dos enfoques pueden en principio combinarse. Si una acción pretende reducir la desigualdad de un grupo respecto a otros colectivos sociales (enfoque deontológico) o mejorar su autonomía, la evaluación moral debe también verificar en qué medida ha aumentado esta autonomía o se han reducido las desigualdades tras la intervención (enfoque consecuencialista). Puede haber, sin embargo, un *conflicto* entre ambos enfoques. Así, cuando un programa inspirado en los mejores valores resulte ineficaz en el logro de sus objetivos. O cuando consigamos buenos resultados usando medios cuestionables, degradando a las personas o violando algún valor relevante: se aumenta la productividad de un centro sometiendo a los trabajadores a unas exigencias excesivas; se suministra droga a un adicto para "reducir los daños" sociales o psicológicos ligados al consumo de droga; se contribuye al "bienestar" de consumidores (o televidentes) a través de la manipulación publicitaria (o de exhibir la vida privada ante las cámaras).

La evaluación ética en el campo psicosocial debe, en conclusión, combinar ambos enfoques usando, además, medios éticamente correctos para obtener las consecuencias deseables de forma que ni las personas que "producen" los resultados ni aquéllas a qué van destinados sean meros medios para alcanzarlos. El ideal ético de la IPS será, pues, una forma de actuar que produzca *consecuencias deseables en valores socialmente relevantes que respeten moralmente a las personas que los producen y a la comunidad que los "usa"*. El reto ético del interventor psicosocial es realizar acciones que hagan compatibles los valores éticos con la eficacia técnica (resultados) usando métodos lo más respetuosos posible con la integridad ética y la capacidad de las personas.

Criterios de evaluación. Propongo en esa línea y reduciendo al máximo los elementos ya manejados, tres criterios de evaluación ética relativamente simples y genéricos:

- ¿Ha aumentado la intervención el *bienestar del conjunto de las personas* (sobre todo el de las más débiles o necesitadas)?
- ¿Ha *disminuido las desigualdades* (de poder, desarrollo psicológico o social, salud mental, recursos, oportunidades sociales etc.) entre personas y grupos sociales (y, si puede ser, aumentando el poder de los más débiles)?

- ¿Se ha conseguido lo uno y lo otro a través de un *proceso* o relación –y con unos métodos técnicos– que *respeten la dignidad y capacidad* de la gente?

El mérito moral de una acción social vendría dado por la respuesta positiva a los tres puntos. (O, si se quiere, a las formulaciones contrarias de los dos primeros: ¿ha disminuido el malestar del conjunto? ¿Ha aumentado la igualdad entre las partes?). O, en todo caso y si sólo puede aumentar el bienestar o poder de algunos que, al menos sea (Rawls, 1978), el de los peor situados, no, como sucede muchas veces, el de las minorías que ya están mejor. Se propone, pues, combinar un criterio social (la justicia social) con uno individual (el bienestar) extendido al conjunto de la gente (usado en sentido “social”) y con uno procesal o metodológico de trato o relación con los actores –usuarios de la acción psicosocial.

Método analítico AVOC

El análisis de la metodología de evaluación de los problemas éticos en la acción social se encuentra aún en estado embrionario, teniendo la mayoría de los métodos propuestos una orientación individual y siendo excepción (Kelman y Warwick, 1978; Glidewell, 1978; Lippitt, 1983) los que hacen un planteamiento más social. Tomando esos intentos como punto de partida ofrezco aquí un esquema analítico relativamente simple (Cuadro 11) para examinar las cuestiones éticas en la IPS a partir de los cuatro elementos básicos ya identificados: actores, valores, opciones y consecuencias (AVOC).

Cuadro 11: proceso de abordaje de las cuestiones éticas

ACTORES	VALORES
OPCIONES	CONSECUENCIAS

El proceso consta de cuatro fases, siendo las dos intermedias las decisivas.

1. Identificar las *cuestiones*, dilemas o dificultades éticas relevantes del caso analizado.
2. Hallar los principales *actores* sociales y sus *valores*. Primero hay que identificar aquellos actores sociales necesarios para entender –y resolver– caso o situación. Y después encontrar los valores relevantes en dos sentidos: aquellos *valores* (explícitos e implícitos) básicos de los actores o relevantes para la situación analizada, sean o no asumidos como propios por los actores. Así, puede suceder que, aunque los actores reconozcan valores de bienestar u otros, la situación contenga injusticias o maltratos que demandarán introducir valores como justicia social o seguridad personal. Hay, por otro lado, que tener en cuenta junto a los valores explícitos o declarados, los valores *implícitos* (generalmente identificables con intereses no confesables) en situaciones en que, en función de la gran “deseabilidad” social –o de que hay algo que repartir–, sospechemos que esos valores, aún permaneciendo implícitos, van a tener un gran peso en la motivación de los actores
3. Especificar las *opciones* de que dispone el interventor y sus *consecuencias* probables para los actores; es decir, las diferentes posibilidades o cursos de acción existentes *a priori* y las consecuencias que para cada actor relevante tendrá *previsiblemente* (y en la medida en que podamos prever esas consecuencias). Desde el punto de vista práctico conviene tener en cuenta, junto a las opciones nominales, su *viabilidad* estratégica: en qué medida son realizables para el interventor y la comunidad con los medios disponibles. Y también el efecto temporal: puede ser que las consecuencias de la opción A sean buenas en el *corto plazo* pero malas en el largo plazo; y, *viceversa*, no siempre las consecuencias positivas a la larga lo son a la corta (a veces exigen esfuerzos sólo recompensados en el largo plazo).
4. *Elegir*, a la vista del análisis del problema (fase 2) y de las “soluciones” (fase 3) la opción más correcta. ¿Cuál es el comportamiento éticamente mejor? La respuesta teórica es fácil: la opción que, *teniendo en cuenta el mérito moral de los valores en juego* (deontológicos y socio-comunitarios) *maximice las consecuencias positivas* para el conjunto de actores y *minimice las negativas*. Tenemos en cuenta, como ya se indicó, a la vez los valores

y las consecuencias de las acciones, cuya evaluación no depende sólo de la amplitud o cantidad de sujetos “abarcados” (cuanto más, mejor) por las consecuencias benéficas sino que es también *cualificada* o modulada (junto a la “importancia” dada a los actores) por esos valores. Así, las consecuencias negativas para un grupo social más vulnerable (parados, “enfermos” psiquiátricos, mujeres maltratadas etc.) tendrán más peso que las de otro grupo más numeroso si consideramos que la justicia, la seguridad física o ciertas necesidades vitales, deben primar sobre el mero bienestar de la mayoría.

La observación de las columnas del esquema permite detectar las convergencias y divergencias de valores y consecuencias en cada opción. Las *convergencias* indicarán que el entramado social (institución, comunidad etc.) funciona como una globalidad más o menos *unitaria* en que se puede trabajar con todos los actores con resultados potenciados (siempre que usemos las técnicas y estrategia adecuadas, claro es) por la convergencia existente. Las *divergencias* entre valores y consecuencias de cada opción señalarán, en cambio, núcleos de dificultad y *conflicto* ético que habremos de afrontar. Podremos tener también dificultades para identificar los actores, sus valores, las opciones existentes o las consecuencias previsibles de cada opción; esas dificultades señalarán las áreas de *ambigüedad* o incertidumbre que deben ser aclaradas “empíricamente” –en la evaluación previa a la intervención– para poder realizar con mayores garantías el análisis y la actuación.

Lógicamente y vista la complejidad social de las situaciones comunitarias, habríamos de buscar un *equilibrio* en el *número* de elementos (actores y valores; opciones y consecuencias) consideradas. Si por limitar ese número omitimos algún actor esencial para entender la situación (o alguno de valores básicos para entender su forma de actuar), tendremos un déficit importante a la hora de comprender la situación o la actuación de los actores. Pero, por otra parte, cuantos más actores y valores incluya, mayor complejidad analítica tendrá el entramado (convergencias, divergencias y relaciones de actores y valores) y más difícil será sacar conclusiones útiles. Algo similar sucede con las opciones y sus consecuencias: aunque no debemos omitir opciones realizables, la multiplicación de alternativas puede producir un cuadro tan complicado

de consecuencias que supere nuestra capacidad de síntesis y de sacar conclusiones respecto de la opción más deseable.

Tampoco se pueden ignorar las situaciones de especial dificultad ética que vamos a encontrar en la vida real. Así, cuando no hay *ninguna* solución buena y hay que elegir entre dos opciones más o menos malignas (el “mal menor”); cuando el cuadro analítico obtenido es de tal ambigüedad o complejidad, que o no tenemos claras las opciones reales o no podemos elegir una como mejor que las otras; a veces la opción más deseable puede estar clara pero carecemos de los medios para llevarlas a cabo; en otras el interventor (o los actores) carecen de las condiciones personales o sociales para poder elegir; otras veces los actores se niegan a sí mismos las opciones más meritorias (así, vivir sin dependencias psicológicas, sociales o químicas) porque son las que más esfuerzo requieren o porque los beneficios sólo se logran en el largo plazo. No está de más recordar, para concluir, que el método aquí sugerido no es, de ningún modo, mágico: no resuelve por sí mismo las cuestiones o dificultades éticas, se limita a presentarlas de una forma ordenada y sistemática que las haga más accesibles a la deliberación y elección humana y profesional que, como se ha insistido a lo largo de estas páginas, es consustancial a la tarea ética.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY*, 17; monográfico sobre cuestiones éticas en la intervención comunitaria.
- BELLAH, R. N.; MADSEN, W. M.; SULLIVAN, W. M.; SWIDLER, A. & TIPTON, S. M. *Hábitos del corazón*. Madrid: Alianza, 1989.
- BERMANT, G.; KELMAN, H. C. & WARWICK, D. P. (Eds.). *The ethics of social intervention*. Nueva York: Halstead Press, 1978.
- DOWNIE, R. S. *Roles and values. An introduction to social ethics*. Londres: Methuen, 1971.
- ELLUL, J. *La edad de la técnica*. Barcelona: Octaedro, 2003.
- KELMAN, H. C. & WARWICK, D. P. The ethics of social intervention: Goals, means, and consequences. In G. Bermant, H. C. Kelman y D. P. Warwick (Eds.), *The ethics of social intervention*, pp. 3-33. Nueva York: Halstead Press, 1978.

- GLIDEWELL, J. Ethical issues in and around encounter groups. En G. Bermant, H. C. Kelman y D. P. Warwick (eds.), *The ethics of Social Intervention*, pp. 69-117. Nueva York: Wiley, 1978.
- LAUE, J. y CORMICK, G. The ethics of intervention in community disputes. En G. Bermant, H. C. Kelman y D. P. Warwick (Eds.), *The ethics of social intervention*, pp. 205-231. Nueva York: Halstead Press, 1978.
- LIPPITT, R. Ethical issues and criteria in intervention decisions. En, S. Cooper y W. Hodges (Eds.), *The mental health consultation field*, pp. 139-151. Nueva York: Human Sciences, 1983.
- PRILLELTENSKY, I. Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 52, pp. 517-535, 1997.
- _____. Value-based praxis in community psychology: Moving toward social justice and social action. *American Journal of Community Psychology*, 29, pp. 747-778, 2001.
- RAWLS, J. *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1978.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. Fantasmas en el desván: Cuestiones valorativas en la Intervención Psicosocial. En A. Sánchez Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos*, pp. 55-75, Barcelona: EUB, 1996.
- _____. Responsabilidad del psicólogo en la acción social: ¿Quién es el "cliente"? *Revista de Psicología Social*, 13, pp. 303-309, 1998.
- _____. *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós, 1999.
- _____. *Psicología Social Aplicada: Teoría, método y práctica*. Madrid: Prentice Hall, 2002a.
- _____. Ética de la intervención social: Entre la deontología y la política social. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, 23, pp. 132-151, 2002b.
- _____. Acción social en tiempos de conformismo: Por una ética posible de la intervención comunitaria. En A. Sánchez Vidal, A. Zambrano y M. Palacín, M. (comps.), *Psicología Comunitaria Europea: Comunidad, poder, ética y valores*. *European Community Psychology: Community, power, ethics, and values*, pp. 93-106,

- Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 2004a.
- _____. *The values of community psychology and community action*. Presentada en el V European Congress of Community Psychology. Berlin, 2004b.
- _____. Socioethical ecology of Community Psychology: Communitarian values in an individualistic era. En, G. Nelson e I. Prilleltensky (Eds.), *Community Psychology. In pursuit of liberation and well-being* pp. 66-68. Londres: Palgrave Macmillan, 2005.
- SNOW, D. y GERSICK, K. E. Ethical and professional issues in mental health consultation. En F. V. Mannino, E. J. Trickett, M. F. Shore, M. G. Kidder y G. Levin (Eds.), *Handbook of mental health consultation*, pp. 393-431, Rockville, MD.: National Institute of Mental, 1986.
- THOMPSON, A. *Guide to ethical practice in psychotherapy*. Nueva York: Wiley, 1989.
- WINNER, L. *Tecnología autónoma*. Barcelona: Gili, 1979.



Trajectoria da Reforma Sanitária Brasileira¹

Jairnilson Silva Paim

Introdução

Para analisar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como fenômeno histórico-social cabe ressaltar que ela não se enquadra na noção de *políticas sociais* nem de *políticas de saúde*, pois a sua concepção e formulação transcendem às políticas estatais. Assim, concebe-se a RSB como projeto de *reforma social*. A sua trajetória mais recente requer, para ser examinada, a utilização de outras categorias de análise no sentido de buscar uma interpretação para seus impasses e possíveis alternativas.

Diante dos obstáculos enfrentados na década de 1990 apareceram análises de que a agenda da RSB havia se esgotado e que o movimento sanitário perdera o protagonismo. Todavia, em maio de 2005, aconteceu um fenômeno que muitos dizem não ter ocorrido. Alguns dizem que a imprensa golpista e a direita o inventaram – o chamado mensalão.

Naquele momento, parece que caiu a ficha de alguns dos nossos companheiros que estavam muito felizes, caladinhos, esperando que o presidente fosse fazer a reforma sanitária que nós não tivemos condição de fazer. E aí caiu a ficha de que a reforma sanitária não iria para frente se dependesse apenas de governantes. Então, se aproveitou o evento do VIII Simpósio de Política Nacional de Saúde no Congresso Nacional, produzindo-se um documento duro, criticando o que estava acontecendo no país, e reconvidando as pessoas para discutirem tais questões.

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no *VI Seminário Saúde e Educação: mobilização, cidadania e participação comunitária*, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), em 25 de maio de 2012.

Criou-se o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e se efetuou a refundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). No âmbito do governo surgiram o *Pacto pela Saúde*, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). E hoje está na ordem do dia uma Campanha da Fraternidade que depois de 31 anos volta a pautar a questão de saúde. Há, ainda, uma emenda popular que está juntando desde as entidades próximas do movimento sanitário até a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) que, do ponto de vista político, unifica um conjunto de entidades da sociedade civil em defesa do financiamento do Sistema Único da Saúde (SUS), cobrando do governo federal a aplicação de 10% da receita bruta da União em saúde.

Estes são elementos (não sei se é muito otimismo da minha parte) pontuando que não está tudo morto, que algo se move. E aí chegamos ao conceito de *revolução passiva*.

Revolução passiva e transformismos

A *revolução passiva* marca a história do Brasil. Não sou eu, apenas, que está afirmando isso. Vários estudiosos da História do Brasil, sobretudo intelectuais, apoiados na obra de Antonio Gramsci, chegaram a esta conclusão. São vários exemplos da nossa História que ilustram “o conservar mudando e o mudando para conservar”. Essa é a dialética da História do Brasil. Outro conceito que está muito próximo ao da revolução passiva é o de *transformismo*. Este ocorre quando partidos ou agentes se unificam, mudam de lado e reforçam as posições conservadoras da ordem, articulando as frações das classes dominantes e cooptando setores das classes dominadas.

Há dois tipos de transformismo: o *transformismo molecular* e o *transformismo de grupos radicais inteiros*. O *transformismo molecular* se expressa quando uma figura muda de lado. Por exemplo, Fernando Henrique Cardoso estava doido para ser chanceler. Assim que Fernando Collor de Mello deu o sinalzinho que queria tê-lo como chanceler, já que queria criar um “ministério ético”, ele ficou de malas prontas para

pular para o governo do Collor. Consta que só não foi porque o turrão Mário Covas bateu o pé firme, afirmando que o PSDB não iria apoiar aquele governo. Assim, o Fernando Henrique não foi. Mas logo que o Collor saiu, lá vai ele para o governo de Itamar que era vice de Collor. Então, esse é o *transformismo molecular* de uma pessoa que pula para lá, para o outro lado. Mas tem o *transformismo de grupos radicais inteiros*, aquele que Lula, o PT e seus partidos aliados vão revelar na Carta aos Brasileiros. Daí em diante, vão implementar as mesmas políticas que eles criticaram antes. Portanto, quase que não tem espaço para o dissenso, pois todo mundo está do lado de lá.

A práxis da Reforma Sanitária Brasileira

Quais são as forças políticas que apoiam e quais são contra o *projeto* da RSB? Vou fazer um esforço bem esquemático. À esquerda: movimentos populares, movimento sindical, trabalhadores de saúde, técnicos, intelectuais e burocratas, partidos como PC do B, PCB, PT, PSB, PDT, PPS, PSOL, PSTU, PMDB, PSDB, PV (ou melhor, algumas figuras desses partidos), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEM), Ministério Público, entre outros. À direita: empresariado da saúde, oligarquias e setores clientelísticos e fisiológicos, corporações de profissionais, partidos da direita (sem mencionar os nomes, porque no Brasil parece que não tem nenhum partido de direita, eles são “democratas”, “progressistas”, “populares”, “republicanos”, mas de direita nunca...), capital industrial (medicamentos, equipamentos), capital financeiro, Banco Mundial, a mídia etc. Assim, constata-se que a correlação de forças não é favorável à RSB. Estas são algumas indicações para vocês poderem entender muito dos seus impasses.

E o que é a Reforma Sanitária Brasileira?

É uma reforma social, da saúde e ao mesmo tempo do Estado e dos seus aparelhos, da sociedade e da cultura. Isto é o que está no seu *projeto*, não necessariamente o que está no seu *processo*. No balanço, há várias conquistas da reforma, inclusive o SUS com todos

os seus problemas. Mas há promessas não cumpridas, resultado da não realização do seu *projeto*.

O Estado capitalista tem filtros, ele faz uma seletividade estrutural positiva e uma seletividade estrutural negativa. Algumas coisas fazem com que o Estado amplie seu grau de apoio e de legitimidade, incorporando, por exemplo, a questão da saúde. Outras ele rejeita. Críticas às Usinas de Belo Monte de Santo Antônio tendem a interferir na acumulação do capital. Então, o Estado rejeita. Entre as funções fundamentais do Estado capitalista – garantir a acumulação do capital e manter a ordem social – encontram-se as de articular as classes dominantes e desarticular as classes subalternas. Então, entender essa engenharia do Estado talvez ajude a perder a inocência, reconhecendo que a política se faz de diversas formas.

Apesar disso, não considero que a Reforma Sanitária seja um movimento desnaturado. Ela não negou os seus princípios, ainda que parte dos seus autores mudasse de lado. Mas se depara com essa alegoria da “classe ausente”, pois os trabalhadores estão querendo planos de saúde. Então, qual é a base que vai sustentar um movimento como esse? CEBES? Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)? É muito pouco!

Quando o movimento foi se transformando em sistema, ele foi perdendo sua dimensão instituinte e se tornando cada vez mais instituído. Foi se misturando com o binômio alusão-ilusão, próprio das práticas ideológicas. O que quer dizer isso? Eu aludo aos problemas, pois falo de determinantes sociais. E iludo em relação às soluções. Então, começam as propostas de políticas nacionais de promoção da saúde que vão se reduzir a comprar e vender academias de saúde. Compram equipamento, agradam as empreiteiras, vão fazer as praças e ainda se utilizam das negociações com as emendas parlamentares. Então, agradam a todo mundo, mas não resolvem o problema das questões vinculadas à promoção da saúde.

Portanto, as expectativas para o período entre 2003 e 2012, salvo melhor juízo, não foram confirmadas. Vocês podem ter visões diferentes da minha, obviamente. A questão do financiamento não foi resolvida, a questão da saúde suplementar não foi enfrentada.

Pelo contrário, há uma “epidemia” de planos de saúde desde 2003 e não pára de crescer. E não foi por uma questão do mercado, uma boa parte foi induzida, pois o próprio governo estimula que seus servidores tenham planos de saúde. Mas, parte do movimento sanitário tem uma postura ambígua em relação ao governo, evitando criticá-lo, enquanto outros movimentos têm sido cooptados.

Radicalização da democracia

Portanto, dizer não à *revolução passiva* e ao *transformismo* significa radicalizar a democracia. Significa apostar nos “portadores da antítese”, aqueles que sabem dizer não, e vão emergindo dos movimentos sociais. Que movimentos? Não temos mais movimentos iguais aos dos anos 1980, mas temos alguns que estão por aí: as lutas contra o sexismo, racismo, discriminação sexual, defesa do ambiente, entre outros. Elas podem ser articuladas com outras lutas, como a da reforma sanitária e dos trabalhadores em um projeto contra hegemônico.

Há uma pluralidade de vozes que não é ruim. Alguns ficam saudosistas da época da classe operária, mas a classe operária já chegou ao paraíso no Brasil... Suas lideranças já estão controlando os fundos de pensão. Esses fundos de pensão são os maiores investidores do Brasil, contribuem para a expansão do capitalismo. Portanto, mudaram de classe... Então, há outra pluralidade que deve ser examinada, especialmente construindo equivalência. A aposta é exatamente na identificação dos distintos antagonismos da sociedade contemporânea que vão além da saúde, nas possibilidades de fazer essas articulações.

Conclusão

Um dos motivos de estarmos aqui é para contribuir na constituição de sujeitos políticos, individuais e coletivos, que questionem as iniquidades, que questionem a não realização do direito à saúde e as relações de subordinação, indo muito além das ações individuais. Portanto, ao transformar essas questões em antagonismos cria-se espaço para a ação política. Como afirmou Sonia Fleury, nossa ex-presidente do CEBES, o antagonismo é a parteira do sujeito.

Este só pode emergir pela subversão da posição subordinada do indivíduo. Eu queria que vocês pensassem um pouquinho sobre isso, não só hoje, mas por alguns dias, pois é isso que ainda nos move a continuar discutindo essas questões.

Promoção da Saúde: controvérsias e aposta¹

Adriana Miranda de Castro

*“Pensar é um ato. Sentir é um fato.
Os dois juntos – sou eu que escrevo o que estou escrevendo”.*

Clarice Lispector

Introdução

Pensar a promoção da saúde, em geral, tem significado retomar *ad infinitum* documentos produzidos em conferências internacionais vinculadas, de maneira mais ou menos direta, à Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre atenção primária em saúde e promoção da saúde.

Opera-se um repetir-recontar como modo de demarcação de um campo conceitual e metodológico que faça frente ao paradigma biomédico – fragmentário, curativo e assistencialista. Ocorre, porém, que tal esforço em afirmar um território, várias vezes, dá-se influenciado pela pretensão cientificista de neutralidade o que implica em tomar as condições econômicas, sociais e políticas de existência de determinados domínios de saber-fazer (Castro, 2003) apenas como pano de fundo, despolitizando o debate.

A despolitização da análise do tema da promoção da saúde, como de quaisquer outros temas, tende a produzir modos de pensar e fazer presos à ideia de que há “A” verdade, “A” evidência, que deve regular a vida. Bem como despe as análises de sua potência inovadora na medida em que não permite que se visibilizem controvérsias, contradições e o

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no VI Seminário Saúde e Educação: mobilização, cidadania e participação comunitária, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), em 25 de maio de 2012.

modus operandi da trama de interesses que engendram um campo de conhecimento.

Nesse sentido, aqui, pretende-se menos narrar a história do conceito de promoção da saúde e mais utilizar seu campo de saber-fazer como artifício (Rolnik, 1989) que expresse as tensões de um projeto sócio-sanitário, lançando-se num movimento de desnaturalização das práticas político-institucionais da área da saúde.

Promoção da Saúde como artifício

As práticas sociais engendram um domínio de saber, tornando visíveis e dizíveis certos conceitos, objetos, técnicas e sujeitos de modo que elas instauram um novo regime de formulação dos enunciados, de conectividade entre eles e de sua validação ou não (Foucault, 1974).

No entanto, os regimes de enunciação, de visibilidade e de verdade instaurados pelas práticas sociais não guardam para com elas uma relação de transcendência. Ao contrário, regimes e práticas se compõem num plano de imanência que os suporta, sendo mutuamente engendrados na circulação, coerção, desvio e conexão das forças aí presentes. Tal relação de forças refere-se às relações de poder (Foucault, 1974).

São as relações de poder que constituem uma esfera do conhecimento e, reciprocamente, toda esfera de conhecimento estabelecerá outras relações de poder de maneira que saber e poder são indissociáveis embora não sejam idênticos (Foucault, 1974).

Há, pois, um processo de fabricação sócio-histórico de práticas sociais e domínios de saber cuja análise deve se fazer nas condições políticas, econômicas, discursivas e de visibilidade que garantiram sua existência.

Entende-se que um artifício é justamente a expressão concreta, o efeito relativamente estável, da articulação e composição das relações de força num dado momento. O artifício desloca o processo analítico do falso problema da dicotomia verdade/mentira (Rolnik, 1989). Ao mesmo tempo, afirma a realidade como um território existencial provisório à medida que não possui valor absoluto nem permanece idêntico ao longo do tempo, sendo potencialmente diferenciador e criativo (Deleuze, 1996).

Tomar a promoção da saúde como artifício implica analisar a singularidade de seu movimento de fabricação. Bem como afirmar que nem a saúde nem os seus sentidos nem as táticas e estratégias tidas como adequadas para mantê-la ou conquistá-la estão fora da rede de relações saber/poder e dos modos como essas se deram sócio-historicamente.

Saúde e biopolítica

A segunda década do século XX viu crescer a reflexão crítica acerca do conceito de saúde a partir da afirmação da insuficiência da racionalidade biológica para compreender as experiências da enfermidade e da morte (Birman, 1991a; 1991b).

A intensificação da crítica ao modelo biologicista levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1958, a definir saúde como completo bem-estar físico, mental e social numa clara alusão aos três domínios que supostamente compõem ou traduzem a “totalidade do homem” (Camargo Jr., 1997; Sayd et al, 1998).

Em meados dos anos 70, nos países ditos desenvolvidos ou do Primeiro Mundo, o questionamento das concepções acerca do processo saúde-enfermidade-tratamento retomou força e emergiram concepções de saúde que se pretendiam mais globalizantes, abordando sua relação com as condições de vida.

Entende-se que a tentativa de rompimento com o discurso biologicizante hegemônico, ocorrida com a ampliação do conceito de saúde, representa uma brecha importante para a fabricação de mecanismos menos autoritários de intervenção no âmbito da saúde. Porém, parece que o problema reside na manutenção de uma lógica de captura daquilo que é humano em sua totalidade, uma lógica essencializante e identitária, que agora funda a essência do homem pela afirmação de sua complexidade como objeto das práticas de saúde.

É dentro dessa lógica da complexidade que, em 1973, Laframboise formulou o modelo de campo de saúde, segundo o qual a saúde é determinada por múltiplas variáveis que podem ser agrupadas em quatro categorias denominadas determinantes da saúde: biologia

humana, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde (Carvalho, 1996).

Esse modelo será a base da reformulação das políticas de saúde canadenses, que influenciarão mudanças nesse setor em vários outros países. Em 1974, a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians* pelo governo canadense inaugura o aparecimento de uma nova forma de definir as prioridades na produção de saúde, a partir da adoção do conceito de campo de saúde e da constituição do Movimento de Promoção à Saúde no Canadá (Carvalho, 2002).

A motivação central desse documento era econômica, política e técnica, pois se tentava encontrar um caminho para enfrentar o progressivo aumento dos custos com assistência médica e os seus resultados pouco eficazes (Buss, 2000). Nele defende-se que, diante do envelhecimento populacional, queda da morbimortalidade por doenças infecciosas e elevação dos casos de patologias crônico-degenerativas, as intervenções no campo da saúde devem visar à qualidade de vida de modo que os indivíduos vivam mais e melhor, desfrutando do aumento dos índices de desenvolvimento sócio-econômicos (Carvalho, 2002).

A proposta do governo canadense para a abordagem dos problemas no campo da saúde envolve: promoção da saúde, regulação, eficiência da atenção em saúde, investigação e estabelecimentos de objetivos. Porém, verifica-se a centralidade de recomendações estratégicas que intervenham sobre o estilo de vida, afirmando que cabe às políticas de saúde informar, influenciar e assistir os indivíduos e organizações a assumir a responsabilidade pela adoção de atitudes saudáveis, que os livre de riscos auto-impostos em relação ao adoecimento e à morte (Carvalho, 2002).

Vê-se, portanto, que o processo de medicalização da sociedade desloca-se, adotando como foco a necessidade de fazer viver e fazer viver dentro de certo tipo de qualidade. Assim, trata-se de agir sobre o processo de qualificação da vida e não da vida já qualificada, fazendo com que ela construa um estilo saudável, através de atitudes saudáveis. Tal deslocamento é possível na produção de outra tecnologia de

operação das relações de poder no *socius*, que Foucault (1999) nomeou de biopolítica.

A tecnologia biopolítica intervém na multiplicidade dos homens como uma unidade/totalidade de massa global, interessando-se em capturar os processos próprios à vida como o nascimento, a morte, a doença através de sua quantificação e da medição da extensão temporal da vida.

Na biopolítica, “a doença como fenômeno de população [...] como a morte permanente” (Foucault, 1999, p. 291) diminui o tempo de trabalho, a produção e o lucro, e gera custo na exigência de tratamento. Portanto, é necessário prevenir o adoecer, favorecendo e mantendo a saúde. Tal necessidade ratifica a importância dos discursos do setor de produção da saúde à medida que eles se apresentavam como dispondo do ferramental necessário para intervir nos processos próprios à vida e a fazer viver utilmente (ou, como diríamos nos dias de hoje: *saudavelmente*).

Frente aos problemas econômicos e políticos fabricados pela população, a tecnologia biopolítica age a fim de acumular dados estatístico-demográficos sobre a longevidade, a proporção de nascimentos e de óbitos, as diferentes incapacidades biológicas e os efeitos ambientais. São os números, as estatísticas que formatarão as intervenções, sanitárias ou não, ao nível do “homem-espécie”.

Ao centrar-se no desenvolvimento de estratégias que façam viver o homem-espécie, a biopolítica abre caminho para a tomada da saúde como mercadoria de modo que mesmo na ausência da doença sejam consumidas as tecnologias, técnicas e serviços próprios ao setor de produção da saúde tornando-os bens disponíveis ao consumo, bens de prevenção do adoecer e de promoção da qualidade de vida. Nesse sentido, o capital apropria-se da saúde e constrói entorno dela uma empresa lucrativa, que não se restringe ao setor de serviços em saúde espalhando-se por todo o *socius*: na indústria das vitaminas e complementos alimentares, na produção de revistas e livros com as “dicas” do momento para manter-se jovem e saudável, no crescimento das academias de ginástica, na produção de pesquisas que validam o consumo deste ou daquele alimento, na proliferação de programas de televisão e *blogs* sobre como cuidar da saúde etc.

Nessa perspectiva, os indivíduos afirmados como sujeitos sociais têm, frente à doença e à morte, que lidar com os efeitos de suas próprias escolhas e intervenções, ambas associadas às suas competências para defrontar os desafios de um mundo em constante processo de transformação (Barros, 1996; Carvalho, 1996). Pode-se pensar que essa estratégia funciona produzindo um esvaziamento dos debates coletivos quanto às condições de vida e saúde, tornando-as uma questão “íntima” e calcada na culpabilização.

Se, conforme fala Foucault (1999), à lógica biopolítica interessa “fazer viver” e intervir na maneira de viver, a fim de dilatar a vida e controlar sua potência criadora, então se pode afirmar que o privilégio do estilo de vida nos discursos e práticas produzidos atualmente no setor saúde está sintonizado com a lógica biopolítica. Bem como mobiliza uma série de aparatos legais, educacionais e comunicacionais que operam na prescrição de modos de viver ditos corretos a partir das evidências científicas e, conseqüentemente, na produção de subjetividades marcadas por uma vigilância contínua de seus desejos e comportamentos presumidamente nocivos (Ribeiro, 2011).

Controvérsias

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade canadense de Ottawa (Carvalho, 1996), que sistematizou e elaborou as diretrizes da promoção da saúde na chamada Carta de Ottawa.

A Carta de Ottawa (1986) ratificou a posição de centralidade da promoção da saúde na construção da saúde pública. O projeto da promoção da saúde centra-se na obtenção da equidade sanitária, assegurando a igualdade de oportunidades e proporcionando os meios que possibilitem a toda população desenvolver ao máximo sua “saúde potencial” (Buss, 2000, p. 173). Daí decorre a importância concedida à informação, pois o acesso a ela permitiria à população adquirir ou possuir escolhas e atitudes adequadas ou saudáveis. Neste sentido, a promoção da saúde funciona como projeto de capacitação da comunidade a fim de que sua participação no controle do processo de melhoria da qualidade de vida e da saúde possa ser efetiva.

Porém, ao mesmo tempo em que trata da comunidade, a promoção de saúde tem outro efeito: cada um passa a ter como tarefa o controle de tudo o que determina seu estado de bem-estar, de saúde (Buss, 2000). Assim, ela opera uma individualização significativa quanto à responsabilidade em manter-se *saudável* definindo um conjunto de regras a serem seguidas para se adquirir uma vida de *qualidade*. Regras que tanto podem falar de não poluir os rios do planeta quanto de comer esse ou aquele alimento numa determinada quantidade ou praticar exercícios com certa regularidade. Regras que definem o “como viver” para se “fazer viver”.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), são pré-requisitos para o estado de bem-estar e, portanto, para a saúde: paz, educação, alimentação, moradia, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Por conseguinte, o setor sanitário não tem meios para sozinho propiciar ou assegurar as condições favoráveis à saúde, se fazendo necessária a ação coordenada de governos e dos setores sociais, econômicos, industriais e midiáticos.

A nova concepção de saúde veiculada exige a ação intersetorial, na qual aos profissionais de saúde e ao setor sanitário caberá a responsabilidade de atuar como mediadores entre os diversos interesses que atravessam a produção da saúde e a publicização do fato de que as políticas formuladas pelos demais setores da sociedade têm consequências para a saúde da população. A luta do setor sanitário será fazer com que os responsáveis pelos programas políticos em todos os níveis de governo “tomem consciência” (Buss, 2000, p. 173) dos determinantes da saúde e de suas responsabilidades para com eles, uma vez que se entende que só uma ação integrada responderá à demanda pela melhoria da qualidade de vida.

Equidade, integração, cooperação, interdependência, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação social, capacitação das pessoas em geral para decidir acertadamente e programas de estudos que formem profissionais de saúde tornam-se palavras fáceis de serem encontradas no setor sanitário. Palavras que ganham influência progressiva tanto na produção dos discursos no campo da saúde quanto na implementação de práticas e modos de organização do setor nas

diferentes regiões do mundo, apostando sempre na flexibilização e adaptação das direções indicadas pela OMS conforme sua localidade de aplicação.

Sendo a saúde uma produção social multideterminada inscreve-se num campo de conhecimento interdisciplinar e da prática social intersetorial (Buss, 2000). Deste modo, das estruturas organizacionais de saúde, dos estabelecimentos de saúde, será exigido um modo de funcionar que incorpore outras personagens e crie outras estratégias. Emergem o trabalho em equipe multiprofissional, a participação e o controle social, a educação em saúde, a vigilância da saúde...

Estratégias que pretendem recompor a fragmentação dos espaços coletivos de expressão da vida e da saúde, estabelecer modos de produção da saúde a um só tempo individuais e coletivos, tentar garantir pela via da integralidade a efetividade e a eficácia das ações sanitárias e, simultaneamente, democratizar o próprio ato produtivo em saúde, fazendo-o referido de fato à autonomia e à normatividade de sujeitos e comunidades.

A complexificação da saúde como efeito da articulação de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos em determinado território existencial de indivíduos e coletividades concede a todos o papel de produtores de saúde. Tal perspectiva não é *em si* um problema e nem por si só opera no sentido de processos de subjetivação que reduzam os sujeitos à vigilância compulsória e eterna de si, reduzindo problemas sanitários complexos a decisões comportamentais, pessoais e isoladas.

A controvérsia reside justo no fato de que às tecnologias biopolíticas interessa fragilizar a capacidade dos sujeitos de produção de saúde, de produção de modos de viver marcados pela singularidade de seu existir e, nessa direção, despotencializar sua capacidade de produção de outros determinantes sociais da saúde.

O que se vê é uma construção político-econômico-científica que porta concomitantemente possibilidades solidárias e de captura. As propostas construídas pelo modelo promocional abrem espaços interessantes e importantes de enfrentamento do modelo capitalista hegemônico à medida que tomam ecologia, vida, saúde e educação

como operadores para a viabilização de relações solidárias e menos hierarquizadas, nas quais estar incluído não signifique ser idêntico e se possibilitem maiores coeficientes de autonomia, de autodeterminação. Entretanto, essa mesma construção promocional que a tudo inclui e sobre tudo legisla, porta o perigo de transformar ecologia, vida, saúde e educação em mercadorias nas quais todo e qualquer investimento só será realizado na medida em que signifique promover o alisamento do *socius* para melhor circulação do capital e capitalização do desejo.

Por um lado, o modelo promocional propõe uma militância, por outro, geralmente, se expressa num modo operacional acanhado. Ao propor uma militância em favor da melhoria da sociedade em geral, abre caminhos para o questionamento das normas instituídas, dos modos de gestão e da organização não só da saúde, mas de todas as relações sociais. Mas, como modo operacional acanhado, o desenvolvimento de “habilidades para viver melhor” (Buss, 2000, p. 13) reduz-se a oportunizar conhecimentos (informações) que favoreçam o controle de si.

Nesse sentido, desloca-se o debate de políticas públicas produtoras de equidade e autonomia para a implementação de programas de capacitação cujo foco é intervir na modelagem do desejo do sujeito por meio de sua culpabilização por estar contribuindo com essa ou aquela atitude para o seu próprio adoecer e empurrando-o para que altere a direção de seu desejo ou mesmo não deseje fora de um determinado padrão dito *saudável*. Organiza-se assim um aparato de (re)produção de prescrições do viver, onde cada um é “agente multiplicador” de evidências científicas reguladoras numa sociedade “sem médico nem doente” (Deleuze, 1990, p. 225).

Tomando a cena brasileira, pode-se acompanhar a expressão dessa controvérsia. Na origem da construção do projeto sanitário brasileiro encontra-se a marca dos questionamentos narrados até aqui e no seu *modus operandi* cotidiano atual e os impasses da construção de políticas públicas que foquem os determinantes sociais da saúde e não apenas comportamentos e hábitos.

Assim, lê-se no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que a saúde é resultado dos modos de organização social da

produção, definida no contexto histórico de uma sociedade e devendo ser conquistada pela população nos seus embates cotidianos. Exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, garantindo sua efetivação e a possibilidade real de acesso da população às condições mínimas de sobrevivência digna e bem-estar (Silva et al, 1999).

Ao mesmo tempo, o documento precursor e basal para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ratifica que o pleno exercício do direito social à saúde é indissociável da participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, devendo ser assegurado ao povo a liberdade de expressão e o acesso universal e igualitário aos serviços sanitários (Silva et al, 1999).

Passados quase trinta anos e mesmo considerando todos os avanços em aumento de cobertura, ampliação do acesso a serviços e tecnologias, investimento na formação profissional, incorporação de várias categorias profissionais e aprimoramento do modelo de organização, financiamento e gestão do SUS, verifica-se que persiste a centralidade de intervenções curativo-prescritivas em indivíduos e coletivos, com baixo índice de articulação intersetorial e pouco impacto na transformação de determinantes sociais da saúde intermediários (condições de vida e trabalho) e distais (políticas públicas estruturantes do *socius*) (Carvalho & Buss, 2008).

Nessa direção, considerem-se dois *flashes*:

Cena 1: Em março de 2006, foi aprovada e publicada no âmbito do SUS a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo geral era “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes...” (BRASIL, 2006).

A PNPS, sinérgica aos movimentos de retomada dos debates político-estruturais do projeto sanitário brasileiro e internacional, adota fundamentos teóricos e diretrizes vinculadas à autonomia, à cogestão e corresponsabilização pela produção de si e, de um mundo mais favorável, à vida. Marcada pela análise das causas de mortalidade no Brasil, a Política define uma agenda de ações específicas, um plano de ação, com foco temático, a saber: alimentação saudável, prática

corporal/atividade física, tabagismo, acidentes de trânsito, violência e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

A princípio, a focalização em temas específicos não portaria nenhuma controvérsia, porém a priorização de determinados temas em detrimento de outros e o modo de operacionalização da agenda no sistema de saúde explicitam a captura biopolítica.

Embora os tópicos que qualificam e orientam as ações em cada foco temático sempre inclua elementos de intervenção intermediários e distais, verifica-se que também é enunciada a “escolha saudável”, a “mudança de hábito”, a “prevenção” e o “controle”. Simultaneamente, as portarias de indução e financiamento de projetos e políticas locais de promoção da saúde e a tabela de procedimentos a serem pagos aos serviços de saúde facilitam adotar como foco de investimento ações campanhistas, educativas e de promoção de *estilos de vida*, que ocorram no âmbito dos serviços de saúde.

Parece paradigmático que nos instrumentos de priorização, organização e gestão do SUS nos últimos sete anos a promoção da saúde seja enunciada da seguinte forma:

Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (BRASIL, 2007)	Mais Saúde: Direito de Todos 2008/2011 (BRASIL, 2008)	Contrato Organizativo da Ação Pública (BRASIL, 2011)
Responsabilidades em Promoção da Saúde:	Diretriz de Promoção da Saúde:	Diretrizes em que aparece “promoção da saúde”:
<i>“Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão”</i>	<i>“Mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis”</i>	<i>“Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”</i>
<i>“Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo”</i>		<i>“Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde”</i>
<i>“Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros”</i>		<i>“Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no programa de aceleração do crescimento”</i>
<i>“Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável”</i>		

Cena 2: Em março de 2006, foi criada por decreto presidencial a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Integrada por dezesseis personalidades de diversos ramos da vida sócio-econômica e científica do país, a Comissão possuía como linhas de ação: produzir e disseminar conhecimentos sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde a fim de fundamentar políticas e programas promotores da equidade; apoiar, elaborar e acompanhar políticas e programas desenvolvidos por um Grupo de Trabalho Interministerial; mobilizar a sociedade civil sobre a importância de reduzir as iniquidades em saúde; divulgar aos diversos segmentos sociais, em linguagem adequada, atividades e resultados das atividades da Comissão; e participar de ações de cooperação

internacional vinculadas à promoção de políticas públicas promotoras de equidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007; CNDSS, 2008).

Assim, realizou-se todo um movimento de análise dos dados de situação de saúde sob a ótica da determinação social, fomentaram-se pesquisas e produções científicas por meio de editais governamentais, deram-se aulas e palestras reaquietando o tema e, ao final de dois anos de trabalho, apresentou-se à sociedade um relatório sobre o cenário brasileiro.

Protagonista no cenário mundial, o Brasil sediou, em outubro de 2011, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. A Conferência Mundial reuniu Estados Membros e partes interessadas para intercambiar experiências sobre políticas e estratégias destinadas a reduzir as iniquidades em saúde, objetivando articular esforços em ações globais coordenadas com foco nos determinantes sociais da saúde (OMS, 2011; OPAS, 2011)

Um dos efeitos do compromisso político assumido na Conferência Mundial foi a inclusão do tema da equidade em saúde na agenda da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Conferência Rio+20), realizada no Brasil em 2012, de modo que se promovesse o conceito de *saúde em todas as políticas* (OMS, 2011; 2012; OPAS, 2011).

Nessa cena, o que se destaca é a tensão do projeto sócio-sanitário no que se refere aos determinantes sociais distais (Carvalho & Buss, 2008) à medida que o Brasil, além anfitrião de ambas as Conferências, é signatário de acordos e declarações internacionais nelas geradas e vem adotando políticas que apontam noutra direção. Tais como, por exemplo: o estímulo ao consumo de automóveis com a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados que incide sobre esses bens e do Imposto sobre Operações Financeiras para financiamento da compra de veículos a prazo ou o alto investimento nas polêmicas obras de construção das usinas hidroelétricas no Centro-Oeste e no Norte do país (UOL, 2012; EBC, 2012).

Entende-se que há que se cuidar para que não haja uma inversão nas garantias constitucionais no campo da saúde no sentido de produzi-la como um dever do cidadão e direito do Estado. Nesse sentido, não há

resposta verdadeira ou correta, mas exige-se uma atitude analítica que desnaturalize as práticas político-institucionais de modo que o Estado opere na garantia de condições necessárias à dignidade da vida dos cidadãos e proteja àqueles em situação de vulnerabilidade e que não tenham como fazê-lo sozinhos. Sem, contudo, tornar-se totalitário, padronizando e massificando comportamentos indiscriminadamente e anulando a capacidade dos sujeitos de cuidar de si conforme seus modos de existir. Trata-se de uma atitude que não permite transformar problemas sanitários complexos em desvios de comportamento, em patologização da vida (Ribeiro, 2011).

O desafio de mergulhar nas controvérsias entorno da promoção da saúde reside justo em buscar caminhos ético-políticos que, numa realidade marcada pela velocidade, pela competitividade, pelo imediatismo, pelo individualismo e pelo consumismo – pelo *controle a céu aberto* (Deleuze, 1990), valorizem modos de viver que se produzem na singularidade dos diversos territórios existenciais, na potência de criação que reside nas diferentes maneiras de articulação e composição das forças e formas de viver (Ribeiro, 2011).

Aposta

Afirmar a promoção da saúde como artifício implica em apostar na sua provisoriedade, na sua potência de produzir outras direções e sentidos, outros enunciados e fazeres, outros modos de subjetivação, outras relações de poder. Ou seja, trata-se de insistir que é possível quebrar, desviar, desconectar e reconectar as forças sociais, históricas, econômicas, políticas e afetivas que produzem certo território, certa forma de compreensão de si e do mundo (Deleuze, 1988).

Assim, ao se tomar a definição de que:

promoção de saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da

saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (Buss, 2000, p. 166).

Pode-se dizer que a saúde é efeito de um conjunto de variáveis que transborda a adoção de orientações ou condutas fornecidas prontas pelos técnicos para os pacientes e abarca todo o contexto social, histórico, econômico, político e cultural onde este paciente se insere, se faz sujeito. Nessa direção, a definição de *qualidade de vida* e de *saúde* por um *quantum* de especificidade, de não normatizável, daquilo que é vivido e, portanto, singular.

É no âmbito das singularidades que as macrodecisões políticas, calcadas em evidências e verdades que funcionam por binarismos, encontram outro modo de operação, um modo micropolítico. O micropolítico funciona na desterritorialização dos códigos pela produção intensiva de percepções, sentires, falas, escutas, atrações, repulsas e desejos, criando outros territórios, outros modos de viver (Deleuze & Guattari, 1996; Ferreira Neto et al, 2011).

O caminho ético-político proposto é que se faça promoção da saúde junto aos sujeitos e coletivos, valorizando as estratégias de sobrevivência, as formas de fazer andar a vida que criaram (Onocko Campos, 2006).

É no encontro, na lógica da afecção – potência que os corpos vivos têm de conectar-se com o estranho e o estranhamento, coeficiente de permeabilidade e de maleabilidade dos territórios instituídos para se deixarem contagiar por fluxos instituintes – que se poderá produzir saúde, se maquinar a promoção da saúde (Castro, 2003).

Trata-se, pois, de radicalizar um modo de pensar, sentir e fazer para o qual três elementos fundamentais da promoção da saúde sejam inegociáveis:

1. Equidade: compreendida a partir do reconhecimento de que “as diferenças dos segmentos sociais e de suas formas de viver devem ser manifestadas e respeitadas, sem discriminação, e devem ser criadas condições que

favoreçam a extinção das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às especificidades políticas, étnicas, religiosas, culturais, de opção sexual, etc” (MS/UnB, 2010, p. 49). Implica no estabelecimento de metodologias e abordagens que reconheçam cada sujeito como cidadão de direitos, com graus de liberdade e autonomia e com necessidades distintas, precisa ser acolhido.

2. Autonomia: entendida como processo de coprodução de si e do mundo, no qual se amplia a capacidade dos sujeitos de analisarem e agirem sobre si próprios e sobre o mundo, reorganizando continuamente os recursos, saberes e ferramentas disponíveis para transformar as relações e territórios de modo a que se viva melhor (MS/UnB, 2010).
3. Território: tomado como espaço geopolítico em construção, desconstrução e reconstrução contínuas. Espaço em que saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e enunciados se compõem de modo específico. Espaço que articula determinações locais e gerais, onde se expressam forças macropolíticas e micropolíticas num modo de organização da vida singular (MS/UnB, 2010).

Entende-se que a composição destes elementos num modo de atenção e de gestão em saúde que produza um aumento dos *coeficientes de transversalidade* (Guattari, 1985) é que poderá significar avanços no debate e na práxis da promoção da saúde. Ou seja, à medida que seja possível operar entre a incidência vertical e hierárquica dos determinantes distais (forças estruturais e institucionais do *socius*) e uma ação horizontal totalizante e massificante, que cria agrupamentos homogêneos de indivíduos (negros, homoafetivos, obesos, grávidas, hipertensos, idosos etc) é que se avançará na produção de saúde e *qualidade de vida*. Isto porque se ampliará a capacidade de escuta dos modos como a vida se faz nos diferentes territórios, se favorecerá o aumento da capacidade de interferência mútua entre sujeitos, se

fortalecerá mecanismos de corresponsabilização e cogestão por projetos pactuados de saúde para cada um e para o coletivo (Guattari, 1985; Pasche et al, 2011).

Nesse sentido, a promoção da saúde se articularia à clínica com o foco na garantia da integralidade e com a estratégica metodológica de elaboração e implementação de projetos terapêuticos singulares de saúde. Bem como se vincularia à gestão com foco nos determinantes sociais e com estratégias metodológicas marcadas pela intersetorialidade, tais como Comitês de Gestão Territorial, Conselho de Gestão Participativa, projetos de saúde do território, planos diretores locais.

Em síntese, a aposta é retomarmos o compromisso ético do próprio SUS com a intergralidade e a gestão participativa a partir dos saberes e fazeres da promoção da saúde, estabelecendo modos de atenção e gestão que operem na indissociabilidade entre clínica e promoção e que pressuponham o direito de todos os homens à cidadania, ao lugar de sujeito capaz de autorizar-se a agir nas redes de poder, a questionar e a transformar as políticas públicas e a sociedade.

Referências bibliográficas

- BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1 (1), 1996, p. 5-17.
- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis – Rev de Saúde Coletiva - Saúde e Política Social*, 1 (1), 1991a, p. 7-11.
- _____. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. *Physis – Rev de Saúde Coletiva*, 1 (2), 1991b, p. 7-22.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf> Acesso em: 05 de março de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 687 MS/GM*, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 91 MS/GM*, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais saúde: direito de todos 2008/ 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Casa Civil. *Decreto Presidencial nº 7508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 10 de maio de 2014.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 2000, p. 163-177.
- _____; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis – Rev. Saúde Coletiva*, 1(17), 2007, p. 77-93.

- CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. *Physis – Rev. Saúde Coletiva – Racionalidades médicas e novas tecnologias*, 7 (1), 1997, p. 45-68.
- CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1 (1), 1996, p. 104-121.
- _____; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.141-166.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese de doutorado. Campinas, SP: UNICAMP. 2002.
- CASTRO, A. M. *A equipe como dispositivo de produção da saúde. O caso do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnATI/UERJ)*. Dissertação de Mestrado. Niterói, RJ: UFF, 2003.
- CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final. 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> Acesso em: 12 de abril de 2009.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- _____. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: 34, 1990. p. 219-226.
- _____. O que é dispositivo? In: DELEUZE G. (1996) *O mistério de Ariana*. Lisboa: Passagens, 1996, pp. 83-96.
- _____. & GUATTARI, F. *Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. Rio de Janeiro: 34, 1996.
- EBC. *Construção da usina de Belo Monte tem ano marcado por ocupações e suspensões*, 2012. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2012/12/usina-de-belo-monte-ano-de-ocupacoes-e-suspensoes> Acesso em: 30 de julho de 2013.
- FERREIRA NETO, J. L. Kind, L.; PEREIRA, A. B.; REZENDE, M. C. C.; FERNANDES, M. Usos da noção de Subjetividade no campo da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, 27 (5), 2011, p. 831-842.
- FOUCAULT, M. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU, 1974.
- _____. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- MS/UnB. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. *Curso de extensão para gestores do SUS em Promoção da Saúde*. Castro, A. M. et al (Org.). Brasília: CEAD/FUB, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf Acesso em: 20 de abril de 2012.
- _____. Rio+20. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: http://www.rio20.gov.br/sobre_a_rio_mais_20.html Acesso em: 20 de abril de 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A. & MALO, M. (Org.) *SUS – ressignificando da promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006. p. 62-74.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião dos Centros de Colaboração da OPAS/OMS sobre o Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Seminário sobre Saúde e Desenvolvimento no contexto da Rio+20; 24-26 de outubro de 2011. Research Triangle Park, North Carolina. Washington (DC): OPAS; 2011 Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17038&Itemid= Acesso em: 20 de abril de 2012.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (11), 2011, p. 4541-4548.
- RIBEIRO, C. D. M. *Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SAYD, J. D.; VIEIRA JR.; L.; VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis – Rev de*

Saúde Coletiva – Reforma, Tecnologia e Recursos Humanos, 8 (2), 1998, p. 165-195.

SILVA, G. G. A. ; EGYDIO, M. V. R. M.; Souza, M. C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde em Debate*, 23 (53), 1999, p. 37-42.

UOL. Governo zera IPI de carro 1.0, reduz IOF do crédito e dá mais prazo para financiar. Disponível em: <http://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2012/05/21/governo-zera-ipi-de-carro-10-e-da-mais-prazo-para-financiar.htm> Acesso em: 30 de julho de 2013.



Matriciamento: o conceito, seus usos e significados¹

Martinho Silva

Introdução

Gostaria de começar a palestra me apresentando a vocês e mostrando como é que esse tema, o matriciamento, compareceu em minha formação. Desde 2012, sou professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e nesta instituição realizei meu mestrado em saúde coletiva, entre 2002 e 2004, na área de concentração Ciências Humanas em Saúde. Esse momento foi muito importante na minha trajetória profissional como pesquisador no campo da saúde mental, pois realizei um trabalho de campo com os profissionais do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) carioca para escrever minha dissertação sobre o tema da responsabilidade no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo que, ao longo desta pesquisa, a figura do técnico de referência ganhou destaque.

Assim, a proposta de instalação de equipes de referência com apoio matricial especializado nos serviços de saúde (Campos, 1999), inspirada em iniciativas nos municípios de Campinas-SP e Betim-MG, estava sendo implantada de um modo muito peculiar nos CAPS do município do Rio de Janeiro-RJ. Basta dizer que curiosamente ouvi mais acerca dos “técnicos de referência” do que das “equipes de

¹ O presente texto foi originalmente apresentado, em 18 de outubro de 2013, no curso *Ações Integradas entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)*, como parte das atividades do projeto Estreitamento dos Laços e Ações Conjuntas: universidade, SUS e comunidade em São João Del-Rei/MG, do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde/Redes (2013-2015), coordenado por Walter Melo.

referência” ao longo do ano de 2003, quando realizei observação participante nas reuniões semanais do estabelecimento, assim como não se mencionava a expressão “apoio matricial” naquela época (Silva, 2007). A gestão da prefeitura da cidade parecia não estimular muito a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município, cuja cobertura populacional girava em torno de 3% até o ano de 2008, sendo que com a mudança de gestão a cobertura das nomeadas “clínicas da família” chegou a mais de 30% no ano de 2013.

Sou psicólogo com residência multiprofissional em saúde mental, trabalhei alguns anos em um CAPS e foi essa experiência profissional que despertou em mim questões suficientes para elaborar estudos sobre a assistência psiquiátrica, fazendo com que eu me tornasse um pesquisador da área de saúde coletiva e escrevesse tanto sobre referência quanto sobre matriciamento. Durante meu doutorado em antropologia social, entre os anos de 2006 e 2011, realizei um trabalho de campo com profissionais, familiares e usuários de uma rede de atenção em saúde que contava com apoio matricial, no município de Sobral-CE. Assim como em Campinas-SP, neste município desenvolvia-se uma experiência exemplar de articulação entre saúde mental e atenção básica, reconhecida nacional e mesmo internacionalmente (Henry, 2008). Um dos proponentes e executores dessa experiência local, inclusive, foi um dos autores do Guia Prática de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini et al., 2011), “livreto de bolso” no qual estão condensadas as atuais recomendações do governo federal para as ações de saúde mental na atenção básica.

A primeira vez em que estive na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), no ano de 2008, também por conta de um convite do Prof. Dr. Walter Melo, foi uma excelente oportunidade para apresentar os resultados preliminares desse estudo com egressos de internação psiquiátrica e não mais exclusivamente com os técnicos, sendo que nesta ocasião ressalté as articulações entre saúde, educação e cultura em duas atividades desenvolvidas fora dos CAPS: as visitas domiciliares, chamadas, na maioria das vezes, simplesmente de “visitas”, e o apoio matricial, geralmente designado “preceptoria”, já que médicos e residentes participavam regularmente das consultas

conjuntas. Sublinhando as expressões utilizadas pela população local para se referir ao processo saúde-doença no momento das visitas e preceptorias – “farnisim” na cabeça, falando “aresia”, entre outras – e a distinção entre graus de perturbação apontados por um dos usuários durante uma preceptoria – entre o “aperreio” e a “doidice” – ressaltar algo relativo a outro processo, o de ensino-aprendizagem: a importância dos profissionais de saúde mental não só transmitirem conhecimentos durante a consulta conjunta com os da atenção básica, como também de se disponibilizarem a aprender, inclusive com os usuários, já que: “Nós não estamos lá necessariamente só para ensinar, mas também para aprender e, fundamentalmente, respeitando que certas expressões não são da ordem da ignorância, nem do desconhecimento, mas conforme um modo cultural de apreender o processo saúde-doença” (Silva, 2010, p. 43).

Desse modo, pode-se dizer que investiguei o “arranjo organizacional para o trabalho em saúde” (Campos, 1999, p. 394) em dois municípios brasileiros: uma metrópole na região sudeste, na qual o “trabalho de referência” (Miranda & Campos, 2008) acontecia em um território no qual o apoio matricial não se colocava em jogo, embora “técnicos de referência” (Silva, 2007) se multiplicassem nos CAPS; e uma cidade com pouco mais de 100 mil habitantes na região nordeste, na qual a implantação do “apoio matricial de saúde mental na atenção primária” (Tófoli & Fortes, 2007) vigorava, embora quase não se falasse da função referência, seja nos CAPS seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que as equipes do PSF se encontravam. É, principalmente, a partir desses estudos que atenderei a demanda a mim endereçada, qual seja, palestrar sobre as ações de matriciamento entre o CAPS e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Isto posto, vou contar para vocês o que seria o ideal da articulação entre equipe de referência e apoio matricial especializado e como ela é efetivamente implantada em alguns cenários, de modo que vocês possam pensar acerca da maneira singular através da qual essa proposta foi implantada – ou não – no município de São João del Rei-MG. Dois estudos empreendidos pelo Prof. Dr. Gastão Wagner Campos (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007),

formulador desses conceitos, serão fundamentais nessa empreitada. Acredito que é importante levar em conta essa proposta, entre outras razões porque pode ser que ela não corresponda, necessariamente, ao que hoje é chamado de matriciamento em saúde mental. Voltaremos a esse ponto mais adiante, mas desde já vale à pena destacar que no referido Guia a “equipe de apoio matricial” corresponde à “equipe de saúde mental” (Chiaverini et al, 2011, p. 14), cristalizando-a no papel de apoio matricial especializado e ofuscando sua função de equipe de referência.

Referência e matriciamento

Eu tive a oportunidade de conversar com o próprio autor da proposta de equipe de referência com apoio matricial especializado, o Prof. Dr. Gastão Wagner Campos, sobre seus textos, sendo que ele me disse que quando o escreveu estava lendo muito um conhecido autor: Pichón-Rivière e a sua Teoria do Vínculo. Quando esse modo peculiar de organizar o trabalho em equipe nos serviços de saúde foi formulado, sua base era uma perspectiva segundo a qual se poderia, cada vez mais, estreitar a relação entre profissional e usuário no cotidiano assistencial, já que geralmente essa relação não era nada estreita, muito pelo contrário. Muitas vezes, a clássica relação médico-paciente e mesmo o recente diálogo entre cuidadores e sujeitos era uma relação impessoal, distante, na qual o profissional oferecia uma determinada tecnologia, a aplicava no usuário e depois o encontrava novamente após três meses ou nunca mais, já que dependia da demanda do usuário para que a tecnologia fosse aplicada mais uma vez. Daí as perguntas: por que essa relação entre profissional e usuário continua? Por que eles não podem se ver mais para elaborar algum projeto terapêutico que envolva e implique mais as equipes? Daí a proposta de equipe de referência, responsável pelo atendimento em longo prazo de um conjunto restrito de usuários, fomentando o vínculo, a continuidade, a implicação.

Certamente foi uma referência teórica que inspirou o autor da noção de equipe de referência com apoio matricial especializado, inclusive do próprio campo “psi”. Essa referência teórica foi explicitada no próprio artigo publicado sobre o assunto (Campos, 1999).

Ao mesmo tempo, soube que essa proposta de um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde parecia colher inspiração na própria experiência de vida do citado autor. Segundo conversa informal com outras pessoas que trabalharam com o mesmo, quando ele colocou os filhos em uma creche ficou surpreso com o trabalho em equipe para cuidar de crianças nesse estabelecimento. Ainda segundo essa conversa informal, ele reparou que para cuidar de uma criança não era recrutada apenas uma pessoa na creche, mas um conjunto de pessoas, pessoas justamente “de referência”. Às vezes, quando a criança não estava comendo direito ou apresentava algum problema de saúde, ou ainda de aprendizagem, convocava-se um especialista (nutricionista, enfermeira, pedagoga) para ajudar. Entretanto, não era a pedagoga, a nutricionista ou a enfermeira que era responsável pela criança, mas as pessoas “de referência”, as cuidadoras, as “tias” da escola, ou seja, estas, efetivamente, cuidavam de modo contínuo e não de modo pontual, eventualmente convocando outros para cuidar de modo pontual e não contínuo. Cuidado pontual e contínuo, especialistas e generalistas, pedagogas e “tias”, os profissionais acionados eventualmente e as pessoas “de referência”: na creche se encontrava a matriz da proposta para o funcionamento dos serviços de saúde, o apoio matricial especializado quando fosse necessário e a equipe de referência sempre disponível para cuidar, ou das funções de apoio e de acompanhamento.

Ao escutar esse relato em uma conversa informal, pensei: “Isso deve ser uma lenda, aquele tipo de história que se cria para dizer que o trabalho intelectual não é puramente teórico”. Contudo, o que essa história indica é que a inspiração para realizar o trabalho nos serviços de saúde, de certo modo, pode vir também de nossas experiências de vida, não estando necessariamente dentro do nosso campo profissional. Ou seja, às vezes aprendemos coisas fora do nosso trabalho que nos motivam a fazer com que ele se transforme, a fazer com que ele funcione de outra maneira. Então, podemos extrair conhecimento tanto de nossas teorias como também de nossas vivências e, assim, reunir elementos que possam transformar nossas práticas. Essas duas coisas precisam caminhar juntas, precisamos encontrar uma maneira de tornar isso compatível com o nosso cotidiano de trabalho.

E não é à toa que estamos conversando sobre a conjunção entre teoria e experiência de vida. O que o citado autor estava discutindo era o próprio *status* da especialidade. Talvez hoje, isso seja bem diferente, talvez pensemos de outra maneira, mas na época, 1999, ainda era muito difícil pensar que quem cuidava do paciente era outro que não o especialista. Então, tinha-se o psicólogo, o médico, o terapeuta ocupacional, o assistente social que era convocado a atender. Terminado esse atendimento, podia ser necessário novamente outro procedimento, mas era um procedimento do especialista. No máximo, se convocava mais de um especialista para atender o mesmo paciente, ou seja, esse paciente não precisava só de um médico, ele precisava de um assistente social também.

Os especialistas eram convocados para atender o paciente, mas isso não estava funcionando muito bem para Campos (1999). Por quê? Uma das razões era essa relação com a demanda da população, na qual a população demanda atendimento e você oferta, só que através desse mecanismo específico: um paciente solicita atendimento, o profissional oferta atendimento e o paciente vai embora. Quando o paciente precisa de outro atendimento ele pode procurar aquele mesmo profissional, ou outro profissional, ou outro posto. Entretanto, onde se encontram as pessoas que podem não demandar, mas que precisam de atendimento? Onde é que elas ficam nesse modo especializado de fazer funcionar o serviço de saúde? Daí a proposta de criar um dispositivo no qual a população possa ser atendida sem que fique na dependência do serviço ofertar os procedimentos: a busca ativa ao invés da demanda espontânea.

Acontecia muito e ainda deve acontecer aqui e em vários outros lugares um fenômeno comum: o serviço fechar as portas. Tem gente demais demandando, não cabe mais paciente aqui, não tem mais especialista para ofertar atendimento, dizem muitos profissionais. Com o tempo, os serviços, nessa lógica de demanda da população e oferta da especialidade, fecham as portas dizendo “não dá mais para atender”, deixam a população na busca por atendimento, acolhimento e acompanhamento, sem encontrar serviços que possam ofertá-los.

Ainda nesse movimento de releitura do artigo de Campos (1999), outra questão que ele e outros sanitaristas se colocavam era como

mudar essa lógica de funcionamento dos serviços de saúde, baseada na demanda espontânea. Para tanto, foram criados os dispositivos como as oficinas de planejamento, cuja dinâmica, sinteticamente, poderia ser descrita da seguinte maneira: o nível central da gestão, seja do município, do estado ou do governo federal, se dirigia ao serviço para realizar reuniões com os profissionais. Nesse momento, discutia-se bastante e produziam-se várias metas a serem alcançadas. Essa oficina durava mais ou menos uma semana e depois os membros do nível central iam embora, não voltavam mais e o serviço continuava funcionando como sempre funcionou. Ou seja, eram intervenções pontuais, não eram intervenções contínuas. Nesse sentido, essas intervenções pontuais satisfaziam, de certo modo, a gestão, porque para a gestão ela estava fazendo seu trabalho de ajudar as equipes a planejar e avaliar a sua oferta de atendimento em saúde, embora para a população continuasse o mesmo problema.

Outro problema sinalizado por Campos (1999) era o sistema de poder vertical, a centralização das decisões, ou seja, pouca gente participava da decisão sobre como o serviço funcionaria. Assim, pouca gente se comprometia com os resultados. Para o autor, na medida em que se convocassem mais pessoas para decidir, haveria maior comprometimento com o produto do trabalho. Que produto é esse? Saúde.

O autor aponta, também, como complicador desse processo de trabalho centrado nos procedimentos, o fato de muitos profissionais simplesmente chegarem ao serviço, ofertarem uma tecnologia – geralmente uma consulta – e sumirem. Aplicada a tecnologia, podia terminar a relação terapêutica com aquele usuário. Para Campos (1999), esse tipo de modelo provocava certo descompromisso dos trabalhadores com o produto do seu processo de trabalho, pois eles não decidiam e também não se comprometiam com o resultado final de sua ação – a saúde – e havia certa desvinculação da equipe com o usuário, já que eles aplicavam o procedimento e depois não necessariamente permaneciam acompanhando aquele usuário.

Então, nessa minha interpretação da obra do Prof. Gastão Wagner Campos, o que poderia mudar esta forma de trabalhar em equipe

era justamente um dispositivo que fosse contínuo e não eventual. Um dispositivo que permitisse que o cuidado não se desse apenas por procedimento pontual, mas através de uma ação permanente, longitudinal, continuada, na qual as decisões fossem mais partilhadas para que mais pessoas pudessem se comprometer com os resultados. E, nesse contexto, cria-se a ideia de equipe de referência.

Vocês devem estar se perguntando: “mas a palestra não é sobre matriciamento? Por que falar tanto de equipe de referência?” É praticamente impossível falar de matriciamento sem falar de referência, afinal, o matriciador vai matriciar alguém no território, o apoio matricial é dado a alguém. Alguém que está fazendo o quê? Cuidando, de alguma maneira. Sem que se tenha uma equipe de referência que esteja ofertando atendimento a uma população numa lógica de cuidado continuado não há razão de ser do matriciamento. O matriciamento surge quando, nesse cuidado continuado, alguém que está envolvido no acompanhamento de curto, médio ou longo prazo, solicita ajuda. Solicita-a por quê? Pois, no momento do atendimento, não é capaz de alcançar a resolutividade sozinho.

Então, pode haver usuários que você acompanha que precisam de um nutricionista e você não entende nada disso. O que você vai fazer? Você vai pedir ajuda. Mas, como é que você reparou que esse usuário precisa de um nutricionista? Cuidando, ora! Percebem a inversão da lógica? Não é deixar uma nutricionista sentada aguardando alguém demandar atendimento dela, mas sim cuidar e, caso esse cuidador, conversando com o usuário, sinta a necessidade de um nutricionista, convocá-lo como apoio. Assim, as especialidades passam a ocupar o lugar de serem convocadas a colaborar e não o de centro da oferta. Assim, as equipes de referência cuidariam de populações adstritas sob a sua responsabilidade, sejam dezenas, centenas ou milhares de pessoas, dependendo do conjunto que forma essa equipe de referência e da área onde aquele serviço está instalado. Eis a razão de ser dessa mudança no arranjo, que tira o especialista da linha de frente e coloca no lugar qualquer um que possa ser convocado a cuidar de maneira contínua: qualquer um de nós, especialista ou não, teria como função principal cuidar dessa lógica, podendo ou não colaborar para o

tratamento com base em nosso saber específico.

Em termos práticos, para que serve esse arranjo? Para que não haja encaminhamento, ou seja, para que um paciente nunca deixe de ser cliente de uma equipe de referência, para que uma pessoa que mora em um determinado bairro, independente de demandar, de procurar o serviço em busca de determinado atendimento, se mantenha sob o cuidado de uma determinada UBS. E para que não aconteça de a equipe encaminhar o usuário para outro lugar quando este necessitava de algum procedimento e esse encaminhamento implicar em rompimento de vínculo.

A autonomização do matriciamento

Quando o primeiro texto do Prof. Gastão Wagner sobre equipe de referência com apoio matricial especializado foi publicado não existia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois o texto é de 1999 e o NASF de 2008. Nas diretrizes do NASF fica bem claro que já se tem uma perspectiva de consulta conjunta, ou seja, um especialista – o apoiador – atende o usuário junto com o profissional da ESF – a referência – na UBS ou em casa. Em Campos (1999), a perspectiva de consulta conjunta é difusa, a ideia de colaboração entre pares é o principal. Além disso, essa colaboração aconteceria entre profissionais de qualquer tipo de serviço, no hospital inclusive, não necessariamente centrado na UBS. Por exemplo, quando se está acompanhando uma portadora de transtorno mental desde uma UBS e ela está internada em um hospital psiquiátrico, pode ser que você precise que alguém vá lá para avaliar o quadro em que ela se encontra, pois, no momento da internação, ela pode precisar de um procedimento que você não consegue ofertar, de modo que você convoca alguém para exercer essa função. Ou seja, essa colaboração valeria para qualquer tipo de serviço, porque se trata do modo de organizar o processo de trabalho no sistema de saúde e não necessariamente de uma mudança na relação entre saúde mental e atenção básica.

Para que foi criado esse dispositivo de apoio em meio ao acompanhamento? Para que não houvesse encaminhamento, para que sempre uma pessoa tivesse uma equipe de referência a qual recorrer. Isso quer dizer que a equipe de referência faz tudo? Não, quer

dizer que a equipe de referência cuida, acompanha e é responsável, inclusive, por solicitar o atendimento de outro especialista quando isso se fizer necessário, ou seja, não é uma equipe de pessoas prepotentes, onipotentes, que sabem fazer tudo e podem ofertar qualquer coisa. Não, é uma equipe com suas limitações, com pessoas que sabem algumas coisas e não sabem outras, e que, justamente por isso, trabalham em colaboração, em cooperação com outros profissionais.

Outro ponto, é a ideia do projeto terapêutico. Por que você tinha que ter um projeto terapêutico singular? Quando esse texto foi lançado, várias pessoas diziam: “Ah, mas esse trabalho aí eu já fazia há muito tempo! Isso aí não é nenhuma novidade, eu sempre trabalhei colaborativamente, sempre trabalhei em conjunto...”. E aí fica a pergunta: “A decisão sobre que tratamento oferecer era tomada exclusivamente pelos profissionais ou o usuário também participava dela?”. Bom, aí muita gente começou a se perguntar se, de fato, construía o projeto terapêutico singular, se, de fato, trabalhava na perspectiva de equipe de referência com apoio matricial especializado.

Cadê o usuário no processo decisório? Vejam, se a lógica agora não é um atendimento pontual, e sim contínuo, em uma população adstrita, em que um número reduzido de pessoas é vista com mais frequência, garantindo um contato mais estreito, o usuário pode ser convocado, então, a tomar decisões junto com a equipe. Não se trata de alguém que é visto pelo profissional só de vez em quando e que demanda um atendimento pontual. É alguém com quem você partilha o cotidiano. Algumas pessoas são vistas semanalmente, outras mensalmente e existem as que precisam ser vistas diariamente.

Nesse arranjo organizacional, a equipe de referência articula-se ao apoio matricial especializado, visando promover certo engajamento, certo compromisso, certa corresponsabilização de todos os agentes envolvidos: profissionais, usuários, familiares e gestores. Trata-se de um arranjo para que as pessoas possam sair de uma posição cômoda: “Ah, quem decidiu foi ele e eu estou só obedecendo” ou “A culpa é da mãe” e ficar o resto da vida em um esquema no qual a pessoa não está implicada nos resultados de suas ações, ou seja, para que saíamos dessa posição de vítima e cada vez mais ocupemos a de protagonista.

Essas são minhas palavras, já que as palavras do Prof. Gastão

Wagner Campos para se referir a isso são basicamente as de que se precisa aumentar o grau de compromisso e de responsabilidade das equipes pelo processo de produção de saúde. Em Campos (1999), o “técnico de referência” também é mencionado, mas o conjunto do texto é sobre as “equipes de referência”. Por que estou chamando a atenção para isso? Quando do trabalho de campo que realizei no primeiro CAPS no Rio de Janeiro, em 2003, os profissionais estavam discutindo as funções do técnico de referência, não estavam discutindo a relevância das equipes de referência e nem de sua articulação com o apoio matricial especializado. As questões colocadas durante a reunião semanal de equipe eram: quem é que pode ser técnico de referência dentro desse CAPS? O ponto de partida da discussão era o cotidiano de trabalho, no qual esse acompanhamento contínuo era individualizado e não coletivizado.

Apenas para sintetizar o argumento anteriormente apresentado, devo dizer que trabalhar na perspectiva da equipe de referência com apoio matricial especializado é operar com duas funções no cotidiano assistencial: uma equipe de acompanhamento, que é a equipe de referência; e uma equipe de apoio, que é a equipe de apoio matricial. Então, a mesma pessoa pode acompanhar alguns casos e apoiar outros. Vejam, não se trata de um especialista destacado, é o mesmo especialista que acompanha e apoia. Contudo, no CAPS citado, a ideia não era constituir equipes com ambas as funções, mas atribuir essas funções a um técnico.

Em Campos (1999), eram conjuntos responsáveis por conjuntos, conjuntos de profissionais responsáveis pelo cuidado de conjuntos de usuários, contando com o apoio de outros conjuntos de profissionais responsáveis por outros conjuntos de usuários. Conjuntos e não unidades, coletividades e não individualidades. No CAPS citado, imperava algo da seguinte ordem: esse serviço tem um determinado número de usuários, que é dividido entre os técnicos. Outra questão que aparece, diz respeito aos técnicos que não possuem formação de nível superior: eles podem ser técnicos de referência? Eram essas as discussões que aconteciam, como se técnico de referência fosse uma especialidade, percebem? Então, quais são as condições para que alguém viesse a se tornar um técnico de referência?

A ideia de equipe de referência está correlacionada ao cuidado continuado, que pode ser ofertado por qualquer profissional, cabendo ao especialista o atendimento pontual. O contrário acontece quando a proposta é de se trabalhar com o técnico de referência, que se torna o especialista sobre o caso e, dessa forma, caímos na questão de quem pode ou não ser o técnico de referência. No CAPS, tivemos discussões que duraram meses, tendo como fio condutor as seguintes questões: o pessoal de nível médio pode exercer a função de técnico de referência ou só os que possuem nível superior? A centralidade é do médico ou pode ser de qualquer profissional? Qual é o papel do técnico de referência? É necessário um curso para ser técnico de referência? E assim caminhava a discussão, ou seja, uma discussão sobre especialidades.

E qual o final dessa discussão em equipe? Houve um debate sobre as funções do técnico de referência que durou meses e, ao final, percebeu-se que o mais importante na função referência era o acompanhamento, era garantir que os usuários continuassem sendo atendidos e para que acontecesse esse acompanhamento era necessário uma espécie de âncora. Um profissional, ou um conjunto de profissionais, que fosse capaz de atrair aquele usuário para o serviço e de manter com ele uma relação de confiança ao ponto de esse usuário procurar o serviço e não só ficar em casa aguardando atendimento era o primordial. E aí se percebeu que os usuários vinham na consulta médica, mas não necessariamente nas outras consultas. E, por conta disso, a maioria dos grupos de referência criados nesse CAPS tinham uma notável centralidade na figura do médico, exceto um grupo, cuja centralidade não era o médico, mas dois profissionais que realizavam um grupo de família, uma delas psicóloga.

O CAPS era organizado de uma maneira que tinha um trabalho com os usuários, outro com os profissionais e ainda mais um com os familiares, de maneira separada, igual ao que acontecia no Movimento da Luta Antimanicomial, dividido em 3 segmentos, profissionais, usuários e familiares. Então, dois profissionais do CAPS perceberam que isso não andava bem, ou seja, quando se convocava os familiares separados dos usuários, acontecia de muitos destes se afastarem do

serviço, pois pensavam “o que você está querendo conversar com a minha mãe, com a minha irmã? Se você está vindo aqui é pra falar sobre mim... Que papo é esse de querer conversar com a minha família longe de mim?”. Então, muitos usuários iam à consulta médica, mas não iam a nenhuma outra atividade e se sentiam extremamente – independente do quadro psiquiátrico – desconfiados em relação à equipe.

Em um determinado momento, dois profissionais pensaram: “Vamos fazer um grupo de família e não de familiares”. O que significa um grupo de família? O usuário e seus parentes com certeza, mas podemos incluir, também, vizinhos e outras pessoas que queiram participar. Este grupo de família, que não é grupo de familiares, era superlotado, acontecia toda semana e era tão frequentado quanto às consultas médicas, ao ponto de se tornar uma referência no serviço. Por que um grupo de família e não de familiares? Porque era um grupo no qual os usuários, ao longo do tempo, passaram a ter confiança, criando vínculos e discutindo seus conflitos familiares com a presença do parente, contando com a mediação de um profissional.

E o apoio matricial? A ideia de equipe de referência surge em um contexto muito singular, em serviços de atendimento a pessoas vivendo com o HIV/AIDS ou de portadores de transtorno mental. Nos dois casos, temos usuários com doenças consideradas crônicas e não agudas. Esse modelo foi criado, portanto, para pessoas que necessitavam de longo tempo de tratamento. Neste sentido, falar de cuidado continuado é quase um desdobramento, percebem? Então, na gênese do matriciamento está a equipe de referência e na ideia de referência está o atendimento a pessoas portadoras de agravos, transtornos e/ou doenças crônicas.

O apoio matricial especializado começa a ganhar autonomia em relação à equipe de referência a partir de outro texto do Prof. Gastão Wagner Campos em colaboração com Ana Carla Domiti (2007), quando é colocado o problema de retaguarda às equipes. É uma ideia parecida com a de equipe de referência, mas com suas peculiaridades. Se na ideia anterior, a equipe que acompanha tem que convocar o apoiador, a noção de retaguarda às equipes pressupõe que o apoiador

funcionará como retaguarda para qualquer equipe. Assim, o texto de 2007 é diferente do texto de 1999. O apoio matricial especializado passa a ser referido apenas como apoio matricial.

Essa mudança ocorre justamente no momento de criação do NASF, em 2008, quando, curiosamente, dá-se um passo em direção à emergência de novos especialistas: não mais técnicos de referência, mas apoiadores. O próprio título do artigo de Campos e Domitti, de 2007, começa com o apoio matricial e não mais com equipe de referência.

O apoio matricial, que já não é mais chamado “apoio matricial especializado” e ainda não é nomeado “matriciamento”, ganha o estatuto especial de serviço de retaguarda para a ESF no texto de 2007. Se levarmos em conta o PSF, desde 1994, esse direcionamento já se fazia presente, no processo de se tornar a principal estratégia de aumento do acesso às ações e serviços de saúde. Em 2007, quando esta estratégia já está consolidada, com cobertura populacional maior do que 50% do território nacional, o apoio matricial é proposto como a retaguarda dessa estratégia: autonomiza-se, ou seja, trata-se de um serviço de retaguarda, não de uma função que poderia ser desempenhada pelos próprios membros da equipe de referência.

Como podemos verificar, ao longo do tempo, ocorreram mudanças na denominação e, conseqüentemente, nos modos de atuação: “apoio matricial especializado” (1999), “apoio matricial” (2007) e apenas “apoio” (2008). Assim, passamos a ter o especialista “apoiador” e não mais o profissional que atua como referência. Na portaria do NASF, de 2008, várias profissões e práticas foram inseridas: serviço social, farmácia, fisioterapia, psicologia e as práticas integrativas e complementares.

Fui um dos autores do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde para os NASF (Brasil, 2010) para a equipe de serviço social. Havia a tendência de colocar o matriciamento em um lugar muito próximo da Atenção Básica, quando a ideia mais radical do matriciamento era de um arranjo do trabalho em equipe que não servia só para a Atenção Básica, nem mesmo apenas para a saúde, mas para outros setores, como educação, entre outros. No caso do serviço social, a ideia de que

se deve fazer um trabalho intersetorial era mais marcante, tanto que o título dado a essa parte do caderno de atenção básica foi justamente “Redes Sociais, Intersetorialidade e Participação Cidadã”.

Considerações finais

Caminhando para o final desta palestra sobre matriciamento, falar de equipe de referência articulada ao apoio matricial é falar de um casamento entre acompanhamento e apoio. Ao mesmo tempo, falar do matriciamento, do modo como ele foi idealizado, é garantir aquele que presta apoio possa atender ou realizar visita domiciliar em conjunto ou mesmo discutir os casos com a equipe de referência. Contudo, tem que haver equipe de referência para existir apoio matricial. Pode parecer uma obviedade, mas, muitas vezes, não é. Fica parecendo que basta aprender matriciamento isolado de referenciamento, ou mesmo que há que se discutir o matriciamento em si, mas há situações nas quais não há equipe de referência, não há equipe para matricular ou, pior ainda, não há profissionais disponíveis para permanecer nesse lugar do cuidado continuado, do acompanhamento. Eu soube de uma pessoa que fez um projeto de pesquisa para investigar apoio matricial em uma metrópole brasileira no final da primeira década do século XXI. Essa pessoa devolveu o projeto de pesquisa ao órgão financiador pela seguinte razão: não havia esse arranjo organizacional no sistema de saúde local, do mesmo modo como não havia equipes de referência, apenas UBS desarticuladas do conjunto da rede de atenção em saúde, que era, basicamente, hospitalocêntrica. Você vai discutir matriciamento sem fazer acompanhamento? Então, para pensar no papel do matriciamento é necessária a articulação com o papel de referência.

Outra questão a ser destacada são os desafios para a realização do matriciamento. Muitas vezes, o apoio de um matriciador não será encontrado no setor saúde, pois para atendermos determinadas situações, precisamos do auxílio da assistência social, da educação ou da justiça, como, por exemplo, na questão das drogas. O tratamento, puro e simplesmente, pode ser uma das modalidades de cuidado para uma pessoa em uso nocivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas,

mas, certamente, não é a única e nem a principal ação no cuidado continuado. Assim, um dos desafios que se colocam para o matriciamento é de não se tornar uma especialidade, pois poderia ficar necessariamente e inarredavelmente articulado com a ideia de referência.

Em relação ao matriciamento em saúde mental, temos a consolidação da equipe no lugar de quem oferta “suporte técnico-pedagógico” (Chiaverini et al, 2011, p. 14) e não de quem o solicita. Isso possui relação com a instalação dos NASF, já que entre os “aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por áreas estratégicas especificadas” está a saúde mental (Brasil, 2010, p. 22). Já na proposta original de Campos (1999), a mesma equipe pode ocupar a função de referência para um dado conjunto de usuários adscritos a um território quanto de apoio matricial especializado para um conjunto de profissionais e/ou usuários deste ou de outro território: “Um outro trabalhador que, além de funcionar como referência, trabalhasse também com uma oficina para reabilitação ocupacional. Esta atividade em grupo, na oficina, seria ofertada de forma matricial, ou seja, ele receberia pacientes encaminhados por outras referências...” (Campos, 1999, p. 398). As necessidades de receber orientação de outros especialistas e saberes por parte dos trabalhadores de CAPS, do mesmo modo como a oferta desta orientação, estão contempladas na proposta original de articulação entre equipes de referência e apoio matricial especializado, mas não me parece que estejam no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini et al, 2011), como se a função de apoio ao trabalhador tivesse se autonomizado da função apoio ao usuário, ou o papel de ensino *da* clínica se tornasse paulatinamente independente da aprendizagem *na* clínica. O mesmo podemos dizer na relação do matriciamento com a referência.

No referido Guia, já não se fala de “apoio matricial especializado” nem de “apoio matricial”, mas de matriciamento em saúde mental. Em suma, quando esse Guia é publicado, o matriciamento em saúde mental já é algo específico, já não se trata mais de qualquer matriciamento. O matriciamento em saúde mental se torna algo ligado à Atenção Básica, não necessariamente a outro componente da Rede de Atenção em Saúde, como as Urgências e Emergências.

É nesse sentido que falar de matriciamento em saúde mental é quase pressupor um trabalho conjunto com a Atenção Básica, como se necessariamente você tivesse que estar envolvido, de alguma forma, com a ESF para ser considerado um matriciador. Nada mais distante da proposta original de apoio matricial especializado, em diferentes tipos de estabelecimentos e bi-direcional (o mesmo trabalhador que ensina também aprende):

Em um hospital-dia, ou em um centro de saúde mental, ou em unidade de reabilitação, ou em um ambulatório de especialidades, organizar-se-iam equipes de referência multiprofissionais com dois, três ou mais profissionais. (...) Também nestas unidades se utilizaria o apoio matricial. Assim, em um centro de reabilitação o atendimento clínico poderia ser oferecido sob a forma matricial a várias equipes que dele necessitassem. Em um centro de saúde mental, uma oficina cultural poderia ser oferecida como atividade matricial a ser indicada pelas equipes de referência para aqueles usuários que se beneficiassem e se interessassem pelo tipo de oferta em questão (Campos, 1999, p. 396).

Muita coisa aconteceu entre 1999 e 2011. Dessa forma, estou contando para vocês um pouco do que foi se tornando o apoio matricial, ou seja, uma espécie de genealogia do matriciamento, seu conceito e também os usos e significados que o mesmo foi assumindo ao longo do tempo. O matriciamento cada vez mais é sinônimo de articulação com a Atenção Básica, ainda que originalmente o apoio matricial especializado não necessariamente precisaria dizer respeito a uma relação entre CAPS e UBS, mas a uma relação de cooperação entre qualquer serviço e/ou profissional de uma rede de atenção em saúde, desde que tivesse como objetivo garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Outras mudanças aconteceram no próprio campo da saúde mental, como, por exemplo, a emergência da expressão “CAPS como ordenador da rede” no cotidiano das redes de atenção em saúde mental após a promulgação da Lei Antimanicomial,

a Lei 10.216/2001, sendo que nem nesta e nem na Portaria 336/2002, que institui os tipos de CAPS no território nacional, é utilizado o termo “ordenador” para se referir às funções do CAPS. Outro exemplo é o surgimento da expressão “CAPS transtorno” para se referir aos CAPS que não são nem CAPSad nem CAPSi, ou seja, adjetivaram os CAPS que não são especializados em nenhuma população específica ainda que esse adjetivo também não conste na Portaria 336/2002. Essas mudanças no campo da saúde mental remetem aos valores e crenças vigentes no cotidiano dos serviços e podem nos ajudar a compreender porque a perspectiva de equipe de referência articulada ao apoio matricial especializado se desdobrou paulatinamente em um conjunto de técnicos de referência e matriciadores nos CAPS.

Referências bibliográficas

- BRASIL. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.
- CAMPOS, G. Equipe de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2), 1999, p. 393-403.
- _____ & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 2007, p. 399-407.
- CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALESTER, D.; TOFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. (Orgs.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- HENRY, C. Brazil: two experiences with psychiatric deinstitutionalization, Campinas and Sobral. In: COHEN, A. *Innovative mental health programs in Latin America and Caribbean*. WHO, 2008, p. 33-43.
- MIRANDA, L. & CAMPOS, R. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 2008, p. 907-913.

TÓFOLI, L. & FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*, 6 (2), 2007, p. 34-42.

SILVA, M. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Vivência*, nº 32, 2007, p. 207-223.

_____. O Campo da Saúde Mental no Estado do Ceará: saúde, educação e cultura em articulação. In: MELO, W.; LOPES, F. M.; MARCHIORI, M. T.; MARTINS, A. G.; MATOS, D. R.; SILVEIRA, M. A.; MOREIRA, N. Q.; OLIVEIRA, P. F. (Orgs.). *Quando acabar o maluco sou eu*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2010, p. 33-44.



Psicología Comunitaria. Definición y Bases Teóricas: comunidad, desarrollo humano y empoderamiento¹

Alipio Sánchez Vidal

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Para elaborar una concepción integradora de la Psicología Comunitaria (PC) en base a las diversas propuestas existentes sigo los siguientes pasos: 1) examino varias definiciones del campo destilando a partir de ahí un concepto básico o nuclear; 2) sugiero algunas diferencias entre dos concepciones de lo comunitario (que llamo Norte y Sur) dominantes y dos formas (intervención y desarrollo procesal) asociadas; 3) amplío el concepto básico y hago explícitos los componentes teóricos y operativos (método o estilo interventivo) del campo. La segunda parte del artículo complementa la definición de la PC describiendo sus tres bases conceptuales: la comunidad, el desarrollo humano y el empoderamiento. Mi libro (Sánchez Vidal, 2007) da una versión ampliada de este escrito a la vez que detalla las bases operativas (evaluación e intervención), el marco organizativo y los métodos del campo.

Algunas definiciones de la PC

El Cuadro 1 recoge (a partir del manual de 2007) las definiciones que algunos autores relevantes han dado (explícita o implícitamente) de la PC. No se trata de ofrecer un catálogo exhaustivo sino un abanico de visiones del campo que muestran, junto a una explicable variedad, no pocas convergencias y elementos comunes.

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no III Ciclo de Intercâmbio Internacional do Mestrado de Psicologia da UFSJ, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), no dia 29 de setembro de 2011.

Cuadro 1. Definiciones de Psicología Comunitaria

Autor	Definición
Bloom (1984)	Campo conceptual y académico centrado en el análisis y modificación de los sistemas sociales y en el manejo de las cuestiones sociales desde la Psicología
Rappaport (1977)	Busca el bienestar de las distintas subcomunidades sociales por medio del desarrollo de recursos humanos, la acción política y la aplicación de la ciencia social
Newbrough (1973)	Campo que intenta integrar el conocimiento de distintas áreas de la Psicología y otras disciplinas para desarrollar una teoría general y unificada de la conducta humana
Goodstein y Sandler (1978)	Intervención en los sistemas sociales que controlan la desviación y realizan el apoyo social, humanizándolos, denunciando sus fallos y creando alternativas en que el psicólogo asume el papel de crítico del sistema y agente de cambio social
Montero (1989)	Estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que de los individuos sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios ambientales y en la estructura social
Gois (1993)	Área de la Psicología Social que estudia la actividad psíquica resultante de la forma de vida de la comunidad, las relaciones y representaciones, identidad, conciencia y pertenencia de los individuos; busca desarrollar la conciencia de esos como sujetos históricos y comunitarios a través de un esfuerzo multidisciplinar de organización y desarrollo de los grupos y la comunidad

Definición nuclear

¿Se pueden condensar el conjunto de propuestas y enfoques del campo (del que el cuadro anterior es muestra) en una definición básica que recoja su esencia? Creo que sí: la siguiente definición recoge las notas esenciales de la PC que se amplían y explican a continuación.

La Psicología Comunitaria es un campo práctico-teórico que busca la mejora global y equilibrada de las personas (desarrollo humano integral) de las personas a través del cambio “desde abajo” (gestionado por los propios sujetos) que partiendo de la comunidad territorial y psicosocial genera poder personal, y en que el psicólogo desempeña un papel indirecto de catalizador de esfuerzos o activador social.

La definición especifica los cuatro elementos básicos de toda forma de acción psicológica o social: objetivo perseguido, proceso seguido y metodología usada para alcanzarlo, punto de partida (o realidad socio-psicológica inicial) y papel del interventor psicológico en el proceso. Y los describe con la suficiente generalidad conceptual y simplicidad lingüística como para ser compatibles con muchos de los enfoques o modelos comunitarios existentes que, de alguna manera, concretarían las distintas visiones de cada elemento y de la PC en conjunto. Hay que añadir un quinto aspecto, la base teórica e investigadora que, aunque no es parte de la definición (por su escasa relevancia real en la PC), es útil en la comparación.

Objetivo: mejora de las personas, desarrollo humano integral. A diferencia de otras formas de actuación psicológica empeñadas en resolver déficits o problemas, se coincide en asignar a la PC metas positivas, de mejora de las personas como tales personas y no sólo en alguno de sus aspectos (como la salud mental) o desempeños sociales parciales. Es decir, se busca una mejora totalizadora y equilibrada (integral) que puede resumirse en el desarrollo humano integral.

Metodología y proceso interventivo: cambio autogestionado, o “desde abajo” en que los sujetos afectados por los problemas o temas a tratar son protagonistas (o, al menos, co-protagonistas) que

se embarcan activamente en *su propio* proceso de cambio. Este tipo de cambio se suele definir por oposición tanto al cambio psicológico individual como al cambio social planificado – “desde arriba” – en que los afectados son sólo objeto del cambio, no sujetos de él. En la PC los afectados/interesados son, además de objeto de cambio, sujetos (más o menos activos) de ese cambio. Lo que implica, además de la cualidad de *agentes* (no *pacientes*) con capacidad de *activación* social que ayuda a hacer efectiva el psicólogo comunitario, que su *participación* en los cambios es característica metodológica central de la intervención. Y, también, que la adquisición de poder personal (*empoderamiento* para unos, fortalecimiento para otros), lograda mediante la relación con otros y la participación en empresas colectivas, es un objetivo intermedio nuclear.

Base social: la comunidad territorial o psicosocial. La actuación tiene como punto de partida –y con frecuencia se centra en– la comunidad local o la comunidad simbólica, los vínculos psicosociales y los elementos socio-culturales compartidos. Es importante tener también en cuenta la *problemática* característica y la *sociedad* que forman, respectivamente, el objeto inicial de trabajo y el contexto global (que incluye la comunidad simbólica) de la acción comunitaria.

Papel interventivo. Existe un amplio acuerdo en que el psicólogo no debe limitarse a prestar directamente servicios –de salud mental o de otro tipo– sino que ha de asumir un papel indirecto de fermento *dinamizador* o *activador social* que cataliza el cambio sin protagonizarlo. No puede ser de otro modo si se asume que el objetivo de mejora personal o comunitaria debe ser alcanzado en un proceso protagonizado o autogestionado por la propia comunidad.

Base conceptual y teórica preferida para comprender y explicar los fenómenos de interés así como el *método de investigación* usado para acumular el conocimiento explicativo o comprensivo.

Diferencias Norte-Sur

Existen, sin embargo, algunas diferencias relevantes (a veces exageradas por el afán de autonomía y de distinguirse de los otros) entre las corrientes principales de la PC desarrolladas en los Estados Unidos

de América (EUA) y en América Latina en los 5 aspectos básicos de la acción psicológica o social. Sin ignorar que la práctica comunitaria real es plural en los distintos ámbitos comunitarios –coexistiendo siempre líneas diversas que desafían la descripción homogénea y simplificadora– y que está sometida a dinámicas históricas y sociales específicas, merece la pena explicitar algunas de esas diferencias reconociendo el riesgo de esquematismo y homogeneización que se corre con toda generalización simplista. Llamaré PC del Norte y del Sur a las dos tendencias identificadas.

Objetivo. Mientras que en las sociedades ricas y de tradición democrática, el cambio social radical ha desaparecido prácticamente del ideario comunitario, en una parte de la PC latinoamericana aun pervive concretándose en el logro de una sociedad más justa, capaz de satisfacer las necesidades básicas de todos y de superar las situaciones de explotación, dependencia y colonialismo en que la comunidad jugaría el papel de sujeto transformador. La PC del Norte tiende a marcarse objetivos más delimitados (pero quizá más realizables y cercanos a lo psicológico) como la calidad de vida, el empoderamiento de personas y comunidades o la humanización de los servicios psicosociales. Naturalmente que a esta dicotomía subyacen interrogantes respecto del papel de las utopías e ideales en cualquier práctica socio-profesional y la viabilidad (y carácter psicológico) de los cambios pretendidos. Por ejemplo: ¿tienen la técnica o práctica psicosocial que es la PC los medios para lograr los objetivos asumidos o se limitan éstos a ser meras utopías retóricas?

Método de actuación. Siendo la participación el eje central de todas las variantes comunitarias, la PC del Sur tiende a acentuar la autogestión comunitaria, el compromiso social (y político) del psicólogo, el proceso más que los resultados y el modelo investigación-acción como forma dominante de comprensión y abordaje de los cambios. La PC del Norte tiene un cariz más técnico ligado globalmente al cambio social planificado y participativo (que es cada vez más frecuente, sin embargo, en la práctica latinoamericana) con énfasis en la evaluación de resultados y en la abogacía social, la organización colectiva y la ampliación de destrezas (una forma de empoderamiento, sin duda) como enfoques concretos. A reiterar que, aunque a veces hay

diferencias metodológicas notables, a menudo las diferencias alegadas son más cuestión de cantidad que de cualidad (de la participación y protagonismo de la comunidad) y tienen más que ver con la retórica usada para presentar y justificar las acciones que con el contenido real de estas.

Base social: En el Sur la comunidad social es aun fuerte, preocupan primordialmente los problemas sociales “preindustriales” (ligados a necesidades humanas básicas como la alimentación, la vivienda, la educación y salud) como la pobreza, la desigualdad extrema o la falta de seguridad básica, así como la carencia de un Estado de bienestar razonable o la prevalencia condiciones sociales como el populismo y la corrupción. Las sociedades “norteñas” están en general mucho más fragmentadas, siendo más individualista organizándose en torno a intereses, dotándose de Estados del bienestar (en Europa, al menos) que funcionan como colchón social frente a la adversidad y, que, satisfechas para la mayoría las necesidades básicas, se preocupan sobre todo de los problemas “industriales” típicos como la desintegración social, la anomia y la masificación, el fracaso escolar o las drogas.

El *papel* del psicólogo comunitario tiene una mayor carga social y política en el Sur (visto como un agente de cambio socialmente comprometido) y siendo más técnico en el Norte que lo ve como un dinamizador o mediador (entre grupos o entre el poder político y la comunidad) en posesión de destrezas de evaluación e intervención identificables que garantizan la eficacia de las acciones.

La *base teórica y metodología* investigadora también presenta diferencias –con frecuencia de grado no de cualidad– siendo en su conjunto más comprensivista, global (de forma que la Psicología aparece con frecuencia mezclada con otros campos sociales o filosóficos) y ligada a investigación-acción en el Sur; y más analítica, microscópica y empírica en el Norte. Y, de nuevo, estas afirmaciones sumarias, admiten numerosísimas excepciones y mezclas que desafían generalizaciones tajantes y totalizadoras.

Concepto sintético de Psicología Comunitaria: intervención y desarrollo procesal

Tras examinar las diferencias internas –variantes Norte-Sur–, se puede dar una definición más amplia (en el aspecto teórico sobre todo)

y acorde (en cuanto al tipo de problemática, sobre todo) con la variante norteña antes aludida.

La Psicología Comunitaria es un campo emergente de actuación e investigación del comportamiento humano en sus contextos sociales inmediatos, comunitarios. Como forma de intervención se ocupa, en lo negativo, de la prevención de (y atención globalizada a) los problemas psicológicos con raíces sociales (drogas, exclusión, desintegración social, violencia doméstica y pública, trastorno mental, fracaso escolar, delincuencia juvenil etc.) y, en lo positivo, de promover el desarrollo humano integral. Todo ello desde la participación de los afectados como sujetos activos (agentes) de la acción psicológica. Como área de estudio se interesa por la dimensión comunitaria de la conducta humana: el desarrollo humano y sus determinantes, el poder personal, el sentimiento de comunidad y el cambio social participativo.

A partir de lo escrito podemos identificar dos concepciones complementarias de lo comunitario que subyacen a las distintas visiones y a la polaridad Norte-Sur y que podemos identificar, *grosso modo*, con una intervención psicosocial orientada a la resolución de problemas y el logro de resultados y un proceso de trabajo, más centrado en la relación y dinámica “interna” que en los resultados finales. Naturalmente, se trata de tipos o conceptos polares que sólo existen como diferentes en sus formas extremas pero que coexisten en grados variables en la mayoría de acciones comunitarias en que suele convivir la importancia atribuida a los resultados con la que se da al proceso para lograrlos.

La PC como intervención psicosocial. El punto de partida es aquí una acción externa (intervención) en que el psicólogo intenta conseguir, junto a otros, un cambio social, no individual, realizado “desde abajo” con *participación* de la gente que, por ser sujeto –no sólo objeto– del *cambio*, llamo *psicosocial*. Los objetivos últimos de ese cambio son el desarrollo humano integral y la prevención de los *problemas* que por ser, de alguna manera, a la vez psicológicos (afectan a personas) y

sociales (afectan a muchas personas y tienen determinantes en parte sociales) llamo *psicosociales*. Este enfoque suele seguir los pasos típicos del cambio planificado –a la vez que participativo–, en que el proceso establece unos medios técnicos y estratégicos eficaces para conseguir los objetivos establecidos conjuntamente con la comunidad. Es más realista en términos de describir lo que hacen la mayoría de trabajadores comunitarios permitiendo definir con mayor claridad el papel de cada parte (sobre todo el del psicólogo) pero siendo vulnerable a una contradicción entre lo interventivo (desde arriba y desde afuera) y lo comunitario (desde dentro y desde abajo) que admite, sin embargo, soluciones (Sánchez Vidal, 2007).

La PC como proceso. Aquí no importan tanto los resultados de la acción (ni la acción misma) como el proceso a través del que se logran esos resultados, la relación establecida y el aprendizaje y crecimiento de las personas implicadas. En vez de asumirse una acción profesional externa, se trata de que el psicólogo apoye los deseos de cambio y la autogestión de la comunidad que es centro de la acción (en detrimento del psicólogo cuyo papel queda desdibujado, sino subordinado, al de aquélla). Se suele sobreentender que la meta es aquí el desarrollo de la comunidad en su conjunto que se lograra alimentando o catalizando las dinámicas de cambio ya existentes en ella o buscando generarlas o activarlas cuando están latentes. Ya se ve que este enfoque más “purista” resalta aspectos comunitarios clave (el *proceso* de acción y aprendizaje, frente a los meros resultados y la autonomía y papel central de la comunidad) de la acción comunitaria; tiene, por otro lado, unas asunciones y exigencias a menudo ausentes de las realidades comunitarias.

Habrán situaciones y condiciones en que el enfoque procesal sea más apropiado y fructífero, mientras que en otras el interventivo puede resultar más indicado y eficaz. Y, a menudo, se podrán combinar ambos enfoques buscando la colaboración igualitaria entre la comunidad y el psicólogo (o equipo de que sea parte) sin imposiciones externas pero intentando a la vez perfilar el papel del psicólogo comunitario.

Ingredientes y características básicas de la acción comunitaria

Para ayudar a entender mejor la PC explico ahora los conceptos y principios teóricos y operativos básicos de campo que aparecen resumidos en el Cuadro 2.

Comunidad personal. Como psicología que es, a la PC le interesan las personas, pero no en lo que tienen de único, individual o diferente, sino en lo que les es común o *compartido*, comunitario, tanto en la vertiente negativa o problemática (sentimientos de impotencia, marginación, pobreza etc.) como en la positiva (deseo de mejorar, solidaridad y relaciones, intereses compartidos, cultura, espacios sociales comunes etc.). Frente al pertinaz individualismo que empapa la psicología tradicional, la PC reafirma los espacios de encuentro y coincidencia, no los de separación e individualidad, de las personas. Los elementos compartidos, la comunidad personal, serán, en consecuencia el punto de partida de la intervención comunitaria que será tanto más viable y promisorio cuantas más cosas (simbólicas y materiales) compartan –o estén dispuestas a compartir– las personas.

Comportamiento: personas-entornos sociales inmediatos. No nos interesa la conducta humana *per se* (en relación a determinantes internos, psicológicos), ni tampoco los sistemas o sociales como tales (como agregados despersonalizados), sino *el comportamiento humano en relación a* esos sistemas o agrupaciones sociales de que las personas son a la vez parte y actor: instituciones sociales, organizaciones funcionales, grupos de amigos e iguales, equipos de trabajo, asociaciones voluntarias etc. Específicamente nos interesa la interacción de las personas con las comunidades, entendidas como contextos sociales inmediatos a ellas en un triple sentido: territorial (comunidad local), afectivo (comunidad psicológica) y socio-cultural (redes relacionales y de adscripción cultural). Concebimos simplifadamente la *comunidad* como un *tejido de relaciones e interdependencias* personales y *no* como un simple “contexto” social. Y entendemos la relación personas-comunidad como posibilidad de interacción mutua, aunque asimétrica: las personas constituyen las comunidades de que acaban siendo –o no– parte y son constituidas por esas y por sus cualidades y dinámicas globales. Y por supuesto, como en toda psicología social, la interacción incluye dimensiones de

acuerdo e integración, pero también de *conflicto* persona-comunidad y entre personas y grupos intermedios. Y nos interesa, sobre todo, cómo se puede cambiar la relación –incluyendo los dos términos, personas y contextos, que se relacionan– para ayudar a prevenir problemas o ayudar al desarrollo de las personas y las comunidades.

Los temas o *asuntos* de interés centrales de la PC son, por tanto: el *cambio social “desde abajo”* (cambio social *participativo* o, como lo he llamado, psicosocial) y el *desarrollo humano integral*. Simplificando: el cambio social es la parte comunitaria o social de la PC, el desarrollo humano, la psicológica y la participación es el puente psicosocial (uno de los puentes, mejor) entre ambos. Otros asuntos y procesos de interés teórico e interventivo son: la intervención social, la dinamización o *activación* social, la participación, el *desarrollo comunitario*, el *empoderamiento* (el poder personal) y el poder social y los *problemas sociales*.

El *fin* de la PC es, entonces, *promover racionalmente el cambio social participativo para conseguir el desarrollo humano integral*. Enriquecimiento personal, potenciación o capacitación de las personas, “producción” de seres humanos más saludables, o de “sujetos históricos” conscientes, son otras propuestas de metas alternativas al desarrollo humano. También podemos pensar que la PC persigue aportar medios y alternativas sociales para que la gente (situada en cualquier punto del continuo disfunción-funcionamiento pleno) pueda *controlar* –o ser dueña de *su propia vida*, eligiendo qué hacer de ella; que trata de añadir, en pocas palabras, “*grados de libertad*” social a la *auto-determinación* de las personas.

Proceso: participación, agencia de los sujetos. Independientemente de la meta perseguida (*qué* se busca) en PC es fundamental el *cómo* se busca, el proceso seguido y la metodología usada para alcanzar esa meta. Que la comunidad sea parte activa de los cambios, implica reconocer a personas y colectivos el carácter de sujetos agentes. Aunque participación y agencia son características distintivas de la PC en general, tienen un mayor peso y centralidad en las opciones procesales que subrayan la autogestión colectiva y la “*toma*” de conciencia de la situación y de las propias capacidades de cambio, en detrimento de otros aspectos como la técnica y el papel del interventor profesional.

Asumir la cualidad de sujetos *agentes* (no meros receptores pasivos) de las personas implica, por un lado, reconocerles una capacidad potencial de *activación* social –de llegar a ser socialmente activos– que el psicólogo comunitario ayuda a hacer efectiva, y, por otro, que la participación es un ingrediente imprescindible de la metodología interventiva.

Papel básico: activador social (mediador, educador, consultor...). Si la activación psicosocial es un contenido importante de la actuación comunitaria, dinamizar, concienciar o activar serán funciones medulares en ella. Esas funciones son indicadas en situaciones de pasividad o impotencia frecuentes en PC y definen el papel psicológico básico de activador, dinamizador u organizador social. Sin embargo, y según las demandas de la situación, otras funciones pueden ser igualmente precisas y definitorias del papel psicológico-comunitario que no es unidimensional ni homogéneo. En situaciones de conflicto el papel central no será activador, sino, al contrario, desactivador y mediador; en muchos otros casos puede ser indicado hacer de educador, analista y evaluador, consultor, abogado social, organizador o agente partidistas o, muchas veces, habrá que combinar varias de esas funciones.

Cuadro 2. Psicología Comunitaria: Características analíticas e interventivas

1. *Común*-compartido no individual-único
2. *Comportamiento* humano en *relación* a contextos sociales próximos:
 - comunidades* 
3. Temas básicos 
 - cambio social participativo
 - desarrollo humano* integral
4. *Fin*: Promover racionalmente el cambio social participativo para lograr desarrollo humano

El enfoque o “estilo” interventivo comunitario

Se suele decir que es la forma de actuar (o estilo interventivo) lo que realmente distingue y define la PC, hasta el punto de que las concepciones más *procesales* definen el campo casi exclusivamente por la forma de abordar los temas despreciando, en cambio, los contenidos teóricos y habilidades prácticas incluidas en la acción comunitaria. Es evidente que, por importante que sea la forma de trabajar a partir de unos valores, será por sí sola insuficiente para generar cambios reales que suelen exigir, además, técnicas y conocimientos apropiados. Resalto ahora nueve puntos (recogidos en el Cuadro 3) centrales de la forma de actuación comunitaria acentuando sus derivaciones e implicaciones prácticas para el psicólogo comunitario.

Colectivos y comunidades no individuos. La intervención comunitaria, no se dirige a los individuos, sino a 2 blancos diferenciados: *comunidades*, como unidades sociales “totales” (contienen toda la gama de fenómenos y actores sociales) dónde se pueden llevar a cabo actuaciones integrales territorializadas e integradas; *colectivos sociales* que, aunque no forman una verdadera comunidad, comparten ciertas características positivas y problemas (mayores, drogadictos, pobres, parados etc.). Y, a diferencia de la actuación psicológica individualizada, la acción debe centrarse en dos tipos de aspectos psicosociales. Uno, los *elementos* positivos o negativos *compartidos* por las personas: intereses, valores, afectos, formas de ver las cosas, problemas, sufrimiento, deseos de cambio y mejora etc. Dos, la interacción y *relaciones*, existentes o potenciales, entre las personas y los grupos.

En principio, cuanto más compartan las personas y más intensas sean las relaciones entre ellas (es decir cuanto más densa sea la trama comunitaria) más viable y “fácil” será la intervención comunitaria. Si, por el contrario, apenas existen elementos compartidos y relaciones entre las personas y grupos, la intervención se dirigirá a desarrollar unos y otros creando espacios de convivencia y acción social comunes y aceptados por unos y otros.

Integralidad e integración, no especialización y parcialidad. El trabajo comunitario es:

- *Integral*: abarcando los distintos aspectos (económicos, sociales,

psicológicos etc.) de los problemas y fenómenos en que se interviene. Esto exige una intervención *multidisciplinar* en que colaboren armónicamente los profesionales que se ocupan de cada aspecto relevante del asunto tratado y una coordinación de servicios dentro de una intervención globalizada.

- *Integrador*: buscando soluciones *globales* que incrementen el sentimiento de pertenencia y no soluciones individuales que llevan a la exclusión o estigmatización de algunos considerados, diferentes, incapaces o inadaptados. Se buscan pues acciones que, en línea con las características de la PC: 1) consideren a las *personas* no aisladas, sino *en sus contextos sociales*; 2) traten de mantener o incrementar la *comunidad* de las personas con que se trabaja y la *interrelación* personas-contextos.

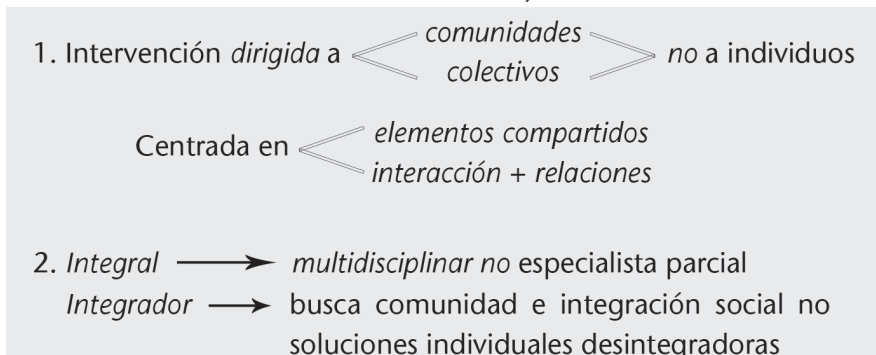
Recursos y capacidades, no sólo problemas y necesidades. Asumimos que personas, colectivos y comunidades tienen recursos, unos actuales, presentes, otros potenciales. La misión del interventor comunitario es, en consecuencia, usar los recursos existentes y activar o ayudar a desarrollar los potenciales, ayudando al desarrollo de la gente y la comunidad. El problema de la clínica y los enfoques deficitarios es que *sólo* asumen déficits y necesidades, olvidando las capacidades personales y recursos colectivos. Recursos personales y sociales son: el interés por el asunto, el deseo de mejorar o ayudar al otro, el nivel educativo, la riqueza económica y ecológica, las capacidades afectivas y relacionales, las habilidades sociales etc. Recursos sociales básicos son, no se olvide, la *motivación* e interés por el asunto tratado y la *solidaridad social*. Asociaciones, grupos de interés, plataformas reivindicativas, redes relacionales y sociales, instituciones funcionales, clubes deportivos o recreativos y peñas son algunos de los soportes y recursos sociales. El *enfoque positivo* y la asunción de recursos se traducen en tres dos orientaciones a la hora de actuar.


- La intervención debe *comenzar por los recursos existentes, apoyándolos y fortaleciéndolos*. El psicólogo comunitario se preguntará: ¿quién (asociación, grupo, institución etc.) está trabajando en el asunto X de interés en esta comunidad? ¿cómo puedo ayudarle o potenciar lo que está haciendo o qué necesita para hacerlo mejor?
- El interventor no puede limitarse a diagnosticar problemas o clasificar

personas y grupos, sino que ha de *ofrecer soluciones y aportar recursos técnicos* (apoyo, evaluación, información, formación, coordinación, activación o mediación etc.) que los “ayudadores” o agentes de cambio “naturales” o la gente directamente puedan usar para resolver problemas o hacer realidad sus objetivos colectivos.

Maximizar la participación y el *protagonismo de la comunidad* en todas las fases del proceso de intervención, sobre todo al definir los problemas prioritarios y al establecer los objetivos y las acciones de la intervención. Como se ha señalado, la participación traduce operativamente el mandato genérico de tratar a las personas como sujetos agentes y capaces y se deriva de la asunción anterior: la gente tiene capacidades para identificar sus propios problemas y metas vitales y, con ayuda externa, para resolver los unos y alcanzar los otros. En la medida en que la asunción de recursos se corresponda en cada caso con la realidad, la participación será eficaz y útil. Si, en cambio, olvidamos los recursos pensando que la gente sólo tiene problemas que solo el profesional sabe resolver, estaremos reproduciendo un esquema “asistencialista” de intervención que, aunque sea eficaz, no permitirá nunca el desarrollo y empoderamiento de la gente. La participación, protagonismo y autogestión de la comunidad son, pues, “vehículos” básicos del *desarrollo humano* en nivel macrosocial. Si, por otro lado, se asumen recursos o potencialidades que no existen, la participación –y la intervención– puede resultar un fiasco: es ingenuo pensar que la participación de la gente va a solventar por sí sola, y sin aportación de otros elementos técnicos y sociales, los conflictos o necesidades presentes.

Cuadro 3. El método de trabajo comunitario



3. *Positivo de recursos* Personas y comunidades *tienen* recursos
Intervención *comienza* (*fomenta*) recursos existentes
Interventor aporta recursos soluciones no sólo diagnóstica problemas
4. *Maxima participación y protagonismo de la comunidad*  base del desarrollo humano
5. *Relación más igualitaria* *Proceso* → interventor *facilita* iniciativa destinatario
Base desarrollo humano
Redistribuyen poder (interventor → comunidad)
Redefinen rol interventor + comunidad
6. *Empatía socio-cultural* (empatía psicológica + experiencia social)
Uso de *mediadores y agentes de cambio "naturales"*
(*acercamiento* socio-cultural a la comunidad + *desprofesionalización* ayuda/cambio social)
7. Proactividad (prevención), cercanía territorial comunidad, flexibilidad metodológica
(multimétodos) y optimización (coordinación e integración) de recursos de ayuda
8. Evaluación + actuación global y contextualizada según cada comunidad concreta
9. Perspectiva temporal largo plazo
Flexibilidad temporal (objetivos a corto + medio + largo plazo)

Relación igualitaria y cambio de papel. La condición de que la gente, que tiene recursos y capacidades, sea parte activa del cambio, va contracorriente de la relación profesional clásica, distante, prescriptiva, de arriba abajo. Necesitamos otro tipo de relación: o bien el psicólogo se pone al servicio de la comunidad –relación de “abajo arriba”– o bien ambos, psicólogo y comunidad, colaboran en pie de igualdad. Dando por sentado que el psicólogo trabaja para la comunidad, entiendo que la primera postura relacional es indeseable como pauta generalizada: el psicólogo *no* debe convertirse en un mero *medio para los fines de la comunidad* (como tampoco debe tratar de convertir a la comunidad en un objeto de su acción profesional), pues haciéndolo renuncia a su condición de sujeto y “disuelve” su entidad ética y, en parte, técnica. La posición más correcta sería, entonces colaboración igualitaria que tampoco está exenta de dificultades: la colaboración se da entre iguales y las dos partes (comunidad e interventor) son desiguales en términos de saber, poder y posición social. Ese cambio de postura relacional tiene 4 implicaciones prácticas.

- Supone una voluntad de iniciar un proceso de colaboración entre las dos partes en que el psicólogo renuncia al poder y prestigio social que de entrada se le supone para trabajar con la comunidad, sin perder su condición de psicólogo, facilitando, al mismo tiempo, consciente y activamente la iniciativa y actuación de la gente.
- Es fundamental, para *promover*, en el nivel psicosocial, el *desarrollo humano* al posibilitar la expansión, crecimiento –no restringido por paternalismos o dependencias relacionales– y experimentación activa de las personas y grupos comunitarios que harán, en consecuencia, atribuciones causales internas de los efectos de las acciones.
- Supone una *redistribución de poder* en el nivel micro: el interventor lo cede y la gente lo gana. Ambos procesos pueden, sin embargo, generar resistencias: a perder poder y estatus social y a redefinir su papel preponderante en el experto; a salir de cómoda postura de pasividad y dependencia para moverse y asumir responsabilidades en los grupos comunitarios.
- Exige una *redefinición del papel profesional* que, como se ha dicho, pasa a ser más difuso, menos directamente técnico y más social,

incluyendo funciones más socio-políticas de colaboración en los cambios sociales, no de mera ayuda psicológica. A eso hay que unir la redefinición requerida por el trabajo multidisciplinar que limita y expande, a la vez, el cometido profesional.

Empatía socio-cultural y *desprofesionalización de la ayuda*. No basta el acercamiento geográfico a la comunidad, trabajar *en* la comunidad. Dado que, a diferencia de otras formas de actuación, posición social y cultura del interventor comunitario pueden diferir notablemente de las de la sus “clientes”, es también preciso un *acercamiento* social y cultural –en valores, significados y visiones de la realidad– a la comunidad o colectivo con que se trabaja. Lo cual *evitará*, por otro lado, que inadvertidamente *impongamos* a los otros nuestros propios puntos de vista, valores y soluciones. Aclaremos, no es que la proximidad socio-cultural vaya a resolver por sí sola los problemas objetivos existentes, es sólo un *prerequisito* para establecer una relación que permita “entrar” en la comunidad y comenzar a dialogar con la gente. Este acercamiento se puede hacer por dos vías –una interna, externa la otra– complementarias.

- La *empatía socio-cultural* que permita al interventor acercarse a la forma de vivir y ver la realidad de la comunidad. A la capacidad de sentir con el otro (empatía psicológica) se ha de unir aquí, la *experiencia* psicosocial –adquirida a través de prácticas o estancias en la comunidad– con los asuntos de interés y forma específica en que la gente los percibe y afronta. Las “prácticas” serían, así, esenciales para la formación integral del psicólogo comunitario.
- *Mediadores* y *agentes de cambio locales*. Cuando las diferencias sociales o culturales son muy grandes (trabajo con comunidades indígenas, emigrantes, gitanos, grupos muy marginados etc.), no basta con la empatía, necesitaremos la ayuda de mediadores cualificados que hagan de “puente” con la comunidad. Los mediadores pueden ser líderes locales, personas con una cierta formación que entienden los valores de clase media y cultura ilustrada típicos del interventor o personas con especiales cualidades psicológicas y sociales. Se puede también formar a *agentes* locales como interventores o dinamizadores reales, limitándose el profesional a facilitador y seguir el proceso como consultor externo.

Proactividad, cercanía a la comunidad, búsqueda, flexibilidad y optimización de recursos. El trabajo comunitario busca anticiparse a los problemas y conflictos atajando sus causas y buscando sus orígenes sociales, ambientales y psicológicos, en vez de limitarse a eliminar o revertir las consecuencias o efectos de esos conflictos o problemas. La adopción de un modelo activo y “de búsqueda” y el acercamiento territorial y socio-cultural a la comunidad son estrategias que facilitan mucho la prevención, al permitir el contacto directo con las dinámicas psicosociales comunitarias; el uso de indicadores sociales objetivos y los informes de los mediadores comunitarios formales o informales, también son de gran utilidad. La flexibilidad en el uso de métodos de evaluación e intervención –según las demandas situacionales– y la optimización e integración de recursos son, también, características propias del enfoque comunitario.

Globalidad y contextualización. La *evaluación* comunitaria debe ser global y contextual para entender los distintos aspectos de los asuntos comunitarios en su mutua conexión y en relación al contexto social inmediato. Y es que no sólo las personas son variables, sino también las comunidades, cuyas características, recursos y perspectiva social y cultural pueden diferir notablemente, por lo que el mismo fenómeno problemático o positivo puede adquirir significados diferentes en comunidades o contextos sociales distintos. Algo similar sucede con la *intervención*: no hay soluciones prefabricadas universalmente válidas; una estrategia que ha funcionado bien en una comunidad, puede fracasar en otra con parámetros contextuales o estratégicos (interés de la gente, recursos económicos, historia reciente, estructura social, sistemas de solidaridad etc.) distintos. Con frecuencia habrá que modificar los programas o las estrategias de acercamiento e intervención en función de la visión global obtenida mediante la evaluación inicial del contexto concreto.

Perspectiva procesal de largo plazo. El cambio social es mucho más lento y dificultoso que el cambio individual al que el psicólogo está acostumbrado. Es preferible, por tanto, adoptar una concepción procesal de largo plazo en que la intervención comunitaria sea vista más como un intento de *modificar* ciertos *procesos* sociales *en una dirección deseable*,

que como una acción específica que resolverá problemas o alcanzará específicas. No es, entendámonos, que los *objetivos* no son importantes, sino que importan más por *señalar orientaciones* y direcciones que guían los procesos socio-psicológicos que como metas a alcanzar a través de acciones seleccionadas. Es mejor, por tanto, que el interventor comunitario adopte una perspectiva temporal de largo plazo situando los objetivos en un continuo temporal (corto, medio y largo plazo) según la “profundidad”, dificultad o resistencia a ser modificados que presenten los asuntos de interés. Situaciones o temáticas en que, por ser particularmente resistentes al cambio, habremos de esperar progresos lentos y plazos de tiempo largos incluyen: los problemas con *raíces culturales* profundas –como el racismo o el cambio de roles de género– que, al ser interiorizadas en la socialización primera, resultan difícilmente reversibles en los adultos; los fenómenos que comportan *beneficios* psicológicos o sociales *secundarios* de los que la gente será reacia a desprenderse como la discriminación los privilegios sociales o distintas formas de dominación; procesos que conllevan un grado notable de disciplina o de *sacrificios* –económicos, de tiempo, de esfuerzo etc.– a largo plazo; cualquier modificación de la situación que suponga *cambios* profundos o repentinos *del papel* de los actores sociales, si el cambio en genera temor o ansiedad ante lo desconocido, podemos esperar que, cuanto más cambio de rol, más resistencias debemos esperar de la gente.

Ilustremos la globalidad y perspectiva temporal en el caso del maltrato de género, a mujeres. ¿Cómo se estructuraría temporalmente la intervención? Podemos considerar tres momentos. En el *corto* plazo, deberíamos crear refugios para acoger a las mujeres que están siendo maltratadas y garantizar su seguridad física y psicológica. A *medio* plazo, convendría establecer programas psicosociales –de “reinserción” social– para facilitar la vuelta a la comunidad de las maltratadas en base al apoyo psicosocial (recuperación de autoestima y relaciones sociales), jurídico (asesoría legal) y formación laborales, que prepare la búsqueda de trabajo. A *largo* plazo, deberíamos poner en marcha programas de sensibilización y educación en la escuela – para los niños y niñas– y en la comunidad, para los hombres y mujeres adultos, sobre el problema en sí y, sobre todo, sobre las actitudes –

machismo, sumisión etc.– asociadas. Es importante notar que para atajar el maltrato, no debemos elegir uno u otro componente: los tres componentes –y sus respectivos calendarios temporales– son necesarios; cualquiera de ellos por separado resultará insuficiente.

Acción comunitaria: esencia y significado

¿Cuáles son, en fin, los *ejes* de la acción comunitaria –psicológica (PC) o de otro tipo– y las tareas psicosociales relacionadas con ellos? Los siguientes (esquematizados en el Cuadro 4) y explicados a continuación. La parte baja de ese cuadro define tanto el papel que desempeñan en la PC la comunidad (ejes 1 y 2) así como el desarrollo humano y el enfoque de recursos asociado a él.

Cuadro 4. Los ejes de Intervención Comunitaria (IC) y Psicología Comunitaria (PC)

Eje	Significado/Contenido	Papel/objetivo IC/PC
1. Comunidad territorial	Localidad	Destinatario Mejorar + aumentar pertenencia
2. Comunidad psicosocial	Vinculos-interacción Elementos compartido/cultura	Objetivo Aumentar, potenciar
3. Desarrollo humano Recursos	Lo que podemos llegar a ser Potencial mejora personal + social Persona = sujeto activable agente	Referente analítico Objetivo básico Enfoque actuación
Psicología Comunitaria	Se hace en la comunidad (territorial) ----- 1 Para fomentar la comunidad psicosocial --2 el desarrollo humano ----- 3 Con un enfoque potenciador, de recursos -- 4	

- *La comunidad local*; destinatario y soporte *territorial* de la intervención comunitaria y de procesos y características –integralidad, recursos, participación y organización global y contextual que nacen de la comunidad geográfica o se organizan siguiendo su estructura territorial.
- La comunidad *psicosocial y cultural* punto de partida y de llegada, a la vez que objetivo fortalecer en la intervención comunitaria promoviendo relaciones, integración y recursos personales y sociales.
- *Desarrollo humano*, objetivo perseguido por la PC partiendo de los *recursos* humanos y sociales existentes y usando la participación y activación social y el establecimiento de relaciones más igualitarias como “métodos” micro-sociales.

El desarrollo humano es, pues, el referente utópico básico de la acción comunitaria, tal y como es aquí entendida: el despliegue de aquello que –como personas en relación y como miembros de una comunidad– *podemos llegar a ser*. Marca el concepto nuclear que la PC debe investigar y definir en la teoría y promover y ayudar a alcanzar en la práctica, orientando hacia él análisis y evaluación iniciales, de manera que, en un caso o situación nos haríamos tres preguntas básicas:

- ¿Cuál es *potencial* por desarrollar de estas *personas* o de esta *comunidad*?
- ¿Qué *obstáculos* impiden realizar ese potencial?
- ¿Cómo puede el psicólogo (o el equipo interventor en su conjunto) ayudar a *remover* esos obstáculos y *facilitar el desarrollo* de las *potencialidades* personales y comunitarias?

De forma que es en los factores y procesos que impiden que la gente llegue a ser todo lo que personal y socialmente podría ser, donde la acción comunitaria debería centrar su actuación inicialmente. Los problemas o conflictos (alcoholismo, privación económica, marginación social, conflicto etc.) presentes son sólo, para la PC, dificultades a desanudar o superar para estimular las capacidades y procesos conducentes al desarrollo. Así en un problema de alcoholismo, nos preguntaremos: ¿cómo es que personas en principio sanas y capaces están desperdiciando sus energías en la bebida, condenándose a una esclavitud del alcohol en lugar de relacionarse con los otros y dedicarse

a otras actividades personalmente más satisfactorias y socialmente más productivas?

En el caso del fracaso educativo y conflicto escolar en adolescentes, ¿cómo es que unos adolescentes, que en una sociedad moderna, pueden llegar a ser lo que se propongan despilfarran sus energías en agredir a otros, en vez de relacionarse positivamente con ellos, y en desentenderse de las actividades escolares que son el vehículo central de su desarrollo personal, profesional y social? ¿Qué falla en esa escuela o en sus programas y propuestas docentes? ¿Qué falla en las familias de esos adolescentes o en su comunidad y en el tipo de relación que uno y otro plantean a esos jóvenes? ¿Qué falla en esos adolescentes –o en los adolescentes en general– y en las trayectorias vitales que esta sociedad les propone (o impone)? Situamos así, como se ve, los obstáculos al desarrollo humano en varios niveles (personales, familiares y comunitarios, sociedad) que, según el análisis y evaluación inicial, indicarán el blanco de la intervención.

COMUNIDAD

Aunque parece un contrasentido, se está construyendo una Psicología Comunitaria *sin* la comunidad que a pesar de reconocerse genéricamente como el sujeto y destino de ese campo, está conceptual y operativamente ausente (salvo en la alusión retórica o genérica) en los escritos y debates del campo. De forma que la comunidad se da como algo ya sabido que apenas nadie se molesta en explicar ni investigar más allá de la referencia a una forma de trabajar (“comunitaria”), o bien a un tipo “sistema social” (Norte) o un tejido histórico-cultural (Sur) titulares de la acción comunitaria.

Para paliar ese gran vacío recojo a continuación, a partir del capítulo 3 del Manual de Psicología Comunitaria (2007), un concepto sintético de comunidad y sus dimensiones básicas, revisando también brevemente, la conocida distinción entre comunidad y asociación, las funciones sociales y tipos de comunidad y la relación de esta con la sociedad, y resumiendo finalmente el papel de la comunidad en PC (ya apuntado más arriba).

Comunidad y asociación. Una de las distinciones más esclarecedoras de lo comunitario es la que, al hilo de los cambios sociales del

siglo XIX, trazó el sociólogo alemán Fernando Tönnies (1947) entre comunidad y asociación como formas polares de agrupación y organización social. La comunidad (*gemeinschaft*), propia de las sociedades agrarias y los tiempos preindustriales, es algo “cálido” y se basa en el afecto y la experiencia compartida; en la medida en que estar con otros es el motivo primario del encuentro social, los otros son tratados como fines en sí mismos. La asociación (*gesellschaft*), surgida de las aglomeraciones urbanas industriales, es “fría” y racional, fruto de la deliberación y el interés individual, de forma que el vínculo social es el camino para alcanzar fines pactados entre los individuos y el otro es sólo un medio para conseguir esos fines. Mientras que en la comunidad las relaciones sociales son espontáneas, fruto de una voluntad “natural” –y de objetivos comunes que trascienden los intereses particulares–, visible en las formas sociales “orgánicas” –familia, amistad, vecindad–, en la asociación, la agrupación deriva de una voluntad deliberada y racional establecida por el consenso expreso o tácito de sus miembro en base a la utilidad que comporta asociarse.

Así, una clase universitaria, en que los estudiantes están juntos para aprender sobre un tema o una junta de accionistas en que los reunidos comparten intereses económicos, serían ejemplos de asociación; un grupo de amigos o una familia con vínculos afectivos sólidos, ilustrarían los grupos comunitarios. Y, sin embargo, las realidades sociales son siempre mixtas: en una clase pueden llegar a desarrollarse lazos comunitarios y el grupo de amigos o la familia suelen también contener intereses económicos o de otro tipo.

Sociológicamente la *comunidad* se puede definir como un grupo más tradicional, que sigue pautas organizativas microsociales, tiene poca movilidad geográfica y social con estratificación simple, en que predominan los grupos primarios y las relaciones estables y que contiene un número pequeño de papeles sociales generalistas. La *asociación*, tiende, en cambio, a organizarse siguiendo pautas macrosociales, basadas menos en vínculos estables que en relaciones contractuales superficiales y temporales; posee una mayor movilidad geográfica y social y una estratificación más compleja basada en un número mayor de roles especialistas. Predominan los grupos secundarios, quedando

los grupos primarios limitados en sus funciones (relación, pertenencia, significación etc.) con frecuencia dirigidas a compensar los problemas causados por el predominio de los grupos secundarios, socialmente instrumentales.

Aclaremos. Comunidad y asociación son extremos polares y “puros”: no sólo admiten grados sino que, además, difícilmente se encontrarán, como se ha indicado, como tales “tipos puros” en la vida social que siempre contiene grupos de carácter más comunitario y grupos de orientación más asociativa. La distinción de Tönnies tiene, en realidad, un valor más bien analítico: permite reconocer la orientación general de una comunidad o sociedad concreta y como una y otra cambian con el tiempo. Da, en ese sentido, algunas claves para entender el malestar social moderno –ligado al declive de la comunidad– y la consecuente búsqueda de una comunidad humana y cooperadora como reverso de la sociedad fría, competitiva e impersonal a la que parecemos abocados

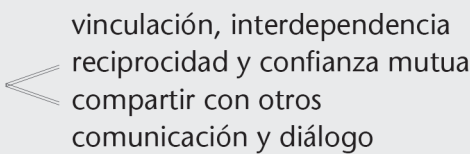
Podemos definir entonces la comunidad como un grupo social arraigado, auto-consciente e integral.

Nueva síntesis: la comunidad como tejido relacional

Ofrezco ahora una concepción sintética de la comunidad que sosteniéndola como realidad y como valor irrenunciable de la PC, sirva de base tanto para una práctica comunitaria compatible con el desarrollo de la individualidad como para un activismo que reivindique la comunidad en el Norte y evite su destrucción en el Sur. Una comunidad intermedia entre el comunalismo y la simple red funcional que, contemplando a la *persona* como *totalidad integrada* –no como “átomo” aislado o mosaico de funciones sociales– y *conectada*, se constituya desde la vinculación y la interdependencia, y cuyos rasgos sintetiza el Cuadro 5. Tejo esa síntesis a partir de las propuestas (sorprendentemente coincidentes a pesar de la diversidad geográfica, conceptual y disciplinar de su procedencia) de Kirkpatrick (1986), Bellah y otros (1989) y Sawaia (1995).

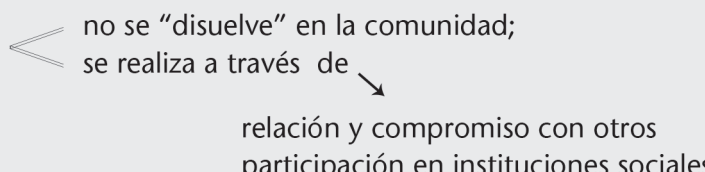
Cuadro 5. Nueva síntesis de comunidad

Motivación positiva de socialidad: otros y relación con ellos → valiosos
 Sociedad más que contrato social interesado → disfrute mutuo, cooperación
 Persona interconectada no átomo social
 Identidad colectiva (“nosotros”) e individual (“yo”) compatibles, interconectados

Comunidad = tejido social 

- vinculación, interdependencia
- reciprocidad y confianza mutua
- compartir con otros
- comunicación y diálogo

Interacción en comunidad contribuye a “construir” individuo/sujeto

Persona 

- no se “disuelve” en la comunidad;
- se realiza a través de
 - relación y compromiso con otros
 - participación en instituciones sociales

Liberación/emancipación personal compartida, colectiva, no individual
 Poder, costumbres e historia importantes para constituir y mantener comunidad
 Reconocimiento auténticas diferencias sociales y culturales

La comunidad (Kirkpatrick, 1986) no puede consistir en un contrato interesado y egoísta entre individuos aislados que produce alienación, fragmentación y riesgos de conformismo totalitario; ni derivarse de la disolución en una totalidad orgánica a la que las personas sacrifican su libertad y valor intrínseco, así como su capacidad de cooperar y relacionarse con otros. La verdadera comunidad existe cuando personas distintas pero interdependientes cooperan y mantienen relaciones de camaradería, amor o amistad afirmando en ese proceso la dignidad, el

valor propio y el bienestar mutuo y “construyéndose” como personas desde la reciprocidad. Se trata de una concepción (Bellah) que rechaza la fragmentación social, el individualismo “ontológico” (la única realidad en que muchos creen), la libertad entendida como aislamiento de los demás y el desinterés por los asuntos públicos; y sostiene, en cambio, que los humanos nos realizamos en la inter-relación, la participación en las instituciones sociales y el compromiso con los demás, con las costumbres y tradiciones comunitarias y con una vida pública no escindida de la vida privada. Habría pues que valorar más las recompensas intrínsecas y reducir la competitividad, sin ignorar las diferencias reales, las estructuras de poder y las inter-dependencias personales y sociales que se dan en las complejas sociedades actuales.

La “apropiación psicológica” de la comunidad rompería (Sawaia) el cisma individual-colectivo: la singularidad y el gozo individual sólo son alcanzables en las experiencias, vividas por la persona pero compartidas con otros, que recrean continuamente lo social, permitiendo además, participar en la lucha colectiva por la liberación y la igualdad. En ese proceso dialéctico se puede construir un “nosotros” defendiendo las necesidades propias y respetando las de los otros, alcanzando el propio placer a la vez que el bienestar colectivo. La comunidad es, pues, un espacio relacional que hace posible el desarrollo de la comunalidad y de valores de desarrollo humano, no antagónicos con la individualidad y pero si ligados, en un mundo asolado por el egoísmo, al diálogo sobre la dignidad humana y al rechazo de cualquier forma de exclusión.

Funciones y tipos

Para Warren (1972) la comunidad realiza –variablemente según sus capacidades y autonomía– *funciones sociales con relevancia local*. El Cuadro 6 reproduce las funciones sociales (producción y distribución de bienes, socialización, control social, participación, apoyo social) que según el autor cumple la comunidad.

Cuadro 6. Funciones sociales de la comunidad (Warren, 1972)

<i>Funciones</i>	<i>Descripción</i>
Producción, distribución, consumo	de bienes y servicios a través de las tiendas, mercado del barrio etc.
Socialización	Transmite conocimientos, valores y normas sociales mediante grupos y estructuras locales: grupo de iguales, parroquia, asociaciones juveniles etc.
Control social	Asigna recompensas y sanciones para que personas se comporten conforme a valores y pautas establecidos a través de la familia, el grupo de iguales, la escuela o el trabajo
Participación	en la actividad social mediante actividades y reuniones formales e informales de asociaciones y grupos en centros comunitarios
Apoyo social	formal (servicios comunitarios) e informal (familia, amigos, vecinos...) en situaciones y épocas de estrés

Hay que aclarar que, si bien la comunidad es el lugar en que se realizan, las funciones como tales tienen un carácter más genéricamente *social*, que específicamente comunitario, aunque, como nota Warren, algunas funciones –como la distribución de bienes o el apoyo social– tienen una relevancia específicamente local junto a la global para toda la sociedad. En cambio otras funciones –como la socialización o el control social– son más netamente sociales, aunque los mecanismos y estructuras locales tengan un papel relevante en su transmisión, o los contenidos de las pautas transmitidas puedan adquirir matices locales relevantes. Eso da, como se ve más adelante, a la comunidad un importante papel de *mediación* entre los individuos concretos y la sociedad abstracta. Hay por fin que añadir que esas funciones y operaciones sociales pueden adquirir un carácter singularmente local

o comunitario (así en una familia o agrupación cultural) en la medida en que la comunidad tenga un perfil claramente diferenciado de la sociedad de que es parte.

Tipos. Podemos distinguir cuatro tipos de comunidad.

- De “*sangre*” de basada en el parentesco y la afectividad: familia, tribu, clan u otros.
- De *lugar*, basada en el territorio y la vecindad resultante: pueblo, aldea, barrio etc.
- De “*espíritu*” –que hoy llamaríamos *cultural*–: la nación, los amigos, las mafias etc.
- Basada en la *marginación* (pandillas, bandas, *gangs* etc.).

Los tres primeros tipos, identificados por Tönnies, corresponden a las tres dimensiones básicas de la comunidad; el cuarto, basado en la marginación, se ha añadido como una realidad de la vida urbana moderna que suele generar potentes lazos comunitarios. Normalmente “comunidad” se refiere a la comunidad territorial, siendo el resto de tipos, formas distintas de *comunidad simbólica* producidas desde la *comunidad territorial* que, a través del contacto y la experiencia compartida sería *base generadora* del resto de formas de *comunidad*. Obsérvese, además, que, mientras la comunidad local es algo concreto, tangible y “dicotómico” –existe o no existe–, la comunidad simbólica –afectiva, social o cultural– es, como se apuntó antes en la parte conceptual, un *continuo* que admite grados: puede existir en mayor o menor medida.

Comunidad y sociedad

Otra forma de aclarar la noción de comunidad es compararla con la sociedad en su conjunto; examinemos la relación y diferencias entre comunidad y sociedad en 4 puntos (Cuadro 7).

Nivel. Lo comunitario se sitúa en un nivel inferior al social: la comunidad es una parte de la sociedad, que como totalidad está formada por multitud de comunidades, instituciones y organizaciones variablemente articuladas. La sociedad forma, entonces, el “contexto” social de la comunidad y no puede ser ignorado en el análisis o la práctica. No es igual una comunidad de un país rico que de uno pobre; o de una sociedad solidaria que de una articulada sobre intereses de

grupo; o un contexto social movilizado y luchador que otro pasivo y resignado. Tampoco se puede pasar por alto que las comunidades tienden a perseguir su beneficio particular en perjuicio de otras o del conjunto de la sociedad, por ejemplo, cuando se reparten recursos o se toman decisiones que afectan a todos.

Tipo de agrupación social. Conviene añadir dos importantes matices a la distinción entre agrupaciones comunitarias y asociativas (comunidades y asociaciones. Primero, no se puede confundir sociedad con asociación: la sociedad real está formada por agrupaciones asociativas y comunitarias. Lo que la distinción entre ambas pretendía subrayar es la emergencia de nuevas formas –asociativas e interesadas– de cohesión social y la creciente presencia, en las sociedades industriales de asociaciones secundarias, en detrimento de las comunidades y grupos primarios. Es esa ruptura del equilibrio entre ambos tipos de grupos lo que, como analistas debe preocuparnos en función de las perversas secuelas que, como se ha señalado, conlleva. Segundo, el trabajador comunitario debe tener eso en cuenta al menos de 3 maneras: *ajustando sus expectativas* a la solidaridad real a esperar en las comunidades en que trabaja; reconociendo las numerosas *asociaciones* o grupos (entidades, asociaciones sectoriales, territoriales etc.) existentes; y recordando que aspectos como el *liderazgo*, el *poder* y la *organización* –ninguno incluido directamente en la dimensión comunitaria– son también esenciales en la intervención.

Cuadro 7. Comunidad y sociedad: Relaciones y diferencias

	<i>Comunidad</i>	<i>Descripción</i>
Nivel social	Medio	Macro
Tipo agrupación social	Experiencial Primaria Base: solidaridad "natural"	Interesada Contractual Construida: instituciones formales
Papel del territorio	Primario	Secundario
Papel social	Mediación individuo/ sociedad Concreta instituciones sociales	Funciones sociales básicas centralizadas, lejanas a individuos

Importancia de la territorialidad. Aunque reducida últimamente por el peso de la movilidad geográfica y social y las comunicaciones, la centralidad del territorio como núcleo *generador y estructurador* de las relaciones sociales es lo que distingue la comunidad (local) del resto de agregados y grupos sociales.

Mediación, cercanía social y concreción institucional. Globalmente se puede concebir la comunidad como un sistema mediador entre individuos concretos y singulares y sociedad abstracta, compleja y lejana; como tal “mecanismo” mediador la comunidad conecta a personas y sociedad ayudando a satisfacer necesidades y demandas mutuas. Así la comunidad facilita la participación social de individuos y grupos en las tareas sociales (mediación de abajo arriba) y la socialización de aquellos según pautas acordadas por la sociedad (mediación de arriba abajo). En general, la comunidad “concreta” o encarna las instituciones sociales en el ámbito local, que como suele decirse, es el más próximo –el único próximo, en realidad– a los ciudadanos. Eso expresa otra cualidad distintiva esencial de la comunidad: es el *contexto social próximo*, más cercano a las personas en su triple aspecto *territorial* (vecindario), *psicológico* (las vinculaciones afectivas) y *social* (las redes sociales de que uno es parte). Esa proximidad es usada cuando en la organización de la sociedad se desea establecer mecanismos que acerquen la política u otras actividades a los ciudadanos como los consejos barriales en las grandes ciudades, la “policía comunitaria” en un barrio, o el comercio “de proximidad”.

La importancia social de estas funciones mediadoras asociadas a la proximidad es patente en los efectos que la debilidad o ausencia de la comunidad, y por tanto de su papel mediador, produce en la sociedad y las personas. Y se señala la ausencia o debilidad de intermediarios sociales cualificados como la comunidad como una de las claves de la masificación, la alienación o la anomia moderna: deja a personas y colectivos sociales aislados e impotentes ante elites poderosas elites y enormes estructuras industriales y políticas, unas y otras insensibles a las verdaderas necesidades y deseos humanos. Ahí reside también el papel crucial (“primario”, en sentido literal) de lo comunitario en la vida social y por eso es tan importante preservarla.

Las dimensiones básicas de la comunidad

La comunidad tiene tres ejes básicos (más un cuarto menos mencionado) que aparecen representados, junto a sus respectivos componentes psicológicos, en el Cuadro 8, con el añadido de un corto eje emergente, el político. Esas tres dimensiones corresponden a los tres *tipos* de comunidad identificados –de lugar, afectiva y “de espíritu”– que son, a su vez, variantes comunitarias en que predomina el componente que como central las define: el territorial en las comunidades de lugar, el psicosocial en las “de sangre” (afectivas) y el sociocultural en las “de espíritu”.

Comunidad territorial o geográfica, el lugar –vecindario, barrio, pueblo– en que la gente vive junta, interactuando cotidianamente y en que trabaja, realizando tareas útiles para la sociedad (cada vez más el trabajo se realiza, sin embargo, fuera de la comunidad territorial en que se reside); “la comunidad”, en singular. Componente concreto, no cuantificable de la comunidad, de la que es soporte y asiento territorial: la proximidad física es la base de la relación; la comunidad territorial genera, por tanto, el resto de formas –simbólicas, continuas y cuantificables– de comunidad. El sentimiento de *arraigo*, expresión de la vinculación al lugar es la dimensión psicosocial de este componente y su carencia, el desarraigo, es uno de los indicadores típicos de la marginación social.

Comunidad psicosocial, el conjunto de vinculaciones y relaciones psicológicas y lazos sociales entre personas y grupos de una comunidad cuyo contenido varía según la naturaleza de los intercambios: económicos, informativos, afectivos, ayuda material, cooperación social etc. Las relaciones pueden ser horizontales (a menudo vínculos cooperativos entre iguales que fortalecen la cohesión comunitaria) y verticales, relaciones jerárquicas que mantienen el orden social. Se puede tener una idea más clara de este componente si imaginamos el conjunto de relaciones que uno mantiene un día normal con otras personas: relaciones familiares, con compañeros del trabajo, relaciones sociales con los amigos, los vecinos, los comerciantes en tiendas del barrio etc. Los sentimientos de pertenencia a determinados grupos sociales (vecinos, compañeros de trabajo, grupo de amigos etc.),

vecindad con los compañeros de territorio, *vinculación afectiva*–familiar, de pareja, filial, paternal, u otra– o *interdependencia, reciprocidad y mutualidad*, encarnan la vertiente más directamente psicológica del conjunto de vínculos y relaciones abarcados por este componente.

Cuadro 8 Dimensiones básicas de la comunidad

<i>Dimensión (tipo) de comunidad</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Aspectos psicosociales</i>
A. Territorial	Lugar donde la gente vive junta Vecindario	Arraigo territorial
B. Psico-social	Vínculos psicológicos y relaciones sociales (horizontales y verticales) entre personas y grupos	Pertenencia, vecindad, vinculación, interdependencia, mutualidad
C. Socio/Cultural	Cultura (socialización) historia y experiencia compartida	Valores, significados, visiones de futuro, proyecto de comunidad
D. Política	Poder compartido basado para alcanzar objetivos comunes	Empoderamiento colectivo

Comunidad sociocultural, la cultura compartida por un conjunto de personas –que también incluye diversidad y diferencias– en base a la historia y la experiencia vivida en común y transmitida en el proceso de incorporación a una sociedad, la socialización. La comunidad sociocultural es un conglomerado de valores, modos de sentir y pensar, imágenes, creencias, visiones de futuro y, en nuestro caso, el proyecto de comunidad de la gente. Aunque se supone que la cultura es una “emanación” popular, incluye también, en la realidad, la transmisión y homogeneización institucional, desde arriba, siendo el aglomerado final resultado de ambos procesos: aportes desde abajo y desde

arriba. En nuestro caso, para que este componente sea significativo, es preciso que exista un mínimo de historia común (varias décadas en el caso de los barrios) y acciones y experiencias compartidas que, a través de la relación, generan vínculos psicosociales y dejan como poso una cultura hecha de comunidad y diversidad. El *grado* real de comunidad socio-cultural será, pues, un dato a tener en cuenta en el análisis y la acción comunitaria ya que su debilidad o carencia (en grupos sociales muy diversos o en barrios residenciales o “de aluvi6n”) puede dificultar notablemente el trabajo colectivo.

Comunidad política, la percepci6n de compartir el poder necesario para alcanzar objetivos vitales para la comunidad y el grado en que esa percepci6n corresponde a una realidad social objetiva. Aunque no se suele considerar parte de la comunidad, es un componente vital para la acci6n social y el desarrollo personal: sin poder no hay posibilidades de transformar una comunidad y hacer realidad las aspiraciones de sus pobladores; sin la percepci6n colectiva com6n de que se *puede* cambiar el entorno territorial y social m1s pr6ximo, dif6cilmente se lograr1 el desarrollo humano. De forma que el grado de comunidad pol6tica –tambi6n ligado al sistema pol6tico y social global– es, de nuevo, un dato pr1ctico esencial, y su ausencia, un indicador pertinente de marginaci6n y exclusi6n social. La *organizaci6n colectiva* para conseguir poder com6n ser1, en tal caso, el camino para superar la marginaci6n y alcanzar objetivos de igualdad y justicia social.

Algunas aclaraciones sobre las dimensiones, sus relaciones y significado.

- *Din1micamente* la comunidad territorial tiene un papel generatriz: “produce” interacci6n (el n6cleo actual de la comunidad) que a su vez facilita la construcci6n a largo plazo de la comunidad cultural. Normalmente, cuando la gente habla de “comunidad” se refiere a la comunidad territorial. Vistos los datos actuales ser1a m1s correcto decir que el territorio es un *soporte* que, mediante la proximidad f6sica, hace posible la *interacci6n*, que es, a su vez, el n6cleo generatriz de la comunidad.
- Ya se ha visto que, aunque hist6ricamente el peso de la dimensi6n territorial se ha reducido, contin1a siendo vital porque la interacci6n y el contacto personal cara a cara son necesidades (y deseos)

humanos básicos que otras formas de comunicación –simbólica, electrónica, o de otro tipo– no pueden satisfacer. Así, cuando se argumenta que la generación de comunidad se ha desplazado del territorio al trabajo, hay que recordar que el soporte territorial –el sitio de trabajo– sigue existiendo, sólo se ha “descentrado” respecto del otro soporte residencial, la vivienda. Algo similar podría decirse de las “comunidades virtuales”, que, como muchas otras formas de contacto no personalizado tienden a materializarse, si registran progresos, en contactos personales reales.

Desarrollo de la comunidad. El esquema dimensional descrito es también útil como guía de la intervención al marcar las principales líneas de *desarrollo de la comunidad* (ver, por ejemplo, Ross, 1967) que serían las siguientes:

- Desarrollo de la *base territorial* de la comunidad. Incluiría el acondicionamiento y mejora del territorio, infraestructuras urbanísticas, red viaria, servicios municipales, transporte local y otros.
- Desarrollo del “*tejido social*”, facilitando las condiciones de encuentro y relación entre personas y grupos, a través de programas, fiestas y actividades colectivas, protegiendo las instituciones y asociaciones existentes (familias, parroquias, asociaciones y entidades etc.), fortaleciendo las redes sociales, estructuras de ayuda mutua y organizaciones voluntarias, facilitando la creación de otras nuevas, fomentando el apoyo social a los mayores, marginados, desconectados etc.
- Desarrollo de la *cultura compartida*, facilitando las condiciones, acciones y programas culturales para aclarar y debatir valores, significados y visiones de la comunidad de los pobladores comunitarios. Por ejemplo, a través de la organización de las fiestas locales, programas de radio sobre temáticas locales, concursos sobre “como ve el futuro de su barrio”. En las condiciones de creciente multiculturalidad, el *intercambio* de elementos y significados culturales y el “diálogo intercultural” a través de celebraciones, programas y otras acciones y debates sería también parte del desarrollo (multicultural en este caso) de las *culturas*, en plural, *de la comunidad*.

- *Ampliación del poder colectivo* de personas y grupos comunitarios mediante la asociación y organización para reivindicar intereses territoriales (asociaciones vecinales) o sectoriales (juventud, mayores etc.). La constitución de asociaciones, foros de debate, plataformas o grupos de acción vinculados con movimientos sociales supra-comunitarios, indican la existencia de procesos de asociación y organización comunitarios con los que fortalecer el poder colectivo local.

Resumen: la comunidad en Psicología Comunitaria

Resumamos el significado de la comunidad y su papel en la PC. Hemos manejado tres *conceptos* básicos de comunidad.

- *Unidad social* territorializada y contexto social más próximo a las personas.
- *Solidaridad "natural"* opuesta a la solidaridad asociativa u organizada.
- *Tejido "denso" de relaciones* y cultura compartida.

Respecto del *papel de la comunidad* en PC lo podemos desplegar en cuatro funciones, las tres primeras ligadas a la comunidad –territorial o social– substantiva, el cuarto, al calificativo “comunitario” (Cuadro 4).

- *Localización*: la PC se hace *en* la comunidad
- *Destinatario*: la PC se *centra* en la comunidad, va destinada a ella.
- *Objetivo*: la PC se hace *para* desarrollar –o recrear– la comunidad psicosocial.
- Forma de trabajar participativa y colaboradora (*comunitaria, con la comunidad*) orientada al desarrollo humano.

DESARROLLO HUMANO Y SUMINISTROS SOCIALES

Gerald Caplan (1979), destacado líder comunitario, ha propuesto un modelo operativo del desarrollo humano que –a diferencia de los modelos deficitarios o negativos– describe en líneas generales (como un “mapa a gran escala”) los determinantes –suministros o aportes– de ese desarrollo. La asunción de base es que los individuos tienen una capacidad de desarrollarse que puede ser “activada” mediante la aportación externa de aquellos “suministros” (*supplies*) de que carecen.

El desarrollo humano sería así el resultado de “sumar” a las capacidades individuales los aportes externos. Esos aportes pueden ser positivos o negativos, de manera que pueden añadir potencialidades operativas a las de los sujetos, o –si son negativos o inadecuados– “restar” posibilidades de actuar a las que aquellos ya poseían. Los aportes o suministros se agrupan en tres categorías, que cubren toda la gama de necesidades y potencialidades por desarrollar de las personas: físicos, psicosociales y socioculturales. El Cuadro 9 sintetiza las asunciones, principios de funcionamiento y contenido del modelo de suministros.

Suministros físicos, aseguran el crecimiento corporal, mantenimiento de la salud y protección del daño externo. Incluyen alimentación, vivienda, entorno y medio ambiente, estimulación sensorial y disponibilidad del ejercicio físico (y, se podría añadir, dinero).

Suministros psicosociales. Se ocupan de la estimulación y desarrollo *intelectual* y *afectivo* de la persona logrados en base a la relación interpersonal con miembros significados de la familia, los iguales o pares (*peers*) y los superiores jerárquicos en la escuela, la iglesia y el trabajo. Los aportes son “transmitidos” por la influencia ejercida en los *intercambios cara a cara* entre cada individuo y las personas (“otros significativos”) con que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuadas y duraderas. Estos suministros ayudan a satisfacer las necesidades interpersonales, obtener información y desarrollar papeles sociales según patrones establecidos. En tales interacciones se intercambian –se reciben y también se aportan– tres tipos de suministros:

- *Amor/afecto*, que contribuye al desarrollo de la autoestima y la seguridad en sí mismo.
- *Control*, limitación y responsabilidad (aprendizaje de reglas, límites y consecuencias); aportes normativos ligados al mantenimiento de la autoridad y las normas sociales.
- *Participación* en la actividad *social* a través, por ejemplo, del grado de independencia o apoyo de otros al afrontar una tarea. Habría que añadir como contenido relevante de estos suministros la forma en que se desarrolla esa participación: cooperación y colaboración – que fomenta la solidaridad e interdependencia– o competición –que fomenta la autonomía individual.

Cada contenido se intercambia preferentemente en uno u otro

contexto relacional. Los aportes afectivos en la familia (rol materno); los normativos jerárquicos primariamente en la familia (rol paterno) y secundariamente en la escuela y el trabajo; los aportes normativos cooperativos en el grupo de iguales. Y así sucesivamente.

En una relación "sana", la persona percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades de los otros a través de intercambios conformes con sus respectivos papeles sociales y valores culturales. En una relación en que la provisión de aportes psicosociales es inapropiada, la persona se relaciona con quienes no pueden satisfacer esas necesidades, no la respetan o tratan de manejarla para satisfacer sus propias necesidades. También la interrupción de una relación positiva por la muerte, enfermedad o abandono de la otra persona, causa el cese de los aportes psicosociales.

Cuadro 9. Desarrollo humano (DH) y suministros externos (Caplan, 1964)

<i>Aspecto</i>	<i>Descripción</i>
Asunciones	<p>Personas/comunidades tienen capacidades y recursos reales y potenciales</p> <p>Para lograr el DH hay que potenciar los recursos existentes y aportar desde fuera suministros necesarios e inexistentes</p> <p>El DH es la "suma" de los recursos individuales más los aportes externos</p>
	<p>Físicos. Aseguran crecimiento corporal, mantienen salud y protegen del daño externo: alimentación, vivienda, estimulación y ejercicio físico</p> <p>Psicosociales. Estimulación y desarrollo intelectual y afectivo por inter-acción con "otros significativos" en familia, iguales y superiores a través de intercambios personales en relaciones duraderas:</p>

<p>Suministros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amor/afecto → desarrolla autoestima y seguridad uno mismo • Aportes normativos (reglas, consecuencias) → responsabilidad, límites • Participación actividad colectiva cooperando y colaborando → solidaridad, interdependencia competiendo → autonomía individual <hr/> <p>Socioculturales. Efecto de estructura social y costumbres culturales transmitidas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociedad global: medios masas, educación formal • Agentes socializadores concretos: familia, comunidad, líderes, iguales <p>Valores, significados, normas, expectativas poder personal y colectivo</p>
<p>Principios</p>	<p>Los suministros son complementarios, se potencian o anulan entre sí</p> <p>Las instituciones son más o menos eficaces como fuentes de suministros</p> <p>La capacidad personal de localizar y utilizar aportes es importante</p> <p>Problemas/dificultades pueden fomentar DH generando “resiliencia”</p>

Suministros socioculturales, comprenden el efecto de la estructura social y las costumbres culturales transmitidas tanto desde “la sociedad” global (medios de masas, educación formal y otros) como desde grupos o agentes sociales más concretos: la familia, la comunidad, los “otros significativos” etc. Estos suministros “fijan” la posición de los individuos en la estructura social y le permiten orientarse, avanzar en ella y desarrollarse como miembros de colectivos que conocen y pueden utilizar conscientemente –y contribuir a cambiar–, las normas y pautas sociales y culturales. Los aportes socioculturales incluyen: percepciones y expectativas, valores y significados, normas y reglas sociales, poder

personal y colectivo y pautas de comportamiento.

Creer en un grupo aventajado de una sociedad estable y con suministros socioculturales claros y “funcionales” en esa sociedad, facilitará el desarrollo humano. Hacerlo en un grupo marginal, una sociedad inestable o con suministros socioculturales inexistentes, ambiguos, contradictorios o socialmente inadecuados, dificultará el desarrollo humano. Los suministros socioculturales tienen, según el autor, gran *influencia* en el desarrollo de la percepción social del individuo, sus actitudes, opiniones, valores, nivel de aspiración etc. Esa influencia en el desarrollo social se ejerce por una doble vía:

- *Directa*, como “herencia” sociocultural con la que parte el sujeto en su vida; si es positiva, enriquece su propia dotación constitucional ayudándole a resolver los problemas y dificultades vitales. Si, por el contrario, es neutra o negativa, el individuo queda sólo a merced de sus propios recursos o, peor, ha de enfrentarse a los problemas adicionales derivados de esas carencias externas, a la hora de resolver las dificultades y tareas vitales básicas; por ejemplo, cuando una adolescente embarazada no puede utilizar la ayuda y apoyo de su familia, para la que tal situación es inaceptable.
- *Indirecta*, modificando los aportes psicosociales (relaciones de trabajo, aportes familiares) y físicos (dieta, disponibilidad de dinero, entorno físico y arquitectónico etc.) que también afectan al individuo a otro nivel.

El determinismo socio-ambiental implícito al esquema de Caplan, requiere alguna corrección: el individuo no es, simplemente, un receptor pasivo de suministros, sino un *sujeto Inter-activo*, en la medida en que puede contribuir activamente y en conexión con otros a crear suministros (y poder, como se verá más adelante) y alterar su significado y a modificar su entorno. Los grupos o poblaciones vulnerables que se enfrentan a la pérdida de suministros estarían en todo caso a riesgo de desarrollar disfunciones mentales y psicosociales al afrontar situaciones de *crisis* que exceden sus capacidades de respuesta. Las *crisis* se producirán en tres tipos de situaciones:

- Pérdida repentina de aportes físicos, psicosociales o socioculturales significativos. Así en una ruptura familiar se pierden aporte

psicosociales básicos; un despido del trabajo priva al sujeto de aportes físicos (monetarios) y socioculturales (autoestima, utilidad social, redes relacionales etc.) relevantes.

- Amenaza de pérdida; así, en situaciones de inestabilidad familiar o laboral.
- Incremento de la responsabilidad ligada al aumento –o disminución– de esos aportes, como en un ascenso en el trabajo o al contraer matrimonio.

La prevención de los problemas psicológicos o sociales deberá tener como objetivo básico asegurar y mantener el nivel social e individualmente adecuado de los tres tipos de aportes descritos. Eso se llevará a efecto, según el autor, a través de la *acción social* (intervención política, social, legislativa etc.) que trate de mantener el suministro social de aportes, y de la acción *interpersonal*, orientada a mantener el acceso de las personas a esos aportes y a ayudarles a reparar los efectos de su pérdida.

Valoración. Caplan hace con este modelo una aportación relevante: reconoce el *desarrollo humano* como *eje del trabajo comunitario* proponiendo, además, un modelo operativo para alcanzarlo por medio de acciones –y políticas– sociales globales. El “valor añadido” del modelo respecto a otros aquí incluidos es su planteamiento *global y dinámico* que permite tomar en consideración el conjunto de aspectos y niveles que facilitan –o dificultan– el desarrollo de las personas, algo impensable en conceptos como la salud positiva y el empoderamiento que, por su focalización personal y ausencia de dimensiones dinámicas sólo pueden aspirar a marcar objetivos interventivos. ¿Podrían *integrarse* esos conceptos sustantivos centrados en el individuo con un modelo dinámico claramente sociologista, en que ni el individuo ni el sujeto activo tienen fácil acomodo? Creo que sí; el reto es interesante porque aportaría al esquema dinámico de cambio social “*desde arriba*” –en ese sentido poco comunitario– de Caplan, un complemento de *activismo subjetivo* –cambio “*desde abajo*”– que lo haría más genuinamente comunitario, así como un concepto sustantivo tanto de “*persona desarrollada*” (para lo que podríamos partir de las ideas de salud mental positiva) como de “*comunidad desarrollada*”, para lo que necesitaríamos modelos de desarrollo comunitario. Mientras esas integraciones teóricas llegan,

se impone en la práctica combinar, en mi opinión, varios modelos y conceptos para suplir así las carencias singulares de cada uno de ellos.

El uso del modelo de suministros debería tener cuenta algunas correctivos críticos.

Los distintos tipos de *suministros* son *complementarios* e interactúan potenciándose o anulándose mutuamente como señala, por ejemplo para los suministros socioculturales. Así un clima familiar afectuoso (suministro psicosocial) puede ser potenciado por la transmisión de normas y valores sociales claros o devaluado por normas contradictorias o valores “negativos” para una sociedad concreta. O la carencia de suministros familiares apropiados puede ser paliada o complementada por una institución o un grupo de iguales “positivos”: esa es, precisamente, la base del diseño de instituciones de acogida de niños o de reeducación de adolescentes problemáticos. El desarrollo humano será función de la *convergencia* de aportes desde las distintas instituciones sociales, mientras que la *divergencia* de aportes entre una institución y otra (familia y grupo de iguales, escuela y mundo laboral etc.) tenderá a generar disonancia y conflictos internos (en algún grado inevitables, tampoco nos engañemos).

Las *instituciones y organizaciones sociales* pueden ser *más o menos “funcionales”* (o también negativas) para asegurar suministros de uno u otro tipo. Así, una familia puede aportar suministros afectivos negativos (odio, indiferencia, auto-devaluación personal) o un grupo de iguales promover valores perjudiciales para las relaciones con otras personas o grupos sociales (lo que puede ser, por otro lado, positivo para el desarrollo de la autonomía del adolescente). Como se ha apuntado, se echa de menos en el modelo, el *papel del sujeto* –persona o colectivo– como parte *activa* en la generación y en la “apropiación” o asignación de recursos, lo que le daría una dimensión más comunitaria y de cambio psicosocial, no sólo estructural o social. Hay que destacar, por ejemplo, que la capacidad personal y social de localizar y utilizar recursos y aportes es tan importante como la existencia misma de esos aportes o recursos. Esta línea de pensamiento y acción es subrayada en el empoderamiento.

La *confrontación de dificultades y carencias* también pueden generar desarrollo humano en forma de capacidad de afrontamiento y “resiliencia” personal o social. Excluir esta dimensión conflictiva o

problemática del esquema, llevaría a la deducción, poco creíble, de que la persona “criada entre algodones” a la que se le da todo lo que pide alcanzaría linealmente el máximo desarrollo humano.

EMPODERAMIENTO Y PODER

El *empowerment* es una idea emergente, pero muy pujante, de la PC y otros campos de la política y la acción social propuesta en 1981 por Julian Rappaport, un conocido teórico comunitario estadounidense. Además de equilibrar el predominio teórico de la “comunidad” en la PC, la propuesta supone, sobre todo, desplazar el foco psicológico desde la salud mental (el tradicional, ligado al modelo médico, la psicoterapia y la prevención) hacia el *poder*, un fenómeno, más pertinente (pero también más complejo y extraño al psicólogo) para el análisis y el cambio social. En PC, el empoderamiento o *empowerment* se ha convertido en un *referente operativo imprescindible* que articula y da forma a una vasta área de actuación ligada a dinamización (organización, activación etc.) social. En la práctica, el empoderamiento es un enfoque de actuación orientado hacia el desarrollo del poder de decisión y actuación de los grupos sociales más indefensos o desfavorecidos; se alcanzaría a través de la participación social y la organización colectiva en que el psicólogo tiene el papel de dinamizador o activador y recurso técnico.

Definición y componentes. Para Rappaport, el *empowerment* es el proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones o comunidades *adquieren dominio o control sobre los asuntos vitales*. Asumiendo el punto de vista *ecológico*, señala su carácter socialmente complejo y transversal (se da en varios niveles sociales y entre ellos) e infinito (no es un recurso escaso), así como la necesidad de ver el empoderamiento desde el contexto social y evolutivo de las personas, entenderlo desde la perspectiva (valores e ideología) de cada grupo social y tener la igualdad personal y la participación social como prerequisites para que se alcance. Otros han remachado estas ideas o añadido otras que aclaran el significado del proceso empoderador: la interacción social y participación como elementos intermedios y el acceso a, o control sobre, los recursos sociales como condicionante y resultado de el proceso. Laue y Cormick (1978), hablan de

“empowerment proporcional”, en referencia a la “cantidad” de poder necesaria para eliminar los desequilibrios de poder, de forma que, en comunidades muy desiguales, los más débiles necesitarán un mayor grado de empoderamiento que en otras más equilibradas o igualitarias. Otros definen contextos sociales “empoderadores” (que ofrecen oportunidades de empoderamiento) y “empoderados” (que, teniendo poder, lo usan para promover cambios sociales) y otros hablan de “co-empoderamiento” en referencia a procesos cooperativos de cambio en que las distintas partes resultan empoderadas.

Zimmerman (2000) identifica tres componentes en el empoderamiento.

Acceso a los recursos sociales que, a nivel individual (trabajo, salud, autoestima, dinero etc.) o comunitario (sentimiento de comunidad, financiación pública, disponibilidad de empleos, redes de comunicación...), pueden satisfacer necesidades y deseos humanos; una concepción paralela a los suministros de Caplan. Se asume que el poder consiste en –o se logra a través de– el control de recursos sociales valiosos pero escasos. La asunción de recursos escasos, es sin embargo, parte de un paradigma asociado al conflicto y la competición al que se puede enfrentar otro paradigma cooperativo que no precisa tal asunción, ya que la colaboración conduciría a una expansión sinérgica del poder y recursos existentes. La opción por uno u otro modelo es, según se verá, clave para determinar el tipo de acción –redistribuidora o cooperadora y desarrollista– a emprender para acceder a los recursos y desarrollar el poder.

Participación social de los desfavorecidos creando una “causa común” y una conciencia de grupo oprimido que los lleve a buscar colectivamente el cambio global en pos de la justicia social.

Comprensión crítica (“concienciación”) del contexto socio-político que, según el esquema evolutivo de la conciencia de Freire, llevará a rechazar el estado injusto de cosas y a buscar una liberación de la opresión.

Assumiendo un punto de vista dinámico y práctico observamos como reordenando estos componentes estructurales y “volviendo del revés” la propuesta de Zimmerman, obtenemos un programa

operativo coherente de empoderamiento cuyos pasos serían:

1. “Toma de conciencia” de la situación de opresión y *comprensión realista* del contexto socio-político comunitario o social que en gran parte determina el reparto global del poder y otros recursos.
2. Participación en la acción colectiva necesaria para cambiar la situación social injusta y enfrentarse a las élites y poderes establecidos, algo difícilmente abordable desde un nivel pequeño-grupal o meramente individual.
3. Acceso a los recursos (riqueza, poder, estima, salud mental etc.) sociales escasos (o no) e injustamente repartidos: resultado esperable de una acción social eficaz (el acceso a los recursos puede ser también un paso intermedio en el proceso de adquisición de poder).

Niveles de análisis y actuación. Aunque en PC, el *empowerment* se ha considerado casi siempre en el nivel individual (como un atributo personal), las pretensiones ecológicas del concepto, exigen considerar otros niveles (interactivo y micro y meso-social) que en su límite superior bordean ya el poder social.

Nivel individual. Incluye los dos aspectos interdependientes y dialécticamente vinculados del *poder personal* o psicológico: la *percepción* de poder y el *control real* de ese poder y de la propia vida. Sin percepción (o conciencia) de poder el sujeto no actuará para alcanzar el poder real; pero la conciencia de poder no basta por sí sola: el sujeto debe emprender acciones conjuntas que incrementen su poder. El logro efectivo de ese poder confirmará y fortalecerá la percepción inicial; el fracaso, la refutará. Y, *viceversa*, la percepción de impotencia, generará pasividad, confirmando la derrotista visión inicial.

Esta misma dinámica o dialéctica entre la *visión subjetiva* de empoderamiento y la *posesión real* de él, se repite en cada nivel, aunque el paso de uno a otro –percepción subjetiva a adquisición real– se hace más complejo y dificultoso a medida que ascendemos en los niveles sociales. Y es que las resistencias serán infinitamente mayores para un cambio de poder global –que suponga amenazas reales para los “poderes establecidos”– que para cambios individuales o *microgrupales*

que *no amenazan* apreciablemente *el equilibrio global de poder* o la posición de las élites dominantes. Al mismo tiempo, para tener dominio o control de la propia vida no basta la percepción individual, necesitamos también una serie de recursos o suministros –en lenguaje de Caplan– sociales; el poder personal depende de –y puede influir en– el poder social. Autoestima, auto-eficacia, sentimiento o localización del control e impotencia aprendida, son conceptos psicológicos ya acuñados y emparentados con el empoderamiento individual, el más familiar y apreciado por el psicólogo.

*Nivel relacional y microsocia*l. El empoderamiento se deriva aquí de las interacciones y relaciones personales y de la participación en grupos y asociaciones sociales medias según una idea obvia: en la medida en que el poder es un fenómeno global, el empoderamiento –personal, grupal o del tipo que sea– precisa de la colaboración de personas y grupos e implicando por tanto algún tipo de *interacción instrumental* para alcanzarlo. La adquisición de habilidades relacionales o *sociales*, la *organización* social en torno a objetivos comunes y la *participación* en grupos comunitarios, son, desde este punto de vista, tanto formas de desarrollo personal, como, sobre todo, *vehículos* para el empoderamiento *colectivo* y, como tales, estrategias centrales de la acción comunitaria.

A medida que ascendemos en el nivel social, se hace más preciso considerar el *marco socio-político* y *el momento histórico* al analizar las posibilidades de empoderamiento personal y comunitario. En las sociedades construidas sobre el individualismo y la competitividad se suele entender el empoderamiento como simple *autosuficiencia personal*, lo que dificulta mucho la búsqueda de soluciones empoderadoras globales. Y, aunque la perspectiva ecológica asume que los cambios de poder “*irradian*” desde los niveles sociales más altos a los más bajos, el fenómeno opuesto –“*ascensión*” hacia arriba del cambio– es posible: algunas transformaciones globales –como las producidas por movimientos sociales– se nutren de la participación en esfuerzos colectivos de cambio, de la *inducción de climas sociales* propicios al cambio, de la creación de nuevas instituciones o de la ejemplificación de formas de vida más igualitarias que acaban siendo adoptadas o imitadas por muchos.

Parece que, en general, el empoderamiento individual y micro-social no remedia las injusticias globales del sistema, de forma que actuando sobre la percepción subjetiva en esos niveles se crea con frecuencia, más una *ilusión* de poder que un poder real y duradero. Inevitablemente, el empoderamiento colectivo va entonces unido al cambio social, a la justicia distributiva global o a otras nociones como el *capital social* (interacciones y vinculaciones sociales basadas en la confianza y reciprocidad).

Modelos de empoderamiento. La pregunta de si el psicólogo puede generar poder en otros, empoderarlos (o, siendo más humildes y realistas, ayudarlos a que se empoderen a sí mismos) tendría como respuestas posibles dos modelos sociales de empoderamiento –el cooperativo y competitivo– a los que quiero añadir un tercero, propio, de creación de recursos.

Modelo cooperativo: ayudamos, como psicólogos, a generar condiciones personales y relaciones sociales cooperativas en que, manteniendo la comunidad y pertenencia, se adquiere y comparte relacional y colectivamente el poder (ejemplo, Prilleltensky, 1997) que se asume ilimitado y compartible. La ventaja del modelo es que refuerza la solidaridad, cooperación, y sinergias colectivas; su problema es que puede resultar ilusorio e inviable en un entorno muy competitivo o conflictivo o en una situación de enfrentamiento o resistencia a compartir o ceder el poder (o a adquirirlo, por las responsabilidades asociadas).

Modelo competitivo, de conflicto: ayudamos a la organización social de los más débiles para que puedan defender sus intereses por sí mismos y se *apoderen* del poder que, como recurso escaso, precisa ser redistribuido a un nivel comunitario o superior. El modelo puede ser mucho más realista y viable en entornos competitivos o conflictos (típicos, por otra parte, del mundo social actual) pero, al mismo tiempo, puede ahondar los conflictos y enfrentamientos en vez de resolverlos y generar sinergias colectivas.

En principio, por tanto, la estrategia cooperativa sólo será posible y efectiva en un medio social mínimamente solidario y comunitario, mientras que en medios sociales organizados en torno al individualismo

y la competitividad (o en casos de claro conflicto de fines entre grupos), el modelo de conflicto puede ser más efectivo y realista.

Modelo de recursos: Espacios sociales y generación de poder. La pregunta puede tener una respuesta diferente si adoptamos un enfoque social de recursos (Sánchez Vidal, 2002), según el cuál, la constitución de cualquier agrupación social (grupo, institución, empresa, equipo de trabajo, asamblea vecinal, comisión, asociación de padres de alumnos etc.) *genera poder* y otros *recursos* sociales ligados al tipo de espacio social creado y a los elementos comunes puestos en marcha para dirigirlo y mantenerlo: prestigio, evaluación social, poder político, medios económicos, capacidad de influencia social y creación de opinión etc. Esta concepción de recursos sociales salvaría de algún modo la bifurcación analítica (modelo finito-redistribuidor, modelo infinito-desarrollista), transformándola en un proceso dinámico: el poder es un recurso *indefinido* en la medida en que se van *creando* espacios sociales en una comunidad o sociedad y hasta ese momento; pero, una vez creados esos espacios institucionales, el poder queda *limitado* y sólo puede ser redistribuido, hasta que se “reconstruya” o desarrolle el espacio social o se creen otros espacios nuevos que generen recursos adicionales.

Tampoco invalida ese modelo las observaciones sobre la influencia del entorno social global (cooperativo o competitivo), pero introduce una nueva mirada analítica sobre el tema del poder y el empoderamiento: las personas serían, a la vez, *agentes* sociales *generadores* y “*consumidores*” de poder, como actores sociales interesados, si se quiere. Así, el liderazgo o la jerarquización de un grupo se entenderían como “apropiación” de los bienes colectivos creados o de búsqueda de influencia por parte de unos, y como cesión de poder y fatalismo resignado por parte de la mayoría más pasiva que aporta recursos a la comunidad pero apenas saca beneficio de su reparto, exceptuada la cómoda posición de irresponsabilidad y concentración en sus asuntos privados. El “manejo” del poder creado es también vital para una acción comunitaria empoderadora: el acceso igualitario y la distribución equitativa del poder y recursos comunes brindará posibilidades de empoderamiento colectivo –o de

los más débiles, quienes más necesitan de ese poder– fortaleciendo la solidaridad global. La desigual distribución de esos “bienes” comunes o su acaparamiento por unos pocos (personas o elites) movidos por la búsqueda de estatus” o poder), favorecidos por unas reglas “sesgadas”, aumentará el poder de esos pocos a costa del malestar colectivo y del sentimiento de opresión, y ahondará las diferencias e injusticia global, llevando, quizá, a la exclusión de aquellos que necesitado más poder, no disponen de los medios o recursos para acceder a él.

Cuadro 10. Modelos y proceso de empoderamiento

Modelo	Descripción
Cooperativo	Poder recurso ilimitado → crear y desarrollar poder (presupone/aumenta: solidaridad y comunidad)
Conflicto/competición	Recurso limitado → redistribuir socialmente poder existente (presupone/refuerza: competitividad, individualismo)
Recursos sociales	Constitución espacio social genera poder y otros recursos psicosociales; desarrollo humano y social dependen del acceso a, y distribución de, poder y recursos generados
Asunciones	Nivel social medio Manejo dialéctico sentimiento de potencia-poder real Transformar potencia en poder real exige acción social eficaz
Proceso	1. Identificar potencial poder en grupo/colectivo 2. Generar sentimiento/conciencia de potencia 3. Relación con otros, sentimiento de pertenencia, participación en acción colectiva u organización en torno a objetivos comunes 4. Acción social efectiva para obtener/compartir poder y recursos sociales valiosos

Reglas del empoderamiento comunitario entendido en el nivel social medio, según lo dicho, serían:

- Privilegiar el *nivel intermedio* o psicosocial (poder psicológico, interacción y asociación social) asociado a, pero distinto de, el nivel macro-social, como propio de la acción comunitaria; reconocer sus potencialidades, sin olvidar sus límites: es el nivel macro donde están los mecanismos de asignar y distribuir el poder global.
- *Distinguir* –y manejar juiciosamente– el sentimiento de poder (de *potencia*, sería más correcto) del poder real: la percepción o conciencia de potencia es en general condición *necesaria pero no suficiente* para la adquisición de poder, que precisa, además, de una *acción social eficaz* y generalmente colectiva. Sin la conciencia (colectiva) de potencia, sin embargo, difícilmente se embarcará la gente en la acción transformadora: habrá, primero, que animar o inducir esa sentimiento potencial de poder. La percepción de impotencia lleva a la inacción; la transformación del sentimiento de potencia en poder real, exige acción colectiva.

La *intervención comunitaria empoderadora*. ¿Podemos proponer algunas ideas o pasos concretos para lograr una acción comunitaria empoderadora? Avanzo una propuesta inicial de 4 pasos:

1. Identificar un grupo o *colectivo social con poder potencial* y que, ten general, se sentirá impotente o frustrado en relación a necesidades insatisfechas o aspiraciones no alcanzadas.

2. Ayudar a generar *sentimiento de potencia* (o fortalecer el existente), la *conciencia* de que se puede alcanzar poder (concienciación, si se quiere) y que puede alcanzar a partir del reconocimiento del estado actual de impotencia (opresión, desesperación, pobreza etc.) o bien desde el estado *ideal* (de poder, control riqueza, igualdad etc.) al que se aspira.

3. Facilitar la *interacción social* y fortalecimiento del *sentimiento de pertenencia* al grupo social desposeído como vías para la *participación social* en un esfuerzo colectivo de cambio para empoderarse –generando poder o apropiándose del desigualmente repartido– o para desarrollar *organización social* en torno a unos *objetivos* (asociados al proceso del punto 2) *comunes* que cohesionan y orientan la acción colectiva y elegidos por el grupo, no por el interventor.

4. Ayudar a “diseñar” y realizar una *acción social efectiva* para obtener el poder (o los recursos sociales que conducen a él) o compartirlo; “efectiva” implica el uso de una *técnica* y una *estrategia* eficaces y apropiadas al colectivo o comunidad concreta así como a los objetivos perseguidos.

Referências bibliográficas

- BELLAH, R. N., MADSEN, W. M.; SULLIVAN, W. M. y otros (1989). *Hábitos del corazón*. Madrid: Alianza.
- CAPLAN, G. (1979). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. (Original, *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1964).
- KIRPATRICK, F. G. (1986). *Community: A trinity of models*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- LAUE, J. H. y CORMICK, G. W. (1978). The ethics of intervention in community disputes. En G. Bermant, H. C. Kelman, y D. P. Warwick, (eds.) *The ethics of Social Intervention* (pp. 205-232) Nueva York: Wiley.
- PRILLELTENSKY, I. (1997). Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 52, 517-535.
- RAPPAPORT, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- ROSS, M. (1967). *Organización comunitaria*. Madrid: Harper&Row-Euroamericana
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (2002). *Psicología Social Aplicada: Teoría, método y práctica*. Madrid: Prentice Hall
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.
- SAWAIA, B. B. (1995). Comunidade: A apropriação de um conceito tao antigo quanto a humanidade. In R. H. Freitas (ed.), *Psicologia Social Comunitária*. Petropolis, Brazil: Vozes.
- TONNIES, F. (1947). *Comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Avellaneda.
- WARREN, R. L. (1972). *The community in America*. Chicago: Rand McNally.

ZIMMERMAN, M. A. (2000). Empowerment theory. En J. Rappaport & E. Seidman (eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Nueva York: KluwerAcademic/Plenum Publishers.



Teatro Educadora na Fundação Casa: entre a moral e a ética nos temas drogas e crime¹

Márcia Cristina Baltazar

Corda bamba

Nas minhas primeiras semanas ministrando aula de teatro em uma unidade masculina da Fundação Casa, em Campinas, percebi que os meninos se sentiam muito culpados por estarem ali, e uma certa fala de que “fizeram a coisa errada” pairava no ar entre familiares, profissionais e os próprios adolescentes.

Nesta unidade, devido à existência de triagem para encaminhamento para a “casa”, o perfil da população era, na maioria, de meninos acusados de crimes com baixo grau de agressão; principalmente, o tráfico de drogas, que representava, geralmente, a fonte de renda para o próprio consumo de drogas desses meninos. Comparando com outra unidade da Fundação Casa, em que trabalhei no mesmo período, nesta “casa” os meninos eram menos raivosos e o trato dos profissionais para com os internos era mais pacífico e educado.

Entretanto, esse tratamento mais “pacífico e educado” não deixava de ser infantilizante e culpabilizante, pois os adolescentes eram apenas estimulados a serem “bons alunos” e obedientes. Havia regras claras sobre tudo o que podia e o que não podia ali dentro, inclusive as penalidades para cada desobediência. No entanto, nunca era estimulado aos meninos colocarem críticas às regras ou propostas para o funcionamento da instituição.

¹ O presente texto foi originalmente apresentado no *VII Seminário Saúde e Educação: reforma da reforma?*, realizado na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), em 28 de junho de 2013.

Por outro lado, não se via muita insatisfação com a instituição (exceto com relação à privação da liberdade de deslocamento), pois, de fato, a equipe assistencial desta unidade executava vários tipos de propostas para o melhor atendimento e convívio dos meninos.

Desde o princípio, o caráter moralizante daquela unidade me chamou atenção e me incomodou. Os meninos percebiam que o papel de “mocinho” devia ser atuado e apenas alguns poucos profissionais propunham ações que buscavam aprofundar a discussão sobre as relações sociais, psicológicas, econômicas e culturais, e as regras constituídas por nossa sociedade, às quais esses adolescentes estavam sendo estimulados a adotar através das medidas sócio-educativas da Fundação Casa.

Assim, propus-me a problematizar pelo teatro, e de forma sutil e sensível, algumas regras que aqueles meninos estavam sendo impelidos a seguir.

Ainda no início desse novo emprego, num encontro formativo organizado por uma ONG, na qual eu estava contratada, assisti, em vídeo, o processo artístico de cinema coordenado por um arte-educador de outra unidade da Fundação Casa. A trilha sonora deste vídeo era um *funk* chamado “Corda Bamba” (Mc Careca) e quando o ouvi, estando eu às voltas com a formulação de projetos para o meu novo curso de teatro, associei este *funk* aos meninos da unidade da Fundação onde eu estava trabalhando. A música me provocou a imagem de um equilibrista (funâmbulo) que pode cair ou obter sucesso na travessia pela corda bamba, e devido a esse *insight*, formulei um projeto visando uma encenação a partir da imagem do equilibrista.

Nas aulas seguintes, expus meu projeto aos meninos e pedi a eles que escrevessem ou ditassem aos colegas (muitos não sabiam escrever) xingamentos e incentivos que fariam aos equilibristas, dando como um dos exemplos o que é dito pela torcida em jogos de futebol.

Quando recebi as frases deles, “ouvi” o que aqueles meninos constantemente ouviram e ainda ouviam diariamente. Então, organizei um texto e uma encenação na qual dois meninos atravessavam duas cordas esticadas no chão como funâmbulos, caindo e erguendo-se, relacionando-se com o que ouviam de outros adolescentes, os

quais ficavam nos cantos do palco falando o seguinte texto com diferentes entonações, projeções, ritmos, intensidades... e em reação às ações dos equilibristas:

APRESENTADOR: Começou o desafio da corda bamba.

1: Vai. Segue em frente!

2: Você tá indo bem!

1: Levante e ande!

3: Seu bunda mole!

1: Você não vale nada! (Esmagando)

2: Acredito em você! (Como se estivesse longe...)

1: Continue! (rápido e forte)

3: Criminosinvejoso! Criminosinvejoso!

1: Tá gostando das palavras salgadas?

2: Boca de lata!

1: Segue em frente meu parceiro!

3: Você não vale o prato de comida que você come!

1: Vamos logo!

2: Calma, espera.

1: Vamos, o tempo é pouco.

3: Corre!

1: Não! Não caia!

2: Ih! O machinho parece que não tem força (risos...)

1: Vamos, mas bem devagar...

(VOLTA DO EQUILIBRISTA)

2: Você não está sozinho! (ECO)

4: O escuro não tem fim. (GIGANTE)

3: Macho não chora... (IRONIA)

5: Você é um lixo! (RITMADO)

2: Fica sozinho aí seu vagabundo! (MONSTRO)

4: Quem vive no escuro vive na escuridão! (CORINGA)

3: Caiu! Vai cair! (TORCIDA CONTRA)

5: Vai! Você consegue! (TORCIDA A FAVOR)

2: Vou te ajudar... (AMIGO)

4: O escuro me dá Medo. (CHORANDO)

- 3: *Opa! Não vai conseguir...* (LENTO, BRUXO)
 5: *Nunca desista!* (COM FORÇA, RÁPIDO)
 2: *Dá sua mão!* (AO LONGE)
 4: *Vá pra Luz!* (*Luz, Luz, Luz, luz, luz...*) (ECO)
 3: *Pára! Você não vai conseguir.* (BRAVO)
 5: *Verme!* (BEM LENTO)
 2: *Medo, medo, medo, medo, medo...* (REPETE INFINITAMENTE)
 3: *liiii... parece que o macho é chorão!?* (TIRANDO SARRO)
 5: *Otário!* (RISOS)
 4: *Milagre! Milagre!* (GRITOS)

Esse processo foi totalmente construído a partir de improvisações e de estímulos para a expressão vocal, como, por exemplo: falar com medo, esmagando, em eco, tirando sarro... O contato com as possibilidades de criação de cenas impregnadas de multi sentidos entusiasmou alguns; principalmente, aqueles que tinham uma relação de prazer com substâncias psicoativas. A cena terminava com todo o grupo no palco cantando a música “Corda Bamba”, de Mc Careca, cujo áudio foi mostrado ao grupo e causou total aceitação. Eis a letra da música:

*A vida é muito boa pra se perder
 Aja certo pra não se arrepender
 a vida te ensina e você não tá nem aí
 só dá valor quando um parceiro seu cair
 Aí já era, você é o próximo
 come farelos porque anda com porcos
 eu te avisei não quis me escutar
 agora já era, num da mais pra voltar
 (refrão)
 tá na corda bamba...na corda bamba
 o crime é necessidade e não a fama
 Tá na corda bamba...na corda bamba
 O tipo necessitado, não pela fama
 Preste atenção naqueles que te rodeiam*

*prove o contrário pra aqueles que te odeiam
eu fiz essa letra contando nossa história
desde criança juntos guardo na memória
Só peço a você que não arraste sua família
não podem pagar pelo erro de sua vida
afinal, sua mãe e seu pai te amam
o crime é necessidade e não a fama.*

Nos ensaios para essa apresentação, deparei-me com minha primeira questão moral. Embora a maior parte da letra do *funk* “prega” ou alerta para as maselas do crime, a frase “o crime é necessidade e não a fama” trouxe questionamentos de alguns meninos: “Afimal, ele prega o crime?”

Eu devolvi a pergunta com outra pergunta: “O que é necessidade?” E logo respondi que, para mim, era matar a fome. Mas, na verdade, não tive capacidade de abordar uma discussão sobre ética e moral ali, naquele momento.

Para defender o crime como necessidade, eu precisaria aprofundar muito as discussões sobre necessidade, abordando a questão se o crime, e qual crime, aumentaria a potência de uma vida singular e alegre ou, ao contrário, seria um ciclo vicioso de ressentimentos, ou seja, triunfaria quando há tristeza, impotência e miséria do outro.

Como a princípio afirmei que necessidade, para mim, era matar a fome, tentei abordar a possível pergunta: “Fome de quê?”. Para isso, apresentei o áudio da música “Comida” do Titãs, mas não houve fruição por parte dos meninos. Então, não consegui provocar a reflexão sobre necessidade e crime, e nem retomar a discussão a partir do *funk* de Mc Careca.

A partir da empolgação com o *funk*, partiu deles a proposta de apresentar a cena para os familiares em um dia de visita. Então, organizamos a encenação de forma a ter efeitos com máquina de fumaça e iluminação de lanternas, o que, na hora, não deu certo porque o espaço estava muito claro e a máquina de fumaça não funcionou. Mas, mesmo assim, os familiares gostaram muito da apresentação, alguns até se emocionaram. Então, constatei que aquela situação instável

(bamba) de definições de rumos na vida dos meninos e a culpa em relação à família eram temas pertinentes para todos.

No entanto, a minha incapacidade de abordar a moral do que é crime me incomodou muito. Embora eu achasse que o sistema educacional da Fundação Casa era muito ruim, eu estava ali dentro, recebendo do Estado (como terceirizada, contratada pela ONG CEDAP – Centro de Educação e Assessoria Popular), para também aplicar as medidas sócio-educativas, ou seja, “corrigir” os meninos. Então, como “educar” para o teatro e para a cidadania? Como abordar as causas e consequências do crime sem ser moralista? Como criticar a lógica subordinante da Fundação Casa, trabalhando lá? Como aprofundar as discussões sobre as forças que atuam em nosso modo operante cotidiano, relacionando-as com a experiência de fazer teatro?

Resolvi trabalhar a partir da ética e não com a moral. Tomo como referência o filósofo Luiz Fuganti que, a partir do estudo de Epicuro, Foucault e Espinosa, diferencia a ética da moral:

É a partir de outro lugar que não o da dominação e da sujeição, é a partir de um topos ocupado pela potência de afirmar as próprias diferenças constituintes dos seres ou ponto de vista da vida em processo de diferenciação, que o modo de vida ético se instala. O modelo da ética não é o do livre arbítrio para o Bem a partir da livre recusa do Mal. Bem e Mal são ficções fundadas numa mesma ilusão de consciência. E essa suposta liberdade nada mais é do que a ignorância das causas que determinam tal escolha ou recusa (Fuganti, 2013, p. 3).

Decidi trabalhar com as causas que influenciam nossas escolhas. Especificamente, propus-me a aprofundar, pelo teatro, o tema das drogas e do tráfico.

Devido ao meu modo de conduzir a oficina de teatro naquela unidade (escrevendo textos e encenando), acoteceu uma seleção, no meu curso, de meninos que sabiam ler e escrever. Progressivamente,

creio, fui conquistando a confiança da equipe pedagógica e da gerência da unidade e, paulatinamente, tive mais liberdade para o aprofundamento de debates, pois, muitas vezes, eu conduzia a oficina e as conversas sem o acompanhamento de agentes pedagógicos e de segurança, o que me possibilitava escapar, às vezes, de um discurso moralizante.

Relato a seguir o processo de escrita e encenação da peça “Adrenalina Pura”, fruto de uma abordagem artístico-pedagógica sobre o tema das drogas e do tráfico.

Adrenalina Pura

O texto coletivo foi sendo escrito a partir de um desdobramento da cena intitulada “Adrenalina Pura” do livro *Teatro Vivo na Escola*, de Ana Lúcia Cavalieri (1997). Nosso texto é a história de dois meninos que se envolvem com drogas.

Cena 1 (na escola, antes da aula)

Miguel – E aí... tudo OK?

Robson – E aí... beleza?

BinLaden – Mais ou menos...

Miguel – O que foi?

BinLaden – Dessa vez meu primo disse que não vai dar...

Robson – Como assim?

BinLaden – Só pagando. Ele não pode mais fazer uma “presença”.

Robson – Não tem problema, eu pago.

Miguel – Eu também.

BinLaden – Mas vocês não disseram que tavam “duro”?

Miguel – Fica frio, a gente dá um jeito...

BinLaden – (rindo) Se amarraram, heim? Não falei que era demais?

Robson – Adrenalina pura!

Miguel – Deixa doidão.

BinLaden – É isso aí, cara! Emoções fortes... e baratas!

Robson – Disfarça, olha o professor chegando!

BinLaden – Oi professor!

Robson e Miguel – Oi...

(o professor passa por eles)

Professor – Tudo bem garotos? Como é, estão preparados para a prova?

BinLaden – Mais ou menos...

Robson – Hã? Prova?

BinLaden – É, de História.

Miguel – Cara, esqueci da prova!

Robson – Eu também...

BinLaden – Deixa pra lá, dá pra conseguir cola. E, então, como é que fica?

Robson – Eu fico com a boa.

Miguel – Eu também.

BinLaden – Já disse que só pagando...

Robson – Tô sabendo.

Miguel – Olha, eu quero pra hoje.

BinLaden – E o dinheiro?!

Robson – Vai estar na sua mão.

Miguel – Na hora eu te entrego.

BinLaden – Então, no lugar de sempre...

Miguel – Quase no final do recreio.

(Toca o sinal. As aulas vão começar.)

BinLaden – É isso aí, cara! Boa prova!

Iniciei este processo, que eu mal sabia que resultaria num espetáculo, com a improvisação desta cena do livro de Cavalieri (1997). Originalmente, essa cena foi composta por Ana Lúcia para apenas dois alunos e um professor. No entanto, eu dividi a turma em grupos de três e, a partir da improvisação de cada grupo, solicitei, como proposto no livro, que, em grupo, eles escrevessem uma cena para o seguinte problema: “Que jeito o aluno dará para conseguir a ‘boa’?”

Surgiram três soluções que foram escritas e improvisadas: pedir para um amigo, pedir para o pai e roubar o laptop do professor.

Na aula seguinte, cada grupo escreveu o desenrolar da história em cada uma das três situações. Íamos escrevendo e, depois, encenando: um grupo para outro.

Nesse processo, numa aula, eu exibi o filme *Trainspotting*², que mostra um grupo de usuários de drogas em seus delírios, tragédias e seus “corres” bem e mal sucedidos. Nesse momento, já tínhamos muitas cenas e, a partir do filme, tive a ideia de criar uma peça com a história de dois ou três personagens. Então, organizei as cenas existentes para o desenvolvimento das histórias de Robson (que rouba o laptop) e de Miguel (que pede dinheiro emprestado para um amigo e depois para o pai).

Apresentei a organização das cenas aos alunos e eles ficaram empolgados com o resultado alinhavado. Então, pedi um final para cada história.

O final da história de Miguel foi ser morto por estar devendo para traficantes e o grupo que ficou com a história de Robson propôs, inicialmente, o seguinte final:

E Robson parou de roubar. Foi trabalhar num lava rápido e percebeu que aquele que parecia ser seu amigo, na verdade não era, só estava do seu lado por causa das drogas. Então, parou de andar com as más companhias e nunca mais se envolveu com drogas.

Ao ler esse texto, considerei que a peça estava fatalista com a morte de Miguel e moralista e superficial com a fala final do narrador sobre a história de Robson. Na verdade, eu buscava provocá-los sobre as razões de continuar o consumo de substâncias psicoativas e os prazeres ou escapes provocados pelo uso delas. Então, pedi outro final para Robson e o mesmo aluno que escreveu o texto anterior propôs o que foi encenado:

E Robson foi trabalhar num lava rápido, mas continuou andando com o BinLaden e a cada dia os dois foram se afundando nas drogas e nos roubos. Até que num certo dia, o Robson foi trabalhar e, no caminho, encontrou o BinLaden que estava usando... Robson parou ali mesmo e... BinLaden estava com uma arma e falou: Vamos roubar aquela loja? Robson topou. No caminho eles foram abordados por uma viatura. BinLaden conseguiu fugir, mas o Robson foi para a delegacia e foi encaminhado para a Fundação Casa. Sua mãe, quando recebeu a notícia, passou mal e foi para o hospital. Seu pai e sua mãe visitavam-no todo

2 Inglaterra, 1996. Dir: Danny Boyle.

dia de visita e depois de 4 meses, ele saiu e nunca mais se envolveu com drogas e com más companhias.

Com o aparecimento da arma neste texto, parti para a provocação de outras perguntas, como, por exemplo: “Como BinLaden tinha arranjado uma arma?”

Assim, apareceu o diálogo sobre o pagamento da arma do Primo (cena 16) que surgiu da proposta de uma conversa entre BinLaden e Primo, o dono da arma. E, o final da história de Robson deixou em aberto a saída ou não do mundo das drogas e do crime, pois apareceram outras questões sobre dívidas/negócios que retratam as relações de poder encontradas no mundo desses meninos (cena 17: conversa entre BinLaden e Robson, depois que ele sai da Fundação Casa).

Cena 16 (na boca)

BinLaden – Ô Primo, foi você que mandou matar o moleque que mora ali na 40 (Miguel)?

Primo – Ra! Ele tava fazendo hora extra! Em todas as bocas ele estava devendo.

BinLaden – Pior Primo, ele também devia pra mim.

Primo – Fica firmão. Não comenta com ninguém na escola, senão vão achar que foi eu que matei. Mas fala aí BinLaden: e a minha arma?

BinLaden – Então Primo... eu tenho que te contar uma coisa...

Primo – O que BinLaden? Pode falar.

BinLaden – Eu emprestei pro Robson e ele foi preso com a arma.

Primo – Ah! Cê tá brincando!

BinLaden – Não tô não Primo.

Primo – Então, BinLaden, você vai ter que pagar.

BinLaden – Como?

Primo – Trabalhando pra mim de graça.

BinLaden – Mas não foi eu que perdi, Primo.

Primo – Mas eu emprestei pra você. Depois quando ele sair, cobra dele.

BinLaden – Tá bom então Primo.

Cena 17 (depois de um tempo)

BinLaden – E aí Robson! Quanto tempo cara!

Robson – E aí BinLaden, muito tempo mesmo.

BinLaden – Mas e aí cara, como você se encontra?

Robson – Bem, na paz de Deus.

BinLaden – Ei Robson, preciso contar uma coisa.

Robson – O quê?

BinLaden – A arma com que você foi preso. Você tem que pagar.

Robson – Por quê BinLaden? Além de eu ir pra FEBEM, tenho que pagar?

BinLaden – Tem sim, Robson porque senão meu primo vai me matar.

Robson – Nossa... e agora BinLaden?

BinLaden – Se vira meu chapa.

Robson – Mas, você não é meu amigo?

BinLaden – Sou. Mas amizade é amizade. Negócios a parte.

Com relação à história de Miguel propus uma conversa entre Robson e Miguel sobre os seus problemas e os motivos que os levavam ao consumo de drogas e investi em tentativas de criar cenas em que o consumo fosse por prazer ou aumento de potência, mas o máximo que consegui nessa investida foi esta cena:

Cena 10 (na rua)

Miguel – E aí? Fiquei sabendo que você não tá podendo ir para a escola...

Robson – É sim Miguel.

Miguel – É por causa daquele roubo do laptop?

Robson – Ahaamm... mô depressão para os meus pais.

Miguel – É... minha vida também tá um inferno. Meus pais brigaram e meu pai saiu de casa...

Robson – Nossa, Miguel, que ruim. Meu pai arrumou um trabalho pra mim. Mas, tô cansado de receber ordem.

Miguel – Trabalho do quê?

Robson – Ahh, é num lava-jato.

Miguel – E quanto você ganha Robson?

Robson – Eu to recebendo por semana. R\$ 60 por semana e só de segunda à sexta.

Miguel – Ahh... eu também to tranquilo de trabalhar. Não quero saber de fazer nada. Minha namorada me abandonou, to quase saindo da escola também. Mas e aí? Tem a boa aí?

Robson – Nossa cara, tenho um pino que sobrou de manhã cedo escondido ali no lava-jato.

Miguel – Então vamos lá buscar.

Robson – É... já passou da hora de mandar outro. A felicidade já tá passando cara.

Miguel – Vamos. Eu to com uma vontade maior do que a minha pessoa.

Também mostrei aos alunos um filme documentário, que abordava especificamente o tráfico de drogas: *Falcão, os meninos do tráfico*³. Esse filme foi interessante porque mostrava a dor dos familiares dos meninos mortos por traficantes devido a dívidas ou por “cacoetagem”, a relação de fidelidade exigida entre os traficantes e o desapego dos meninos usuários de drogas por suas próprias vidas. No entanto, este filme não aponta nenhuma solução para o problema a não ser “não fazer o mal ao outro”, ou seja, não vender drogas; como uma lição de moral, sem aprofundar a discussão sobre as causas dessa situação. Portanto, outro incômodo, que fui digerindo para buscar novas estratégias de abordagem.

Paralelamente, terminamos o texto da peça “Adrenalina Pura” e começamos a ensaiar. Nos ensaios eu levava saquinhos com farinha de trigo, figurino e outros objetos que empolgavam e facilitaram muito a representação dos meninos. Esses objetos eram sempre conferidos pela equipe pedagógica e de segurança antes e depois de minha entrada em sala de aula. Convém lembrar que a turma era rotativa e, às vezes, os adolescentes atores cumpriam seu tempo de sanção na instituição, eram soltos, e, assim, felizmente, precisávamos sempre de substitutos.

Os ensaios demandavam alto grau de concentração para a manutenção do ritmo das cenas, para as entradas e saídas, trocas de roupa fora do espaço do palco, fala do texto decorado... Era visível o empenho dos meninos na montagem.

3 Brasil, 2006. Dir.: MV Bill.

No decorrer dos ensaios de “Adrenalina Pura”, perguntei aos alunos se eles queriam apresentar para os seus familiares e não houve consenso entre eles. Alguns diziam que não queriam mostrar para os pais o que faziam no “mundão”. No entanto, a encenação estava ficando muito boa e, então, propus ao CEDAP e à direção da unidade da Fundação Casa que fizéssemos a estreia na sede do CEDAP num dia de encontro formativo da Equipe Arteiros, formada por cerca de 30 arte-educadores que trabalhavam em várias unidades da Fundação Casa no estado de São Paulo. O projeto consistia em realizar a encenação de “Adrenalina Pura” pelo Grupo SobreViventes e, em seguida, realizar uma dinâmica entre o grupo de teatro e todos os arte-educadores do CEDAP, tentando aprofundar as discussões sobre as escolhas em cada encontro com as drogas, com o crime etc.

No dia desta apresentação, os meninos chegaram ao CEDAP num misto de alegria pelo passeio e de desânimo devido à falta de um ator que não tinha alcançado a progressão necessária para participar de saídas. Mas, um professor de teatro, de outra unidade da Fundação Casa, aceitou representar, de improviso, o papel do menino ausente e a apresentação foi um sucesso.

Como relato, tentei criar com os meninos uma peça com um mínimo de julgamentos morais possíveis (dada a nossa realidade dentro da Fundação). No entanto, eu sentia falta de discussões mais abrangentes para os complexos problemas abordados, como o furto para comprar a droga, o uso da droga como escape para problemas emocionais e financeiros, o gosto pelo risco envolvido no furto, o porte de armas, o consumismo, a repressão da família e o poder de vida e morte dos donos do tráfico.

Infelizmente, devido à falta de tempo, o debate não foi aprofundado. Entretanto, se, por um lado, a reflexão não desenvolveu muito, o jogo teatral dos meninos tinha sido excelente. Ao final, eles receberam muitos elogios e saíram repletos de entusiasmo para fazer mais teatro (daí para frente, com o adolescente que não tinha podido ir ao CEDAP).

Durante os dois meses seguintes, fiz várias articulações e negociações para realizar mais saídas dos meninos para a apresentação de

“Adrenalina Pura”. Nesse ínterim, ocorreram algumas substituições de atores devido às altas dos meninos. Também, nesse momento, além de iniciarmos a construção de outro texto coletivo, busquei aprofundar a discussão sobre o tráfico de drogas, mostrando a eles dois filmes documentários: *Cortina da Fumaça*⁴ e *Notícias de uma Guerra Particular*⁵. O primeiro trata abertamente sobre os interesses comerciais mundiais em torno da proibição das drogas e, o segundo, mostra como as ações da polícia e dos traficantes no Brasil transformaram-se em uma guerra particular entre polícia e ladrão.

Muito paulatinamente e sutilmente, eu ia provando reflexões e fazendo perguntas. Raramente eu conseguia mais que cinco minutos de discussões, mas, nos próximos encontros, eu sempre retomava.

Finalmente, fizemos em dezembro mais uma apresentação externa de “Adrenalina Pura” no Centro de Convivência de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas. Cerca de 10 pessoas assistiram a apresentação do grupo SobreViventes (agora com o elenco completo). Os meninos novamente encenaram de forma viva e houve um aprofundado debate conduzido pela psicóloga responsável do CAPS (Camila de Oliveira Rodrigues) que salientou o quanto não se conversa abertamente sobre as drogas, como retrata a própria cena de “Adrenalina Pura”, na qual a mãe se desespera quando fica sabendo da dependência do filho. Além disso, Camila abordou alguns reais motivos que propiciam o consumo de drogas, como, por exemplo, o prazer e a sensação de potência, e problematizou o como lidar com a drogadição de forma que “a droga não te use” (fala de um drogadito, segundo esta psicóloga) e/ou buscar outras formas de ação que propiciam, por exemplo, prazer e potência. Também houve a recitação, por um frequentador do CAPS, de poesias de sua autoria. Novamente, os meninos saíram do encontro orgulhosos de si e não houve nenhuma fuga...

Essas boas experiências incentivavam os meninos a continuarem no teatro e a se dedicarem razoavelmente à montagem de uma nova peça, mesmo numa época de final de ano em que os ânimos estavam

4 Brasil, 2010. Dir.: Rodrigo Mac Niven.

5 Brasil, 1999. Dir.: João Moreira Salles.

mais à flor da pele. Não caberá, neste artigo, o relato deste outro processo. No entanto, termino expondo o trecho de uma carta que estes meus alunos me entregaram em meu último dia de aula naquela instituição, não para me vangloriar, mas como dado de uma possível compreensão sobre a ética:

Sr. Márcia,

Na vida há diversos caminhos para atingir a verdadeira sabedoria, pois um dia ela chegará, talvez antes disso você terá feito e tentado tudo o que podia, sofrido o quanto podia, e desistido algumas vezes, mas ao mesmo tempo com certeza de que um dia conquistará o objetivo que proponhou em sua trajetória. (...) em nome de todos os alunos de teatro agradecemos a ti e toda parte pedagógica por compartilhar toda sabedoria e educação que adquiriu e transmitiu pra gente.

Grupo Sobrevivente

Nesta carta, chama-me a atenção a repetição da palavra “sabedoria” relacionada à “educação” e a menção de “conquista de objetivos”. Com esse texto, percebo o quanto foi importante, primeiro, o afeto dedicado e trocado com meus alunos. Segundo, e não menos importante, o conteúdo e a competência relacionados ao ensino de teatro e à reflexão sobre os temas que abordamos, que, acredito, os meninos avaliaram como sabedoria e educação. E, terceiro, a minha insistência com relação a determinados objetivos que, também creio, foi um exemplo de modo de trabalho ou de ética, que pode ter sido associado ao particular desejo de vida de cada um (assim espero!). Percebo o quanto foram assimiladas pelos alunos as minhas constantes mudanças de estratégias de abordagem e execução de meus objetivos e a minha dedicação a eles; as minhas constantes buscas de diálogo e o reconhecimento também dos pontos de vista deles.

Portanto, tenho a esperança de ter trabalhado sobre a ética de ter sido teatro educadora na Fundação Casa; ética que só pôde ser tocada

pela prática e trabalho constante, como o “cuidado de si”, que Gros (2006), refletindo sobre o curso de Foucault sobre a *Hermenêutica do Sujeito* (1982), afirma ser o cerne do eu ético:

E, no fundo, a maior parte dos exercícios referentes ao cuidado de si participam desta obsessão única: assegurar da melhor maneira possível a correspondência entre o que digo que é preciso fazer e o que faço. (...) o esforço para *tornar visíveis*, na trama da existência, princípios de ação (...). A correspondência *harmônica* procurada se dá entre atos e palavras (...) (Gros, 2006, p. 134).

De certa forma, esta ética sempre dialogou com uma moral religiosa, própria da cultura dos meus alunos, como aponta, na carta dos meninos, a crença de que a “verdadeira sabedoria” um dia chegará e a aceitação do sofrimento como um deus *ex machina*. Por isso, sempre que eles me perguntavam, eu dizia que acreditava menos em Deus do que nas relações que a gente estabelece em vida. Nossas discussões nunca passaram de cinco minutos, mas sempre caminhamos nelas, fazendo teatro.

Referências bibliográficas

- CAVALIERI, A. L. F. *Teatro vivo da escola*. São Paulo: FTD, 1997.
- GROS, F. "O cuidado de si em Michel Foucault". In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, A. (orgs.) *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 127-138.
- FUGANTI, L. Ética como Potência e Moral como Servidão. Disponível em PDF em: <http://www.luizfuganti.com.br/escritos/textos/68-etica-como-potencia-e-moral-como-servidao>. Acessado em: 26/09/2013.

Filmes:

- "*Cortina da Fumaça*". Direção: Rodrigo Mac Niven. Brasil, TVA2, 2010, cor, 90 min.
- "*Falcão, os meninos do tráfico*". Direção: MV Bill, Celso Athayde. Brasil, 2006, cor, 58 min.
- "*Notícias de uma Guerra Particular*". Direção: Kátia HYPERLINK "http://pt.wikipedia.org/wiki/K%C3%A1tia_Lund" Lund e João Moreira Salles. Brasil, 1999, cor, 57 min.
- "*Trainspotting*". Direção: Danny Boyle. Reino Unido, 1996, cor, 94 min.



Conversa A-Fiada (de Velhos e Loucos): história, memória e narrativa¹

Cláudio Guilarduci
Ana Karla Tzortzato Almeida
Romiria Penha Turcheti Vasconcelos

Introdução

Para iniciarmos essa reflexão sobre as atividades realizadas durante o ano de 2013 no programa extensionista *Conversa a-fiada (de velhos e de loucos): história, memória e narrativa* aproximamo-nos do texto benjaminiano *Crítica da violência – crítica do poder*, de 1921, publicado na edição brasileira intitulada *Documentos de cultura, documentos de barbárie: escritos escolhidos* (1986). Nesse texto, o autor berlinense, ao explorar a dualidade do termo *Gewalt* – que tanto pode significar violência quanto poder, mostra que o

direito institucionalizado é essencialmente ‘mítico’, ou seja, constitui a vontade de permanência dos vitoriosos no poder. (...). Como instâncias que garantem o *status quo* aparecem o poder militar e o poder de polícia. O poder virtual de controle – o dos parlamentares – não funciona, já que ‘perderam a consciência das forças revolucionárias as quais devem sua existência’ (Bolle, 1986, p. 12-13).

Com a ambiguidade do termo e com os empréstimos da obra *Politiche Theologie (Teologia Política)*, Benjamin recorre justamente a um dos teóricos do nazismo para esvaziar a teoria schmittiana de que o estado de exceção é uma medida excepcional, mas de direito,

¹ Texto referente a ações do Programa de Extensão Conversa A-fiada, coordenado pelo Prof. Dr. Cláudio Guilarduci, da UFSJ.

utilizada em determinados períodos pelos governos. Ou como afirma Agamben (2004), o estado de exceção corresponde a uma fenda existente em algum espaço em que a separação entre aplicação e norma se mostra efetiva e que, por esse mesmo motivo, é necessária a instauração de uma força-de-lei para a realização e aplicação de uma outra norma para substituir uma norma anterior que foi desaplicada:

Desse modo, a união impossível entre norma e realidade, e a conseqüente constituição do âmbito da norma, é operada sob a forma da exceção, isto é, pelo pressuposto de sua relação. Isso significa que, para aplicar uma norma, é necessário, em última análise, suspender sua aplicação, produzir uma exceção. Em todos os casos, o estado de exceção marca o patamar onde lógica e práxis se indeterminam e onde uma pura violência sem *logos* pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real (Agamben, 2004, p. 63).

Benjamin, dessa forma, busca enfatizar que a “tradição dos oprimidos nos ensina que o ‘estado de exceção’ no qual vivemos é a regra” (Löwy, 2005, p. 83, Tese VIII) e que é necessário repensar e construir um novo conceito de história que perceba esse fato. A postura benjaminiana aponta para a manutenção do *status quo* da realidade, mesmo com os discursos e com determinadas práticas que tentam mostrar para a sociedade que o progresso vivenciado no cotidiano é construído com a democracia, com a liberdade e com a paz, e que esse três pontos são revividos e celebrados todos os dias.

A força da lei e os seus discursos legitimadores pronunciados pelos juristas e pelos governantes induzem, de certa forma, no contexto do presente trabalho, a um esvaziamento da própria realidade-crua vivida pelos velhos e pelos loucos, pois temos em São João del-Rei um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que não funciona e em Barbacena uma Secretaria de Cultura que também não cumpre o seu dever. Melhor dizendo: o CAPS e a Secretaria de Cultura atuam na inoperosidade com tais grupos e é justamente nesse vazio que atuam suas forças clientelistas.

Esse simples aspecto deveria gerar importantes discussões sobre o papel da extensão universitária, pois é óbvio que este microcosmo localizado no Programa *Conversa a-fiada...* representa com exatidão os descaminhos das ações políticas, ou melhor, das políticas públicas instituídas pelos governantes. Diante disso, duas posturas distintas foram tomadas durante a execução do programa extensionista. Em Barbacena, após inúmeras tentativas de inclusão dos velhos como potenciais sujeitos da experiência e da narrativa distantes da história oficial, as ações do Programa tornaram-se totalmente inviáveis, fazendo com que as bolsistas buscassem outro espaço onde fosse possível dar voz a um outro grupo de excluídos. É importante ressaltar que os contatos para realização do Programa na Secretaria de Cultura de Barbacena foram realizados antes da sua aprovação pela Pró-Reitoria de Extensão. A apresentação do Programa, com suas respectivas ações, foi aprovado pelo Presidente da Secretaria de Cultura de Barbacena, mas no momento da execução, da *praxis*, ao exigir uma postura mais democrática e participativa em relação a esse grupo socialmente excluído, a atuação do Programa foi aos poucos sendo enfraquecida por posturas políticas contrárias aos discursos democráticos apresentados pelos próprios dirigentes da Secretaria de Cultura de Barbacena. Definido à inoperosidade em relação às ações pensadas conjuntamente para o desenvolvimento do projeto, atitude aqui interpretada como divergência política substancial, a equipe do Programa extensionista tomou a atitude de cancelar o acordo estabelecido com o referido órgão público. Diante disso, a equipe buscou um outro espaço de atuação, o Programa conseguiu abrir um novo diálogo com o Lar São Camilo de Lélis, da cidade de Resende Costa.

Quanto ao CAPS de São João del-Rei, o Programa ainda busca, no tênue fio que resiste, dialogar com a nova gerência que assumiu a direção em janeiro de 2013. A intenção é dar continuidade às ações construídas durante o ano anterior, mas até a presente data, a gerência ainda ocupa-se da reprodução das mazelas criadas pela gestão anterior. Em 2013, o CAPS foi alojado durante um período em uma casa próxima à região central da cidade, fato que representa um salto qualitativo,

pois até então o CAPS ficava localizado em um bairro afastado e de difícil acesso. No entanto, na nova sede é impossível a prática de qualquer tipo de oficina terapêutica, pois seus espaços comportam apenas a burocracia que um serviço aberto exige. Assim sendo, os usuários da rede de saúde mental se deslocam ao CAPS somente para buscar o seu medicamento, uma vez que aquele espaço previsto pela lei, que deveria criar novas formas de tratamento baseadas no Serviço Aberto e na inclusão social, funciona como uma farmácia popular que controla a medicação de cada usuário como se medicamento fosse a salvação da loucura. Dessa forma, os loucos, esses sujeitos que fogem à ordem do discurso e são excluídos, segregados, rejeitados, e que, por portarem transtornos mentais, passam a viver um outro tipo de exclusão: vivida dentro do próprio espaço aberto de tratamento dos transtornos mentais.

Obviamente, a exclusão e o silenciamento atualmente sofridos pelos loucos não são os mesmos que foram vivenciados até meados do século XX no Brasil. É possível afirmar que as práticas de cura vividas nos “porões da loucura” são cada vez mais escassas. No entanto, como afirma Foucault (2008), os “cuidados” dispensados aos loucos provam que as práticas de exclusão e de silenciamento ainda não chegaram ao seu fim.

[...] basta pensar em tudo isso para supor que a separação, longe de estar apagada, se exerce de outro modo, segundo linhas distintas, por meio de novas instituições e com efeitos que não são de modo algum os mesmos [vividos durante séculos]. E mesmo que o papel do médico não fosse senão prestar ouvido a uma palavra enfim livre, é sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce. Escuta de um discurso que é investido pelo desejo, e que se crê – para sua maior exaltação ou maior angústia – carregado de terríveis poderes. Se é necessário o silêncio da razão para curar os mesmos monstros, basta que o silêncio esteja alerta, e eis que a separação permanece (Foucault, 2008, p. 12-13).

Mesmo com todas as dificuldades intrínsecas a um programa extensionista que lida cotidianamente com grupos segregados, é importante ressaltar, na esteira do pensamento de Benjamin, que o verdadeiro “estado de exceção” ainda está por vir, mas ele depende da persistência da inclusão da arte nesses segregados. São nos ínfimos instantes de relampejo, que foram vivenciados pelos sujeitos participantes das oficinas de Teatro, que a verdadeira revolução pensada pela “história aberta” poderá ocorrer, talvez semelhantemente ao salto do tigre.

Para o autor berlinense, os momentos de perigo sugerem aqueles instantes em que as classes oprimidas veem surgir uma “imagem autêntica do passado” (Löwy, 2005, p. 65) e em que a História se expressa na ruína, de onde teremos a “verdadeira imagem do passado”.

O salto do tigre é a imagem construída por Benjamin para afirmar o método da interrupção e para atualizar o “tempo-de-agora”. Segundo ele, quando o tigre salta para atacar sua presa existe um paradoxal instante que resume esse movimento. Assim como o felino olhou e escolheu sua presa, ele também é visado por ela no momento do pulo. Nesse instante, tem-se apenas um movimento que quer representar o distanciamento de uma causalidade estabelecida pelo fato histórico. O instante do salto, visto apenas pela perspectiva do tigre, pode simbolizar uma história sendo narrada somente pelo olhar dos vencedores. Por isso, o momento do salto para o passado é capaz de trazer também o movimento dos vencidos, ao afirmar que a presa também é capaz de fitar o tigre. Portanto, “o mesmo salto, sob o livre céu da história, é o salto dialético da Revolução, como o concebeu Marx” (Benjamin, 1994, p. 230, Tese XIV).

Oficinas teatrais: um espaço e um tempo para a experiência

É dessa forma que a história aberta entende que, do ponto de vista político, devemos sempre considerar a possibilidade das catástrofes e, ao mesmo tempo, a efetivação de movimentos emancipadores. E foi esse movimento entre a catástrofe e a emancipação que norteou metodologicamente o Programa. Partindo desse contexto, o *Conversa A-fiada...* buscou entender e praticar a relação existente entre extensão universitária e cultura ao propor ações capazes de pró-mover

a inclusão social, alterando trajetórias e expectativas individuais e/ou coletivas a partir da promoção do capital cultural.

Capital esse que não deve ser entendido de forma restrita, como se fosse apenas sinônimo de erudição, escolarização e/ou civilidade, mas que, na realidade, deve ser encarado como um ganho conquistado nos instantes da experiência (no sentido benjaminiano) proporcionada pelas ações teatrais realizadas nos ambientes do CAPS e da Secretaria de Cultura e que, posteriormente, foram experimentadas nas ações programadas para o Lar São Camilo de Lélis de Resende Costa.

A equipe do Programa *Conversa A-fiada...* entende que é na luta das práticas dos vencedores com os pequenos momentos de experiência que ocorrerá o movimento de construção da própria luta dos grupos excluídos, pois é justamente nesse movimento que se dará o germinar, o crescimento, o ímpeto, de uma nova postura dos sujeitos até então assujeitados. Assim, é possível aproximar as ações realizadas durante a execução do Programa às ideias de Hélio Oiticica ao discutir os seus conceitos de Antiarte, Apropriações, Supra-sensorial e Crelazer – mistura de criar, crer e lazer – e o papel do artista no momento mesmo da criação. Hélio Oiticica define o papel do artista como um

[...] declanchar no participante, que é o espectador, o estado de invenção. O artista declancha no participante o estado de invenção (...). Eu declancho o grande estado de invenção (...) as pessoas normais se transformam em artistas plásticos (...) eu declancho (...) eu não me transformei num artista plástico, eu me transformei num declanchador de estados de invenção (Oiticica *apud* Jacques, 2001, p. 109).

A equipe do *Conversa A-fiada...*, a partir do próprio nome do Programa, buscou com suas ações criar espaços-movimentos ao instaurar um percurso para as práticas e para o fazer teatral, tomando por base os conceitos benjaminianos: experiência, memória e narrativa. Essa tríade basilar funcionou como estruturadora e estruturante para todas as práticas teatrais executadas, tanto para os momentos laboratoriais – instantes destinados especificamente para discussão

e experimentação das práticas que seriam realizadas nos ambientes atendidos – quanto nas ações desenvolvidas com os grupos atendidos pelo Programa.

Assim, o encaminhamento metodológico desse processo foi elaborado a partir da *Recordação Referenciada*, ou seja, da narrativa autobiográfica da experiência, pois entendemos que o sujeito da

[...] experiência é um sujeito ex-posto. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a o-posição (nossa maneira de opormos), nem a im-posição (nossa maneira de impormos), nem a pro-posição (nossa maneira de propormos), mas a ex-posição, nossa maneira de ex-pormos, como tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se ex-põe. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (Bondia, 2002, p. 24-25).

É importante ressaltar que a visão do declanchador de Hélio Oiticica se aproxima das discussões benjaminianas e do entendimento que Gadamer apresenta em seu texto *Verdade e Método* (1997), ao afirmar que o sujeito da experiência é semelhante ao sujeito da experiência da arte, pois o verdadeiro ser da obra de arte é o transformar daquele que a experimenta. Nesse sentido, sua reflexão não é sobre o comportamento daquele que joga, e sabe que joga, “mas não sabe o que ele ‘sabe’ nisso” (p. 174); sua reflexão é sobre o modo de ser do jogo como tal e da obra de arte não como consciência estética, mas como experiência da arte e, com isso, novamente é possível dialogar com o conceito Antiarte, cunhado por Oiticica.

Antiarte seria uma completção da necessidade coletiva de uma atividade criadora latente, que

seria motivada de um determinado modo pelo artista: ficam portanto invalidadas as posições metafísicas, intelectualistas e esteticistas (...) é pois uma realização criativa o que propõe o artista, realização esta isenta de premissas morais, intelectuais ou estéticas – a antiarte está isenta disso –, é uma simples posição do homem nele mesmo e nas suas possibilidades criativas vitais (Oiticica *apud* Jacques, 2001, p. 110).

A partir desse entendimento rizomático, construído na costura de diferentes conceitos e de diferentes autores, o Programa institui como procedimento para suas ações nos grupos atendidos a realização de improvisações, mecanismo teatral que possibilita a penetração da arte na vida e que é capaz de ligar qualquer homem ao mundo da arte, como produtor e como apreciador.

As oficinas no CAPS e o Laboratório Experimental – Ambulatório

As ações teatrais desenvolvidas no laboratório de experimentações teatrais – *Ambulatório* – e no CAPS ocorreram a partir do conceito de *improvisação*.

Fazer o homem participar, agir, manifestar-se, tomar posição no aqui e agora do teatro, não mais como espectador “passivo”, que assiste o desenrolar das cenas e de vidas que podem estar longe da sua realidade imediata. Ao contrário, esta é trazida como pauta do dia (Chacra, 1991, p. 97).

A improvisação permite que a arte penetre na vida do sujeito, que produza e aprecie o mundo da arte. A partir da prática improvisacional, executamos diversos jogos teatrais relacionando as memórias e narrativas dos usuários com a criação de cenas curtas. Um dos métodos utilizados foi a da Blablação, definido de maneira simples por Viola Spolin (2010) como sendo a substituição de palavras por sons. O jogo foi muito bem aceito e executado. Desde o início, os usuários compreenderam a proposta do jogo contando e encenando

em blablação suas memórias e narrativas. Durante esse exercício, o jogador é desafiado a mostrar e não contar a sua memória, pois os sons são “inexpressivos”, assim o jogador não tem como simular o significado. Além disso, por substituir as palavras por sons, a plateia e os jogadores são postos em uma nova experimentação de comunicação.

Outra proposta levada às oficinas foi a utilização de Cantigas e Cirandas. Estas proporcionaram o trabalho de ritmo e canto para os usuários, além de coreografias criadas para algumas delas. Levamos à oficina a cantiga *O Jipe do Padre*, e, além da coreografia existente na cantiga, propusemos um exercício teatral relacionado com esta, que foi o *Jogo com Quem* (Spolin, 2010). Nesse exercício, os usuários criaram personagens relacionados à letra da cantiga e também criaram uma cena improvisada. O importante desse momento foi a participação efetiva de todos os “loucos” presentes no CAPS. Além dessas improvisações, as oficinas também foram pensadas a partir da improvisação com objetos, por sorteio de ações encaminhadas, ou ainda por sugestão da plateia, que também foi um tipo de exercício frequente nas oficinas.

Os encontros seguiram a estrutura básica de oficinas teatrais: exercícios de voz, corpo, jogos e improvisação. Dentro destes jogos e improvisações, as narrativas e as memórias destes sujeitos da experiência eram sempre o foco principal. Os jogos e as improvisações utilizados nesses trabalhos permitiram que o material colhido na trajetória do grupo e do artista fosse apropriado e canalizado para o desenvolvimento da criatividade e da expressão cênica dos participantes. Algumas oficinas foram gravadas e fotografadas a partir do entendimento de que esse material tem o mesmo sentido de documento. As criações dessas fontes estavam ancoradas em dois objetivos. O primeiro, imediato, tem a função de auxiliar o processo de criação e desenvolvimento das oficinas, já que essas fontes permitem analisar a funcionalidade de cada exercício e a participação dos usuários, além de auxiliarem na elaboração de um trabalho continuado, pois todas as atividades estão, de alguma forma, vinculadas às oficinas anteriores, permitindo, dessa forma, traçar metas e expectativas. Já o outro objetivo, a longo prazo, trata-se da consolidação de um arquivo do Programa.

A seleção dos exercícios e jogos foi pensada de forma cuidadosa, pois existem vários pontos que devem ser considerados, mas aqui apresentaremos de forma rápida apenas dois. O primeiro deles refere-se ao fato de que os exercícios selecionados devem ser realizados por todos, pois cada usuário apresenta diferentes limitações (idade, quantidade de remédios ingeridos no dia, limitações físicas e/ou mentais). O segundo está relacionado ao espaço destinado para a realização das atividades que limita as ações durante as oficinas.

No decorrer das oficinas foi possível identificar que, para o público atendido, o ideal é a opção por jogos mais dinâmicos, de rápida explicação e de fácil compreensão. Para isso, a equipe do Programa optou por metodologias relacionadas à improvisação com músicas, ritmo, jogos teatrais e expressão corporal.

A partir dos estudos de Michel de Certeau sobre as práticas cotidianas, desenvolvendo as noções de estratégias e táticas, Narciso Telles (2008, p.35) afirma que “pesquisar o cotidiano das oficinas de teatro é, assim, um trabalho que busca compreender as táticas utilizadas pelos grupos para seu fazer pedagógico, penetrando astuciosamente e de modo particular em cada momento”.

Os sujeitos da experiência e os sujeitos da experiência da arte, que no momento estão “perdidos” na sua loucura, no mundo em que vivem confinados cada qual em sua doença, o saber da experiência ocorre na relação entre o conhecimento de si, do outro e do mundo, mesmo que ocorra de forma fragmentada ou que os usuários não consigam expressar esse conhecimento.

Entendemos que o teatro pode funcionar como uma lente de aumento sobre determinados fatos da cotidianidade, trazendo, às vezes, novos olhares, novos tratamentos, fazendo da cena um espaço onde o sujeito que viveu a realidade se vê projetado nela. Noutras palavras, o dia-a-dia pode ser visto como espaço cênico. É nesse sentido que as oficinas realizadas no CAPS são entendidas como terapêuticas.

As oficinas no Lar São Camilo de Lélis

A mão segurava firme a alça da mala. Os olhares curiosos acompanhavam o caminhar com a mala, na expectativa de ver o que havia dentro dela. Foi solicitado aos velhos que fechassem os olhos e apenas sentissem. Nesse momento, a mala foi aberta e tecidos esvoaçantes foram retirados e tocaram a pele dos velhos. Sentiram, também, com as mãos dentro da mala, as texturas dos tecidos até retirarem um retalho. Os tecidos foram incorporados aos corpos dos velhos tomando formas de objetos, como colar, gravata, touca, saia e tudo mais que a imaginação permitiu.

Assim, foi o primeiro encontro com os velhos do Lar São Camilo de Lélis. A opção por relatar e refletir sobre esse primeiro encontro busca perceber o primeiro olhar infantil que foi descrito por Benjamin na sua obra autobiográfica *Rua de Mão Única*. O tecido serviu como objeto sensibilizador ao entrar em contato com a pele, além de possibilitar, através da brincadeira, diferentes formas de uso, instigando a criatividade e um novo olhar sobre o objeto. Portanto, o tecido é um fragmento da história extraído de dentro da mala, retirado das lembranças que vagam pela memória. Essa talvez seja a melhor definição de memória: tornar presente aquilo que está ausente e essa ausência, registrada no tempo, pode se tornar um Agora através da evocação do Outrora.

É possível rememorar a partir tanto da memória voluntária como da involuntária. A memória voluntária seria estabelecida na vivência do próprio sujeito, mas que, mesmo fazendo uso da inteligência, é incapaz de assimilar determinadas potencialidades de um tempo perdido no passado, pois ela não é regida por uma contiguidade. Já a memória involuntária é aquela que, inconscientemente, traria à tona elementos vividos no passado a partir da experiência que deixaram marcas no espírito.

As lembranças que nos aparecem inconscientemente podem ocorrer tanto em relação à nossa memória individual quanto à nossa memória coletiva, considerando que a “memória individual [trata-se de] um ponto de vista sobre a memória coletiva” (Halbwachs, 2006, p. 69), como algo que está marcado em nosso espírito com a certeza

de que é único, porque o que nos toca não tocará o outro da mesma forma, mesmo que o outro tenha vivido a mesma experiência.

Halbwachs afirma que “não há lembranças que reapareçam sem que de alguma forma seja possível relacioná-las a um grupo” (2006, p. 42). Os nossos pensamentos e sentimentos mais íntimos se originam em meios sociais definidos. Então, a memória coletiva está ligada ao social, aos grupos a qual fazemos parte durante a vida:

Às vezes, tais são as circunstâncias, que de alguma forma essas pessoas giram num mesmo círculo e são levadas de um grupo para o outro, como nessas antigas coreografias de dança em que sempre mudamos de par, mas voltamos a encontrar um mesmo em intervalos bastante próximos. Então só as perdemos para reencontrá-las e, como a mesma faculdade de esquecimento é exercida alternativamente em detrimento e para vantagem de cada um dos grupos que elas atravessam, pode-se dizer que as reencontramos por inteiro (p. 36).

A partir da ação realizada com tecidos, após o trabalho sistematizado das oficinas, os velhos do Lar foram presenteados com um saco de pão amarrado com um pedaço de lã azul. Dentro do saco de pão havia um caderno encapado com tecido, uma caneta, balões de festa e retalhos de tecido: uma junção de objetos trabalhados durante as oficinas teatrais. Nesse dia, talvez a experiência mais efetiva tenha ocorrido quando uma das velhas pediu para ver o embrulho e retirou os elementos de dentro do saco, tocou calmamente todos eles e, sentindo com as mãos a textura de um tecido amarelo, narrou sua lembrança do trabalho de fazer tapetes com retalhos.

Essa rememoração foi possível pela associação que a velha fez dos elementos contidos no tempo presente com as experiências vivenciadas no passado através de imagens e que, de alguma forma, lhe deixaram marcas carregadas de sensações:

Não é que o passado lança luz sobre o presente ou que o presente lança luz sobre o passado; mas

a imagem é aquilo em que o ocorrido encontra o agora num lampejo, formando uma constelação. Em outras palavras a imagem é dialética na imobilidade. Pois, enquanto a relação do presente com o passado é puramente temporal e contínua, a relação do ocorrido com o agora é dialética – não é uma progressão, e sim uma imagem, que salta. Somente as imagens dialéticas são imagens autênticas (isto é não arcaicas, e o lugar onde as encontramos é a linguagem (Benjamin, 2006, p. 504 [N, 2a, 3]).

Só nos tornamos sujeitos quando narramos nossa própria história. Nas sociedades sem escrita existiam os homens-memória, que eram guardiões da memória, encarregados de narrar a história e os mitos daquela sociedade. Já “a Idade Média venerava os velhos, sobretudo porque via neles homens-memória, prestigiosos e úteis” (Le Goff, 2003, p. 444). E agora no século XXI, o programa *Conversa A-fiada (de velhos e de “loucos”): história, memória e narrativa* abre o desafio para a construção de espaços capazes de fomentarem a Experiência, a Memória e a Narrativa de grupos socialmente excluídos.

Para sermos sujeitos da experiência, permitirmos que algo nos aconteça, temos que nos entregar, agir “intensamente” dentro de um tempo e de um espaço que é quase impossível nos dias que correm. A experiência

[...] requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondia, 2002, p. 19).

É esse parar para olhar, para escutar e sentir que foi exercitado nas oficinas teatrais. Toda ação exercida em cada um dos grupos atendidos tinha seu tempo próprio para entendimento e execução, mas esse tempo diferente sempre estava ancorado no entendimento de um tempo kairológico. A arte permite explorarmos outros tempos e criarmos um tempo-espço para a experiência. E além da possibilidade de novas experiências, ainda é possível narrar as experiências já vividas e que deixaram vestígios no corpo e na memória. É nesse sentido que a equipe do Programa entende Hélio Oiticica e Benjamin como teóricos e artistas que embasam os trabalhos práticos nos dois ambientes atendidos pelo Programa.

Entender os vestígios deixados no corpo e na memória exige pensar a experiência como uma abertura para o desconhecido e entender a necessidade de sempre estar disponível e receptivo para as novas sensações e acontecimentos, assim como também é necessário ter disponibilidade para novos olhares sobre aquilo que habitualmente está no cotidiano, percebendo e dando novos sentidos àquilo que já é conhecido. É como o *flâneur* que vê sua cidade como se ele fosse um estrangeiro sempre atento e, ao mesmo tempo, perdido no meio da multidão, semelhantemente ao *Homem da Multidão* de Edgar Allan Poe.

A experiência pode ser definida como um sempre estar ‘em jogo’, exposto ao acaso e observando o espaço e as pessoas como se nunca os tivesse visto. O estar ‘em jogo’ somente é possível ao aceitar a situação de jogo, pois é uma prática inerente ao ser humano, é o “fato mais antigo que a cultura, pois esta, mesmo em suas definições menos rigorosas, pressupõe sempre a sociedade humana” (Huizinga, 1993, p. 3). Mas o jogo ultrapassa a esfera da vida humana e, portanto, seu fundamento não está no racional. É por ser irracional que o jogo se baseia na manipulação de certas imagens, numa certa “imaginação” da realidade. Por isso, concordamos com Gadamer (1997) ao defini-lo como automovimento, um ir e vir com o outro, não necessariamente um outro ser humano, podendo ser inclusive um objeto, um brinquedo.

Esse movimento significativo implica sempre um encontro com o outro, mesmo com aqueles que apenas assistem como espectadores

os movimentos do jogo. O papel desses espectadores vai além da mera função de observação e/ou de contemplação, pois eles participam efetivamente desse agir comunicativo.

O lúdico está relacionado com a imaginação, com a criação de outro mundo dentro do mundo “real”. E o homem cria outro mundo quando se expressa, ao dar expressão à vida. Por isso é possível pensar o jogo não como vida corrente, mas como uma suspensão da vida:

[...] enquanto está decorrendo tudo é movimento, mudança, alternância, sucessão, associação, separação. E há, diretamente ligada à sua limitação no tempo, uma outra característica interessante do jogo, a de se fixar imediatamente como fenômeno cultural. Mesmo depois de o jogo ter chegado ao fim, ele permanece como uma criação nova do espírito, um tesouro a ser conservado pela memória. É transmitido, torna-se tradição (Huizinga, 1993, p. 12-13).

Quando jogamos, estamos em movimento, perambulando por um lugar que possui elementos que, ao serem associados, podem servir para aflorar em nossa memória experiências vividas no passado. E depois de jogar, ainda teremos vestígios do jogo em nosso espírito.

Ainda de acordo com Huizinga, “a vida deve ser vivida como jogo, jogando certos jogos, fazendo sacrifícios, cantando e dançando” (1993, p. 22), afinal, o jogo é diversão e alegria, mas também é ordem, pois qualquer desordem ‘estraga o jogo’ ou reinventa um outro jogo.

Portanto, é no espaço declanchador do jogo com as Experiências, Narrativas e Memórias que foi possível fornecer vivências, tanto para os velhos do Lar São Camilo de Lélis quanto para os loucos do CAPS. Esse espaço de vivências foi necessário para que esses sujeitos pudessem narrar as marcas do tempo histórico de suas vidas e tivessem a oportunidade de repensar suas experiências vividas para, em seguida, ressignificá-las a partir da visão de mundo elaborada no instante em que recontavam as suas próprias histórias. Ao ouvinte, era possível rememorar alguma experiência vivida pela narração do outro e até

vivenciá-la narrando-a ele mesmo, para que narradores e ouvintes pudessem viver intensamente, no aqui-e-agora instaurando, um novo tempo, um tempo kairológico.

Referências bibliográficas

- AGAMBEN, G. *Estado de Exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- BENJAMIN, W. Crítica da violência – crítica do poder. In: BENJAMIN, W. *Documentos de Cultura, Documentos de Barbárie*: escritos escolhidos. São Paulo: Cultrix/ EDUSP, 1986, p. 160-175.
- BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política*: ensaios sobre literatura e história cultural. (Obras Escolhidas, v.1). São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BOLLE, W. Apresentação. In: BENJAMIN, W. *Documentos de Cultura, Documentos de Barbárie*: escritos escolhidos. São Paulo: Cultrix: Editora da Universidade de São Paulo, 1986, p. 9-14.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2002, n.19, pp. 20-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em 20 Fev. 2014.
- CHACRA, S. *Natureza e sentido da improvisação teatral*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- GADAMER, H-G. *A verdade e o método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro, 2006.
- HUIZINGA, J. *Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura*. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- JACQUES, P. B. *Estética da ginga: a arquitetura das favelas através da obra de Hélio Oiticica*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2001.
- LE GOFF, J. *História e memória*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- LÖWY, M. *Walter Benjamin: aviso de incêndio: uma leitura das teses "Sobre o conceito de história"*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- SPOLIN, V. *Jogos teatrais na sala de aula: o livro do professor*. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- TELLES, N. *Ensino do teatro: espaços e práticas*. Porto Alegre: Editora Mediação, 2008.

No Rastro das Imagens do Inconsciente: introdução histórica da relação arte e loucura, entre 1900 e 1940¹

Arley Andriolo

Não sou pintor, sou um operário.

Emygdio de Barros, 1949²

Fernando Diniz

O nome de Fernando Diniz é um exemplo importante do processo de reconhecimento artístico dos criadores do Museu de Imagens do Inconsciente (RJ). Nascido em Aratu, Bahia (1918), era mulato e pobre, como a maioria dos internos dos hospícios em meados do século XX. Não conheceu o pai, aos quatro anos de idade vivia com a mãe no Rio de Janeiro. Conta-se, queria ser engenheiro, mas abandonou os estudos no primeiro ano do científico. Pelo ano de 1949, frequentava a Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II. Deixou cerca de três mil peças no acervo do Museu, entre telas, tapetes, desenhos, modelagens, além de realizar com o cineasta Marcos Magalhães o premiado desenho animado *Estrêla de Oito Pontas* (1990). Nise da Silveira expôs obras de Fernando em Zurique (1957), depois levadas para o Hôtel de Ville de Paris onde foram reunidas a peças de hospitais franceses, na exposição patrocinada pela

¹ Este texto foi elaborado a partir da palestra A Questão Social no Rastro da História das Imagens do Inconsciente, realizada no V Seminário Saúde e Educação: Onde Há Obra, Não Há Loucura, Universidade Federal de São João Del-Rei, no dia 25 de agosto de 2011. Retoma a primeira parte de minha tese de doutorado *Traços Primitivos: histórias do outro lado da arte no século XX* (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004). Trabalho realizado com apoio da FAPESP e orientação de João Frayze-Pereira.

² Fala de Emygdio para Djanira, em 1949. Registrado e citado por Nise da Silveira, 1992, p. 69.

Fédération des Sociétés de Croix Marine, aberta em 15 de outubro de 1957. Fernando Diniz foi agraciado com o prêmio *hors concours*, com a pintura intitulada *Mandala*.

Mário Pedrosa tinha-o como um “autêntico pintor”, assim se referindo a Fernando, em 1963:

É o mais moço do grupo, e o último a chegar ao pensionato. Sempre demonstrou amor à pintura, a ponto de um dia confessar a Almir Mavignier, numa exposição a que o nosso amigo o levara, que nada havia de mais bonito. [...]. Fernando, porém, dir-se-ia amar também, e ainda, as coisas, em volta dele e mesmo o cheiro das magnólias de seu jardim, e daí ser, entre todos, o pintor por excelência das naturezas mortas. Sua composição é sempre de inspiração cubista. O elemento lúdico predomina em sua arte, e não é por outra razão que é o mais plástico, ou o mais abstrato deles (Pedrosa, 1996, p. 92).

Segundo esse crítico, “sente-se em Fernando o prazer de pintar como se sentia em Emygdio” (Pedrosa, 1996, p. 92). Fernando, porém, tratava as cores de modo distinto, nos enquadramentos de objetos do ambiente, arraigadas à estrutura das naturezas mortas, das coisas ao seu redor, como explica Pedrosa, “a sensibilidade nele não é visual, mas tátil” (p. 94). A natureza morta é gênero clássico da arte, aparecendo nas pinceladas de Fernando Diniz num canto de mesa sobre a qual está um peixe disposto em um prato ao lado de um pote³. Noutra pintura, um vaso ricamente ornado abriga um buquê de flores amarelas, também no canto da mesa visto em perspectiva⁴. Em tomadas mais amplas, dispõe os móveis pela sala, a poltrona, as mesinhas sustentando vasos, o piano. Sempre sensível ao sofrimento dos frequentadores da Seção, Nise da Silveira (1981) nota a opressão

3 Esta imagem encontra-se no livro *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museus da Fundação Nacional de Arte, p. 35, (1953, óleo/tela, 46 x 38 cm).

4 Esta imagem encontra-se no livro *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museus da Fundação Nacional de Arte, p. 37, (1954, óleo/tela, 81 x 65 cm).

social da qual Fernando nunca tomou consciência, motivo pelo qual sua temática não seria transcendente.

A trajetória de Fernando Diniz indica a importância do nome do artista no seu reconhecimento pelos membros do campo artístico, sem o qual se reduz o indivíduo ao anonimato, ao esquecimento. Como se sabe, o nome é peça central da pesquisa histórica, um traço complementar dentre os vestígios da vida do criador a ser perseguido pelo estudioso. Além disso, para a segunda metade do século XX, o reconhecimento do nome vincula-se ao debate sobre a artisticidade das imagens provenientes do hospital psiquiátrico. A sua ausência não implica diretamente no silêncio da linguagem do criador, garantida quando há circulação da imagem, no entanto, limita seu campo de ação.

Os artistas inseridos na categoria dos ingênuos, desde as primeiras exposições assim referidas, tiveram seus nomes apresentados ao público, fato que lhes garantia a participação no “mundo da arte”. Os problemas advindos do trânsito dos criadores internados em hospitais psiquiátricos podem revelar as ambiguidades entre as palavras dos intelectuais das artes e o discurso psicopatológico, adotando para o campo artístico uma terminologia específica. Diferentemente do anonimato idealista da arte popular, a procedência do hospício pesa sobre os criadores como adjetivos pejorativos e mesmo delimitadores de seu lugar: “alienados”, “psicóticos”, “esquizofrênicos”, “internos”.

Neste texto, designa-se genericamente de “imagens do inconsciente” toda a manifestação visual oriunda desse contexto, sem referência a uma teoria específica. Têm-se, sobretudo, as imagens fabulosas originárias da experiência de criadores das classes populares, vinculados ao hospital psiquiátrico, cuja vontade incontrollável de expressão plástica e de produção imagética interpelaram o espectador. A retomada histórica para compreensão dos significados dessas imagens baseia-se nos rastros deixados entre os discursos e as imagens.

A questão social

Até a década de quarenta do século XX, as produções plásticas dos internos de hospitais psiquiátricos eram fruto de atividades pessoais

do próprio paciente que improvisava a matéria prima manipulando os elementos disponíveis no ambiente e confeccionava objetos segundo um imaginário muito peculiar. No interior da concepção de laborterapia, o trabalho manual aparece algumas vezes a ocupar os pacientes, mas não se os admitia como tratamento, sendo, sobretudo, uma ocupação, daí a pouca importância dada à atividade plástica surgida dos gestos dos internos e a sua condução para práticas economicamente mais interessantes ao manicômio.

No século XIX, as “Instruções regulando as horas de alimentação, passeios, recreio e trabalho dos alienados do Hospital Pedro II” colocava o trabalho como a principal ocupação dos internos no hospício, o mesmo ficou registrado no Regimento Interno, cujo artigo 51 dizia que “o trabalho será unicamente interrompido pelas refeições e recreios e pela aplicação dos banhos e outros remédios que os facultativos prescreverem” (*apud* em Machado, 1978, p. 440).

Em 1854, dois anos após sua inauguração, o Hospital Pedro II foi dotado de oficinas para atividades de sapataria, alfaiataria, marcenaria, bordados, florista, colchoaria, entre outras: “Um dos maiores auxiliares do isolamento e o mais simples de praticar n’um asilo especial, onde geralmente afluem em grande número indivíduos das classes menos favorecidas e a que, portanto, sem o mínimo sacrifício podem-se entregar, cifra-se nos trabalhos físicos”, escreveu o médico José Joaquim da Costa Júnior, em sua tese de 1895. Considera que tais atividades colaboram em seu sustento dentro da instituição, no entanto, dirigem-se aos “alienados indigentes e não aos de classes abastadas”, inclusive porque “o delírio de um indivíduo analfabeto não pode ser o mesmo que o de outro de instrução medíocre, assim, como o deste está longe de ser o mesmo que o de um outro de certo cultivo intelectual” (Costa Júnior, 1895, p. 35). Esta questão de classe acerca do delírio é recorrente, Manoel José Barbosa, primeiro diretor do Hospital Pedro II, diria: “Para os pensionistas de primeira e segunda classe, a quem infelizmente não podemos prescrever o trabalho, será necessário estabelecer certos jogos e criar uma pequena biblioteca” (*apud* em Machado, 1978, p. 442). Sobre este quesito, registrou o Dr. Costa Júnior (1895, p. 36 e 39).

É necessário dotar os asilos destinados ao tratamento dos alienados de salas especiais para recreio e leitura onde se encontrem livros sobre ciências naturais, história, pintura, música, etc. fazendo com que abandone assim as ideias que o afligiam provocando-lhe o delírio.

[...]

No século atual e em estabelecimentos para alienados impõe-se a existência de uma biblioteca recreativa.

A música e o canto constituem também um bom exercício para o alienado, despertando nele impressões agradáveis tendentes a dar uma melhor direção ao pensamento, às afeições e à vontade.

Conta-se que para quatro dos internos do Hospital Pedro II, reconhecidos pelos dotes musicais, foram dadas uma rabeça, uma flauta, uma clarineta e uma requinta “como meio de distração ou talvez de cura” (José Clemente Pereira *apud* em Silveira, 1966, p. 37). Outra banda de música composta de internos tocava nas cercanias de São Paulo, era a “Charanga Hebefrênica” do Hospício de Juquery, com cerca de 15 membros, sob a regência de um homem designado pelos médicos como “parafrênico, com delírio religioso, músico e compositor”. “O mestre é autor de vários dobrados e valsas e o repertório da banda se compõe quase na sua totalidade de valsas, tangos, maxixes e dobrados”, escreveu Osório Cesar (1929, p. 53). Como discorreu Maria Clementina Pereira da Cunha (1986, p. 100), ao lado das “terapias de choque”, a música promovia uma “terapêutica moral”, tanto na citada banda de internos como na “rádio Corporation” que soava através de seus alto-falantes por todos os pátios, no entanto, sob uma rigorosa seleção, não se ouvia “ruidosas jazz-bands”, tampouco música clássica, pouco adequada ao “nível cultural” dos internos. A preferência médica sugeria as modinhas “suaves e operetas”.

No hospital de Juquery, com seu primeiro diretor, o Dr. Franco da Rocha, a laborterapia fora defendida desde sua fundação, não apenas

pelo seu valor econômico para a instituição, mas, sobretudo, como um moralizador dos internos. É isso o que diziam as teses médicas do período, evocando a terapia que resultasse na inserção do paciente de volta ao mercado de trabalho. Maria Clementina Pereira da Cunha (1986), no entanto, reviu esse discurso mostrando que, em face de uma população em sua maioria urbana, “longe de oferecer oportunidades diversas de ocupação aos internos, segundo sua origem ou inclinação e outras variáveis individuais, havia no Juquery apenas um conjunto de atividades agrícolas e pecuárias destinadas aos alienados do sexo masculino” (p. 72). Para essa historiadora, as tarefas no fabrico de cigarros, jardinagem, lavanderia, cozinha, consertos de equipamentos e instalação, entre outras, aproveitavam-se apenas eventualmente de internos. Somente com a aposentadoria de Franco da Rocha e o início da gestão de Pacheco e Silva, as modalidades de laborterapia são diversificadas. Além disso, esse trabalho não se destinava à reintegração do paciente no convívio social, haja vista que era indicado, sobretudo aos “incuráveis”, aos “doentes crônicos”, moradores das colônias e fadados a permanecer no asilo pelo resto da vida (p. 74). O Dr. Pacheco e Silva fizera uma viagem aos Estados Unidos e à Europa, cujo relatório apresentou à Secretaria do Interior, em 1926. Afirmava, por exemplo, que no Chicago State Hospital os pacientes crônicos eram “entretidos por cerca de 60 professores especializados, que procuravam despertar o interesse dos alienados para os trabalhos manuais, jogos, etc.”, e, em sua seção de ergoterapia, fabricavam cestas e cadeiras de vime, tapetes, cortinas, brinquedos etc. (*apud* em Cesar, 1929, p. 3).

Data desse momento a pesquisa de Osório Cesar, sobre a “expressão artística dos alienados”. Ao verificar o que havia de atividades plásticas naquele asilo na década de 1920, encontrou nos muros e nos terreiros dos pátios dos pavilhões imagens de “arte decorativa”, “que eles pintam com carvão ou riscam com qualquer instrumento pontudo os seus desenhos” (Cesar, 1929, p. 48). Na maioria, são “pueris”, representando símbolos religiosos, como cruz, âncora, peixe, mão e pé, destacando-se os grafites que, embora “sem valor artístico”, são “muito importantes por representarem cenas que preocupam a imaginação do doente”. Afirmava que eram, sobretudo,

trabalhos de homens, uma vez que entre as mulheres somente um pequeno grupo das mais calmas dedica-se a essas produções de arte, resumidas a objetos manuais, como cestas de palha, crochê, bordados etc. e raramente trabalhos decorativos, como flores de papel e cestas com flores de massa de pão (p. 3). Na seção feminina podiam ser encontradas ainda bonecas produzidas com trapos velhos e papel, “sobretudo entre as mais idosas, as quais são vestidas e recebem nomes” (p. 48).

A tese de conclusão de curso escrita por Sílvio Moura, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1923, afirmava: “Sem o controle da razão as manifestações artísticas nos alienados não podem ter um valor estético verdadeiro”. Se não possuíam valor “estético verdadeiro”, por que designá-las como “manifestações artísticas”? A resposta a essa questão apareceria dois anos depois, quando outro jovem médico intitulou um artigo nos seguintes termos: “A arte primitiva dos alienados”. Assim, embora não fossem verdadeiras, sob o julgo dos críticos contemporâneos, seu conteúdo regressivo abria-se ao olhar competente dos psiquiatras, que nelas encontrariam uma manifestação artística de outro tempo.

A tese de Sílvio Moura talvez seja o primeiro registro textual sobre a matéria no Brasil, mas desde o início da década de 1920 ouviam-se notícias acerca das imagens produzidas por internos em nosso país, sobretudo as ligadas à figura do médico Ulysses Pernambucano, num momento em que o discurso médico adquiria importância fundamental na organização da vida social e cultural brasileiras. São famosas as “ligas” médicas dedicando-se aos “problemas sociais”, intervindo diretamente em ações públicas, como é exemplar o caso da chamada Revolta da Vacina (1904), quando a medicina se revestiu de poder militar para a implantação de seus projetos sanitaristas no Rio de Janeiro. Isso para não repetir as descrições dos procedimentos de internação operantes naquele momento, registrados à época, por exemplo, nas obras literárias de Machado de Assis e Lima Barreto.

Naquela mesma cidade onde se discutia a figura do “povo brasileiro”, desnudava-se diante dos olhos competentes um lugar de vícios, de vagabundagem, de jogo, de prostituição, de crime e de

loucura. Um processo de degradação social, tratado teoricamente por intelectuais ligados ao governo e à medicina legal com base na leitura de Morel, em seu tratado sobre a degenerescência, ou em Lombroso, sobre a tipologia física e mental dos criminosos. Para além do campo das políticas públicas, o campo médico destaca-se por sua capacidade estruturante, no sentido terminológico fornecido por Pierre Bourdieu (1989). Seus enunciados estruturam outros campos e possibilitam a elaboração de ideias e julgamentos em áreas diversas, como será o das teorias das artes visuais. Enquanto a noção de atavismo proveniente da teoria da degenerescência dominava o pensamento médico na virada de século, a utilização do termo “primitivo” ganhou novo significado, possibilitando explicar a existência, em cada indivíduo, de um ser selvagem e perigoso.

Na massa de habitantes pobres das grandes cidades, os alienistas encontraram os tipos mais representativos das patologias mentais, de onde surgem falas como as de Franco da Rocha, primeiro diretor do Hospício de Juquery, quando afirmava, em 1901:

[...] entre os imigrantes abundam os desequilibrados, sonhadores de riquezas, que imaginam com os olhos na América rica, um infinito de prosperidade e fortuna. Aqui chegados, vendo em pouco tempo desfeitas suas ilusões, esbarrando com a dura realidade da luta pela vida, longe da terra em que nasceram, oprimidos pela saudade, recorrendo ao álcool, como consolo, lá vão a caminho do hospício, aumentar os detritos da sociedade recolhidos àquela casa (*apud* em Cunha, 1986, p. 31).

Aos negros e ex-escravos, os psiquiatras reservavam as designações mais inferiores de degenerescência, aproximando-os de estágios “primitivos” da humanidade. Às prostitutas era reservado um tipo de “loucura moral”; aos revolucionários políticos, a “paranóia”. Em suma, os habitantes dos asilos, naquele início de século, eram os desajustados da cidade, improdutivos perante o mercado de trabalho urbano, pessoas senis, débeis mentais, além de portadores de deformidades congênitas de várias espécies. Dentre eles figuravam operários,

caixeiros, copeiros, cozinheiras, barbeiros, alfaiates, soldados, guarda-livros etc. Embora a maioria dessas pessoas fosse pobre, elas não representam a totalidade dos moradores dos hospícios. Havia alguns filhos da burguesia e das classes médias, dentre os quais artistas e intelectuais, tratados como “degenerados superiores” (Cunha, 1986, p. 51 e 53). Nos alojamentos dos pensionistas, onde predominavam os “loucos morais”, “degenerados superiores” e “histéricas”, estavam professores, negociantes, advogados, militares, mulheres solteiras “de família”, donas-de-casa, entre outros que, devido à sua condição social distinta, recebiam um tratamento bastante diferenciado.

Manuseando os prontuários, a historiadora Maria Clementina Pereira da Cunha (1986, p. 141) sintetiza o perfil da maioria dos habitantes do asilo:

[...] gente com poucas raízes, migrantes ou em constante deslocamento entre diferentes cidades até que a capital os atraía; gente com uma experiência de trabalho muito ampla – da agricultura para a fábrica, para os serviços domésticos, de volta para a fábrica, para o balcão da venda e assim por diante. Trabalhadores braçais, a maioria sem qualificação profissional. Imigrantes, um grande número deles, sem domínio da língua portuguesa, com sonhos e esperanças frustrados, depois de anos de trabalho duro na América. Ex-escravos com toda sua história de degradação social. Pessoas de vida obscura e difícil, num meio novo e hostil.

Sobre a “Arte nos Loucos”

As imagens surgidas das mãos daquelas pessoas, dentro ou fora dos muros do hospício, não poderiam ser outra coisa senão traços das categorias patológicas vigentes, no exato oposto da idealização das produções populares remanescentes do século anterior. Uma história controversa é assinalada, então, em face do evento dos discursos psiquiátricos acerca da “arte dos loucos”.

O surgimento do interesse médico pela produção plástica de internos teve lugar na segunda metade do século XIX europeu. Conforme nos informa Sander Gilman, o psiquiatra Pliny Earle, um dos fundadores da organização que se tornou a American Psychiatric Association, publicou um ensaio sobre a produção artística de insanos em 1845, no qual apresentou, pela primeira vez, o desenvolvimento teórico da medicina no sentido da estética e da loucura. Pouco depois, o alienista britânico Forbes Winslow continua esse argumento no artigo “On the insanity of men of genius” (*Journal of Psychological Medicine*, 1848), em que nota semelhanças entre pintores doentes mentais, a partir de objetos coletados em vários asilos britânicos por mais de vinte anos (Gilman, 1985).

Desde então, principia entre os alienistas, psiquiatras e médicos a organização de coleções, como é exemplar a de Cesar Lombroso. Dedicado especialmente à medicina legal, Lombroso reunira, em 1889, “produções artísticas” de 107 doentes mentais que começaram a pintar ou esculpir depois da moléstia. Dispondo as peças provenientes dos internos ao lado de outras originárias de regiões do planeta consideradas primitivas, Lombroso pode esboçar, em primeira mão, uma aplicação do método comparativo para considerar que os alienados realizavam uma espécie de retorno à infância da humanidade (Cesar, 1924, p. 125).

Na França, o psiquiatra Abroise Tardieu, em seu *Études Médico-Légale sur la Folie*, de 1872, atraiu a atenção para a pintura de doentes mentais. Escrevia então: “Ainda que a atenção até o momento não tenha sido fixada senão sobre os escritos dos alienados, não hesitaria dizer que poderá se encontrar muitas vezes um real interesse quando se examinar os desenhos e as pinturas feitas pelos loucos” (*apud* em Volmat, 1955, p. 29). Quatro anos mais tarde, em 1876, Max Simon, médico junto ao asilo de Blois e chefe do serviço asilar de Bron, assina um artigo intitulado “L’imagination dans la folie: étude sur les dessins, plans, descriptions et costumes des aliénés” (*Annales Médico-Psychologiques*, 1876) e, alguns anos depois, o mesmo tema é tratado em “Les Écrits et les Dessins des Aliénés” (*Archives d’Anthropologie Criminelle et des Sciences Pénales*, 1888), em que dedicou atenção

especial às criações plásticas de internos. Max Simon introduziu, no dizer de Marielène Weber (1984), o ponto de vista diagnóstico sobre as imagens.

A partir de então, a imagem produzida por internos de hospitais psiquiátricos é elevada à condição de registro sintomático, observada como documento clínico. Através dela, o olhar médico poderia delimitar o tipo de delírio e, sobretudo, diagnosticar seus pacientes. Daí a aparição corrente do termo “arte patológica”. Nesse sentido nosográfico, próprio de seu tempo, o Dr. Simon elaborou a correspondência entre as formas artísticas e as principais categorias psiquiátricas do final do século XIX: “delírios crônicos”, “demências”, “paralisia geral do louco”, “histerias” e “imbecilidade”.

Com a ampliação do interesse pelas produções plásticas dos asilos no início do século XX⁵, conforme observou Françoise Will-Levaillant (1980, p. 27), uma constatação primordial se impõe: “Todos os desenhos apresentados são estudados no quadro do asilo, os doentes já estão lá como tais, quer dizer, com o tipo de loucura que os designa”. Assim, entre as imagens que os internos desenhavam e a sua loucura, os médicos viam uma espécie de “reflexo”:

Os critérios para julgar a existência e o grau de loucura a partir de um desenho enunciam-se em algumas palavras: a bizarria, a pretensão, a obscenidade e o erotismo, a rapidez, a incoerência (nas alegorias), a estereotipia e o garrancho; ao que se reúne, no caso de bricolagem de um móvel, por exemplo, a ausência

⁵ Na virada de século, os escritos sobre a matéria se multiplicam. Do final do século XIX, é conhecido o artigo de Regis, “Les Aliénés Peints par Eux-mêmes” (*L'Encéphale*, 2, 1882 e 1883), e a monografia de Júlio Dantas sobre as produções dos doentes do Hospício de Rilhafolles (Lisboa, 1900). August Marie, médico francês em Villejuif, abre, por volta de 1905, um pequeno museu expondo obras de seus pacientes: o chamado Musée de la Folie. O periódico *L'Encéphale* divulga os artigos de Pailhas, propondo um “Projet de Création d'un Musée Reservé aux Manifestations Artistiques des Aliénés” (1908), e o de Trepsat, sobre os “Dessin et Écrits d'un Dément Précoce” (1913). Em língua alemã, é notável o trabalho do psiquiatra Fritz Mohr, que escreveu “Über Zeichnungen von Geisteskranken und Ihre Diagnostische Verwertbarkeit” (*Jahrbuch der Psychologie und Neurologie*, 1906). Até a década de 1920, outros se debruçariam sobre as imagens produzidas por internos: Jean Vinchon, em seu livro intitulado *L'Art et la Folie* (Paris, 1924) e, na Suíça, o famoso trabalho do Dr. Charles Ladame, “A Propos des Manifestations Artistiques chez Aliénés” (*Archiv. Für Neurol. Und Psychiatrie*, 1920).

de sentido utilitário. No nível clínico, a abordagem é muito pouco precisa não obstante as aparências científicas.

Esses critérios de julgamento estavam submetidos aos da tradição estética dominante, tais como: a capacidade de reprodução da natureza; o respeito às proporções; a coerência na representação; e o sentimento de beleza. No entanto, embora ligadas à noção de imagem como documento clínico, as interpretações variavam segundo algumas correntes básicas. Enquanto a leitura do Dr. Simon derivava de Esquirol (1838) e Magnan (1875) e da perspectiva de “delírios crônicos”, o estudo de Joseph Rogues de Fursac, *Les Écrits et les Dessins dans Maladies Mentales et Nerveuses*, publicado em Paris em 1905, filia-se à Escola de Charcot, combinada com a de Kraepelin, introduzindo desde então a conceito de “automatismo”. A distinção entre automatismo “mental” ou “psíquico” não aparece nos escritos de Fursac, o que testemunha, no dizer de Will-Levaillant (1980, p. 28), “um curioso amálgama entre a doutrina estritamente médica (o automatismo mental de Clérambault por exemplo) e a concepção de automatismo psicológico de P. Janet”.

No correr do novo século não seria menor o interesse sobre as produções dos alienados, entretanto o “olhar diagnóstico” deixou de ser o único. Análises seguindo outras interpretações podem ser encontradas, muitas delas coexistindo com a leitura patológica, das quais são importantes as oriundas da psicanálise, no exame dos conteúdos simbólicos das imagens, e as identificadas com o desenvolvimento formal das imagens, com base em referências da *Gestalt*. Surgem, ainda, sutis menções sobre certo “talento”, especialmente nas palavras dos doutores Marie e Pailhas, como mostrou Will-Levaillant (1980, p. 28), em termos como “original”, “hábil”, “notável”. A possibilidade de leituras estéticas dessas imagens é marcante nos estudos de Marcel Réja, publicados em 1901 e 1907⁶. Seu livro de 1907, editado por Mercure de France, é uma ampliação do artigo de 1901, estendendo-se sobre a prosa e a poesia, arte das crianças e primitivos. O uso de pseudônimo – o nome deste médico

⁶ “L’Art Malade: dessins de fous”, *La Revue Universelle*, Paris, 1901; e *L’Art chez les Fous*, Paris, 1907.

era Paul Meunier – e desta editora o desviava do registro médico para o estético, permitindo-lhe um exame desses objetos em seus valores estéticos, ainda que de maneira muito discreta (Thévoz, 1990).

No campo psiquiátrico francês, a noção de “automatismo” psíquico ou mental vinha se desenvolvendo desde as últimas décadas do século XIX, para atingir sua “idade de ouro”, no dizer de Will-Levaillant (1980, p. 24), em 1927, ano do “Congresso de Médicos Alienistas e Neurologistas da França e Países de Língua Francesa”, em Blois (entre 25 e 30 julho), quando “automatismo mental” foi o tema principal. O livro de Pierre Janet, *L'Automatisme Psychologique. Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine*, publicado em 1889, definia o automatismo como manifestações subconscientes, sugeridas ou naturais, considerado uma atividade de repetição e conservação que toma um desenvolvimento excessivo quando a atividade superior de síntese diminui. Essa atividade seria capaz de promover movimentos involuntários nas mãos, podendo estar relacionados a alucinações, sendo a impulsão a condição para o “desenho automático” (Will-Levaillant, 1980, p. 28 e 36). Com essa compreensão, Janet opunha-se às correntes que propunham um automatismo puramente mecânico e sem consciência, de caráter fisiológico.

Mesmo diante dos trabalhos de Fursac e Marie, no que diz respeito à França, a grande parte dos estudos sobre a criação nos alienados era voltada aos escritos. O difícil acesso às coleções contribuiu, naquele país, para o impacto provocado por um livro vindo da Alemanha, assinado pelo Dr. Hans Prinzhorn, em 1922. Conforme Will-Levaillant (1980), a reformulação do modelo francês na análise dos desenhos dos alienados veio através dos estudos de língua germânica, sobretudo nos domínios da “esquizofrenia”, nomeada por Bleuler (1911), uma vez que na França a “demência precoce” ocupava lugar privilegiado entre os psiquiatras.

A década de 1920 foi particularmente importante para o interesse pelas imagens do inconsciente, momento em que circulam os escritos de Morgenthaler (1921), Prinzhorn (1922), Delgado (1922), Moura (1923), Vinchon (1925), Cesar (1925; 1929), entre outros. A começar

pelo jovem médico suíço Walter Morgenthaler, responsável por um livro dedicado a um alienado, por meio do qual se referiu, pela primeira vez, a um “doente mental como artista”². O ensaio versava sobre Adolf Wölfli, paciente do hospital psiquiátrico de Waldau, próximo de Berna (Suíça), ali internado em 1895 após a prisão por acusação de crime sexual, e onde permaneceu até sua morte, em 1930. Antes de se preocupar com os aspectos patológicos da sua vasta produção de textos, desenhos e colagens, Morgenthaler buscou identificar seu “estilo artístico”, compondo assim uma monografia própria aos estudos de arte.

No ano seguinte veio a lume o longo ensaio de Hans Prinzhorn, intelectual formado em filosofia e história da arte em 1904, com tese de 1908 na Universidade de Munique sobre o arquiteto Gottfried Semper (1803-1879). Entre 1913 e 1917 estuda e forma-se em psiquiatria, indo trabalhar junto a Karl Wilmanns na clínica psiquiátrica universitária de Heidelberg, em 1919 (Weber, 1984). Nessa instituição, em dois anos e meio organizou uma coleção de mais de cinco mil peças, reunindo objetos provenientes de vários asilos europeus, com as quais realizou um amplo estudo da produção artística de internos.

Seu livro, lançado em 1922, foi intitulado *Bildneri der Geisteskranken*, traduzido para o inglês como *Artistry of the Mentally Ill* (1972) e para o francês como *Expressions de la Folie* (1984); Mário Pedrosa se referiu ao título como *Imaginária dos Doentes Mentais* (1996, p. 205). Prinzhorn explicou tal designação afirmando seu descontentamento diante das denominações corriqueiras de “arte dos loucos”, “arte dos doentes mentais”, “arte patológica”, fato que o conduzia a esquivar-se de julgamentos de valor para enfrentar uma problemática psicológica, parecendo-lhe pertinente sustentar o termo que seria muito rico de sentidos, ainda que pouco corrente: *Bildneri* (Prinzhorn, 1984, p. 53).

A inspiração teórica de Prinzhorn foi, em toda a sua carreira, o filósofo Ludwig Klages. Do ponto de vista metodológico propõe uma fenomenologia de maneira ampla, sem relação direta com Husserl, examinando também as imagens sob proposições formalistas. Nesse

² *Ein Geisteskranker als Künstler*, Berne & Leipzig: Ersnt Bircher, 1921.

ponto, Prinzhorn lembra que está consciente das simplificações apresentadas para sua formulação de *Gestaltung*, no sentido de formação, e nesse momento procurou evitar o debate das pesquisas psicológicas com Witasek, Koffka, Wertheimer, Khöler, entre outros.

Dos internos da Clínica de Heidelberg, vários criadores tornaram-se conhecidos pela divulgação que receberam no livro de Prinzhorn, dentre os quais poder-se-ia citar Karl Brendel, August Klotz, Peter Moog, August Neter, Johan Knüpfer, Viktor Orth, Hermann Beil, Heinrich Welz, Joseph Sell e Franz Pohl. Nomes raros, num momento em que o uso de siglas ou apelidos era a regra nas referências médicas aos internos. Assim, reconhecendo e nomeando essas pessoas como individualidades, Morgenthaler e Prinzhorn são considerados os primeiros médicos a tratarem a produção de internos de hospitais psiquiátricos como imagens de arte.

A doutrina de Freud aparecia, então, como mais uma corrente de pensamento capaz de fornecer um exame particular da produção plástica. Dentre os intelectuais que voltaram suas reflexões ao modelo psicanalítico sobre a questão estética, nas décadas iniciais do século XX, são notáveis as posições de Oscar Pfister, Charles Baudouin, Ernst Jones e Ernst Kris. Como se sabe, as análises de Freud sobre *Gradiva* de Jensen (1907) e acerca das lembranças infantis na obra de Leonardo da Vinci (1910) tornaram-se os textos de referência para as pesquisas psicanalíticas no campo da estética⁸. De modo bastante sintético, naquele momento a compreensão freudiana da criação artística entendia a obra de arte no mesmo sentido que os sonhos e os mitos, e “exprime simbolicamente algum complexo recalcado, oculto nas dobras do inconsciente”, como sintetizou Jean-Paul Weber (1972, p. 72). Assim, a criação da obra de arte cumpriria a função de “compensação” dos recalques inconscientes, como nos sonhos (O. Pfister), ou a função de “integração” na busca de equilíbrio das energias psíquicas em conflito (E. Kris).

Na América Latina, discutiam-se as ideias promovidas no campo psiquiátrico europeu, a exemplo do artigo de Nombela y Campos,

⁸ O reconhecimento do artigo “O Moisés de Michelangelo” (1914), inicialmente publicado anonimamente em *Imago*, como principal estudo em estética formulado por Freud é muito posterior. Ver a respeito Frayze-Pereira (1995, p. 97).

“El Arte en los Alienados” (*Archivos de Criminologia, Medicina Legal y Psiquiatria*, Buenos Aires, 1909). Consta em Volmat (1955) que o Dr. Honório Delgado teria organizado uma coleção no Hospital V. Larco Herrera, em Lima, no ano de 1922, quando iniciou seus estudos sobre “El dibujo de los psicopatos” (1922), posteriormente desenvolvido no livro *La Produccion Artistica de los Esquizofrenicos* (1941). Não se conhecem, porém, precisamente as relações que esses médicos latino-americanos mantiveram com seus colegas brasileiros. Sabe-se, porém, que o filósofo argentino José Ingenieros, autor de livros dedicados à psicologia e à psiquiatria, era considerado “o maior filósofo da América do Sul” pelo médico brasileiro Osório Cesar, conforme se apreende na dedicatória de seu livro de 1919.

No rastro das práticas brasileiras

Em terras brasileiras, as primeiras apreciações da arte de internos oscilaram entre a leitura puramente patológica e, sobretudo, as interpretações psicanalíticas. Naquele início de século, houve em alguns médicos o acompanhamento direto do desenvolvimento das ideias europeias. O primeiro a traçar observações sobre as relações entre arte e loucura provavelmente foi Ulysses Pernambucano, psiquiatra que trabalhou no Hospital Nacional, para depois, munido de material coletado no Hospital Tamarineira, em Pernambuco, elaborar alguns estudos proferidos na forma de conferências sobre o que chamava a “arte nos alienados”.

Tal interesse é notado por volta do início da década de 1920. No entanto, desde então, evidencia-se um problema à historiografia que se volta para essas manifestações. Primeiro, porque a maior parte dos objetos produzidos por internos desse momento desapareceu; conhecemo-los, quando possível, de modo relativo por meio de algumas fotografias registradas em periódicos médicos. Segundo, os dados que nos restam acerca dos seus criadores são delimitados pelos discursos médicos, também registrados nos prontuários e na literatura especializada, fato que redundava em uma perda irreparável de informações. Ambas as indagações indicam a importância de a interpretação seguir rastros na história, particularmente como propôs Ginzburg, alertando para a relatividade das análises generalistas e reivindicando uma abordagem microanalítica. Nesse procedimento,

a partir da descrição densa, em correspondência aos estudos antropológicos, procede-se a uma revisão da unilateralidade das fontes de pesquisa, além de sustentar a pesquisa onomástica – o “nome” – como uma possibilidade de historiar a vida de pessoas comuns (Ginzburg, 1991).

Tributino dos Santos está entre os pacientes psiquiátricos que marcaram esse início da visada médica sobre as imagens no Brasil, cujo trabalho foi registrado em uma tese médica de 1923. Filho de um ourives de nome Benedito José de Sant’Anna, Tributino foi paciente do Dr. Pernambucano, registrado no prontuário médico como “preto, casado, natural de Serinhãem, estado de Pernambuco”; trabalhou como “carreiro” e “mestre do açúcar”, para se tornar um grande “fazedor de anéis”. Era de estatura média, musculoso, falador e analfabeto. Quando internado, em 1908, foi diagnosticado como “alcoolista”, e posteriormente foi classificado como um tipo “síndrome paranóide”. Suas peças datam de 1915, e eram anéis e medalhas feitos de pedaços de vidros, botões descartados, caquinhos de espelho e rolhas obtidas em frascos de loção que ele próprio usava e colecionava. Nas palavras do médico:

Tributino é de uma modéstia a toda prova, a força porém de ser modesto vai deixando transparecer que diz aquilo tudo à cata de elogios. É no entanto um *artista*: faz anéis e faz medalhas e a todos eles e a todas elas usa.

[...]

Usa-os nos dedos quase imóveis de tanta *arte*. Usa-as na sua blusa de hospital, coberta de *comendas*.

[...]

Conversando-o vê-se apesar da sua mal simulada modéstia que ele é *imensamente prestimoso*, que sem ele não poderia *ser bem-feito o serviço da cozinha nem o trabalho da chácara* (Moura, 1923, p. 72 e 77 – grifo no original).

O fato de adornar-se com essas peças, num exercício de autoestima, para o olhar competente da psiquiatria representava um sintoma a

mais a lhe conferir o diagnóstico complementar de “megalomaniaco”⁹. Convém lembrar, através da investigação do Juquery feita por Cunha (1986) em torno da primeira metade do século XX, que a reação dos internos em face da desindividualização provocada pelo asilo, enfeitando seus uniformes com flores e adereços, apegando-se a velhos objetos que conservam como bibelôs, na criação de trejeitos tornados sua marca inconfundível, enfim, na busca de algo que lhe fosse próprio, era registrada nos prontuários como sinais da doença.

A tese que divulgou as fotografias dos anéis de Tributino, bem como a imagem do próprio paciente, foi apresentada por Sílvio Moura na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1923. De acordo com o autor, a origem do interesse pela “arte dos alienados” apareceu no conjunto de palestras ocorrido nas Comemorações do I Centenário da Independência, dentre as quais uma delas, intitulada “Manifestações artísticas nos alienados”, provavelmente pronunciada pelo Dr. Ulysses Pernambucano. Aparentemente, essa tese se trata do primeiro registro escrito sobre o tema no Brasil, um texto que, se por um lado fornece um panorama precioso sobre alguns internos criadores, por outro, foi realizado sem grandes pretensões, como alerta seu autor: “É um simples trabalho, que só aparece assim com este feitio por necessário à obtenção do título” (Moura, 1923, p. 15). Optou por uma descrição das produções encontradas em alguns hospitais brasileiros, dentre os quais o Hospital da Tamarineira, o Hospital Nacional e o Hospital de Juquery. Sua tese permaneceu inédita e seu nome não é encontrado posteriormente entre os ensaios sobre o tema. Seu trabalho contou ainda com observações emprestadas de outros médicos, como o próprio Ulysses Pernambucano e Pacheco e Silva, bem como da aplicação de testes em crianças de escolas públicas por Esther Rodrigues Pereira, Consuelo Pinheiro, Odila Girão e Judith Rocha.

Ao final da tese, depois de descritos vários casos, no capítulo intitulado “Manifestações artísticas nos alienados”, Sílvio Moura

⁹ Conforme João Frayze-Pereira (1985, p. 94), o discurso competente diz respeito ao procedimento do “especialista” cujo lugar dá-se “no mundo contemporâneo em um quadro de especialização crescente e, portanto, de fragmentação do conhecimento e do real, por onde são estabelecidas áreas de competência e de especificidade. Dado o processo de planificação e organização do trabalho nas sociedades contemporâneas [...], o especialista é aquele que é autorizado a proferir de determinado posto hierárquico um discurso impessoal, neutro, pois fundado numa suposta racionalidade dos próprios fatos”.

desenvolve algumas considerações teóricas sobre a matéria. A principal delas dizia respeito à relação entre “razão” e “estética”. Como citado: “Sem o controle da razão as manifestações artísticas nos alienados não podem ter um valor estético verdadeiro” (Moura, 1923, p. 97). Nesse sentido, arte e artístico têm um significado um tanto difuso e ambíguo, ora grafadas em itálico, dando a entender sua relatividade, ora no sentido genérico de “saber fazer”, destreza, por exemplo, na perfeita representação de uma mulher, ou, no caso contrário, os anéis de Tributino, “que são feitos sem nenhuma arte, mas com certa habilidade” (p. 72). Como as imagens provenientes dos asilos oscilam entre o belo e o ridículo, o termo “verdadeiro” serviu-lhe para distinguir as duas formas de arte; a referência aos trabalhos de Tributino e de outros como *arte* usa o recurso do itálico para relativizar a afirmação. Essa mesma dualidade é transposta para a noção de genialidade e morbidez, representadas nesses objetos: “É verdade que o homem de gênio dá quase sempre à consciência pública a impressão de um louco, e um louco muitas vezes pode ser tomado como um homem verdadeiramente genial” (p. 97).

Para evitar a confusão dos dois termos, afirma que a “verdadeira arte” não deveria ser de modo algum comparada com o fruto da patologia, ainda que esta última nos convidasse a isso. Moura compartilhava de uma ideia francesa sobre a criação nos internos, segundo a qual o processo doentio ativava a expressão plástica, tal como a excitação provocada pela intoxicação por álcool, cocaína, éter ou morfina, a qual, porém não se sustenta no espírito do doente. Nas palavras de Moura (1923, p. 98):

As produções verdadeiramente artísticas não se podem e não se devem confundir com as criações às vezes deslumbrantes de artistas medíocres ou de indivíduos alheios à arte, tocados pelas perturbações mentais, que, no seu começo, ativam camartelos, lápis, penas, buris e pinceis, antes do escurecer completo da razão.

[...]

Nos indivíduos que eram antes da loucura profana

em relação à arte, as manifestações artísticas só aparecem no começo de seu processo patológico que antes de lhes embotar as faculdades mentais as excita.

Tal julgamento está referido aos documentos clínicos, porque, para o psiquiatra, as imagens e as ideias ou os instintos e os sentimentos espelhados em sua prosa, suas produções poéticas e suas manifestações plásticas são tidos como “reflexos exatos do estado mental do autor”. Seu valor em psiquiatria seria tamanho que, através delas, “sem conhecer o autor, [pode-se] fazer o seu diagnóstico mental” (Moura, 1923, p. 99).

Nessa concepção, as imagens criadas pelos internos denunciam e provam sua alienação. Um ex-jornalista mestiço de 45 anos, designado como J. L.¹⁰, por exemplo, foi internado em setembro de 1905 com o diagnóstico de “loucura maníaca depressiva”. No ano de sua internação, os *Archivos Brasileiros de Psychiatria* publicaram um de seus poemas; depois, em 1921, redigiu e vendeu ele mesmo seus próprios poemas. J. L., segundo o Dr. Moura, ao tomar o dito por verdade, traía sua soberbia, exagero que “qualquer pessoa que compreenda um bocadinho de psiquiatria, não poderá deixar de ver na soberbia, na superioridade e no valor do *poeta* o reflexo de sua síndrome paranoica” (Moura, 1923, p. 100). Num poeta “normal”, as imagens criadas seriam apenas o fato em derredor do qual são traçados seus poemas, enquanto, num poeta “anormal”, as referidas imagens perderiam essa forma porque tudo para ele representa a realidade: “o sonho do normal é convicção no anormal” (Moura, 1923, p. 101).

Ainda que sob a espessa lente da psiquiatria brasileira do início do século, pode-se vislumbrar alguns internos cujos trabalhos formaram as primeiras coleções asilares no Brasil. A grande maioria dos casos apresentados por Moura constituiu-se em escritos, primeiramente as prosas, e, em seguida, as poesias. Apresentados estes casos, a tese de Moura conduz-se aos “desenhos e objetos”, em menor quantidade, mas não menos interessantes. Dentre eles as produções de uma senhora “branca, 47 anos, viúva, brasileira”, descrita como L. B. do L.,

10 Neste e noutros casos, a abreviatura reproduz o original.

transferida da Santa Casa para a seção Esquirol do Hospital Nacional em 25 de junho de 1923. Primeiro diagnóstico: “delírio episódico” (Moura, 1923, p. 90). Seus pais haviam morrido, assim como todos os seus irmãos, à exceção de L. B. do L. Aos 34 anos foi acometida pela doença: “dores de cabeça, vômitos sanguinolentos, febre e tumefação das articulações”. Segundo Moura: “Mulher de estatura mediana, complexão regular. O seu fâcies é tristonho, deixa entrever um certo desânimo” (p. 91). Um dos médicos que a examinou assim descreveu seu trabalho:

Para usar sobre a pele. Deve ser de filó fino, duplo ou grosso ou ainda de qualquer fazenda que o tecido seja fino e forte.

Tem duas costuras em cada frente de um a dois centímetros de largura.

Tem três costuras mais principiando perto das “casas” ou dos botões nas frentes à distância de 2 a 3 centímetros uma da outra, para fazer a separação perfeita dos seios e uma “pence” também na frente da “cava” todas estas costuras concorrendo para formar o “bojo” dos seios (*apud* em Moura, 1923, p. 93).

A interna trabalhava com costura desde os 28 anos; para ela, a peça chamada de “soutien gorge” fora criação sua; dizia que a “patente foi roubada pela casa Sloper”. Com as seguintes palavras L. B. do L. defendia sua criação: “A diferença que existe dos comuns é o ‘rendado’ do ‘pont à jour’ com a fazenda contornando o ‘pont à jour’ todas as costuras. [...] Mais ou menos costuras não importa, depende do busto e do gosto da freguesa” (citado em Moura, 1923, p. 93 – grifo no original).

Afora os anéis de Tributino e os sutiãs de L. B. do L., as outras criações plásticas trazidas à tona pela tese de Moura eram provenientes do Hospital de Juquery. Nas décadas de 1910 e 1920, o Hospital de Juquery havia se tornado um centro de estudos psiquiátricos e também psicanalíticos, sobretudo notável com seu primeiro diretor, Franco da Rocha. Para Sílvio Moura, essa instituição era “o mais perfeito de

nossos hospitais, que se encontra hoje sob a sábia direção do jovem e consagrado alienista Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva” (Moura, 1923, p. 77).

Ali, estava internado A. de C. P., o construtor da “Juquery Railway”. Procedente da cidade de Tietê, este “brasileiro, branco, 30 anos, solteiro” fora internado em 9 de dezembro de 1897, e examinado pelo Dr. Franco da Rocha. Segundo os registros médicos, A. de C. P. tivera um irmão louco, sendo ele mesmo “fraco de espírito”, mas “bom trabalhador” e marceneiro. Desejoso de casar-se, ao que parece motivado por um sonho, não foi correspondido pela pretendida de doze anos. Sua insistência obsessiva levou o pai da moça a pedir a sua internação; no entanto, não havendo motivo constatado para a sequestração, foi solto em 26 de dezembro de 1897. O diagnóstico então asseverava “degenerado”, “delírio” ou “síndrome paranóide”. No dia 3 de dezembro de 1908, A. de C. P. foi reconduzido ao hospital, quando observaram algo que não se revelara antes: os “estigmas físicos da degeneração muito acentuados”. Conta-se que esteve preso várias vezes, tanto em Tietê quanto na capital do estado (Moura, 1923, p. 78).

Na segunda entrada no Hospital de Juquery, foi notado que cumpria as ordens, não delirava, às vezes tinha atos agressivos momentâneos. Quadro clínico de uma “síndrome *melancolico mitis*”. O último diagnóstico, antes de sua morte em 25 de outubro de 1923, elaborado pelo Dr. E. Vampré, inferia: “Imbecilidade, com crise de excitação e depressão e síndrome paranóide” (Moura, 1923, p. 79).

A. de C. P. foi registrado como o construtor da “Juquery Railway” porque se deteve longamente nas obras de uma estação que ele próprio assim designou. Segundo um relato transcrito por Moura (1923, p. 81), o interno o fizera “em forte impulsão do seu delírio de grandeza”. Gastou até o que não tinha em sua experiência contrariada no amor; ao final, construiu a dita estação e mais uma locomotiva, “julgando-se engenheiro”.

Embora não explícito, parece que o tema do amor jazia sob a obra arquitetônica, assim como noutras imagens surgidas das mãos daquelas pessoas. Esse tema, em geral, versará sobre uma paixão

carnal, proibida pela realidade exterior, ao asilo ou à pessoa, mas poderá também tratar do amor à terra natal, ou simplesmente o amor em conduzir-se livremente, seja num trem, num barco, a pé etc.

Antes mesmo de descobrir a paixão, com seus doze anos, L. F. de M. já sofria de ataques epiléticos, durante os quais machucava seu corpo até perder os sentidos. Desenhista hábil, trabalhou para o Dr. Alfredo Pujol quando tinha quinze anos. Aos 34 anos, era homem casado, também interno do Hospital de Juquery. A catamnese indicava a manifestação de seu mal “por formas as mais extravagantes”: “A célebre apaixonada de outros tempos, com quem se casou depois e de quem vive separado hoje, aparece-lhe quando a crise se inicia”. Nas imagens, cercada de flores aproxima-se dele e lhe faz carinhos, e segue o desvanecimento da figura feminina em nuvem:

Apesar da habilidade demonstrada na arte de pintar, encerram esses desenhos um enorme valor psiquiátrico:

L. F. de M. é epilético. Amou em sua mocidade uma senhora por quem teve grande paixão e com quem se veio a casar.

Teve com ela dois filhos e sempre a trouxe em verdadeiro culto de dedicação, altruísmo e afeto do seu amor impulsivo e exagerado.

A conselho médico deixou de ter relações sexuais.

[...]

O seu amor assim tolhido e limitado tornou-se então maior, dilatou-se, cresceu e veio explodir em uma combinação de desejo e sexualidade mal contidos, determinando complexos recalçados que explodiram posteriormente através dos equivalentes psicológicos da sua epilepsia, representados hoje pelas suas repetidas e rigorosas crises comiciais (Moura, 1923, p. 84 e 89 – grifo no original).

No conjunto de suas palavras, o Dr. Moura evitou analisar a simbologia das imagens evocadas. Não obstante, suas notas a este

desenhista interpretam o simbolismo sexual no qual a teoria freudiana encaixava-se perfeitamente. Trata-se de uma análise psicanalítica bastante rudimentar neste caso específico, talvez sob o influxo das ideias emergentes no Hospital de Juquery, onde Franco da Rocha publicara seu *Pansexualismo na Doutrina de Freud*. Sílvio Moura propõe, então, pela primeira vez em seu texto, a observação de uma teoria, não porque esta lhe servisse ao longo de suas observações, mas porque diante deste caso particular as palavras do Dr. Freud fizessem algum sentido, e pela explicação que lhe fora fornecida no próprio Hospital de Juquery. Nesse aspecto, considera os desenhos pela aparição de uma “aura visual”, “uma mulher muito alta, muito forte, muito bonita, cercada de flores, lábios grossos, colo basto, braços nus convidando-o a ir a um *mundo estranho*”. O doente aceitou o convite, a Terra representada na grande bola; a “aura cenestésica” é a mulher das rosas. Ela o aperta nos braços (aura luxuriosa) até a perda dos sentidos. Dá-se a queda e o doente entra em convulsões (Moura, 1923, p. 89).

Osório Cesar

No ano da apresentação da tese de Sílvio Moura, ingressou no Hospital de Juquery o estudante de medicina Osório Cesar. Quando formado anatomopatologista, em 1925, na Faculdade de Medicina da Praia Vermelha, assume definitivamente o cargo de médico daquela instituição (Ferraz, 1998). Sua vasta biblioteca e seus vários escritos, entre artigos de jornais e revistas, bem como livros, desde seu primeiro opúsculo de 1919, nos permitem seguir o rastro de um conjunto de ideias que reuniu o exame de categorias patológicas ao instrumental proveniente da psicanálise (Andriolo, 2003). O primeiro texto sobre o tema foi divulgado pelo periódico *Memórias do Hospital de Juquery*, em 1925, sendo intitulado “A arte primitiva nos alienados”. Quatro anos depois, em 1929, Cesar leva a público seu livro *A Expressão Artística nos Alienados (contribuição para o estudo dos símbolos na arte)*, publicado pelas Oficinas Gráficas do Hospital¹¹.

11 O artigo de 1925 foi enviado por Osório Cesar a Sigmund Freud, cuja resposta data de 10 de janeiro de 1927. O original desta carta está no Museu Osório Cesar, Hospital de Juquery, Franco da Rocha, SP. A transcrição e a tradução podem ser lidas na Biblioteca desta instituição, assim como no livro de Heloísa Ferraz (1998). Segundo Paulo Fraletti (1954), o livro de

Diferentemente da tese de Moura, este livro procura desenvolver uma metodologia para o exame das obras dos internos. Propõe assim um sistema classificatório das imagens, que será citado ao lado daquele de Prinzhorn na breve história do pensamento sobre a arte na psiquiatria, escrito por Robert Volmat (1955). A primeira parte do livro foi dedicada à construção de seu método, ao mesmo tempo comparativo e psicanalítico. Trata da “loucura e arte dos loucos”, realizando um breve resumo das análises médicas da “arte nos alienados”, apresenta seu quadro de classificação das obras, o valor dos símbolos nas manifestações artísticas e a interpretação psicanalítica. A segunda parte (a partir do capítulo 3) realiza correspondências entre algumas doenças mentais e sua forma de manifestação artística.

Primeiramente, seu método comparativo estende uma linha de estudos que procurava pensar a loucura e suas manifestações plásticas comparando-as com outras de grupos humanos distintos, tais como as crianças e os povos tidos como “primitivos”. Um exercício inicial desse procedimento fora realizado por Cesar Lombroso, Marcel Réja, Hanz Prinzhorn e Sílvio Moura, entre outros. Dessa abordagem resulta a explicação da manifestação artística nos doentes mentais como expressão de mentalidade primitiva ou infantil, reduzindo os primeiros aos segundos. Para validar esse procedimento, recorria-se à chave teórica da degenerescência, notável no próprio Lombroso (Andriolo, 2006).

À ideia de degeneração, Osório Cesar acrescentou a tese da filogênese que, entre outros, fora trabalhada por Freud em *Totem e Tabu*. A indagação crucial sobre a presença, em indivíduos diferentes, de imagens que significam coisas similares e da transmissão de conteúdos psíquicos inconscientes foi respondida por Freud pela filogênese, chave teórica que, conforme Renato Mezan (1985), permitia-lhe compreender aquilo que não era devido à experiência individual. A aproximação da filogênese com a ontogênese pregava a evolução das espécies no mesmo sentido que a evolução do indivíduo;

1929 receberia impressão na França, com uma versão atualizada, tendo sido classificado em segundo lugar no Prêmio Fábio Prado. Fraletti o tem como a principal obra de Cesar, não obstante o médico ter recebido a medalha de ouro com seu livro *Misticismo e Loucura*, pela Academia Nacional de Medicina, em 1949.

cada indivíduo repetiria em estética e em fisiologia o desenvolvimento da espécie (Cesar, 1929), motivo pelo qual haveria uma “infância da humanidade” e os povos “primitivos” seriam seus maiores representantes. O problema aparecia na interpretação do que Freud considerava ser regressão como sendo degeneração, fato que atribuía à doença mental a capacidade de conduzir o louco a um estado mental semelhante ao do “primitivo”. A base ideológica dessa afirmação, autorizada pela etnografia da época, era o evolucionismo científico e o imperialismo político e econômico da Europa praticados no final do século XIX, por meio da qual o não-civilizado era constituído pelos povos exteriores à cultura europeia.

Para ter uma ideia do funcionamento do modelo classificatório e comparativo em Osório Cesar (1929), relacionava-se uma confecção de bonecas de trapos velhos e papel na seção feminina do hospital com a feitura de bonecas entre os índios Karajá. A prática da tatuagem nos presidiários, por sua vez, serviu de comparação com a dos Coroados. A música, muito comum entre os Botocudos e os Parecis, também era considerada por ser muito encontrada entre os alienados.

Avançando em seu livro, aprofunda-se em seu intento de relacionar as obras com as categorias psiquiátricas. Nesse sentido, as produções que Cesar chama de “arte do primitivo” se assemelharia à dos “imbecis” e às das crianças de quatro a seis anos. O indivíduo acometido pela “demência precoce catatônica” perde a inteligência adquirida, restando-lhe apenas a “do primitivo”, instintiva e filogeneticamente transmitida, daí sua correspondência com crianças e homens das cavernas. Já a chamada “arte primitiva” (obras de Bizâncio do século XII, gótica, japonesa, dos africanos e dos futuristas) pôde evocar a de um “demente”, particularmente na representação de animais, assim como as dos “dementes precoces paranóides” (Cesar, 1929, p. 161). No que tange à “arte nos vanguardistas”, tema lançado em 1925 e desenvolvido mais detidamente em 1934, considera que os maneirismos estereotipados, confusos, quase indecifráveis constituintes deste grupo são interessantes aos olhos da psicanálise, afirmando mesmo que a arte futurista é uma arte esquizofrênica, embora os futuristas não sejam alienados (Cesar, 1929, p. 27 e 74).

Em segundo lugar, a filogênese indicava o caminho para explicar o simbolismo manifestado nas imagens. Das obras de Sigmund Freud, a principal referência em arte para Osório Cesar era uma tradução espanhola de *Leonardo da Vinci e uma Lembrança de sua Infância*, citada em 1925. O autor opera com a noção de inspiração poética em relação ao funcionamento das fantasias infantis e dos sonhos, ou seja, para ele arte é compensação, realização na fantasia daquilo que o real negou. Para além dos textos de Freud, trabalha com ideias provenientes de Oskar Pfister e Otto Rank, referindo-se especialmente a Charles Baudouin (Paris, 1929) e Gonzalo Lafora (Madri, 1922). Do primeiro retém o modelo bipartite, considerando a obra por seu “conteúdo manifesto” e por sua “significação latente”; do segundo, os dois fatores que lançam o paciente ao fazer artístico: um interno, devido à psicose, e outro externo, provocado pela clausura do ambiente asilar.

Em poucas palavras, sua proposta era a de uma “análise retrospectiva da gênese emotiva na criação da obra de arte” (Cesar, 1944, p. 4). O exame simbólico da obra dos internos revelava, para ele, o caráter regressivo das imagens, confirmando a hipótese de atavismo (Cesar, 1929), ideia contida, por exemplo, nas palavras do Dr. August Marie (1905/1990). Com os elementos emprestados da psicanálise, observou que as ideias sexuais dominam a vida afetiva e o simbolismo da arte é o mesmo observado nos sonhos. Assim sendo, os órgãos genitais masculinos seriam, por exemplo, representados em bengalas, limas, serpentes, punhais, revólveres, torneiras, dirigíveis zepelim, peixes etc. Os órgãos femininos teriam sua representação em vasos, caixas, cofres, portas, frutos, casas etc.

As análises de Osório Cesar tiveram uma importância ímpar na recepção das imagens dos asilos no Brasil, difundidas, sobretudo, entre as décadas de 1920 e 1950. Tal como era praticada, a sua leitura freudiana conduzia a interpretação das obras segundo categorias gerais e exteriores à própria confecção das obras, tais categorias eram pré-determinadas pela aplicação sistemática dos pressupostos da psicanálise à cultura brasileira. Esse procedimento, no entanto, não era exclusividade do psiquiatra do Juquery; no ano de 1928, o periódico *Memórias do Hospital de Juquery* publicou um artigo em que

Cesar dividia suas análises com Durval Marcondes, então psiquiatra da Inspeção Médico Escolar de São Paulo.

Este artigo fora apresentado no ano anterior à Sociedade de Medicina de São Paulo, intitulado “Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual”. Os dois médicos trabalham a noção freudiana da representação mascarada dos órgãos genitais masculinos, por meio de símbolos oníricos, como mencionados anteriormente. A hipótese é confirmada apenas com o relato de dois casos do Hospital de Juquery. O primeiro, de um jovem pedreiro branco, provavelmente de nome Manoel de J. Pereira (M. J. P.), diagnosticado como “demência precoce catatônica”, não proferira uma palavra desde a internação, mas realizava desenhos esparsos sobre folhas brancas na forma de portas, vasos, pássaros, frutos, entre outros. O segundo, designado S., italiano de 48 anos, cujos desenhos elaboram uma decoração intrincada, em meio à qual se observa limas, mãos, facas, folhas e outros elementos entrelaçados.

Durval Marcondes

Dentro das possibilidades deste escrito, sem o aprofundamento que cada um dos autores citados mereceria, cabe indicar a importância de Durval Marcondes para a formação do campo das análises psicológicas da arte no Brasil. Em 1926, levou a público um opúsculo chamado *O Simbolismo Estético na Literatura*, onde examinou a contribuição da escola psicanalítica para a crítica literária¹². O estudo de Marcondes reforça a ideia de dependência entre a satisfação do prazer com o caráter biológico primitivo, peculiar à psicologia infantil, satisfação que se adapta às condições de civilização no decorrer do desenvolvimento individual – ontogênese –, reproduzindo, de modo abreviado, o desenvolvimento da espécie – filogênese; pressuposto teórico para a tese da regressão. Em suas palavras: “A fantasia é, pois, um mecanismo psíquico que, na dolorosa transição do princípio do prazer para o da realidade, garante um substitutivo à satisfação instintiva denegada” (Marcondes, 1926, p. 5).

12 No prefácio, afirmava o Dr. Franco da Rocha que o artista se liberta da carga afetiva recalcada em sua obra de arte, senão seria levado à neurose: “Toda obra literária espelha em toda a sua estrutura a profundidade da alma em que nasceu e revela o complexo ou complexos que do fundo do inconsciente dirigiram a mão do artista”.

Seguindo este fio condutor, pode afirmar que a excessiva imaginação se manifesta em crianças e homens de épocas remotas, concentrada nos sonhos noturnos do “homem civilizado adulto” ou na alienação do doente mental. O processo de elaboração simbólica trazido por Marcondes é, basicamente, o mesmo que Cesar aplicará em seus estudos:

A elaboração onírica, isto é, a transformação das ideias latentes do sonho em seu conteúdo manifesto, constitui-se de dois processos principais: a *condensação* e o *deslocamento*. A condensação sintetiza num único símbolo a representação de vários fatos da mesma natureza sentimental. O deslocamento transfere a carga afetiva para um objeto sem importância da figuração onírica (Marcondes, 1926, p. 10 – grifo no original).

A crítica, para Durval Marcondes, não deverá ater-se ao talento do artista, tampouco se a obra é ou não bela; sua proposta é “sondar a gênese psicológica dessa beleza”. Para tanto, considerava Marcondes (1926, p. 12):

A transferência afetiva tem sua suprema significação na arte. Como as outras formas de pensamento simbólico, a arte constitui uma satisfação regressiva das tendências inconscientes. [...] O estudo analítico do simbolismo estético tem o mesmo valor psicológico da interpretação onírica. Permite descer à profundidade da alma do artista e desvendar o mecanismo íntimo da criação da obra de arte.

No artigo de 1928, escrito em conjunto por Marcondes e Cesar, aparece uma menção bastante discreta a Carl Jung, particularmente o livro denominado *Der Inhalt der Psychose* (1908). Dr. Cesar, embora possuísse em sua biblioteca obras deste intelectual, não se valeu dos escritos da Escola de Zurique em sua interpretação das imagens (Andriolo, 2003). Como vimos, para ele, a “arte subjetiva é

completamente independente da realidade humana coletiva” (Cesar, 1944, p. 4). Isso nos faz crer que a aparição de Jung naquele artigo, repetida por ocasião da inserção desse texto no livro de 1929, não se deve diretamente a Cesar, mas a Marcondes. O interesse deste último pela psicologia de Jung se colocou na conferência realizada em 1933, em meio às atividades desenvolvidas na exposição das crianças e loucos, organizada por Flávio de Carvalho.

A psicanálise dos desenhos dos psicopatas foi, então, tratada por Marcondes sob a conjugação das ideias de Freud e Jung. Sem contestar as proposições freudianas, considera serem os trabalhos da Escola de Zurique os responsáveis pela abertura deste campo, por meio da análise de manifestações sintomáticas da esquizofrenia. Dentre as conclusões que interessam ao psiquiatra brasileiro está a noção da possibilidade de compreensão dos sintomas mentais quando observados sob o ponto de vista da história do indivíduo e a noção de expressão de desejos insatisfeitos. Ambas as formulações se contrapõem ao conceito de loucura como manifestação caótica ininteligível às pessoas.

As produções psicopatológicas apresentariam, para o médico, três caracteres comuns às manifestações estéticas. Em primeiro lugar, a realização de desejos, identifica que em ambas há “uma satisfação vicariante de impulsos instintivos rejeitados pelas instâncias superiores do psiquismo. Esses impulsos, cuja significação original permanece inconsciente, derivam sua carga energética através dos sintomas, no caso do enfermo, e da criação estética, no caso do artista” (Marcondes, 1933, p. 176). Em segundo lugar, o autismo, diz respeito à renúncia tanto do artista quanto do enfermo à satisfação desses impulsos no mundo exterior, de modo que ambos mergulham no mundo interno da fantasia. “Sintoma e obra de arte são criações imaginárias, que compensam até certo ponto, as restrições da vida real”. Por fim, têm em comum o “arcaísmo” e o “primitivismo”: “Os processos que permitem seu desafio na arte e no sintoma são de feição acentuadamente arcaica, peculiares à região do aparelho psíquico em que se desenvolvem, isto é, o inconsciente. Ambas as criações oferecem, portanto, um refúgio no qual o homem civilizado encontra um pouco da antiga liberdade natural que as necessidades da vida coletiva vieram sufocar”. A moléstia e a arte, no entanto, distinguem-se, para o

médico, “enquanto a moléstia é uma criação inútil do ponto de vista social, o artista faz de sua obra uma fonte de prazer para os demais”. O prazer que o artista promove aos indivíduos decorre de um “consolo” às suas privações inconscientes.

Remetendo-se ao livro *O Inconsciente* (na trad. espanhola, 1927), de Jung, Marcondes traz a distinção das duas espécies de inconsciente – um individual (pessoal) e outro coletivo (impessoal). Referindo-se às “imagens primordiais”, não deixa de contrapô-las às ideias de Ernst Jones, contrárias ao que chamava de simbolismo antropológico do intelectual de Zurique. Em suma, teríamos a significação de um determinado símbolo em larga difusão e, além de encontrar-se nos sonhos, na arte e na psicopatologia, ela apareceria ainda nas manifestações do “inconsciente popular”, em mitos, lendas etc. (Marcondes, 1933, p. 179). Conclui que vários símbolos acabam por representar um número reduzido de ideias, sobretudo aquelas que se prendem aos interesses mais primitivos da espécie humana, daí a grande parte relativa à sexualidade. A título de exemplo, Marcondes apresenta um caso que fora concedido pelo Dr. Vampré acerca de um esquizofrênico de vinte anos, autor de uma novela ricamente ilustrada e colorida. Em uma das figuras, chamada pelo doente de *Catedral dos Assombros* (reprodução em Marcondes, 1933, p. 179), representa um edifício formado como um corpo humano, como, aliás, pregava a psicanálise na imagem onírica da casa como símbolo do corpo, em particular, a mulher e a mãe.

Para os leitores de Freud no Brasil daqueles anos, dada a liberdade com a qual aplicavam a psicanálise a assuntos diversos, todo esse debate foi um meio de reconhecimento de obras estranhas ao meio artístico oficial, justamente porque, na análise de Marcondes, examinava-se a gênese psicológica da criação e não propriamente o julgamento estético tal como se praticava no campo artístico. No caso de Osório Cesar, não obstante sua publicação por meio da gráfica do Juquery, segundo Heloísa Ferraz (1998), o livro de 1929 teve relativa circulação entre os intelectuais brasileiros, a exemplo de Mário de Andrade, Sérgio Milliet, Rebolo, Flávio Motta e Mário Barata, assim como um exemplar aparece na biblioteca na Casa Modernista de Warchavchik, na Rua Itápolis, em São Paulo.

Yolanda Mendonça

Além das publicações médicas institucionais, periódicos e teses, entre as décadas de 1920 e 1930, foram levados ao público leitor textos formadores, tanto sobre as matérias psicanalíticas como sobre as criações plásticas nos asilos¹³. A editora Flores & Mano, sediada no Rio de Janeiro, por exemplo, lançou uma coleção dirigida pelo médico Inaldo de Lira Neves-Manta, dedicada aos assuntos “médico-psicológicos”, tendo entre seus títulos uma presença marcante da psicanálise, aplicada aos temas da criminalidade, do alcoolismo e da arte. Foi nessa coleção que Osório Cesar publicou seu *A Arte nos Loucos e Vanguardistas* (1934), tendo o próprio Neves-Manta como prefaciador; este último publicara, entre outros estudos, *Psicanálise da Alma Coletiva*, *A Arte e a Neurose de João do Rio* e *O Alcoolismo na Arte e na Literatura*.

Outro exemplo dessas leituras psicanalíticas aparece em Yolanda Mendonça, doutora pela Escola de Direito da Universidade do Rio de Janeiro. Sua publicação aparece na seção de criminologia, tendo ela sido aluna de Porto Carrero na disciplina “Psicopatologia Forense”, professor considerado pela autora “a maior expressão científica em psiquiatria no Brasil, técnico por excelência em Psicanálise” (Mendonça, 1939, p. 28). Mendonça se debruçou também sobre os “desenhos de loucos” (*Revista de Criminologia*, 1936), examinando o desenho de uma interna do Hospital Nacional da Praia Vermelha sob o método psicanalítico.

Nos anos seguintes, seu interesse passou pela “arte dos surdos-mudos”, num pequeno livro de 1939, para estender-se à obra plástica e musical de cegos, histéricas e presidiários, num escrito sintomaticamente denominado *Psicologia e Arte nos Anormais* (1945). O procedimento de interpretação dessa produção não distava, de modo geral, do empregado por seus antecessores, submetendo todos aqueles tipos sociais a uma mesma leitura. Assim, dedica-se à investigação da “personalidade através do inconsciente, os retrocessos

13 Note-se que na França, em 1928, surgiu uma coleção em seis volumes intitulada “La Folie dans les Lettres et les Arts”, sob a direção do Dr. August Marie. Mesmo outros médicos publicaram escritos sobre arte nos asilos em revistas de divulgação, como é exemplar o caso de Marcel Réja.

da libido substituídos nos traços artísticos” (Mendonça, 1939, p. 6). Os estudos de Osório Cesar, que nas décadas de 1940 e 1950 tornaram-se a principal referência sobre a “arte nos alienados”, encontram difusão nas palavras de Mendonça.

No exame dos surdos, Mendonça admitia como corolário que a “arte expressa em desenhos a afasia”. Em suas palavras:

[...] a Arte dos surdos-mudos traduz a série de imagens visuais nos desenhos, porque a estética no afásico resume-se na compreensão e fixidez das revelações da memória visual. [...]. Tornando-se assim embotada as constâncias intelectuais, falha a vontade e a percepção, a imaginação consciente figurada na Arte pelo desenho, ficou vinculada pelo hábito de sentir somente pela visão e pelo hábito de não falar nem ouvir. Como scolio [sic] dessa ótica artística gritaram as emoções inconscientes eivadas de regressão semelhantes às dos alienados apreciadas no simbolismo esquizofrênico (Mendonça, 1939, p. 5).

Nesse momento, apresentou dois casos: 1) Geraldo Soares de Almeida, cujo nome conhecemos por um desenho assinado (observado como G. S. A. pela autora), que possuía dezessete anos, era “caboclo nascido em Minas Gerais” e interno no Instituto Nacional dos Surdos-Mudos do Rio de Janeiro; 2) L. G. M., de dezesseis anos, “paraibano, caboclo, surdo-mudo internado no Instituto Nacional dos Surdos-Mudos RJ”, no bairro de Laranjeiras. Para estudar a obra dos cegos, em 1945, foi buscar material na Liga de Proteção aos Cegos no Brasil, no Rio de Janeiro, então localizado na rua Dias Cruz, no Méier, no Instituto Padre Chico, em São Paulo, entre outras instituições, concluindo ser a música sua expressão mais interessante. Para a autora: “A arte nos cegos é mais humana, mais dinâmica que a do surdo-mudo” (Mendonça, 1945, p. 122).

Reverendo as proposições da época sobre as manifestações plásticas dos presidiários, particularmente a de Laurent, e avaliando obras do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro e de outras instituições

carcerárias em Minas Gerais e São Paulo, Mendonça observa que, de maneira geral, os quadros pintados pelos presidiários não são criação dos autores¹⁴. Observando as pinturas da pinacoteca da Penitenciária do Estado de São Paulo, nota nos motivos escolhidos a grande frequência de temas “místicos”, “retratos de mulher”, “índios” e, sobretudo, da “figura de Jesus Cristo”, sendo poucas as paisagens. A. L. Brazette pintou um índio atirando com o tacape, “transparecendo – para a autora – uma arte grosseira, sem retoque artístico”. As obras mais citadas do acervo são devidas a G. Lourenço (preso nº 426). Uma delas simbolizava a República, “em que a cabeça de mulher com o **barrete frígio**, transparecendo traços masculinos o conjunto estético” (Mendonça, 1945, p. 41 – grifo no original). Noutra, Lourenço representou a cabeça de Cristo a *crayon*. Pendurado na parede de um dos compartimentos da penitenciária, a autora localizou um quadro intitulado *Dolorosa Virgem*, também assinado por ele, figurando a visita da filha de um sentenciado à penitenciária.

Conclusão

As pinturas de Lourenço lá estão, ainda hoje, compondo o acervo do museu da Penitenciária do Estado de São Paulo, criado em 1968. Um desenho a carvão vegetal sobre papel foi datado de 1928, mostrando o abraço de uma avó em sua neta. Outra pintura nos apresenta um negro de olhos azuis (preso nº 28) trajando um terno de algodão cru, chapéu de abas e colar de contas. A repórter Rosa Bastos reviu essas obras, notando também outros detentos pintores, como G. O., que registrou em doze aquarelas sua própria via-crúcis, as quais “retratam a vida de um carpinteiro que foi induzido a entrar em um boteco, se viciou em bebida e em jogo, passou a bater na mulher e nos filhos, perdeu o emprego, cometeu um crime, foi para a cadeia, ficou louco

14 Dos textos produzidos à época, era notável Émile Laurent com *Les Habitués des Prisons de Paris, Étude d'Anthropologie*, Lyon, 1890, no qual uma parte foi reservada a suas manifestações plásticas, e H. Bouquet, “Les Criminels Peints par Eux-même”, *Aesculape*, abr. 1912. O próprio Prinzhorn escreveu um livro sobre o tema, *Bildneri der Gefangenen*, 1926. No Brasil, destaca-se a tese de Francisco Alves Corrêa de Toledo, *Contribuições ao estudo das tatuagens em medicina legal*, Faculdade de Medicina de São Paulo, mar. 1926, e Leonídio Ribeiro, “O caso Febrônio: algumas considerações sobre o sadismo”, *Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo*, vol. 2, ano 2, fasc. 1, nov. 1927, p. 3-22). Para uma análise recente, ver C. Legendre, S. Portelli, O. Marie & C. Carlier (Orgs.), em *Création et Prison*, Paris, 1994.

e morreu” (*O Estado de São Paulo*, 19 maio 2002).

Como se vê, a criação de um museu para tais obras é algo recente e, ainda assim, não se trata de um museu de arte, senão de uma coleção histórica da prisão, reunindo uma máquina fotográfica de madeira, de 1929, um amplificador de fotos alemão, de 1915, o altar entalhado à mão para a primeira capela da penitenciária, entre outras peças. Para aquela década de 1940, as criações dos presos, bem como a dos internos de hospitais psiquiátricos, permaneciam vinculadas ao discurso que adaptava a interpretação simbólica psicanalítica às categorias psicopatológicas da psiquiatria e da medicina legal.

Naquele momento, o olhar sobre as imagens cindira-se em duas vias, sob o conceito genérico de inconsciente. Ambas circunscreviam características regressivas, no entanto, uma associava regressão à tradição idealizada da cultura do povo, enquanto a outra se ligava ao aspecto mórbido da manifestação do “primitivo”. A primeira recebeu o lugar de “arte popular” nos museus, sustentando o valor positivo da ingenuidade; a segunda amargou um lugar nas coleções psiquiátricas, carregando consigo o estereótipo da degeneração. Como indicam as fontes examinadas, cegos, surdos, loucos, criminosos, entre outros grupos sociais no contexto das classes populares, estavam reunidos pela prática social da reclusão e pela percepção coletiva organizada pela categoria de “primitivo”. O reconhecimento de pintores como Fernando Diniz ou Emygdio de Barros situa-se no centro desse debate, organizado teoricamente entre as particularidades da cultura brasileira e a formação do campo da psicopatologia da arte; a distinção não se produz pelas imagens em si, mas pela questão social que permeia a história das imagens do inconsciente.

Referências bibliográficas

- ANDRIOLO, A. A Psicologia da Arte no Olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Conselho Federal de Psicologia, Brasília, ano 23, nº 4, 2003. p. 74-81.
- _____. O Método Comparativo na Origem da Psicologia da Arte. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 17, nº 2, 2006. p. 43-57.
- BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro/Lisboa: Bertrand/Difel, 1989.
- CESAR, O. A Arte Primitiva nos Alienados: manifestação esculptórica com caracter symbolico feiticista num caso de syndroma paranóide. *Memórias do Hospital de Juquery*, São Paulo, ano 2, nº 2, 1924. p. 111-125.
- _____. *A Expressão Artística nos Alienados. (contribuição para o estudo dos symbolos na arte)*. São Paulo: Oficinas Graphicas do Hospital de Juquery, 1929.
- _____. Como se Deve Compreender uma Obra de Arte. *O Estado de São Paulo*, 18 nov. 1944. p. 4.
- COSTA JÚNIOR, J. J. *Tratamento Moral dos Alienados*. Tese Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1895.
- CUNHA, M. C. P. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FERRAZ, H. C. T. *Arte e Loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos, 1998.
- FRALETTI, P. Considerações sobre a Arte dos Alienados e dos Artistas Modernos. *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, v. XX, nº 3-4, jul/dez. 1954. pp. 139-173.
- FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O que é Loucura*. São Paulo: Abril Cultural/Brasilense, 1985.
- _____. *Olho D'Água: arte e loucura em exposição*. São Paulo: Escuta, 1995.
- GILMAN, S. L. *Difference and Pathology: stereotypes of sexuality, race, and madness*. Ithaca: Cornell University Press, 1985.
- GINZBURG, C. *A Micro-História e Outros Estudos*. Rio de Janeiro/Lisboa: Bertrand/Difel, 1991.
- MACHADO, R. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MARCONDES, D. *O Symbolismo Esthetico na Literatura: ensaio de uma orientação para a crítica, baseada nos conhecimento fornecidos pela psycho-analyse*. São Paulo: O Estado de São Paulo, 1926.
- _____. *A Psicanálise dos Desenhos dos Psicopatas*. *Revista da Associação Paulista de Medicina*, v. 3, nº 4, out. 1933. pp. 175-182.
- _____. & Cesar, O. *Sobre Dois Casos de Estereotypia Graphica com Symbolismo Sexual*. Separata das *Memórias do Hospital de Juquery*, nº 3-4, São Paulo, 1928. pp. 3-7.
- MARIE, A. A. *Le Musée de la Folie*. Je Sais Tout, Paris, Publ. Pierre Laffite, 1er année, nº IX, 15 oct. 1905. In: THÉVOZ, Michel. "Annexe 2". *Art Brut, Psychose et Médiumnit *. Paris: De la Différence, 1990. p. 173-180.
- MENDONÇA, Y. *A Arte dos Surdos-Mudos*. Rio de Janeiro: Norte, 1939.
- _____. *Psicologia e Arte nos Anormais: cegos, delinquentes, loucos e hist ricas, interpreta o psicanalítica*. Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Escola Técnica Parobé, 1945.
- MEZAN, R. "Filogênese contra História" e "História contra Filogênese". In: *Freud, Pensador da Cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 542-590.
- MOURA, S. B. A. *Manifesta es Artísticas nos Alienados*. These apresentada   Fac. de Medicina do Rio de Janeiro, 10 nov. 1923. Rio de Janeiro: Off. Graph. do "João Pestana", 1923.
- PEDROSA, M. (Org.). *Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Funda o Nacional do Livro, 1980.
- _____. *Forma e Percep o Est tica*. In.: Arantes, O. (Org.). São Paulo: Edusp, 1996.
- PRINZHORN, H. *Expressions de la Folie: dessins, peintures, sculptures d'asile*. Paris: Gallimard, 1984.
- SILVEIRA, N. 20 anos de Terapêutica Ocupacional em Engenho de Dentro. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 10, n   nico, 1966.
- _____. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.
- THÉVOZ, M. *Art Brut, Psychose et M diumnit *. Paris: De la Différence, 1990.

- VINCHON, J. Un Essai d'Explication Symbolique de l'Art des Aliénés. *Le Progrès Médical*, Supplément Illustré, Paris, 7e année, n° 7, 1925. p. 49-52.
- VOLMAT, R. De l'Évolution des Idées sur "l'Art et la Folie". *Histoire de la Médecine*, ano 5, n° 1, jan. 1955. p. 29-49.
- WEBER, J-P. *La Psychologie de l'Art*. Paris: PUF, 1972.
- WEBER, M. Prinzhorn: l'homme, la collection, le livre. In: PRINZHORN, Hans. *Expressions de la Folie: dessins, peintures, sculptures d'asile*. Paris: Gallimard, 1984. p. 1-40.
- WILL-LEVAILLANT, F. L'Analyse des Dessins d'Aliénés et de Médiams en France avant le Surréalisme: contribution à l'étude des sorces "de l'automatisme" dans l'esthétique du XXe siècle. *Revue de l'Art*, n° 50, 1980. p. 24-39.

Emygdio de Barros: o poeta do espaço¹

Glória Chan

Emygdio de Barros nasceu em 1895 no estado do Rio de Janeiro. Era o filho mais velho. Tinha um único irmão. Desde a infância revelou habilidade manual fora do comum, construindo com velhas caixas e pedaços de madeira brinquedos que surpreendiam a todos. Na escola primária e no curso secundário foi sempre o primeiro da classe. Fez o curso técnico de torneiro mecânico e ingressou no Arsenal da Marinha. Destacando-se pela qualidade do seu trabalho, foi para a França em missão militar, em 1922, onde permaneceu durante dois anos.

Ao regressar, ficou sabendo que a mulher que amava estava noiva de seu irmão e, a partir de então, deixou de frequentar o emprego, passando a andar pelas ruas, sem destino, até tarde da noite ou a entrar nas igrejas, onde ficava horas inteiras de pé, imóvel, olhos fixos. Por apresentar atitudes características de esquizofrenia, foi internado pela primeira vez em 25 de junho de 1924 no Serviço Nacional de Saúde Mental, na Praia Vermelha, na seção militar.

Em janeiro de 1925 recebeu alta e voltou a trabalhar como torneiro mecânico no Arsenal da Marinha, permanecendo apenas dois meses, quando recebeu licença médica. Em 1931, inconformado com o casamento de seu irmão com a mulher que amava, descontrolou-se em casa, sendo novamente internado na Seção Calmeil no Hospital Nacional de Saúde Mental. No início de 1944, foi transferido para o Hospital Gustavo Riedel, no Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro.

Com o decorrer dos anos, sua atitude tornou-se de humilde aceitação da vida hospitalar. Ajudava na enfermaria em atividades de tipo doméstico, obedecendo sempre às ordens de enfermeiros e guardas. Posteriormente, verificou-se que, muitas vezes, fazia trabalhos

¹ O presente texto foi originalmente apresentado, em 23 de setembro de 2010, durante o *IV Encontro de Arte & Saúde Mental: o paradigma estético na clínica de Nise da Silveira*, ocorrido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), organizado pelo Espaço Artaud, em parceria com o Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ) e com o Instituto de Psicologia da UERJ.

superiores às suas forças, como levar sobre a cabeça enormes trouxas de roupa suja para a lavanderia.

Por vinte e três anos, Emygdio permaneceu internado, submisso e com a comunicação verbal comprometida. Não se dirigia a ninguém de maneira espontânea. Preferia se manter em silêncio. Em 1945, apresentava alterações no curso do pensamento, enquanto a memória permanecia intacta.

Em 1946, Nise da Silveira criou o ateliê de pintura, onde o respeito e o afeto eram os princípios básicos. Um oásis dentro do hospício. Mesmo com escassez de material, a atividade se desenvolvia e se expressar era o que importava. Os internos tinham a necessidade vital de contar suas histórias e a Arte foi a grande mediadora.

A trajetória artística de Emygdio teve início em 1947, quando começou a frequentar a Seção de Terapêutica Ocupacional. Aprendeu depressa a complexa técnica do ofício de encadernador e realizava atento e de forma cautelosa esse trabalho, contradizendo as observações registradas no hospital. Para tentar promover outro tipo de expressão, foi proposto a ele que experimentasse pintar. O que ele aceitou com satisfação. Ao contrário dos outros frequentadores do ateliê de pintura, que se entregavam aos impulsos impetuosos do inconsciente, Emygdio pintava lentamente, com gestos delicados. Suas primeiras pinturas evocavam lembranças de locais agradáveis onde viveu. Em suas composições, percebem-se as diferentes maneiras de percepção dos LUGARES e ESPAÇOS vividos.

Para dar conta da compreensão das imagens criadas por Emygdio de Barros, utilizei os olhares de várias áreas da Ciência e dos campos do saber. Recorri aos conceitos da Fenomenologia, da Gestalt, da Geografia, da Antropologia, da Sociologia da Arte, da História da Arte, e outras filosofias do significado que enveredavam, todas, para a análise da relação homem e mundo, e consideravam esta relação como construtora do sentido da experiência vivida e que, destes fenômenos, surgiam o “motivo” para a expressão e a criação de imagens. Diante da variedade e da quantidade de imagens produzidas por Emygdio, fiz um recorte selecionando as imagens que tratavam e que reproduziam as questões do espaço. Imagens de lugares distintos, que refletiam a dicotomia que existia no próprio

hospital e em sua vida. Para analisar de forma mais objetiva, eu as dividi nas seguintes categorias:

1) Paisagens iniciais:

Em sua primeira fase, Emygdio pinta paisagens que apresentam equilíbrio entre figura e fundo, com riqueza de colorido e limpeza na composição. Estas pinturas possuem uma singeleza e existe nelas um toque de imaginário, que ele diz serem reminiscências de lugares que conheceu². Em suas primeiras pinturas, não se percebe os fenômenos da dissociação, frequente na esquizofrenia. Ao contrário do esperado, as pinturas se apresentam extremamente ordenadas. Emygdio utiliza diversos materiais para retratar seus lugares vividos entre 1947 e 1949.

2) A explosão do inconsciente (paisagens interiores):

O primeiro período da obra de Emygdio dura pouco tempo. Logo depois, ocorre uma verdadeira explosão do inconsciente em pinturas de intenso colorido carregadas de imagens simbólicas. Uma das obras que se destaca nesse segundo período é o quadro *Universal*³. É uma pintura impressionante, onde consegue criar uma estrutura unitária com objetos diferentes que normalmente não mantém relações entre si. Embaixo, uma escada conduz para o interior de casas intrincadas entre os quais um trem se distingue. Na parte superior do trabalho, chama a atenção um sol multicolorido e uma torre de igreja. Mário Pedrosa (1950) analisa a obra *Universal* de Emygdio, dizendo:

apesar da extrema complexidade dos temas, onde predominam elementos arquitetônicos, a começar por fascinante escadaria que parece dar entrada para os planos centrais da composição, alternados por sugestões mecânicas, nas quais sobressai uma locomotiva em vermelho e marrom, o pintor revela-se aqui senhor de seus meios, quer quanto à estrutura, quer quanto ao colorido (p. 17).

² Exemplo desse tipo de imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 1, p. 61, (s/d, óleo/tela, 33 x 50 cm).

³ Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 4, p. 63; em *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museu da Fundação Nacional de Arte, p. 63; e no livro *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*, de Luiz Carlos Mello (2014), p. 213, (1948, óleo/tela, 104 x 108 cm).

Ao contrário dessa primeira pintura em que elementos do mundo externo se combinam em uma complexa harmonia, agora Emygdio revela imagens do inconsciente que assume total predomínio. A tela que ele denominou *Carnava*⁴ é povoada de imagens enigmáticas que emergem numa explosão de formas e cores, tornando cenas de sonho. Nela, as figuras que se destacam são imagens da mulher interior, da *anima*, reveladas sob diversas formas.

3) Oficinas mecânicas:

Dois anos depois de Emygdio começar a frequentar o ateliê de pintura, ele escreveu cartas pedindo a sua volta ao trabalho de torneiro mecânico que havia exercido no Arsenal da Marinha. Era o seu desejo de sair do hospital e retornar à vida na sociedade. Naquele período, Emygdio fez uma pintura extraordinária de uma oficina com suas máquinas. As cores que predominam na tela são o vermelho e seus matizes, que revelam seu intenso desejo de voltar à sua profissão. Mário Pedrosa (1950) afirma: “**Oficina**⁵ é admirável no rigor dos planos geométricos, cuja secura as tonalidades rosas, rosas-roxos suavizam e unificam. É um quadro de impecável equilíbrio” (p. 17). No momento em que Emygdio pintava essa tela, a pintora Djanira estava em visita ao ateliê e ficou espantada com o equilíbrio da composição e elogiou muito o trabalho feito por ele, que respondeu: “Não sou pintor, sou um operário”.

4) Paisagens rurais:

Em janeiro de 1950, após 25 anos de internação, Emygdio saiu do hospital e foi residir com pessoas de sua família num lugarejo do interior, nas montanhas de Teresópolis. Segundo relatos, adaptou-se bem à vida familiar, executando pequenas tarefas domésticas, realizando-as diariamente. Foi aceito pelos moradores do lugarejo. Era frequentemente visitado por Almir Mavignier, Mário Pedrosa e amigos, que levavam materiais de pintura como incentivo. Nesse período, Emygdio realizava pinturas de alta qualidade artística,

4 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 6, p. 64 (s/d, óleo/tela, 68 x 55 cm).

5 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 15, p. 69; sendo reproduzida em *Raphael e Emygdio: dois modernos no Engenho de Dentro*, de Heloisa Espada e Rodrigo Naves (2012), p. 116, (1948, óleo/papel, 38,5 x 46 cm).

principalmente paisagens. Pintou, também, cenas de interiores de casas e alguns abstratos. Compôs quadros com parcelas de realidade que haviam sido pessoalmente vivenciadas numa única obra. Em 1951, Mavignier viajou para a Europa, cessando as visitas que tanto estimulavam o pintor que, aos poucos, perdeu o interesse pela pintura. Emygdio encontrou apoio e afeto durante esses anos residindo em Teresópolis e em Paraíba do Sul. Mas viu esse lar desmoronar com a morte do chefe da família. Restando a ele vir morar com seu irmão, no Rio de Janeiro. Essa convivência na casa do irmão tornou-se insustentável. Resultando na sua reinternação em 1965. Na obra que ele denominou *Minha Casa na Paraíba do Sul*⁶, Emygdio retratou uma casa em ruínas, com o espaço vazio e se desintegrando, representando a dissolução da família com a qual viveu por tanto tempo. Segundo Nise da Silveira (1992), depois de viver 15 anos longe das tenazes do hospital psiquiátrico, Emygdio caiu novamente no tumulto anônimo das enfermarias. Teve, apesar disso, a oportunidade de voltar ao seu ateliê. E Emygdio experimentou, seja de forma figurativa ou abstrata, o núcleo de sua problemática emocional.

5) Imagens do hospital psiquiátrico:

Os espaços vividos nos tempos de encarceramento e de tratamentos desumanos são apresentados por Emygdio por um jogo de cores frias e com poucos elementos simbólicos, mas com grande carga emocional, ao contrário de sua pintura habitual. A motivação para a execução dessas obras é a indignação que o invadia naquele momento. Aqui, ele formulou com grande profundidade o problema da internação através de uma linguagem simples, invocando todo o seu passado de interno, criando imagens de sua percepção de espaço vivido. Fez uma pintura chapada, com pouca profundidade, sem movimento, onde o silêncio e as emoções são traduzidos pelas linhas e cores sombrias. Emygdio representou-se com um grupo de internos numa enfermaria, trajados de uniforme, igualando a todos a condição de mais um número na instituição, ao fundo as janelas com grades sempre presentes. A imagem tem seu peso deslocado pelo quadrado

⁶ Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 19, p. 72, (1970, óleo/papel, 33 x 48 cm).

situado à esquerda sustentado por uma linha horizontal que serve de âncora ao lado direito do campo.

Em sua pintura dos espaços hospitalares predomina um monocromatismo (Pedrosa, 1950), como a enfermaria retratada com elementos simbólicos desenvolvidos a partir da realidade dura e rígida da experiência de internação psiquiátrica. Outra pintura, feita toda em tons de cinza, revelava a sua solidão diante das grades da enfermaria. Hospital e cárcere se confundem. As imagens dessa categoria *espaços hospitalares/enfermarias*⁷ transmitem espanto pela calamidade cotidiana, além de uma emoção sufocante, e a indignação que brota naturalmente. Essas imagens conservam a imobilidade austera e cruel de uma camisa de força e da prisão. Assim como, denunciam a frieza, o tratamento desumano, a falta de identidade, através de “gritos” em tons de cinza e a solidão diante de grades.

6) Ateliê de pintura:

As vivências do espaço de Emygdio foram pouco a pouco sendo cunhadas em suas imagens. Como podemos ver em uma das primeiras apresentações do ateliê de pintura, de 1949. De estrutura mais orgânica do que geométrica, trabalha paredes, teto, mobiliário, janelas abertas sem grades, introduzindo muitas cores na composição. O espaço é organizado, possui um jogo de linhas que constroem uma perspectiva impecável. A distribuição dos elementos que compõem a imagem é equilibrada. A luz é um elemento importante. Os tons escolhidos produzem um efeito de equilíbrio e harmonia. A ausência de figura humana ressalta a importância do espaço e da sensação de tranquilidade que ele proporciona. A série *ateliê de pintura*⁸ é o resultado

⁷ Essa categoria de imagens é retratada no livro *Imagens do Inconsciente*, de Nise da Silveira (1981), figuras 17 e 18, p. 35; a figura 18 encontra-se, também, no livro *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*, de Luiz Carlos Mello (2014), p. 126, (1970, óleo/papel, 32 x 48 cm); na página anterior deste livro encontra-se outra imagem sobre essa temática (1970, óleo/papel, 32 x 48 cm).

⁸ Imagens que retratam essa série encontram-se no livro *Imagens do Inconsciente*, de Nise da Silveira (1981), figura 20, p. 37, e figura 21, p. 38; a figura 20 é reproduzida no livro *Raphael e Emygdio: dois modernos no Engenho de Dentro*, de Heloisa Espada e Rodrigo Naves (2012), p. 133, (1967, óleo/papel, 38,7 x 55,2 cm); nas páginas 132 e 135 deste livro temos mais duas imagens com essa temática (1967, óleo/papel, 33,2 x 48,1 cm; 1967, óleo/papel, 33,4 x 32,7 cm); em *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museu da Fundação Nacional de Arte, encontra-se outra imagem, p. 61; esta mesma imagem é reproduzida, também, no livro *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*, de Luiz Carlos Mello (2014), p. 213, (1968, óleo/cartolina, 48 x 33 cm).

de um cuidadoso processo de composição. As obras foram concebidas do ponto de vista da experiência do frequentador no espaço do ateliê, transitando entre as mesas de trabalho. Proporcionando a sensação de inserção no espaço, trazendo elementos do lugar, como: cadeira, mesa e janela aberta. Essas obras são exemplos de sua capacidade criativa e o uso de cores claras revela a alegria de Emygdio de frequentar este ambiente que nos remete ao aconchego da casa de Bachelard (1978). Enquanto espaço de referência, o ateliê de pintura pode ser analisado pela conceituação simbólica da casa:

a imaginação aumenta os valores da realidade. Uma espécie de atração concentra as imagens em torno da casa. Através de todas as casas que encontramos abrigo, além de todas as casas em que já desejamos morar, podemos isolar uma essência íntima e concreta que seja justificativa para o valor singular que atribuímos a todas as nossas imagens de intimidade protegida [...] é preciso superar os problemas de descrição – seja essa descrição objetiva ou subjetiva, isto é, que ela nos diga fatos ou impressões – para atingir as virtudes primeiras, aquelas em que se revela uma adesão, de qualquer forma, inerente à função primeira de habitar. [...] Encontrar a concha inicial, em toda moradia, mesmo no castelo, eis a tarefa primeira do fenomenólogo. Mas, quantos problemas conexos encontraremos se quisermos determinar a realidade profunda de cada um dos matizes de nossa atração por um lugar escolhido! Para um fenomenólogo, o matiz deve ser tomado como um fenômeno psicológico de primeira ordem. O matiz não é uma coloração superficial suplementar. É preciso dizer então como habitamos nosso espaço vital de acordo com todas as dialéticas da vida, como nos enraizamos, dia a dia, num canto do mundo (p. 199-200).

Emygdio atribuiu ao ateliê de pintura o sentido e o valor da casa conceituada por Bachelard. Nele, redescobriu o seu canto no mundo. Nas pinturas de Emygdio que retratam o ateliê podemos acompanhar a luta entre consciente e inconsciente, entre a percepção do mundo externo e a percepção do mundo interno, através das imagens do inconsciente, viagens através de espaços desconhecidos, sofridas experiências de subversão do espaço. Se, em determinados momentos, ele retrata o ateliê bem próximo da realidade, em outros revela imagens simbólicas, mais próximas do mundo interno. Frequentemente, esses dois sistemas de percepção se mesclam.

7) Pintura ao ar livre:

Os jardins do hospital⁹, por onde Emygdio transitou milhares de vezes durante os duros anos de internação psiquiátrica, encontra no simbolismo das cores a possibilidade de transmitir seus sentimentos e apontam para sua reorganização psíquica. Não é uma simples mudança de palheta que ocorre e sim uma mudança significativa no cotidiano. Um novo mundo surge nas pinturas de Emygdio. Pretendendo trazer o interno para o contato com a realidade, Nise da Silveira promovia momentos de pintura ao ar livre, num espaço conhecido por Morrinho dentro do terreno do Centro Psiquiátrico Pedro II. Muitas vezes, Emygdio retratou o Morrinho¹⁰ e os outros pintores utilizando técnicas variadas.

Ao explorar as imagens de Emygdio, percebemos um jogo de matizes claras e escuras, que correspondem à sua experiência cotidiana. Estudou-se o espaço claro, caracterizado pela nitidez do contorno dos objetos, pela existência de espaço livre entre

9 Imagens referentes aos jardins do hospital encontram-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 10, p. 66; a mesma imagem é reproduzida em *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*, de Luiz Carlos Mello (2014), p. 210 (1948, óleo/tela, 65 x 92 cm); e no livro *Raphael e Emygdio: dois modernos no Engenho de Dentro*, de Heloisa Espada e Rodrigo Naves (2012), temos mais duas imagens com o mesmo tema, p. 156 e 157, (1970, óleo/tela, 45,5 x 68,5 cm; 1971, óleo/cartolina, 36,6 x 54,9; 1972, óleo/papel, 37,2 x 55,4).

10 Imagens do Morrinho encontram-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 24, p. 74, (1970, óleo/tela, 46 x 69 cm) e figura 25, p. 75, (1969, óleo/tela, 50 x 71 cm); a imagem 74 encontra-se, também, no livro *Raphael e Emygdio: dois modernos no Engenho de Dentro*, de Heloisa Espada e Rodrigo Naves (2012), p. 155; em *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museus da Fundação Nacional de Arte, encontra-se outra imagem com a mesma temática, p. 71, (1971, óleo/tela, 73 x 47 cm); no livro *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*, de Luiz Carlos Mello (2014), encontra-se mais uma, p. 129 (1972, óleo/tela, 47 x 70 cm).

as coisas. O indivíduo sente diante de si a amplitude da vida. Outro tipo de espaço vivido, o espaço escuro, não se trata de luz física, porém da sensação de estar envolvido, apertado, oprimido por uma obscuridade misteriosa. Apaga-se a distância entre os objetos (distância vivida). O espaço vital estreita-se sem perspectivas. Este estudo acentua que a experiência da espacialidade é essencialmente determinada pelo tom afetivo dominante no momento. O espaço adquire qualidades peculiares de acordo com o estado emocional do indivíduo: sensação de plenitude ou de vazio, de espaço amplo, iluminado, ou estreito, sombrio, opressor. A questão da ambiência é de grande importância para penetrar os espaços na obra de Emygdio.

A Seção de Terapêutica Ocupacional também promovia passeios fora do hospital, tendo como um dos destinos a Floresta da Tijuca. Em um desses passeios, Emygdio fez uma pintura a nanquim da Capela Mayrink¹¹, que foi muito cobiçada pelo industrial e mecenas ítalo-brasileiro Cicillo Matarazzo, a quem Nise da Silveira respondeu: “nem por ouro, nem prata, nem por sangue de Aragão”. Aquele desenho significava “um marco importante, sendo a primeira representação da realidade externa imediata” feita por Emygdio (Silveira, 1992, p. 67). Os frequentadores do ateliê levavam cavaletes, tela, tintas e pincéis. Emygdio sentiu-se atraído pela beleza do lugar e abandonou, ao menos por momentos, seu mundo onírico ou a evocação de paisagens ligadas a emoções da infância, temas até então constantes na sua pintura. Em outra ocasião, são levados a passear na Gávea, bairro da cidade do Rio de Janeiro. Emygdio “inspira-se para uma tela que não se subordina às restrições da realidade espacial nem ao tempo” (p. 67). Assim ele pinta natureza, flores, roupas no varal e, ao fundo, um esboço da Torre Eiffel¹², *recordações e saudades de sua adolescência e de sua viagem à Europa, em 1922*. As obras de Emygdio de Barros estiveram presentes em muitas exposições no Brasil e no exterior desde a primeira realizada em 1947.

11 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 11, p. 67, (s/d, nanquim/papel, 66 x 48 cm).

12 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 12, p. 67, (s/d, óleo/tela, 73 x 78 cm).

Em 1981, fez parte da mostra da XVI Bienal de São Paulo, o segmento denominado de Arte Incomum. O propósito dessa mostra era despertar a atenção do público para uma produção altamente criativa, que estava à margem do sistema cultural, assim como a Art Brut e Arte Virgem, e promover sua preservação e incentivar pesquisas sobre essas produções. No catálogo dessa Bienal, o curador internacional, Victor Musgrave, afirma tratar-se de uma Arte sem precedentes, um mergulho às profundezas da mente, transbordando emoções e sentimentos, e, no entanto, disciplinada pelos mais altos recursos técnicos. E diz que Emygdio, pintor por excelência, constrói seus quadros com cores vibrantes, com contrastes cromáticos violentos, mas equilibrados por passagens harmoniosas. Sua pincelada é densa, a matéria é espessa. A composição desenrola-se quase toda no primeiro plano, sem grandes preocupações com a profundidade, com a perspectiva. O desenho é conciso, de traços incisivos, enquanto a forma é definida pelo cruzamento, pelo entrechoque das pinceladas, que criam uma impressão de dinamismo e vitalidade. “Em *Janela*¹³ o jogo cromático já aparece mais em função das relações das cores entre si na tela, do que ao acaso da simbologia inconsciente. A pintura se torna mais regular, em manchas chatas azuis e amarelas. Seu toque tende a individualizar-se, à Van Gogh, e o progresso no sentido da arrumação dos planos é evidente” (Pedrosa, 1950, p. 17), foram as palavras de Mário Pedrosa em relação à essa obra extraordinária de Emygdio.

Emygdio era levado também pelos artistas para passear fora do hospital. Em uma dessas ocasiões, pintou o quadro *O Municipal*¹⁴, no qual retrata, de memória, o Teatro Municipal do Rio de Janeiro. Mário Pedrosa (1950) escreveu:

O pintor atinge aqui um plano superior. O senso do espacial toma uma intensidade arrebatadora.

13 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 9, p. 66, (1947, óleo/tela, 53 x 68 cm).

14 Esta imagem encontra-se no livro *O Mundo das Imagens*, de Nise da Silveira (1992), figura 13, p. 68; e no livro *Museu de Imagens do Inconsciente*, organizado por Mário Pedrosa (1980) para a Coleção Museus da Fundação Nacional de Arte, p. 73, (1949, óleo/tela, 97 x 124 cm).

Sob o pincel de Emygdio o nosso Teatro Municipal, tão arrivista na sua meia cultura, se transfigura, reverberando da luz misteriosa de certas madrugadas prenunciadoras. Tudo está envolvido num halo espectral feito de rajadas de tintas, de roxos, azuis, de verdes, com cintilações amarelas. O pintor conseguiu dar no quadro o que metaforicamente se tem chamado, em relação a quadros mais ilustres, de “o espírito do lugar”. Com efeito, as sombras, o espaço, as rajadas coloridas ali reinantes lembram a atmosfera das grandes telas da época metafísica de Chirico, quando esse nome ainda significava um grande artista. Na pintura brasileira, tal densidade espacial, tal sopro de imaginação e poder sugestivo são quase desconhecidos (p. 17).

Emygdio nos ajuda a criar essa nova relação autor-obra-espectador, e ajuda a despertar um novo modo de sentir. As suas obras nos fazem perceber a força da imagem, traduzindo a experiência sensível, a vivência afetiva e a relação dos espaços, pela forma silenciosa, dos homens e das culturas de todos os tempos. Mostra como a Arte pode ser mais eloquente que a forma verbalizada. Finalizo propondo uma reflexão a partir de algumas palavras de Mário Pedrosa sobre a obra de Emygdio de Barros, o Poeta do Espaço:

Emygdio de Barros é modesto e simples, inteiramente alheio aos complicados argumentos do cronista. Magro, retorcido como uma planta ao vento, de visão profunda e nostálgica, o branco dos olhos rosado de sangue, ele hoje vive apenas para nos dar ainda algumas imagens transportadoras do mundo visionário que jaz no sonho acumulado da humanidade e que ele é dos raros a nos transmitir com o seu pincel.

Referências bibliográficas

- BACHELARD, G. *A Poética do Espaço*. São Paulo: Victor Civita, 1978.
- ESPADA, H. & NAVES, R. *Raphael e Emygdio: dois modernos no Engenho de Dentro*. Rio de Janeiro: Instituto Moreira Salles, 2012.
- MELLO, L. C. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Automatica, 2014.
- PEDROSA, M. *Os Artistas de Engenho de Dentro*. Rio de Janeiro: Jornal Correio da Manhã, 10 jan. 1950.
- _____. (Org.). *Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Fundação Nacional do Livro, 1980.
- SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.
- _____. *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

Ensaio Sobre a Memória¹

Glória Maria Ferreira Ribeiro

À guisa de introdução

Dentre as estórias extraordinárias que compõe o livro *Ficções*, Jorge Luís Borges narra as desventuras de Funes, o memorioso. Habitante dos Pampas Argentinos, Irineu Funes era um sujeito comum, quase até a mediocridade. Apenas duas coisas o salvavam de confundir-se completamente com a maioria dos homens: a sua capacidade de saber as horas sem consultar o relógio, o céu ou qualquer outra coisa que o auxiliasse na contagem do tempo; e uma completa aversão às pessoas. E assim o foi até o dia em que, durante um passeio a cavalo, ele sofre uma grave queda, passando vários dias desacordado. Quando enfim desperta, ele o faz como outro homem. Acorda extremamente lúcido, parálítico e capaz de reter na memória, com uma clareza insuportável, todos os detalhes de cada coisa observada durante o seu dia e durante suas intermináveis noites. Proeza invejável, poderia parecer ao leitor desavisado, já que esse tipo de memória concede a Funes o poder prodigioso de aprender vários idiomas à medida que é capaz de decorar dicionários inteiros, a partir de uma só leitura. Ledo engano, porque o personagem de Borges tem de pagar por esse dom extraordinário, isto porque, se por um lado é capaz de aprender vários idiomas, por outro é incapaz de ter ideias gerais e abstratas. A sua prodigiosa memória o mantém cativo de um mundo múltiplo e multiforme tornando-o incapaz de dormir porque a nitidez das lembranças de tudo o que foi visto, ouvido e sentido, o assombram durante as suas noites. Noites insones, noites de vigília durante as quais repassam, diante dos seus

¹ O presente texto foi originalmente apresentado durante o *II Seminário Caminhos Junguianos: a travessia do Sussuarão*, ocorrido na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), de 08 a 11 de setembro de 2015.

olhos, todos os detalhes de uma realidade que se recusa a cair no esquecimento. Segundo Borges, para Funes

Não lhe custava compreender somente que o símbolo genérico cão abrangesse tantos indivíduos díspares de diversos tamanhos e diversa forma; aborrecia-o que o cão das três e quatorze (visto de perfil) tivesse o mesmo nome que o cão das três e quatro (visto de frente) (...). Funes discernia continuamente os tranquilos avanços da corrupção, das cáries, da fadiga. Notava os progressos da morte, da umidade. Era o solitário espectador de um mundo multiforme, instantâneo e quase intoleravelmente exato (Borges, 1970, p. 96).

O personagem de Borges vive na periferia do olhar, capaz de percorrer cada ínfimo detalhe do mundo e manter vivo, numa memória incansável, todos os caminhos percorridos: “Suspeito, entretanto, que não era muito capaz de pensar” (Borges, 1970, p. 97). Incapaz de pensar porque incapaz de esquecer, eis o estigma de Irineu Funes.

Mas o que é o esquecimento e de que modo ele nos permite pensar? A resposta de Borges é imediata: “Pensar é esquecer diferenças, é generalizar, abstrair” (Borges, 1970, p. 97). Nesta concepção de “esquecimento”, enunciada por Borges como sendo a condição mais própria do pensamento, está em jogo a busca da unidade própria da identidade, ou melhor: a busca daquilo que se mantém idêntico, no seio da diversidade das aparências. Por exemplo, para Platão a realidade primeira do pensamento se mostra no *eidós* (a ideia), ou seja, na “unidade visível na multiplicidade dos objetos” (Abbagnano, 1998, p. 524). Isto é, essa unidade (a ideia, o *eidós*) só se torna visível, se nos for dado “esquecer” a urgência e premência desta multiplicidade, de forma a rememorar a própria unidade, enfim, o próprio *eidós*. Eis a incapacidade de Funes: a do esquecimento que se encontra na origem do pensar. Esquecimento necessário para que a percepção sensível (do particular) possa ceder lugar à percepção inteligível (no caso de Platão, das ideias). Em virtude de sua incapacidade de esquecer, também

a relação que Funes estabelece com a palavra torna-se extremamente pobre. É extraordinário o dom que o personagem de Borges possui de aprender os idiomas através da memorização dos dicionários, contudo, o extraordinário desse dom o mantém preso no ordinário, isto é, no uso corriqueiro das palavras.

O conto de Borges nos ensina que uma memória sem esquecimento torna o homem incapaz de pensar e, conseqüentemente, de manter uma relação mais radical com as palavras e as coisas. Pois bem, esse fenômeno do esquecimento, que no pensamento racional assume a forma da abstração, também se encontra no cerne da experiência da verdade e da memória presentes no pensamento arcaico, que se encontra muito aquém do advento da razão. O que nos propomos neste ensaio é uma reflexão sobre o fenômeno do esquecimento presente em *Mnemosyne*, a memória sagrada que preside o canto do *aedo*, do poeta-cantor. Trata-se de compreender o esquecimento como a dimensão mais profunda deste tipo de memória capaz de celebrar, de comemorar o próprio nascimento dos deuses, que para Torrano (1995), nada mais são que “as formas eternas do mundo” (p. 89).

I.

A tarefa que nos propomos parece, de antemão, fadada ao fracasso. Isto porque o mito se põe desde uma experiência de linguagem completamente diversa da nossa. Ainda hoje, vivemos sob o jugo de um tipo de linguagem, escrita ou falada, que nos mantém distanciados da natureza daquilo que, uma ou outra, representam. Por exemplo, o som da palavra CAVALO é diferente das letras C, A, V, A, L, O grafadas sobre o papel ou quadro negro. Um cavalo real, igualmente difere de letras e de sons. Contudo, convenciamos que tanto os sons \C\ \A\ \V\ \A\ \L\ \O\ quanto às letras C, A, V, A, L, O se referem ao animal que se põe a pastar placidamente nos gramados que margeiam o córrego do Lenheiro. Tanto a palavra escrita quanto a falada, que é assim convencionalizada, se encontram diretamente ligadas ao ato da fala: “Que quer dizer falar? A opinião corrente estatui: Falar é pôr em ação órgãos de fonação e de audição. Falar é a expressão sonora e a comunicação das emoções e flutuações íntimas do homem.

Essas últimas são acompanhadas de pensamentos” (Heidegger, 1976, p. 16).

Assim, o ato da fala se reduz ao ato no qual se “exteriorizam” pensamentos e sentimentos que se encontram no interior da alma humana. A fala se expressaria, assim, através de uma convenção que “liga” o nome (o sinal) àquilo que este mesmo nome representa. A fala estaria limitada ao uso da palavra, isto é, a sinais vocais ou escritos, que, por não serem sempre os mesmos para todos, deverão ser criados e usados de acordo com uma convenção. Sinais que deverão, dessa forma, exteriorizar simbolicamente as afecções da alma que correspondem a objetos que lhe são exteriores. Esta concepção da origem da palavra, em que essa é considerada como um símbolo convencionalizado que nos lança (junto com ele) para as afecções da alma que, por sua vez, nos lança para a representação da própria realidade, não se põe no tempo de Homero, de Hesíodo ou de Heráclito. Ela é tardia, vindo à luz apenas no pensamento de Aristóteles. Contudo, para ele, a linguagem, na sua expressão mais verdadeira, não se restringe ao uso convencional dos sinais, mas, encontra sua expressão essencial no modo como acontecem a “união” e a “separação” das palavras. Mas o que isso significa?

A união (*sýnthesis*) e a separação (*diáresis*) são os modos como Aristóteles concebe e elabora a questão acerca dos modos desde os quais é dado ao homem falar sobre o real. Mas expliquemo-nos melhor: segundo Aristóteles, as coisas nelas mesmas não são verdadeiras nem falsas, pois consideradas em si mesmas, as coisas (o real) transcendem a esfera daquilo que delas se pode falar (predicar). É somente quando falamos sobre o real, que se decide sobre a falsidade ou a verdade das coisas na medida em que haja ou não uma correspondência entre o que se diz e o que é visado por tal dizer. Quando acontece a união, ou seja, quando o que se fala (o que se predica) corresponde àquilo visado por esse falar (aquilo que necessariamente é), então há verdade (*sýnthesis*), quando acontece uma separação, então há falsidade (*diáresis*). A verdade passa, então, a ser concebida como uma correspondência (entre a “palavra” e a coisa). Contudo, o que dá medida a essa verdade (o que faz com que a verdade seja propriamente o que ela é, isto é:

a essência da verdade como correspondência) não é a fala (o discurso) ou o pensamento que nessa (fala/discurso) se baseia, mas é a própria coisa, o próprio real (o ser). Poderíamos mesmo dizer que a verdade enquanto correspondência obtém a sua essência do fenômeno a que os gregos chamavam *alethéia* (*a* = não , *lethé* = esquecimento):

Alethéia significa verdade. Porque verdade há de se entender não como coisa morta, consoante vinte e seis séculos de uso, já inercial, no-lo faz hoje entender, mas como um verbo – verdade como alguma coisa viva, no momento de lograr-se, de nascer; em suma, como ação. *Alethéia* = verdade é dito em termos vivazes de hoje: averiguação, achado da verdade, ou seja, da realidade nua por trás das roupagens de falsidade que a ocultava. (...). O nu é a realidade e o desnudá-la é a verdade (Ortega y Gasset, 1963, p. 2010).

Pois bem, a linguagem mais verdadeira é, para Aristóteles, aquela que se mostra na estrutura proposicional na qual o que se diz é a expressão da própria realidade. Realidade que se desnuda na experiência original que os gregos nomearam como *alethéia* e que pode ser compreendida como a essência da verdade. Esse modo da linguagem é o que Aristóteles chama de *logos apofântico* que, ao expressar a própria estrutura do real, transcende à esfera de uma simples convenção.

Ora, essa concepção acerca da palavra e da linguagem ainda se mantém presente no modo como nós, homens do século XXI, utilizamos a palavra e a linguagem. Contudo, nós reduzimos a nossa compreensão acerca desses fenômenos (da palavra e da linguagem) à sua função comunicativa. E mais: na nossa relação cotidiana com a linguagem, como vimos acima, nós sequer nos damos conta desse uso. Talvez seja esse o nosso maior problema para compreender um período da história do Ocidente em que a palavra não se põe como uma convenção e tampouco a linguagem se põe em termos proposicionais, sendo reduzida (no cotidiano das nossas ações) a um uso comunicativo.

II.

No período arcaico, a palavra é uma força numinosa – uma força de manifestação divina. Este tipo de palavra não se enquadra, portanto, no que tradicionalmente compreendemos por linguagem: “Este tipo de palavra não se distingue de uma ação ou, se assim o quisermos, não há distância entre palavra e ato” (Detienne, 1988, p. 36). Trata-se de uma palavra eficaz, com capacidade de presentificar aquilo que ela mesma nomeia; é uma palavra “eficaz, intemporal; é inseparável das condutas e dos valores simbólicos; ela é o privilégio de um homem especial” (p. 45). Pronunciá-la implica num favor da divindade. A palavra que é assim pronunciada, revelada, é o *mito*. O eleito dos deuses é o *aedo*, o poeta-cantor.

A palavra revelada, o mito enquanto força numinosa, diz a experiência desde a qual o próprio deus se manifesta. Essa divindade aponta para uma forma de pensamento que se encontra aquém dos processos do pensamento racional. Pois bem, o pensamento racional se baseia em um tipo de linguagem que, como vimos anteriormente, pressupõe que existam modos de pensamento (ideias, afecções, juízos) que necessitam ser exteriorizados e, para tal, foram criadas regras (lógica), a partir das quais essa linguagem deve se organizar de modo a realizar tal exteriorização de forma “verdadeira”. Por outro lado, no pensamento mítico nada existe de racional, isto é, de “lógico”, porque na palavra mítica não existe distância, separação entre o nome e a experiência nomeada e, por conseguinte, é outra a experiência da linguagem que se mostra no mito. Trata-se de uma linguagem poética, produtora, instauradora de sentido, na qual o nome presentifica o deus.

Segundo Torrano (1995), “os deuses são as formas eternas do mundo” (p. 89) que se originam no chamado tempo antigo – tempo das origens. Tais formas nos remetem para as diferentes experiências do que existe de humano no homem (o sono, a velhice, a morte, a justiça, o desejo etc.). Trata-se de se pôr na dimensão original daquilo que, posteriormente, o pensamento racional nomeou como essência. Ou seja, os deuses nos remetem para a dimensão da nossa humanidade que não se deixa corromper pela morte. Por exemplo:

todo ser humano é tomado pelo sono, pela velhice, pelo desejo etc.; contudo, o sono, a velhice, o desejo, sempre de novo renascem neste ou naquele indivíduo particular e, quando esse indivíduo morre, esses fenômenos se mantêm “sempre vivos” em outro indivíduo. Ou seja, enquanto “formas eternas do mundo” (os deuses) renascem sempre do mesmo modo, atribuindo uma dimensão suprassensível, isto é, sobrenatural aos fenômenos próprios da nossa humanidade. Desde esta perspectiva, o tempo antigo, no qual esses deuses se originam, nos remete para o caráter de eternidade próprio destas experiências:

A frase grega *aíén eóntes* fala do perpétuo recomeço de uma forma finita que se repetindo infinitamente permanece a mesma. O eterno é pensado nesse movimento em que se unem identidade e alteridade: nessa unidade vive o ser dos deuses: eles são os que vivem para sempre e de uma só vez essa infinitude inexaurível de vezes (Torrano, 1996, p.18).

III.

O *aión* é o tempo que nos fala do movimento de retorno, de recomeço que confere eternidade à existência do deus. Sendo compreendida como o vir-a-ser divino, essa eternidade é, perpetuamente, dimensionada por um não; isto é: o não-ser mais presente e o não-ser -ainda presente. Desta forma, essa negação, presente tanto no passado (isto é, naquilo que foi) quanto no futuro (naquilo que será), indica aquilo que se encontra sob a tutela do esquecimento e da ausência, não se confundindo com a negação que, no interior do pensamento lógico categorial, expressaria uma contradição. O não (ser) que se verifica na gênese divina expressa o fenômeno de temporalidade que propicia o movimento perpétuo de renascimento daquilo que é, e ela assim o faz, à medida que nega o ser atual do deus, de modo que esse possa vir a ser (a retornar a ser) o que ele sempre foi. Assim, o deus renasce sempre como o outro de si mesmo. Desta forma, o não-ser inerente ao movimento do vir-a-ser, mostra-se como um fenômeno

constituente do próprio ato de ser. Ato que nasce desde si mesmo à medida que nasce da negação do que se é, e desde si mesmo se mantém porque é a partir desse negar-se, desse deixar de ser, que se pode vir a ser novamente. Mais uma vez, lançaremos mão do exemplo que Hegel nos dá no seu Prefácio à *Fenomenologia do Espírito*:

O botão desaparece no desabrochar da flor, e poderia dizer-se que a flor o refuta; do mesmo modo que o fruto faz a flor parecer um falso ser-aí da planta, pondo-se como sua verdade em lugar da flor: essas formas não só se distinguem, mas também se repelem como incompatíveis entre si. Porém, ao mesmo tempo, sua natureza fluida faz delas momentos da unidade orgânica, na qual, longe de se contradizerem, todos são igualmente necessários. É essa igual necessidade que constitui unicamente a vida do todo (Hegel, 1992, p. 22).

Na fala de Hegel, a flor se mostra como o não-ser-mais presente do botão (o que ela foi), do qual se originou. E, igualmente, o fruto se encontra presente na flor como que esquecido, ausente porque ele se encontra sob a tutela do não ser-ainda-presente (o que ela será). A flor, nela mesma, carrega uma dupla negação – a negação do botão e do fruto. Tais formas, segundo Hegel, devem ser pensadas desde uma unidade orgânica e não como fenômenos que se refutam, se contradizem. Dentro do vir-a-ser, essas formas de ser (presença e ausência) se mostram imprescindíveis para que a vida se dê.

É este tipo de experiência de temporalidade que se pressente na eternidade própria do deus. Trata-se de uma experiência de ambiguidade porque o mito, a palavra que revela, que traz à presença o deus, deve transitar nas dimensões de ser (presença/lembrança) e não-ser (ausência/esquecimento). Sendo assim, para que o *aedo*, o poeta-cantor, possa falar sobre os deuses, é necessário que ele se encontre sob a tutela do tempo antigo. Tempo no qual impera as dimensões de ser e não-ser, de presença e ausência, de esquecimento e lembrança. Para tal, é necessário que ele esqueça a sua condição de indivíduo, esqueça

as urgências e premências do seu cotidiano e se deixe guiar pelo poder da memória.

Mnemosyne é a divindade nascida da união de Céu e de Terra. É o poder divino de trazer à presença (*alethéia*), o não presente, ou seja, as coisas passadas e futuras, como também é capaz de gerar o esquecimento (*lethé*). Segundo o relato de Hesíodo (séc. VIII/VII a.C.), na sua *Teogonia*, *Mnemosyne* desposada por Zeus durante nove noites consecutivas, torna-se a mãe das Musas: das Palavras Cantadas. As Musas são responsáveis pelo poder de presentificação e de dissimulação nas palavras do *aedo*; seus nomes presentificam o poder do canto: Calíope (Bela Voz), Tália (Festa), Kléos (Glória) etc. As musas são palavras de memória e, portanto, concedem o brilho da presença/lembrança ou da ausência/esquecimento àquilo que será expresso no canto do poeta. Isto porque, do mesmo modo que convoca à presença os feitos passados dos homens e dos deuses, fazendo com que estes permaneçam no brilho desta presença (brilho concedido por Kléos), “este mesmo canto que é capaz de gloriar, igualmente lança no silêncio do esquecimento os feitos que, por serem inefáveis ou nefandos, não devem ser trazidos à luz da presença” (Torrano, 1995, p. 27). *Mnemosyne*, “aquela que faz recordar, é também em Hesíodo, aquela que faz esquecer (...). A rememoração do passado tem como contrapartida necessária, o esquecimento do tempo presente” (Verant, 2002, p. 144). A função da memória é abolir a tirania das coisas visíveis, aquelas das quais Funes se encontra prisioneiro (em virtude de uma memória que prescinde do esquecimento). É necessário se dispor para aquilo que se encontra ausente, esquecido sob a superfície do mundo; é necessário se dispor a tensão entre o ser e o não-ser, entre o visível e o invisível, entre a lembrança e o esquecimento. *Mnemosyne*, a memória sagrada, permite ao *aedo* o trânsito entre as dimensões do que foi, é e será.

É somente em relação ao mundo visível que, ao nos afastarmos do presente, distanciamos-nos; saímos do nosso universo humano, para descobrir, por trás dele, outras regiões do ser, outros níveis cósmicos, normalmente inacessíveis: embaixo, o mundo infernal e tudo

o que o povoa, em cima, o mundo dos deuses olímpicos. O passado é parte integrante do cosmo; explorá-lo é descobrir o que se dissimula nas profundezas do ser. A história que canta *Mnemosyne* é um deciframento do invisível, uma geografia do sobrenatural (Vernant, 2002, p. 143).

É esta “evocação” do passado que permite ao povo grego conservar-se no seu ser histórico. Assim, o poeta, além de uma função mágico-religiosa, possui também uma função política: “Numa sociedade sem escrita como é a Grécia do período de Hesíodo, este servo das Musas é quem (juntamente com os *basileus*, descendentes diretos dos deuses) detém o poder desta verdade histórica, que é corroborada pela divindade de Mnemosyne” (Sissa & Detienne, 1989, p. 68).

Considerações finais

Memória e esquecimento se encontram no jogo de criação do mundo. Jogo do tempo: do que é, do que foi e do que será, que, ao se mostrar no canto do poeta, deixa-ser uma época histórica. *Mnemosyne* é o nome com o qual o homem grego pensa a experiência desse jogo; a poesia, o nome com que pensa a sua expressão:

Sendo Mnemosyne, a memória, a mãe das Musas, a palavra poética retrocede ao manancial, escavando nos vocábulos o que precisa ser lembrado. A lembrança cria a proximidade com as coisas, chamando-as à presença, desvelando-as na linguagem. O canto se torna então um apresentar, e, como tal, uma temporalização da temporalidade autêntica, que, ao dirigir-se às coisas, mostra-as de cada vez, no instante único do intercurso dialogal em ato por ele mesmo suscitado (Nunes, 1986, p. 275).

A memória assim compreendida, nos remete para a experiência do pensar que rememora, co-memora o tempo – experiência que Heidegger nomeou de *Andenken*. Pensar que não se confunde com

a Lógica: a ciência do pensar correto à medida que a linguagem poética (que caracteriza o pensar que rememora) se encontra aquém da estrutura proposicional (característica desse pensamento lógico-categorial). No canto do poeta (presidido pela memória) a palavra é falante, ou seja, a palavra não se mostra como uma propriedade humana, mas é a expressão da experiência do sagrado, experiência concretizadora de mundo do qual o homem faz parte. Segundo Heidegger, “a concepção arcaica da linguagem como ‘palavra pronunciada’: *Mythos*, se encontra intimamente relacionada com a estrutura a que o pensamento posterior, na figura de Heráclito (VI a.C), irá chamar de *logos*, a despeito das considerações contrárias, sustentadas pelo pensamento posterior” (Heidegger, 1992, p. 29). Contudo, pensar na fronteira entre mito e filosofia ainda causa desconforto, o mito tantas vezes considerado como fabulação, lenda, isto é, como uma espécie de literatura. Segundo Vernant (2001), os mitos

São relatos – aceitos, entendidos, sentidos como tais desde os nossos mais antigos documentos. Comportam assim, em sua origem, uma dimensão do “fictício”, demonstrada pela evolução semântica do termo “*mythos*”, que acabou por designar, em oposição ao que é da ordem do real por um lado, e da demonstração argumentada por outro, o que é do domínio da ficção pura: a fábula. Esse aspecto da narração (e de narração livre o bastante para que, sobre um mesmo deus ou um mesmo episódio de sua gesta, versões múltiplas possam coexistir e ser contraditórias sem escândalo) relaciona o mito grego ao que chamamos de religião, assim como ao que é hoje para nós a literatura (p. 230).

A despeito do caráter fabuloso dos relatos do mito, as suas narrativas incidem na dimensão da palavra na qual se abre a experiência daquilo que nos faz humanos. Isto porque o mito nomeia, e nesse nomear traz à presença a própria divindade que se mostra, em sua

“eternidade”, como sendo “sempre viva”. Em face da presença do deus nomeado, o homem dimensiona a si mesmo como mortal – e, segundo Heidegger, isto significa compreender a morte como morte. Contudo, aproximar o mito da filosofia implica em trair a concepção que marca o nascimento da filosofia como sendo o da irrupção do *logos*: a irrupção da razão, cuja configuração é a do pensamento discursivo. Isto porque nada parece ser mais contrário a razão do que o mito e suas narrativas. O mito é, por excelência e por datação (ele se põe muito antes do advento da razão), algo que se encontra totalmente fora do império da lógica e, portanto, fora da dimensão própria do filosofar. Contudo, se a filosofia for pensada no seu elemento mais radical, qual seja o homem compreendido desde a sua existência, perceberemos que a razão e a lógica se mostram como configurações do pensar – que se apresenta como a condição mais íntima da existência do homem sobre a Terra. Neste sentido, o pensar se põe como um tipo de recordação (*Andenken*) e Memória é “o pensar concentrado da lembrança do que cabe pensar, é a fonte da poesia” (Heidegger, 2002, p. 118). E ainda, este “pensar concentrado”, este tipo de memória se revela nas palavras de Heidegger (2008):

Um tal pensamento não é nem teórico nem prático. É antes dessa distinção do teórico e do prático que ele se apropria. Na medida em que ele é ele mesmo, um tal pensamento não é senão memória (*Andenken*) do ser e nada mais. Pertencendo ao ser, por ter sido lançado pelo ser na guarda e proteção de sua verdade e assim para ele requisitado. Pensa ele o ser. Um tal pensar não dá resultado. Não tem efeito. Ele se basta à sua Essência, sendo. Ora, ele é, dizendo a sua causa (*Sache*). À causa do pensamento pertence, e sempre historicamente, um só dizer, o dizer de acordo com a essência de sua causa. Cujá constringência, por se ater à sua causa, é essencialmente superior à validade das ciências, por ser mais livre. Pois ele deixa o ser ser (p. 90).

A memória do ser (*Andenken*) – em cuja estrutura, paradoxalmente, se mantém num comum-pertencimento a lembrança e o esquecimento do ser –, é o que se deixa entrever na experiência que os gregos possuíam da memória como a divindade de *Mnemosyne*. Memória que, ao deixar ser, ser e não-ser, presença e ausência, lembrança e esquecimento, acaba por nos lançar no exercício da liberdade – na qual descobrimos nossa humanidade no confronto com a divindade.

Referências bibliográficas

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BORGES, J. L. *Ficções*. Porto Alegre: Globo, 1970.
- DETIENNE, M. *Os Mestres da Verdade na Grécia Arcaica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- HEGEL, G. W. F. *Fenomenologia do Espírito*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HEIDEGGER, M. *La Parole*. In: *Acheminement vers la parole*. Paris: Gallimard, 1976. p. 16.
- _____. *Qu' appelle t'-on Penser?* Paris: Puff, 1992.
- _____. "...Poeticamente o homem habita.."; Construir, Habitar, Pensar; O que quer dizer Pensar?; A Coisa. In: *Ensaio e Conferências*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____. A Linguagem; A Essência da Linguagem; A Palavra; O Caminho para a Linguagem. In: *A Caminho da Linguagem*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- NUNES, B. *Passagem para o Poético*. São Paulo: Ática, 1986.
- ORTEGA Y GASSET, J. *Origem e Epílogo da Filosofia*. Madrid: Libro Ibero, 1963.
- SISSA, G. & DETIENNE, M.. *Os Deuses Gregos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- TORRANO, J. O Mundo como Função das Musas. In: Hesíodo. *Teogonia*. São Paulo: Iluminuras, 1995.
- _____. *O Sentido de Zeus*. São Paulo: Iluminuras, 1996.
- VERNANT, J-P. *Mito e Sociedade na Grécia Antiga*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
- _____. *Mito e Pensamento entre os Gregos*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.



Autores

Walter Melo

Psicólogo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (1992). Residência em Psicologia Clínico-Institucional pela UERJ (1997). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) (2000). Doutor em Psicologia Social pela UERJ (2005). Coordenador do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS). Coordenador do Grupo Caminhos Junguianos (GCJ). Coordenador do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP). Coordenador do Programa de Extensão Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos laços e ações conjuntas (Laços e Ações). Coordenador do PET-Saúde Redes (2013-2015). Coordenador do Grupo de Psicologia do PET-Saúde GraduaSUS (2016-2018). Professor Associado I da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) da UFSJ. Professor do Programa Interdepartamental de Pós-Graduação Interdisciplinar em Artes, Urbanidades e Sustentabilidade (Mestrado) da UFSJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Mestrado e Doutorado). Coordenador do Grupo de Trabalho Epistemologia e Interfaces da Psicologia Analítica (GT EIPsiA) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

Pedro Henrique Costa de Resende

Graduado em Filosofia pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2006). Psicólogo pela UFSJ (2013). Mestre em Psicologia pela UFSJ (2016). Doutorando de Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Membro do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da UFJF. Membro do Grupo Caminhos Junguianos da UFSJ. Professor Substituto da UFSJ.

Sanny Rhemann Baeta

Psicóloga pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2011). Especialista em Assistência ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (ISEIB/FHEMIG/CMT) (2013). Especialista em Psicopedagogia Clínica

e Institucional pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (2014). Mestre em Psicologia pela UFSJ (2016). Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde da UFSJ (NEPIS/UFSJ). Ativadora de Redes, no eixo de Reabilitação Psicossocial, pelo Projeto Engrenagens da Educação Permanente, do Ministério da Saúde pelo projeto do Ministério da Saúde (2016). Coordenadora do PET-Saúde GraduaSUS (2016-2017). Psicóloga da Prefeitura Municipal de Barbacena/MG.

Thiago Moreira de Oliveira e Souza

Psicólogo pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde da UFSJ (NEPIS/UFSJ). Conselheiro pelo Conselho Municipal de Saúde de São João Del Rei (2014 a 2017). Membro da equipe de elaboração do Plano Municipal de Saúde de São João Del Rei para os anos 2014-2017.

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (1975). Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (1983). Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) (1992). Pós-doutorado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres (2008). Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde (agosto de 2000/dezembro de 2010). Presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Presidente da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersectorial (2010). Professor Adjunto da UFRJ.

Michelle de Almeida César

Psicóloga pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2011). Mestre em Psicologia pela UFSJ (2014). Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde da UFSJ (NEPIS/UFSJ). Psicóloga da Prefeitura Municipal de Jeceaba/MG.

Ernesto Venturini

Médico psiquiatra. Colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália, desde o princípio, em Gorizia e em Trieste. Contribuiu ativamente para o êxito da lei da Reforma Psiquiátrica na Itália. Diretor do Departamento de Saúde Mental em Ímola. Desempenhou papéis de responsabilidade na Saúde Pública na Região Emilia Romagna. Colaborador de universidades italianas e internacionais. Cooperou com a Organização Mundial da Saúde em alguns países da África. Assessor da Organização Panamericana de Saúde para a América Latina. Acompanha a Reforma Psiquiátrica brasileira desde 1992.

Alipio Sánchez Vidal

Mestre em Artes pela Universidade de Minnesota/EUA. Doutor em Psicologia pela Universidade de Barcelona/Espanha, onde atua como professor de Psicologia Social e Psicologia Comunitária.

Jairnilson Silva Paim

Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) (1972). Mestre em Medicina pela UFBA (1975). Doutor em Saúde Pública pela UFBA (2007). Professor da UFBA desde 1974, onde atua, desde 2000, como Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva.

Adriana Miranda de Castro

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (1996). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (2003). Diploma Superior em Promoção da Saúde pelo Instituto de Salud Carlos III da Escuela Nacional de Salud da Espanha (2006). Doutoranda em Saúde Coletiva, área da Saúde da Mulher e da Criança no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (FIOCRUZ/IFF). Consultora Técnica do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Promoção da Saúde (2003 a 2009). Trabalhou nos Hospitais Federais no Rio de

Janeiro e no Departamento de Gestão Hospitalar/Ministério da Saúde (2009 a 2012). Desde 2012, é analista de gestão em saúde pública da Fiocruz, atuando no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (FIOCRUZ/IFF).

Martinho Silva

Psicólogo pela Universidade de Brasília (UnB) (1999). Especialista em Saúde Mental em nível de residência pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2002). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) (2004). Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (2011). Foi pesquisador bolsista das áreas de saúde mental e de direito sanitário na FIOCRUZ Brasília, bem como consultor técnico do setor de saúde penitenciária no Ministério da Saúde. Coordenador da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa no IMS-UERJ. Coordenador da área de pesquisa do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). Pesquisador no Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED). Membro Colaborador na Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde da UFSJ (NEPIS/UFSJ). Professor Adjunto do IMS-UERJ, no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde.

Márcia Cristina Baltazar

Economista pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (1996). Mestre em Economia Social e do Trabalho pela UNICAMP (2000). Doutora em Artes pela UNICAMP (2010). Integrante do Grupo Íterim de pesquisa vocal vinculado ao Lume Teatro/Campinas/SP (2002 a 2004). Em 2004, estreou o solo de teatro Tantas Outras Quantas, que circulou por vários festivais do país até 2010. Entre 2008 e 2010, participou, como atriz, de pesquisas e de produções do Barracão Teatro (Campinas/SP): experimentações com máscaras,

performance e teatro na rua. De 2000 a 2014, ministrou cursos de teatro para diferentes públicos em escolas e em espaços não formais de ensino. Em 2011, ministrou aulas para adolescentes em regime de internação judicial em duas unidades de atendimento da Fundação Casa em Campinas. Professora Substituta para a área de teatro educação e objetos plásticos da cena na Faculdade de Teatro da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2012). Orientadora de corpo e voz do Projeto Ademar Guerra (Secretaria de Cultura do Estado de São Paulo) (2013 e 2014). Professora Adjunta do Núcleo de Teatro da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Cláudio Guillarduci

Graduado em Filosofia pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (1995). Mestre em Artes Cênicas pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (2001). Doutor em Artes Cênicas pela UNIRIO (2009). Pós-doutorado em Artes Cênicas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) (2011). Coordenador do Laboratório Ambulatório. Professor do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Letras (PROMEL) da UFSJ.

Ana Karla Tzortzato Almeida

Graduada em Teatro pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2015). Especialista em Ensino de Artes Visuais pela Escola de Belas Artes da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (2016). Mestranda do Programa Interdepartamental de Pós-Graduação Interdisciplinar em Artes, Urbanidades e Sustentabilidade da UFSJ (PIPAUS). Membro do Grupo de Pesquisa Educação, Filosofia e Imagem da UFSJ (GEFI).

Romíria Penha Turcheti Vasconcelos

Graduada em Teatro pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) (2015). Mestranda do Programa Interdepartamental de Pós-Graduação Interdisciplinar em Artes, Urbanidades e Sustentabilidade da UFSJ (PIPAUS).

Arley Andriolo

Historiador pela Universidade de São Paulo (USP) (1993). Mestre em Arquitetura e Urbanismo pela USP (1999). Doutor em Psicologia Social pela USP (2004). Livre-Docente pela USP (2014). Coordenador do Laboratório de Estudos em Psicologia da Arte. Professor Associado do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da USP.

Glória Chan

Graduada em Comunicação Visual pela Fundação Armando Álvares Penteado (1977). Licenciatura Plena em Educação Artística pelo Centro Universitário Belas Artes de São Paulo (1982). Licenciatura em Pedagogia pela Universidade de Guarulhos (1994). Especialista em Arte Terapia pelo Instituto Sedes Sapientiae (2003). Mestre em Artes Visuais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009). Foi assessora de Luiz Carlos Mello, diretor do Museu de Imagens do Inconsciente, no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, Rio de Janeiro/RJ, por 10 anos. Professora do curso de Pedagogia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (desde 1976).

Glória Maria Ferreira Ribeiro

Graduada em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (1987). Mestre em Filosofia pela UFRJ (1991). Doutorado em Filosofia pela UFRJ (1999). Pós-Doutorado em Filosofia pela UFRJ (1999). Professora Titular da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ).

Este livro composto em ITC Stone Sans, foi impresso em papel off-set 75g/m² pela Laser Plus Studio Grafico e Editora Ltda durante o mês de Setembro de 2016.