

ALÉM DOS MUROS

Acompanhamento Terapêutico
como Política Pública de
Saúde Mental e Direitos Humanos

Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Analice de Lima Palombini
Rafael Wolski de Oliveira
Stelamaris Glück Tinoco
(Organizadores)

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Márcio Mariath Belloc
Károl Veiga Cabral
Analice de Lima Palombini
Rafael Woslki de Oliveira
Stelamaris Glück Tinoco
Organizadores**

**ALÉM DOS MUROS
Acompanhamento Terapêutico como Política Pública de Saúde
Mental e Direitos Humanos**

**1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2017
Rede UNIDA**



SUMÁRIO

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Heider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjoaglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Diagramação

Diego Marengo

Revisão

Analice de Lima Palombini

Capa

Detalhe da obra de Márcio Mariath Belloc "Composição 1"

Editora Rede UNIDA

(tinta acrílica sobre tela).

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

A367 Além dos muros : acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos [recurso eletrônico] / Márcio Mariath Belloc ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017. 269 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-89-4
DOI: 10.18310/9788566659894

1. Acompanhamento terapêutico. 2. Saúde mental. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Desinstitucionalização. 6. Pessoal de saúde – Saúde mental. I. Belloc, Márcio Mariath. II. Cabral, Károl Veiga. III. Palombini, Analice de Lima. IV. Oliveira, Rafael Wolski de. V. Tinoco, Stelamaris Glück. VI. Série.

CDU: 616.89
NLM: WML105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Copyright © 2017 by Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Analice de Lima Palombini, Rafael Wolski de Oliveira e Stelamaris Glück Tinoco.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

Apresentação Além dos Muros – *Károl Veiga Cabral*.....09

A ética da diferença ou simplesmente algumas histórias antimani-comiais – *Cristiane Knijnik, Beatriz Adura*.....19

A cidade como possibilidade de vida para usuários egressos de lon-ga permanência de um hospital psiquiátrico localizado no Brasil – *Eufrazia dos Santos Diogo Dahlstrom, Daniela Conceição Faiet, Rafael Wolski de Oliveira, Simone Chandler Frichembruder*.....33

Tecendo Redes: modos de habitar a cidade – *Analice de Lima Palom-bini, Juliana Cordeiro Krug, Rafael Wolski de Oliveira*.....41

O acompanhamento terapêutico na desinstitucionalização – *Ana Paula Carvalho da Costa*.....47

As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento ter-apêutico – *Analice de Lima Palombini, Vera Lúcia Pasini*.....61

Morar fora do manicômio: Desinstitucionalização e acompanham-ento terapêutico – *Daniele Fraga Dalmaso, Mayara Squeff Jano-vik*.....75

Encontrando-se com a cidade, encontrando a si mesmo – *Juliana Cordeiro Krug*.....87

Redes(cobertas) de um certo acompanhamento terapêutico – *Juli-ana Tavares Ferreira, Léo Jaime da Silva*.....95

O que o não-saber de Davi e Franco faz estilhaçar na cidade sat-urada de sentidos? – *Marcelo Santana Ferreira, Raphael Vaz Ro-cha*.....105



Trabalhadoras/es de Saúde Pública e Residentes Multiprofissionais: o acompanhamento terapêutico na direção da Desinstitucionalização – *Rafael Wolski de Oliveira, Daniele Fraga Dalmaso, Stelamaris Glück Tino*.....**113**

“Pedras, plantas e outros caminhos”: o acompanhamento terapêutico e algumas de suas interfaces com o Cinema e o SUS - *Ricardo Wagner Machado da Silveira, Barbara Chiavegatti, Gabriel Gonçalves Serafim Silva, Luiza Marianna Gonçalves Reis, Marina Arantes Silva, Olivia de Freitas Oliveira, Vivian de Sá Vieira, Yuji Martins Kodato, Thaís Velloso Frauentorf*.....**127**

A clínica do acompanhamento terapêutico no contexto da desinstitucionalização: desacomodando práticas – *Luiza Figueiró Petry, Fabiana Minussi Lopes, Leonardo de Santi Helena Cunha*.....**139**

A cidade como potência, errância e abrigo: Relatos e traçados do Acompanhamento Terapêutico – *Fernanda Stenert, Analice de Lima Palombini, Ana Carolina Rios Simoni*.....**155**

O dispositivo do acompanhamento terapêutico no contexto da medida de segurança: quando a chave de saída está do lado do sujeito – *Rafaela Schneider Brasil*.....**183**

Construindo modos de trabalhar em saúde mental – *Déborah Sere*.....**199**

A Rainha e o Bobo, no reino de Valdrada - Carta VII: Valdrada – *José Antônio Caruso de Lucca*.....**209**

Falam os vizinhos - Concepções sobre a loucura nos arredores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro – *Livia Zanchet, Analice de Lima Palombini, Vera Lucia Sobral Resende*.....**223**

Atos em trapos de um acompanhamento em estado de performance – *Maria Albers, Márcio Mariath Belloc, Ana Lúcia Mandelli de Marsiac*.....**239**

Károl Veiga Cabral

Era uma vez um palácio de guardar doidos¹, as pessoas que lá entravam dificilmente conseguiam sair. A vida passava e as pessoas ficavam lá esperando por um laudo que não chegava nunca, por uma alta social que nunca acontecia, por uma oportunidade que nunca viria, parecia até a terra do Nunca. Uma vida que estava muito longe de ser um conto de fadas, a vida de um rei ou de uma rainha. Lá o tempo parecia congelado, os gestos tutelados, os corpos inertes e as pessoas encasteladas e afastadas do território das cidades.

A ausência de políticas públicas de inserção social impedia que milhares de pessoas no Brasil inteiro pudessem viver nas cidades: voltar as suas casas, habitar um novo local ou mesmo viver em um serviço residencial terapêutico. Com a promulgação da Lei Estadual 9.716 de 1992 no Rio Grande do Sul e a Lei Nacional 10.216 de 2001 da reforma psiquiátrica, estava criado o marco jurídico que transformaria a vida de milhares de brasileiros e brasileiras. Constituíam-se como dever de estado e direito do cidadão a real possibilidade da construção de políticas públicas que viabilizassem estados e municípios a implantar uma rede de serviços. Que abarcassem espaços protegidos de moradia para estas pessoas há tantos anos impedidas de viver fora dos hospitais. Assim, por todo o território nacional, floresceram redes de serviços e alternativas de moradia, inicialmente como uma rede substitutiva, depois como a Rede de Atenção Psicossocial, tendo a Portaria GM/MS 3088 de 2011 como marco regulatório.

Mas, para além da criação de um conjunto de serviços trabalhando em rede, da articulação dos diferentes entes da união,

¹Alusão ao livro de Yonissa Marmit Wadi, chamado Palácio de Guardar Doidos: uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul, publicado em 2001, o qual conta a história da fundação do maior e mais antigo hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul.

estado e município, faz-se necessário a criação de novas ferramentas que viabilizem a implantação destas políticas públicas. O acompanhamento terapêutico é uma dessas ferramentas, mostrando eficácia na reforma psiquiátrica brasileira, sendo amplamente utilizada para acompanhar processos de desinstitucionalização em diferentes estados brasileiros.

O Rio Grande do Sul tem uma trajetória singular no que tange aos processos de reforma psiquiátrica, com momentos de avanço e vanguardismo, mas também com momentos de estagnação e até de retrocesso. Porém, a figura do acompanhante terapêutico vem se mantendo firme como uma ótima opção de inserção na rede pública de serviços, por exemplo: formalizada como cargo em alguns municípios, como é o caso de Viamão; em espaços de formação de trabalhadores, como nos cursos da Escola de Saúde Pública (ESP); na formação de estudantes de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do Programa de Pesquisa e Extensão de Acompanhamento Terapêutico, e em outras faculdades no interior do estado, como na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões; nas Residências Multiprofissionais da ESP e da UFRGS etc.

Em 2011, com o começo de uma nova gestão, militante e comprometida com o processo de desinstitucionalização no estado do Rio Grande do Sul, inicia-se um processo chamado de São Pedro em Movimento. Processo este no escopo de ações da desinstitucionalização, retomadas, naquele momento, em território estadual. Ações que desencadearam incentivos de custeio para todos os serviços da rede, para constituição de projetos de desinstitucionalização, realizadas em municípios ou mesmo em instituições de longa permanência, até mesmo para a compra de móveis e o aluguel de casas a serem utilizadas como SRT. Na gestão de Sandra Fagundes (2014), foi criada e pactuada, inclusive, a Resolução CIB² 233 de 2014, que possibilita as redes de saúde municipais contratarem acompanhantes terapêuticos para auxiliar neste processo,

²Resolução CIB nº 233/2014 – CIB/RS, que institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família.

resgatando assim uma dívida histórica que a sociedade tem com as pessoas institucionalizadas em longa permanência. E, além de um envolvimento direto e decisivo da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas³ na criação e implementação da linha de cuidado em saúde mental, com financiamento e proposta de ação para os três níveis de atenção, em que a ferramenta do AT foi amplamente utilizada, a Direção de Atenção ao Usuário Morador desenvolvia e coordenava todas as ações de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico São Pedro.

Este conjunto de ações, tomadas a partir de uma decisão política que é constituída por um conjunto de atores frente ao orçamento disponível para a saúde mental, fala do lugar de importância que a ação alcançou na gestão; do apoio das universidades; da força e pressão dos movimentos sociais – em especial o Fórum Gaúcho de Saúde Mental – na exigência do cumprimento das leis; da organização de reivindicação dos usuários e seus familiares e dos trabalhadores para a criação de uma rede de serviços capaz de acolher e acompanhar estas pessoas em seus projetos de vida nos diferentes territórios.

Mas o que é a ferramenta do acompanhamento terapêutico? Uma das melhores definições de acompanhamento terapêutico que já encontramos foi escrita por Déborah Sereno e Maurício Porto no livro “A rua como espaço clínico”. Os autores fazem uma proposta de verbete em que definem o acompanhamento terapêutico como “práticas de saídas pela cidade, com a intenção de montar um guia que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.”(p.30 e 31) Assim, esta modalidade de atenção se serve do espaço social, da cidade, para circular com as pessoas, acompanhando-as em suas tarefas cotidianas, experimentando distintas formas de articulação com o espaço social. Este guia de que os autores falam é um exemplar único que se constrói na relação entre acompanhante e acompanhado e está sempre sendo reescrito, adaptado, atualizado.

³Órgão do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

Neste livro vamos encontrar várias histórias de pessoas anônimas que ousaram travessias, que se experimentaram nestas muitas formas de conexão que a trama urbana permite quando nela vingam as políticas públicas de inclusão.

Vamos encontrar até histórias que falam de rainhas e bobos, como no belo texto de José Caruso de Lucca e Júlia Dutra de Carvalho, que nos apresenta uma cidade dividida, as duas Valdradas: uma límpida e outra nublada, ambas com o mesmo intuito de cuidar das pessoas. Através desta metáfora, nos interroga e nos convoca a um outro mergulho, um outro olhar, inspirados na capacidade da Rainha e do Bobo de ver o invisível. Talvez, caro leitor, seja bom levarmos conosco, para percorrer as páginas deste livro, três palavras ofertadas por Caruso: olhar, surpresa e dúvida, quer habitemos a Valdrada Límpida, quer a Nublada.

E, falando em olhar, encontramos o texto Tecendo Redes de Rafael Wolski de Oliveira, Analice de Lima Palombini e Juliana Cordeiro Krug, no qual os autores apresentam a história de Abel, um ex-morador de instituição total, mas também andarilho, que nos leva em seus percursos do enclausuramento da internação psiquiátrica a errâncias nas ruas da cidade. Um personagem que, na rede de serviços, mantinha o estigma de louco, tendo muita dificuldade de circular, mas que, na cidade, ganhou tal status que possuía uma comunidade na rede de internet chamada “Eu conheço o Abel”. Protagonista de dois filmes, Abel nos aponta a fragilidade da rede quando não consegue olhar. Abel que tanto queria ver!

No texto A ética das diferenças ou simplesmente algumas histórias antimanicomiais, Cristiane Knijnik e Beatriz Adura nos deslocam da posição de meros observadores para adentrarmos, ou sermos lançados, no território antimanicomial. A aposta delas é na contação de histórias, deslizando de posição, questionando as práticas ortopédicas, investindo em um bom dedo de prosa, perdendo-se nas cidades para investir no encontro com o outro. Apostar na recuperação da capacidade narrativa – como nos ensina Benjamin (1936) – para transformar vivência em experiência.

As marcas produzidas nos corpos de quem passou tantos anos institucionalizado não são fáceis de apagar. É preciso muito

trabalho de ressignificação das experiências para poder não dormir mais com os sapatos debaixo do travesseiro, com medo de que sejam furtados na calada da noite, como nos conta Ana Paula Carvalho. O desafio é romper com estes efeitos provocados pela instituição manicomial nos corpos dos sujeitos diretamente implicados, mas também no discurso social.

O texto de Daniele Fraga Dalmaso e Mayara Squef Janovik, na época residentes do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva do Educasaúde/UFRGS, prima por definir como campo os serviços substitutivos da rede, no caso a RAPS, e não o manicômio, havendo um investimento no âmbito da desinstitucionalização. Com isso, as residentes passam a entrar no manicômio para trabalhar na desinstitucionalização dos moradores, fazendo a passagem para os serviços residenciais terapêuticos da cidade. Entram no hospício para construir pontes com o fora, levando estes usuários a construir amarras com o espaço social da cidade. Elas nos contam do acompanhamento feito com Aladdin e de como foi deslizar entre o tempo morto do hospício e o tempo singular de Aladdin, e de como ele seguiu uma primavera nos dentes até virar borboleta. São histórias impregnadas de vida e de novo sentido, uma vez restituída a possibilidade de viver em liberdade. Estes escritos nos dão a devida proporção de como nossa cidade ainda é dividida por muros, cercas e projetos antagônicos. Existem profundos abismos entre um jeito e outro de cuidar, existem fendas que afastam o sujeito de suas reais possibilidades e às vezes tanta, mas tanta névoa, que até parecem os olhos com catarata de Abel, que até nos perguntamos sobre o que vemos e o que nos olha – parafraseando Didi-Huberman (1998).

Deborah Sereno nos convoca a pensar sobre o ângulo do qual se encara as diferentes facetas do trabalho em saúde mental, anunciando as possibilidades do acontecimento, uma vez que a clínica é porosa e nos permite a livre circulação pelo ir e vir das ruas das cidades. Ela argumenta que “a convivência estaria na vertente da clínica institucional. E com isso conceitos como ambiência, espaços de convivência, aqueles momentos não-estruturados do cotidiano institucional, passam a ganhar destaque. Estes momen-

tos não estruturados, de fato, na clínica, parecem fundamentais. Nestes espaços, as relações se dão pela química dos encontros, há um quê de espontaneidade, mil possibilidades de acontecimentos, e de não acontecimentos!”

A autora conta da sua experiência na formação de ats, através do trabalho como supervisora de estágios dos núcleos de 5º ano da graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FACHS/PUCSP). Destaca os efeitos da entrada dos estagiários nos serviços, que podem oscilar entre a desconfiança e a felicidade, com a chegada de “sangue novo” no local de trabalho, bem como o trabalho de supervisão como espaço de elaboração-compartilhamento. E, ainda, aponta o desafio de formar trabalhadores para a saúde mental, pois esta deveria ocorrer no âmbito das práticas cotidianas.

Analice de Lima Palombini e Vera Lúcia Pasini, também professoras e pesquisadoras da temática, contam no texto *As redes e os muros* o trabalho desenvolvido no Projeto AT na Rede na UFRGS, sinalizando os riscos das práticas psi serem práticas de captura e lançam um importante questionamento se de fato a rede é usuário-centrada ou usuário-cercada. Apontam que as tessituras da rede podem ser descontinuadas pelos modos de captura que também permeiam o urbano e suas práticas. O texto apresenta fragmentos de casos acompanhados no programa para nos auxiliar na análise.

O texto de Juliana Cordeiro Krug, *Encontrando-se com a cidade*, encontrando a si mesmo, conta o caso da adolescente Laís, que era atendida na modalidade do AT pela terapeuta ocupacional, residente em Saúde Mental Coletiva. A autora nos apresenta a inquietude da Laís, que não parava de andar ou se mexer um momento sequer, com seu olhar que atravessava as pessoas. Assim, apresenta um trabalho de reconstrução da subjetividade esfacelada pelas crises frequentes, trabalho que vinha sendo desenvolvido em um Caps infantil. Apostando em destender o setting, fazendo com que o imprevisível entre em cena, mas o imprevisível é incontrolável! A autora conta as andanças pela cidade, na busca da restituição de sentidos junto com Laís, através do uso da fotografia como pro-

pulsora de potência para ressignificar suas relações e estabelecer alguns contratos de afetos e mensagens.

O texto *O que o não-saber de Davi e Franco faz estilhaçar na cidade saturada de sentidos?*, de Raphael Vaz Rocha e Marcelo Santana Ferreira, precipita-nos a um mergulho nas indagações que surgem quando da circulação de usuários na cidade, convidando a dar o primeiro passo, assim como o fez Davi, que se autorizou a deparar-se com trilhas que não estavam nos mapas, e que, com o resto deixado pela sociedade – aquilo que muitas vezes é qualificado como lixo –, constrói arte. Tensionam o sentido que o circular pelo tecido social gera e apontam que as saídas são construídas na coletividade, mas preservando a singularidade de cada um.

Juliana Tavares Ferreira e Leo Jaime da Silva nos contam de suas andanças no território da clínica, utilizando o AT como ferramenta de trabalho, que eles qualificam como um corajoso e potente modo de conceber a loucura e o seu cuidado. No texto *Redes(cobertas)* de um certo at, articulam esta ferramenta com os conceitos da Saúde Coletiva e sabem que não vão encontrar respostas prontas, mas pistas para as suas inquietações e tensões que o cuidado em liberdade nos dispara, quando introduzem no Serviço Residencial Terapêutico o “modo AT de estar.”

No texto *A cidade como possibilidade de vida para usuários egressos de longa permanência de um hospital psiquiátrico localizado no Brasil*, de Eufrazia dos Santos Diogo Dahlstrom, Daniela Conceição Faiet, Rafael Wolski de Oliveira e Simone Chandler Fric-hembruder, somos convidados a um retorno ao contexto histórico que levou à fundação do SRT Morada São Pedro, trazendo fragmentos que vão moldando o mosaico da reforma psiquiátrica gaúcha, em especial ao processo de formulação deste SRT, que surge para atender a demanda de desinstitucionalização do maior hospício gaúcho o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Livia Zanchet, Analice de Lima Palombini e Vera Lúcia Sobral Resende, no texto *Falam os vizinhos – Concepções sobre a loucura nos arredores do HPSP e dos SRT Morada São Pedro*, apresentam-nos a reforma psiquiátrica como um processo social complexo, que se configura na e pela articulação de quatro dimensões, das

quais elas vão aprofundar a análise da dimensão sociocultural, a partir da análise da narrativa dos vizinhos sobre o Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro e seus moradores.

No texto *Trabalhadoras/es de Saúde Pública e Residentes Multiprofissionais: o Acompanhamento Terapêutico na Direção da Desinstitucionalização*, Rafael Wolski de Oliveira, Daniele Fraga Dalmaso e Stelamaris Glück Tinoco, a partir da questão “O que pode o AT?”, nos contam a experiência da entrada de novos trabalhadores e da turma da Residência Multiprofissional no processo da desinstitucionalização, através da entrada dos residentes em campo, atuando nas unidades de longa permanência na perspectiva de acompanhamento terapêutico. É também a história do desejo de sustentar a saída de alguns moradores que queriam muito morar fora e as resistências enfrentadas no percurso.

Em *A clínica do Acompanhamento Terapêutico no contexto da desinstitucionalização: desacomodando as práticas*, Luiza Figueiró Petry, Fabiana Minussi Lopes e Leonardo de Santi Helena Cunha nos apresentam um percurso histórico da assistência em saúde mental até chegar à possibilidade da reforma psiquiátrica. Assim como o texto anterior, contam como, através da Residência Multiprofissional, passam a utilizar a ferramenta do AT e constituem como tarefa essencial do residente atualizar o Plano Terapêutico Singular (PTS), percebendo que tal trabalho pode flutuar entre dias de extrema aventura a dias para apreciar o silêncio sentados na frente da casa esperando o tempo passar.

No texto *O dispositivo do acompanhamento terapêutico no contexto da medida de segurança: quando a chave da saída está do lado do sujeito*, de Rafaela Schneider Brasil, somos transportados ao contexto do manicômio judiciário, envoltos na bruma científica dos saberes médicos e jurídicos. Em meio a esta bruma, eis que a autora introduz uma outra chave, a psicanálise, e, através da mesma, indaga a agressividade e o crime a partir de uma outra ótica. Ela também utiliza a ferramenta do AT para produzir o que nomeia como “furinho que se produz desde dentro da masmorra”, como no lindo caso relatado de Lucimar, que descobre que carrega um presente: “Eu tenho mar! Eu sou mar!?”

O belo texto *Atos em trapos de um acompanhamento em estado de performance*, de Maria Albers, Márcio Mariath Belloc e Ana Lúcia Marsillac, fecha este livro dentro de uma perspectiva que nos é muito cara na saúde mental e na vida: a arte! Eles também partem do contexto da Residência Multiprofissional e da utilização do acompanhamento terapêutico como ferramenta para a desinstitucionalização, tensionando as fronteiras entre terapêutico e político, entre clínica e criação de cidadania. O fazem através de uma performance desenhada, a partir do encontro da residente artista e o usuário, registrado no diário de campo e investigado na prática e na teoria pela artista. A discursiva construída nos embala na leveza dos códigos próprios criados por esta dupla para estabelecer este acontecer.

Esperamos que este livro aconteça para todos os leitores. Boa leitura, bons acontecimentos!!! Ele pode ser lido de cabo a rabo, ou mesmo de forma aleatória, pois cada texto encerra em si uma história. Assim como as ruas de uma cidade nas quais podemos passear, nos perder e nos achar.

A ética da diferença ou simplesmente algumas histórias antimanicomiais

*Cristiane Knijnik
Beatriz Adura*

Os fatos maiores ou menores do dia a dia se transmitem por heterogêneas formas de narrar, traduções ausentes de qualquer repouso ou segurança.

Luis Antonio Baptista

Amor e futebol

No número 700 da Rua Itapeva avistou uma casa grande. Era uma arquitetura antiga típica da região da Paulista, que se contrapõe e convive com prédios modernos, requintados, cheios de vidros espelhados e que invadem aquela avenida.

O papel no seu bolso da calça não deixava dúvida:

14:00 – CAPS ITAPEVA

RUA ITAPEVA 700.

Uma casa? Pensava ela. Como já estava lá, seguiu em frente, achando tudo muito bonito. Ainda da porta avistou bancos debaixo de algumas árvores, onde pessoas estavam sentadas, tomando sol e conversando. A porta estava aberta, e ela logo entrou. Não demorou a ser interrompida em sua contemplação. “Você é a menina que veio me conhecer?” Perguntou um jovem que parecia saber quem ela era.

Sem tempo para a resposta, ele carregou a estudante para a sala de entrada. Novamente ela teve a sensação de que estava no lugar errado, pois a casa de fato era linda e em nada tocava seu imaginário sobre um hospital psiquiátrico. Parecia que o jovem estava disposto a ajudar a estudante, e com ela percorreu quase todo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ela foi apresentada às salas de oficina, depois conheceu o povo do jornal, do xerox, da

associação Franco Basaglia, passou pela cozinha, comeram juntos uma paçoca e sentaram-se nos banquinhos do lado de fora.

Claro que o rapaz não se contentou e foi chamar a psicóloga que, segundo ele, estava demorando. Na verdade, ela é que faria a visita ao serviço. A psicóloga chegou e falou um pouco sobre o lugar: tratava-se de um equipamento da rede de serviços substitutivos, que tem como objetivo substituir a lógica manicomial. Atenta, a estudante escutava a psicóloga contar que não era só de CAPS que se formava a rede, mas muitos outros serviços faziam parte do projeto político que visa ao fim dos manicômios. Ficou sabendo que tramitava no Congresso Nacional um Projeto de Lei que propunha o fim progressivo dos manicômios.

No meio de tanta informação, a estudante foi convidada pelos anfitriões a participar da assembleia do serviço. O jovem que a recebeu fez questão de que a estudante participasse daquele momento, uma ocasião onde todos poderiam falar sobre o que tinham vontade e, para isso, elegeriam pontos de pauta que norteariam a discussão. A assembleia era um momento importante de troca entre todos os participantes; a psicóloga dizia que não era um espaço restrito a usuários, muito pelo contrário, todos eram convocados a participar.

A pauta da assembleia era futebol. Um usuário do serviço reclamava, dizendo que não jogaria mais porque as mulheres estavam indo ao treino, e “mulher não joga bola”. Uma mulher levantou e berrou com ele, reivindicando seu direito de jogar bola. Ainda era o início da reunião, e o clima já estava quente! A estudante achava tudo muito engraçado. A amiga da moça que berrava pediu calma. A profissional, que acompanhava a estudante, perguntou para o rapaz por que ele não queria que as mulheres jogassem bola. A estudante, que apenas assistia à assembleia, achando graça de tudo, foi questionada pelo usuário sobre sua opinião a respeito das mulheres jogarem bola. Assustada, pois havia sido novamente retirada de seu lugar de espectadora, não hesitou em dizer que achava certo que mulher jogasse bola. Como estava se sentindo em casa, ainda propôs um time só de meninas. A polêmica continuou.

O usuário contrário à participação das meninas não se conformava que as pessoas não aceitassem seus argumentos; as meninas, por sua vez, em especial aquela que não parava de berrar, não entendiam como um assunto tão bobo fora aceito como pauta de uma assembleia. Nossa, como discutiam! Ao longo do debate foi ficando claro que o problema do rapaz era que ele não gostava de como uma das moças se dirigia a ele. Segundo ele, “ela ficava querendo namorar, e ele não”. Era exatamente a garota que mais replicava.

No final, pouco foi encaminhado sobre o futebol. Entre conversas, gritos, ofensas, amores e futebol, a moça que paquerava o rapaz concordou em procurar outras formas de mostrar o quanto gostava dele e queria sua atenção. A estudante, que assistia a tudo como se fosse ficção, foi convidada por um usuário a participar da discussão e deu-se conta, naquele momento, que seria difícil prosseguir em seus caminhos como mera observadora.

A estudante tinha sido lançada no território antimanicomial, logo não podia mais encarar a diferença como objeto para ser enquadrado, contemplado e estudado. A diferença vai desalojando-se de um sujeito sendo tomada como condição para as relações e não mais um objeto passível de aceitação ou de tolerância. Sendo assim, a atitude da estudante precisava deslocar-se da conhecida contemplação que observa sem misturar-se, para disponibilizar-se às inquietações, desestabilizações, estranhamentos que o desconhecido convoca.

Nos territórios antimanicomiais, sustenta-se a diferença onde ela se encontra em puro movimento, não sendo passível de compreensões paralisantes. Diferença é intensidade e, nas palavras de Basaglia: “Isso significa a possibilidade de abrir novos canais de comunicação, de subverter o velho contágio do manicômio, difundindo desta vez, um germe ainda parcialmente estranho aos antídotos existentes” (Basaglia, 2005, p.255).

Com o exemplo da assembleia, a estudante percebeu que o convívio entre as pessoas não precisava ser livre de brigas e conflitos. Muito pelo contrário, parecia que apostar naquele conflito, escancarando suas tensões, era o que legitimava aquela experiência.

Tocando histórias

Rosa queria comprar um rádio de pilhas. Fomos ao centro da cidade, onde fica o camelódromo. Rosa passeava pelas bancas que vendiam roupas, cds, meias e conversava com os vendedores. Interessava-se pela grande variedade de produtos e de histórias que ao longo do passeio eram disparadas com suas perguntas sobre a vida dos camelôs. Do casamento à traição, da moradia aos programas noturnos, Rosa, com suas perguntas “picantes”, provoca risos na cidade. Seu corpo se fazia rádio, por onde passavam histórias ordinárias sem nenhum glamour.

Nessa cena, um muro invisível, funcionando como o de tijolos, aparece. Ali onde eu só via como objetivo comprar o rádio, ela me mostra que há a experiência de trocar histórias com as pessoas e como isso era importante. Nessa experiência urbana, cidade não é um lugar funcional, um obstáculo a ser vencido (congestionamentos, violência) para chegarmos até o trabalho, à casa ou ao rádio de pilhas. O camelódromo apresenta-se como o mercado da cidade de Eufêmia, contado por Marco Polo nas Cidades Invisíveis de Ítalo Calvino:

Não é apenas para comprar e vender que se vem a Eufêmia, mas também porque à noite, ao redor das fogueiras em torno do mercado, sentados em sacos ou em barris ou deitados em montes de tapetes, para cada palavra que se diz – como ‘lobo’, ‘irmã’, ‘tesouro escondido’, ‘batalha’, ‘sarna’, ‘amantes’- os outros contam uma história de lobos, de irmãs, de tesouros, de sarna, de amantes, de batalhas. E sabem que na longa viagem de retorno, quando para permanecerem acordados bambaleando no camelo ou no junco, puserem-se a pensar nas próprias recordações, o lobo terá se transformado num outro lobo, a irmã numa irmã diferente, a batalha em outras batalhas, ao retornar de Eufêmia, a cidade em que se troca de memória em todos os solstícios e equinócios. (Calvino, 2005, p.38)

O trabalho com o processo de Reforma em Saúde Mental ganhava outra dimensão. A inclusão social, pensada como possibilidade de vida fora dos muros hospitalares para os pacientes, mostrava sua força interrogando a vida do lado de fora. Aos poucos via minha prática como acompanhante terapêutica e meu “estar cotidiano na cidade” acompanhados de questões. Dualidades como acompanhante e acompanhado, dentro e fora iam desfazendo-se. Deixava-me acompanhar pelo esquecimento de um objetivo a priori (rádio de pilhas) e lançava-me com Rosa a experimentar aquele inesperado trajeto entre histórias de camelôs. Descolar-se da função reservada para aquele dia nos fez deslizar de nossas histórias, de nossos contornos. Louca, paciente, psicóloga, perdiam sentido no “bate papo” maluco e divertido do cotidiano inventado na leveza da tarde. Verdades eram subtraídas de seus pesos mortos. Rosa não falou dos anos vividos no Hospital, como costumava fazer nas conversas que travava. Contou de sua filha, que, naquele dia, ganhou uma história, nascida na escuta de um vendedor.

Perdemo-nos na cidade. Perdas do rádio de pilhas, da cidade como dispositivo pedagógico para ensinar loucos a pegar ônibus (o que é importante, porém chamamos atenção para o trabalho que se reduz a isso como tarefa burocrática a serviço da adaptação), de nossas identidades qualificadas, louca - não louca. Práticas ortopédicas, muitas vezes operadas pelos profissionais da saúde, coladas em rádios de pilha, perdem a preciosa oportunidade de salvar a vida urbana com o dedo, um bom “dedo-de-prosa”. Perder-se na cidade era especialmente perder-se de um modo de pensar e de estar na cidade.

O muro de uma clausura cotidiana de quem vive a céu aberto era derrubado. Nesse dia, percebi que a saída daquelas pessoas do Hospital não alterava apenas a vida delas: um modo de estar na cidade, de intervir e atuar como psicóloga também era interrogado. A leveza da tarde apontou outra dimensão da chamada inclusão social. No lugar de adequar a estranheza à normalidade vigente para incluí-la, colocar em análise essa normalidade e os muros que ela ergue cotidianamente. Muros invisíveis e já naturalizados, que nos apartam da cidade, enclausurando a vida, não no Hospital, mas em

um mundinho solitário e individualizado. Por isso dizemos que os muros não marcam apenas territórios geográficos, eles desenham uma geografia identitária ao pensamento, às práticas profissionais e aos modos de estar na cidade.

Do bairro de Limne. Da tranca moral.

Olha lá a procissão! Eram pessoas fantasiadas, atores, dançavam de forma excêntrica e riam muito alto. Foi do santuário erguido à Dionísio que começaram sua andança. Era em Atenas, no bairro de Limne, que acontecia esta festa, nos conta Peter Pál Pelbart. Esses rituais dionisíacos deram origem às Anthesterias, festas brilhantes que, em forma de cortejo, tomavam diversos bairros da cidade. Além deste espetáculo embriagante, outra celebração que envolvia Dionísio era a das Bacantes: “Mulheres fiéis a Dionísio, que a cada dois anos subiam ao topo do Parnaso e se entregavam às orgias, ao êxtase dos sentidos, entusiasmos violentos, gritos selvagens e música contagiante. Das Tíades (outro nome para as Bacantes) de Delfos conta-se que saíam em corridas desenfreadas pela natureza.” (Pelbart, 1989, p.34)

O ritual da dança orgiástica podia trazer a “cura” da loucura. Não nos apressemos, pois é preciso notar que loucura e cura, na Grécia Antiga, eram experiências bastante distintas de como as concebemos agora. Temas que se assemelham a loucura, razão e delírio já eram vividos na Grécia Antiga! Com o auxílio de Pelbart, aproximaremos-nos um pouco de como os gregos concebiam esta discussão para poder lançar mão do que chamaremos de saber psiquiátrico.

Platão divide a experiência do insensato na Grécia antiga em quatro espécies, cada uma correspondente a uma divindade: a loucura profética, correspondente a Apolo; a ritual, correspondente a Dionísio; a poética, correspondente a Musa; e, por fim, a erótica, que correspondia a Afrodite. Longe de nos aventurarmos a decifrar todas essas espécies, destacamos, neste modo de pensar e experimentar a loucura, sua ligação com as divindades, tão próximas dos homens daquele contexto.

Pelbart considera que havia um parentesco entre loucura e arte divinatória “que não só não desqualificava, nem a um nem a outro, como também os valorizava mutuamente”(1989, p.26). Tomando outros rituais gregos, por exemplo, o Ritual da Pitonisa, podemos pensar sobre a questão do delírio. A Pitonisa, sacerdotisa do oráculo de Delfos, banhava-se na fonte de Castália, jejuava três dias e mascava folhas de louro. Feito isso, sentava-se sobre uma cadeira de três pés, na qual, já plena de Deus, fazia-se representante deste. Mais do que representar, ela era Deus. Assim, de forma nem sempre linear e frequentemente confusa, Pitonisa revela o futuro aos homens.

No delírio grego vê-se sabedoria e verdade. O discurso delirante não era contraditório ao discurso normal, mas uma outra modalidade de discurso, e “a palavra tortuosa do delírio oracular não só não se opunha à verdade, como também continha um saber” (idem, p.27). Encontramos na Grécia Clássica um saber desarrazoado, que, no entanto, não se opunha ao saber razoável; a loucura habitava o mundo dos homens, e havia um trânsito entre mundos distintos. Razão e desrazão se entrelaçavam e não se excluíam.

Daremos um salto histórico (devido ao contexto desta escrita) para aterrissar em um dispositivo construído no século XVII. Em “História da Loucura”, Foucault, assim como Pelbart através dos rituais gregos, mostra-nos que a loucura, tal qual a concebemos e experienciamos hoje, uma doença mental, tem história. Ou seja, em outros momentos, em outros lugares, a loucura não encontrava na doença mental um correspondente. Nesse gesto desnaturalizador da experiência da loucura como doença, Foucault nos faz ver uma rede de teorias e práticas compondo nossa já tão naturalizada maneira de pensar e viver a loucura. Não foi sempre assim!

Desta linda e longa narrativa, destacaremos um movimento: a grande internação ocorrida no séc XVII. Poderíamos pensá-la como uma prática que inspira uma teoria: os loucos foram segregados, e doravante uma teoria reflete essa segregação; ou desenvolve-se um pensamento, um saber sobre os loucos (a experiência da loucura é uma doença) e, por efeito, temos as práticas de internação. Embora a grande internação leve muitos para dentro dos

muros hospitalares, é necessário chamar atenção para uma sutileza que nos ajudará a pensar as relações entre loucura e ética.

Ocorre que a grande internação não acontece como efeito de um incômodo com os loucos. Com as pesquisas de Foucault, veremos dimensões econômicas, políticas, sociais e morais, que se enlaçam, compondo o que chamamos “a grande internação”. Um certo modo de conceber e valorar a vida na cidade está nascendo. A população da cidade cresce devido à saída do campo; o mundo do trabalho avança em suas transformações, que culminam na Revolução Industrial; os ociosos e desempregados aumentam. A esta população é endereçada a internação, uma vez que estava em desacordo com o ideal de ordem civil que surgia – segundo Foucault (2000), brigar com vizinho também podia levar à internação, 1 em cada 100 habitantes de Paris passaram pelo internamento nesta época. O controle exercido pela internação não visava separar os loucos dos não loucos e, sim, organizar as cidades a partir de um novo ideal de vida urbano.

Os ociosos que andavam pelas ruas tinham seu modo de vida entendido através da religião – eram espíritos diferenciados, constituíam um mistério religioso. Junto às transformações que estão ocorrendo lentamente – mudança no mundo do trabalho (da manufatura à indústria), aumento da população das cidades –, vai nascendo também uma sensibilidade distinta frente à miséria e ao desemprego. Ociosos não terão mais seu modo de viver explicado por uma moral religiosa; antes serão julgados por uma moral para a qual quem não trabalha corrompe o bom funcionamento da cidade e deve ser punido. Trabalhar passa a ser uma obrigação civil. É esta nova sensibilidade que caminha de mãos dadas com a prática do internamento. Será a sensibilidade moral sobrepondo-se à religiosa que opera na grande internação; e não a possibilidade de uma cura, como gostamos de supor.

O caldeirão de práticas, saberes, sensibilidades que fervia, produzindo a grande internação, não se organizava na dobradinha doença mental/exclusão social, mas sim entre ociosidade e detenção. É necessário uma condensação, um encontro eficaz entre o saber médico e a prática da internação para que surja essa nova

figura: a experiência da loucura enquanto doença, que imediatamente modifica o saber médico (o qual passa a ser o responsável pela loucura, seu estudo e cura), as práticas de internação (doravante os loucos serão separados dos outros internos) e a própria experiência da loucura (que passa a ser desenhada como doença). Esse será outro movimento, realizado ao longo de dois séculos.

A psiquiatria como saber médico surge da aposta em uma explicação científica para a loucura. No período pós-Revolução Francesa, Pinel apresenta sua teoria, autorizando e justificando a permanência dos loucos já trancados nos hospitais. Não mais aleatoriamente, mas devidamente classificados, de acordo com o saber normativo, positivista e racionalista.

Foi como poder racionalista que a razão ganhou um status de saber e soberania sobre outras formas de organização existencial. Loucura e razão foram colocadas no mesmo corpo, sendo uma a contradição da outra. Naquele contexto, e sob o rígido sistema científico, formulam-se outras idéias de sanidade e loucura. Sob a ótica psiquiátrica, os dois conceitos convivem num mesmo corpo e dizem respeito a um funcionamento único. O único é uma totalidade sistematizada chamada de consciência. Pelbart atribui ao encontro da medicina de Pinel com a filosofia de Hegel o momento da formulação deste novo louco. “O sujeito são é reflexivo, diz Hegel, tem presente a consciência da totalidade ordenada do seu mundo individual, em cujo sistema subsume todo particular conteúdo que lhe venha a sensação, representação, apetite, tendência, etc., e o coloca no posto que lhe cabe racionalmente: é o gênio que domina estas particularidades” (idem, p.47).

O controle sobre o gênio, o espírito e a mente caracteriza o homem são. Quando a consciência é abalada, perdendo sua capacidade de controle, a loucura aparece: “[a loucura] será sempre a sublevação de alguma determinação já existente no interior da totalidade da consciência, que ganha autonomia e se livra desse todo organizado ao qual pertence por origem” (idem, p.47).

Afirmava-se a loucura como desorganização do gênio saudável. Nesta desorganização, a loucura se distancia da realidade e se aproxima do imaginário. A fala mais uma vez aparece para atestar o nível do

delírio, da distância do real. Quanto maior a loucura, conflito com a razão, maior é a insensatez no discurso. A fala do louco é uma fala desajustada, sem razão, cabendo à medicina – mais precisamente à psiquiatria – ajustar essa linguagem.

Note-se que, nesta perspectiva, a loucura se localiza no interior da razão, dentro do sujeito humano. Esse deslocamento para o interior do homem possibilitará que, neste momento, a loucura comece a ser uma experiência destinada à psiquiatria ou a uma ciência mental. A loucura será então apropriada e controlada pelo saber científico. As ciências da mente atestam o lugar da loucura como doença da mente. Ironicamente, ao transpor a loucura para um lugar interno à razão, a psiquiatria aproxima dos homens este fenômeno. Isto é, se na experiência grega a loucura era uma manifestação ritualística e divinatória, agora a loucura é condição humana: “O paradoxo é que no primeiro caso, quanto mais próximo, mais distante, e portanto mais “comunicável”, ao passo que, no segundo, quanto mais distante mais próximo e incomunicável. Do estranho passou-se ao familiar, mas não nos iludamos: o Familiar não gerou diálogo, porém dominação.” (idem, p.55).

Seria essa massa racional a base de cimento sobre a qual se ergueram os muros manicomiais? Como vimos, o espaço asilar era o lugar legítimo para que a loucura aparecesse. A loucura trancada na mente e o louco trancado no asilo foram as bases para a instituição do tratamento moral como único modo de lidar com o insensato desde o século XIX: silêncio institucional, julgamento perpétuo, ridicularização da loucura e autoridade do médico foram as técnicas adotadas para melhor condução do tratamento.

Neste modo de produzir saúde, a razão passa a ser o único saber possível, e o modo racional, o legítimo. Tudo o que contraria suas regras é passível de intervenção normativa e encerramento asilar. Resta ao louco encerrar-se nas próprias regras estabelecidas institucionalmente, chegando a identificar-se com elas. Assim, assistimos ao processo de “objetivação do Homem como síndrome” (BASAGLIA, 2005).

Na condição de objeto, toda ação do corpo irracional será tida como desprovida de verdade e passível de assistência. Os con-

flitos são enclausurados em doença, e todo e qualquer gesto para livrar-se do “corpo coisificado” será entendido como parte constituinte da personalidade patológica. Assim, ao “corpo coisificado” está reservado um único lugar para sua expressão. Falar, dançar, sorrir, caminhar, serão sempre sinais de sua doença.

“Despojado de qualquer elemento pessoal, dominado pelos outros, presa de seus próprios medos, o doente devia ser isolado num mundo fechado, onde mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal sua loucura já não tivesse força”. (BASAGLIA, 2005, p.27) “Homem petrificado” é a nomenclatura encontrada nos textos de Basaglia para situar este corpo cuja loucura já não tem mais força. Pergunta-se: como pode um corpo petrificado reivindicar seu amor? No contexto manicomial, todo movimento da pessoa assistida é conduzido à condição petrificada. Não haveria amor, pois dentro dos muros tudo vira pedra. No corpo petrificado, o amor seria tomado unicamente como expressão de um sofrimento ou silenciado por uma definição precisa de como deveria se expressar. Pode ainda uma cidade salvar-se da petrificação através da experiência da loucura?

Daquilo que se afeta

De todas essas histórias narradas, em tempos bastante distintos, podemos tirar algumas consequências para pensar e lançar questões relativas a ética e loucura. A estudante queria conhecer as respostas sobre a loucura, mas altera suas perguntas. A assembleia deveria responder sobre o futebol, mas a paquera entra em jogo. Com Rosa, a acompanhante deveria comprar um rádio de pilha, mas aprendeu sobre a cidade. De um lado, vidas que se embaralham num jeito de fazer viver a saúde mental, a cidade, o amor; de outro, um modo de contar essas histórias fazendo viver outros sentidos para a loucura, para as práticas dos profissionais da saúde e, por fim, para nossos modos de existir.

Destacamos aqui nossa aposta em narrar experiências, detalhes de nossas práticas apontando para a dimensão ética do trabalho em saúde mental, não como benfeitorias dedicadas aos

pobres doentes mentais e, sim, como atitude crítica de nossos próprios fazeres. É preciso compartilhar histórias que possam nos arrancar de posições niilistas ou românticas. No lugar de modelos de intervenção e assistência a serem seguidos ou palavras de ordem já sabidas, atentar para os rádios de pilha, o futebol, as sensibilidades soterradas pela naturalização da doença. Como nos diz João Moreira Salles, em Santiago: “ele foi salvo por coisas gratuitas, prosaicas, dignas daqueles que como ele acreditam que as coisas não fazem mesmo muito sentido.”

Para aqueles que insistem em restringir as questões éticas de nossa relação com a loucura em discussões acerca dos serviços de saúde e seus racionais financiamentos ou desenvolvimento de medicamentos mais eficazes, lembramos que o triunfo da racionalidade e da sensibilidade moral atinge e modifica modos de viver, controlando não apenas indivíduos qualificados como loucos. Se tais questões são importantes, elas não podem ser respondidas sem atenção direcionada às nossas práticas, que cotidianamente encarnam a patologização da loucura, o controle a céu aberto e a moralização das experiências. Já aprendemos com Foucault que o exercício de poder é microfísico, é eficaz mais em nossos gestos que em nossas leis. Pelbart nos ensinou que o manicômio não se localiza dentro dos muros, sendo praticado em nossas relações, em qualquer tempo ou lugar. Nesta luta micropolítica, apostamos na contaminação. Contaminar o mundo com histórias que carregam em seus enredos a desnaturalização de visadas dualistas, abrindo a escuta para a necessidade de um posicionamento ético no lugar de decisões morais.

Um posicionamento ético antimanicomial exige uma qualidade de atenção crítica às nossas práticas cotidianas, aos nossos gestos e discursos. Algumas questões parecem se atualizar nas políticas higienistas de alguns modos de governar, expressos no Rio de Janeiro, por exemplo, pelo choque de ordem. Retomamos aqui o perigo de políticas que primam pela paz, uma vez que compreendemos território antimanicomial como lugar privilegiado de tensões e embates.

Contar a história como antídoto à dicotomia moral do bem e do mal. Entender que a grande internação, assim como a produção da loucura como doença não são atitudes localizadas em um tempo e espaço. Pensemos tais período não como momento sombrios, de épocas distantes, ou de quando a psiquiatria era malvada, mas acima de tudo como momentos férteis de idéias e debates que apresentavam, no caso da loucura como doença, por exemplo, uma modalidade de cuidado moral que continua a ecoar por diversas práticas reformadas.

Referências

- Baptista LA. O veludo, o vidro e o plástico: Desigualdade e diversidade na metrópole. Rio de Janeiro: EdUFF. 2009.
- Basaglia F. Escritos Seleccionados. Rio de Janeiro: Garamond. 2005. Tradução Joana Angélica D'Ávila Melo.
- Calvino I. As cidades invisíveis. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras. 2005. Tradução Diogo Mainardi.
- Foucault M. História da Loucura. 6ª edição. São Paulo: Perspectiva. 2000. Tradução José Teixeira Coelho.
- Pelbart PP. Da clausura do Fora ao Fora da clausura: loucura e desrazão. 2ª edição. São Paulo: Iluminuras. 2009.

A cidade como possibilidade de vida para usuários egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico

Eufrazia dos Santos Diogo Dahlstrom

Daniela Conceição Faiet

Simone Chandler Frichembruder

Introdução

A partir da experiência de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que propõe a substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços substitutivos, abre-se um vasto cenário para desconstruir práticas de confinamento de um modelo hospitalocêntrico. Nesse contexto histórico insere-se o Residencial Terapêutico Morada São Pedro, localizado na cidade de Porto Alegre, no sul do Brasil. Os Residenciais Terapêuticos são casas criadas na comunidade para receber egressos de longa permanência em instituições psiquiátricas.

Utilizando-se da metodologia do relato de experiência, este estudo tem como objetivo promover a discussão sobre a possibilidade de inclusão de pessoas com longo período de institucionalização em hospitais psiquiátricos nos espaços da cidade.

Movimentos inspiradores e a constituição da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

Os primeiros movimentos de crítica aos hospitais psiquiátricos deram-se, segundo Manuel Desviat (1999, p.23), após a Segunda Guerra Mundial, imbuídos pela sensibilidade com as diferenças e minorias em tempos de necessidade de reconstrução social.

Inicia-se nos Estados Unidos e Inglaterra o movimento de desospitalização, no qual se privilegiou a criação de serviços de pequena dimensão na comunidade, tendo o caráter de mera transferência de usuários com objetivo de racionalização de recursos. Ao avaliar a experiência americana, Desviat (ibidem, p.24) aponta suas características selvagens, uma vez que os pacientes crônicos exter-

nos vinham aumentar o já elevado número de pobres abandonados à própria sorte.

De forma diferente, a experiência italiana buscou novos modos de entender e tratar a loucura. A Lei nº180/1978, que teve importante função na Reforma Psiquiátrica no mundo, estabelece que os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalhar em estreito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo (ibidem, p.45). Assim, a responsabilidade pelo cuidado e tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico passou a se dar na cidade, no caso Trieste, abolindo a condição de abandono fomentado pelas experiências de desospitalização mencionadas anteriormente.

A desinstitucionalização, segundo o modelo italiano, além de propor a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tem como seus elementos centrais a desconstrução do saber médico e a articulação de diferentes saberes em relação à loucura. Inevitavelmente, esse processo colocou em suspenso os campos de conhecimento e os setores da sociedade que legitimavam (e legitimam) as práticas ligadas ao pensamento da medicina. Barros (1994, p.84), ao retratar o processo de desconstrução do manicômio de Trieste, aponta que, na experiência italiana, “a supressão do manicômio em prática gerava tensões de toda ordem entre os diversos grupos e posições.”

Na década de setenta, inicia-se, no Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica, impulsionado por uma gama de questionamentos em relação à situação de descaso e de abandono das pessoas moradoras nos manicômios, as quais viviam (vivem) em condições sub-humanas. Esse movimento inseriu-se em um momento político importante de contestação do regime militar e de luta pela redemocratização do país.

No Rio Grande do Sul, a experiência gaúcha de Reforma Psiquiátrica também se desenvolveu num cenário de embates e reivindicações sociais. No mesmo período, importantes movimentos no campo da saúde pública aconteciam no país. O movimento da Reforma Sanitária, que constrói a possibilidade de criação do

Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e aprova a Lei Federal 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica de Saúde, fruto de um longo processo de debates e lutas sociais. Tanto o texto constitucional quanto a Lei Orgânica apontam a descentralização da assistência como um dos princípios do SUS. Tal princípio, por exemplo, abre a possibilidade de um caminho similar no campo da saúde mental que, desde a década de setenta, buscava alternativas possíveis para a ruptura do modelo hospitalocêntrico de atenção.

Nesse momento histórico, como consequência também de um longo processo de lutas sociais, foi aprovada no Rio Grande do Sul, de forma pioneira no país, a Lei 9.716/1992 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado. Em seu artigo 2º, propõe:

a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico [...] por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (Lei Estadual 9.716/1992)

Para esse processo, mudanças no maior hospital psiquiátrico público do Rio Grande do Sul foram consideradas como a principal estratégia. Assim, no ano de 1993, foi aprovado pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde o Projeto São Pedro Cidadão, assumido como projeto prioritário na gestão 1999-2002 do governo Estadual.

Tal projeto propõe a desconstrução do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), através de políticas intersetoriais que buscam a inclusão na sociedade do portador de sofrimento psíquico, a partir da integração de áreas como educação, saúde, habitação, cultura e lazer, articuladas com diferentes setores da sociedade.

No ano de 2002 é implantado o Projeto Morada São Pedro, onde atualmente vivem 43 usuários egressos de internações de longa permanência. Conforme a Portaria GM/MS nº. 106/2000, em seu Artigo 1º, os Serviços Residenciais Terapêuticos são:

moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000)

Os pressupostos do trabalho

O cuidado no território:

A atual política de Saúde Mental nacional propõe a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitem a atenção aos usuários no seu território. Neste sentido, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência requer ações que permitem a reabilitação psicossocial por meio da inserção no trabalho, da cultura e do lazer.

Entendendo a rede para além dos dispositivos formais de saúde, o cuidado passa pela inserção nas redes tecidas pela cidade, seja em espaços culturais (festas promovidas na cidade, sessão de cinema etc.), seja na mediação das relações em espaços do vizinhar, do comércio, da beleza e de acesso aos direitos do usuário.

Diante desses novos contornos, no mundo contemporâneo o modelo asilar pautado na tutela vai se destituindo e ocorrendo um desmonte das práticas psiquiatrizantes. Nesse cenário, os ex-internos moradores do residencial participam do processo de resgate de suas vidas que por ora lhe foram negadas e aos poucos em suas histórias vislumbram circulações, articulam-se em redes sociais. Percebem a cidade com papel importante a desempenhar junto a eles, auxiliados no processo de produção de sentidos e de libertação de assujeitamento, a partir da função cidade, espaço em que a vida acontece. Desta forma, o morador pode traçar os percursos,

construindo um novo jeito de experimentar a vida com autonomia e dignidade. A mudança do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais não é somente imaginável e viável; de fato, é legítima e acontece.

O Benefício como dispositivo de autonomia:

Contribuindo e efetivando o processo de inclusão social dos usuários do Morada São Pedro, os moradores recebem o benefício denominado Programa de Volta Para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708/2003. Desta forma, podem exercer sua cidadania e autonomia, ir ao supermercado comprar o que gostam de comer, participar de teatro, jogos de futebol, praia e cinema. Segundo Amarante (1995), ainda não é permitido ao louco viver a sua loucura, mas é preciso garantir sua cidadania, o direito de ser cuidado, permitir que ele seja um “sujeito de desejos e projetos”. No residencial os moradores têm a possibilidade de experimento das vivências com o mundo lá fora, pedir auxílio para um vizinho, convidar para participar de seu aniversário, casar, fazer projetos futuros e construir sua individualidade. Assim, o morar fora, ou seja, extramuros, implica no seu reconhecimento como pessoa, tecido nas tramas e redes da cidade.

A inserção na comunidade:

As vivências que aqui apresentamos fazem parte do projeto Oficinas da Vila São Pedro, realizado no Morada São Pedro, juntamente com a comunidade e os moradores, que, em caráter indisciplinar, participam das ações e auxiliam na execução das mesmas. A partir das demandas oriundas dos moradores e da comunidade, surge a possibilidade de ampliar ações para inserção no mercado de trabalho, geração de renda, promoção da cidadania, qualificação profissional do coletivo, reconstrução da identidade pessoal da comunidade e da qualidade de vida destes. Neste cenário, primeiramente foi redefinido o espaço reservado, segundo seus próprios interesses e necessidades, criando diferentes modos de aproximação entre moradores do residencial e comunidade. Dentro deste contexto, foram introduzidas práticas artesanais, tais como: mosaico, utilizando pedaços de cerâmicas e azulejos; patchwork, corte e montagem de pedaços de tecidos emendados, costurados e bor-

dados; crochê; fuxico, reaproveitamento do tecido para criar e customizar roupas, assessorios e objetos; jardinagem; confecções de flores em E.V.A. (etil vinil acetato); bolachas caseiras. Neste ensaio, o processo de reconstrução passa a ampliar o espaço, reforça o sentimento de pertencimento psicossocial, de um “nós” cujos experimentos podem ser vividos e transmitidos, como um mosaico: não há uma peça certa para estrear no desenho, temos que redefinir mesmo, modificando-se ao longo da construção. Assim, o residencial se apresenta viabilizando infinitas possibilidades, traçando caminhos, para que, a partir dele, possamos ajustar mais ou menos outros elementos que importam no momento e outros mais que aparecem ao longo do tempo. Além disso, permite ao grupo viver coletivamente o mundo do trabalho, da cultura e dos símbolos.

Conclusão

Ao longo desses 12 anos, muitos desafios se pautaram nos cuidados dessas pessoas nos espaços da cidade. A necessidade de acompanhamento diferenciado, respeitando as condições de autonomia dos sujeitos, bem como a importância de estarmos atentos ao discurso dos usuários protagonizando suas falas e desejo torna-se indispensável na condução deste trabalho.

Neste momento, existe um movimento de alguns usuários de buscar espaços de moradia na cidade, fora da rede de serviços residenciais terapêuticos, visando uma maior autonomia de suas vidas.

Salientamos que o trabalho com estas pessoas em processo de reabilitação, além dos desafios do cuidado nesta nova modalidade de atenção, tem sido de extrema satisfação pelos resultados alcançados neste período.

Referências

Amarante P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995; 11(3):491-4.

Barros DD. Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº.106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000.

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 10.708 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003

Desviat MA. Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Analice de Lima Palombini

Juliana Cordeiro Krug

Rafael Wolski de Oliveira

Nos últimos anos, no Brasil, a perspectiva da atenção psicossocial no cuidado à saúde mental tem mobilizado a transformação dos modos de fazer a clínica. Concebe-se a clínica, hoje, nessa perspectiva, como uma operação em rede, na qual o singular de um caso é acompanhado por equipe multiprofissional, voltada ao trabalho interdisciplinar que se trama em meio a parcerias interinstitucionais e intersetoriais, bem como a relações com diferentes atores sociais: não só as equipes de setores diversos, mas também o dirigente da associação de moradores, o dono do armazém, o vizinho da esquina etc. Essa transformação é pautada pelos seguintes balizadores da clínica: o cuidado em liberdade nas situações de grave sofrimento psíquico, o que implica acompanhar a loucura nos territórios de vida; uma aposta compartilhada entre vários, que caracteriza o trabalho em equipe e em rede; a desconstrução de saberes-fazeres instituídos e sua reinvenção no singular-plural de cada caso; o protagonismo dos usuários, referido a uma experiência de cidadania que não é mais universal e abstrata, mas imanente às singularidades em jogo.

Na aposta de que as experiências de desinstitucionalização da loucura a que a política de saúde mental tem dado curso constituem momento princeps para colocar à prova a efetividade dessas transformações, trazemos à discussão duas produções de vídeo realizadas a propósito de um mesmo morador de um residencial terapêutico. Esse morador, advindo de longos anos de internação psiquiátrica em regime de confinamento, contra todos os prognósticos que o sentenciavam a uma morte em vida, pôde estabelecer uma relação peculiar com os habitantes da cidade onde se situa o residencial, ao ponto de ganhar estatuto de figura pública e benquista daquele lugar. Em contrapartida, junto à rede de serviços,

não consegue desvencilhar-se do estigma de louco, pelo qual lhe é dificultado o acesso a cuidados básicos de saúde. Acreditamos que a experiência dessas filmagens, com foco nas redes que se fazem ou não, tem o que nos ensinar.

Modos de habitar

Em meados de 2008, surgiu a idéia de produzir um documentário sobre o município de Viamão, na região metropolitana de Porto Alegre, enfatizando as relações dos moradores e trabalhadores do centro da cidade com Abel, um morador do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Morada Viamão, ex-morador de Hospital Psiquiátrico. Nas andanças pelo centro da cidade, acompanhando Abel, ou mesmo sozinho, conversando com as pessoas sobre ele, percebia-se um imaginário rico em histórias sobre sua pessoa. Em um site de relacionamento, mitos e fatos a seu respeito recheavam as páginas, depoimentos e listas de discussão. Andarilho, louco, abandonado, incompreendido, morador de rua, profeta, violento, carinhoso, “gente boa”, entre tantos outros atributos, alguns contraditórios, eram utilizados em uma comunidade cujo título era “Eu conheço Abel”.

Assim formulamos o argumento do documentário: coletar depoimentos de pessoas da cidade com a questão Você conhece Abel? Imaginava-se que os diferentes depoimentos a respeito de uma mesma pessoa não desvelassem uma identidade acerca dela, mas, justamente, viessem complexificar a questão quanto a se conhecer alguém.

Sem um roteiro construído, sem uma pesquisa prévia para identificar possíveis depoentes ou entrevistados, somente de posse de um dispositivo, nossa equipe¹ lançou-se pelas ruas de Viamão em busca de pessoas que quisessem dar seus depoimentos sobre Abel, sobre a cidade e sobre a loucura. Obviamente tínhamos algumas pistas de lugares e pessoas onde poderíamos obter êxito em

¹Participaram da produção desse documentário Greice Andréa Barbosa Machado, Lívia Zanchet e Ricardo André Cecchin, além de mim, Rafael Wolski de Oliveira.

nossa busca: a funerária, a praça, a cafeteria, a tabacaria, o hospital, o “paradão”

Foi dessa maneira que entramos em contato com o universo de relações que Abel construiu em suas andanças e com os discursos acerca de sua pessoa. A atendente da padaria conta que ele passa lá para tomar suco, às vezes está agressivo, mas na maioria das vezes não. O aposentado na praça fala das cenas terríveis que presenciou ao visitá-lo, quando Abel ainda vivia no Hospital Psiquiátrico. O flanelinha, que trabalha em frente à Igreja e é candidato a vereador, diz que Abel é um pessoa carismática e carente, acrescentando que é preciso que alguém o adote e o leve para algum lugar. O agente da funerária nos conta que à noite, se não morre ninguém na cidade, torce para receber a visita de Abel, que é o único que aparece – pois, tendo alguém com quem conversar, seu plantão passa mais rápido. A cabelereira conta, rindo, que, quando Abel aparece no salão, entregam-lhe uma pilha de cartões de propaganda do local e pedem a ele que distribua na concorrência. Diz, ainda, que às vezes Abel perdia seu chinelo e aparecia descalço, e então o pessoal do salão fazia uma vaquinha e lhe comprava um chinelo novo. Enfim, são incontáveis situações que demonstram, entre tantas coisas, que o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico está para além dos serviços de saúde.

Rafael Wolski de Oliveira

Uma rede por vir

Acompanhante terapêutica, caminho com Abel, pelas ruas da cidade, em busca de assistência para o que ele chamava de cegueira. Abel tinha o desejo de voltar a enxergar, pois estava em um grau avançado de catarata e precisava de cuidado. A nossa caminhada, documentada no vídeo Itinerários de Abel pelo SUS, simboliza a busca por atenção integral e de qualidade na rede de saúde pública brasileira. O caminho foi longo: passamos inicialmente pela consulta na Unidade Básica de Saúde; após, Abel foi encaminhado para especialista; passamos pela marcação da consulta da rede especializada; esperamos. Enfim, a tão aguardada consulta com oftalmol-

ogista acontece, e exames específicos lhe são solicitados. Abel fez os exames, e partimos para a reconsulta. Depois dessa reconsulta, Abel foi encaminhado para oftalmologista cirurgião especialista em catarata, que deu seu veredicto: “por questões psicossociais não é possível fazer a cirurgia em Abel” – ele, o médico lavava as mãos, literalmente, enquanto dava a notícia. Tanto o ato literal de lavar as mãos, quanto a metáfora em lavar as mãos simbolizam algo maior: o preconceito, a marca, o estigma sobre a loucura. Por ser louco e vindo de uma instituição total, não valia a pena fazer a cirurgia, essa foi a mensagem passada a nós.² Outros vários exames foram solicitados, inclusive exames não disponíveis na rede municipal, que nos tomou muito tempo, fomos em busca de outras alternativas e seguimos em frente a fim de concretizar o desejo de Abel em voltar a enxergar.

A produção do vídeo Itinerários de Abel pelo SUS aconteceu em 2010, de modo despretensioso, a partir da peregrinação vivida por nós e do recorte de algumas filmagens desse percurso. A ideia foi mostrar que existe uma rede de atenção à saúde que precisa ser qualificada e, principalmente, mostrar que o estigma da loucura e o manicômio mental pode estar presente em cada um de nós e, mais forte que os muros de tijolos, podem, sim, interromper sonhos, desejos, tolher direitos, marcar, ferir ou simplesmente deixar morrer à mingua, em busca de algo que não se concretizaria.

Juliana Cordeiro Krug

O que se aprende

Do contraste dessas experiências, propomos colher algum ensinamento, possibilitando a abertura para o acolhimento da diferença por parte de uma rede já instituída de serviços de saúde, ainda arraigada a modos cronificados de cuidar.

²Sabe-se que a recuperação de uma cirurgia de catarata é bastante exigente, do ponto de vista do cuidado, o que pode ter motivado a contraindicação da cirurgia por parte do especialista. Contudo, isso não deveria eximi-lo da responsabilidade pela situação clínica de Abel, da tomada em consideração da vontade deste, da apresentação dos prós e contras, para uma decisão construída, finalmente, de forma compartilhada.

Abel, apesar do confinamento a que foi submetido por anos a fio, apesar de sua fala rudimentar, do equilíbrio precário de seu corpo, encontra, na materialidade dos panfletos de propaganda que se distribuem nas ruas, algo que orienta a circulação que vai inventando para si na cidade. É disso – que se apresenta como sua produção sintomática, esse moto contínuo de pegar panfletos e os repassar – que ele faz o seu estilo, marcando sua presença na cidade, estabelecendo laços com homens e mulheres comuns que vivem ou trabalham no centro de Viamão.

O êxito de sua inserção – ou (des)inserção, como propõe Andréa Guerra e Cláudia Generoso (2010), significando a forma singular de saber fazer com o seu sintoma que permita um certo acordo de convivência consigo mesmo e com o Outro – esse êxito, que ele obtém entre o comum dos habitantes da cidade, não se repete junto à rede de serviços de saúde, onde o estigma da loucura pesa mais do que o estilo – embora essa rede esteja referida, ou deveria estar, aos princípios do SUS de universalidade do acesso e de equidade no atendimento.

No lugar de acolhimento, o que a rede de saúde faz operar em circuito é a repetição da exclusão, lançando o usuário num movimento contínuo de passagem por esses serviços, de pouca acolhida e frágil acompanhamento, mas sobretudo sem espaço para o protagonismo.

Com relação a esses dois circuitos que Abel percorre – um que lhe insere nas relações de troca cotidianas, a partir da sua diferença; outro que o exclui, que o deixa à margem por conta dessa mesma diferença –, a equipe do Residencial Terapêutico é convocada a uma dupla função. Por um lado, trata-se de acolher e acompanhar os movimentos de Abel na cidade, suportar o risco desses movimentos, abster-se de proteção, abster-se de controle, suportar seu não-saber, seu não-poder, o fato de não ser Toda na relação com o morador. Por outro lado, é preciso percorrer com Abel o circuito dos serviços, buscando fazer, desses serviços, rede; é preciso aí, em relação a essa rede, proteger, fazer-saber, acionar mecanismos de controle, fazer ver em vez de recusar a diferença, tensionando, instigando os serviços a oferecer a Abel o cuidado que lhe é de direito.

A psicanálise pode orientar essa dupla direção de trabalho, na medida em que foca o singular de cada caso, não para ser absorvido por um universal hegemônico, homogeneizante, mas, como mostra França Neto (2010), para, em sua diferença, que se faz localmente, forçar a abertura de universais possíveis.

Analice de Lima Palombini

Referencias

França Neto O. Trabalhando na Diferença. In: Guerra, AMC; Moreira, JO (orgs.). A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social. 1ed. Curitiba: Editora CRV Ltda, 2010.

Guerra AMC, Generoso CM. A inclusão social pensada a partir da desinserção: uma contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr08-andrea-maris-campos-guerra-e-claudia-maria-generoso.pdf>. 2010. Aces-so em 10-04-2015.

Videos

Oliveira RW. Eu Conheço o Abel: disponível em <https://vimeo.com/96031243>

Krug JC. Itinerários de Abel pelo SUS: disponível em <https://youtu.be/s7zfVfqblt8>

O acompanhamento terapêutico na desinstitucionalização

Ana Paula Carvalho da Costa

Caminhando pelas ruas de Trieste, o paciente dirigiu-se ao motorista e solicitou-lhe que o levasse às ruínas gregas. O motorista, atendendo ao pedido, conduziu-o a um terreno abandonado, tendo ao centro uma casa demolida. O passageiro saiu do carro, observou as ruínas, e retornou ao hospital junto com o motorista. Após escutar esse relato, não o registrei como uma proposta ideal de modelo terapêutico ou uma moralista lição de solidariedade. O episódio narrado [por Basaglia] ilustrava teses filosóficas e políticas fundamentais para o entendimento do movimento de Reforma Psiquiátrica que nascia na Itália.

Luís Antônio Baptista

Apresentação

A importância de pensar a função do acompanhamento terapêutico (AT) na desinstitucionalização da loucura se dá no sentido de tornar cada vez mais efetivo este movimento surgido em meio à proposta da reforma psiquiátrica brasileira¹. A proximidade entre estes dois conceitos é perceptível a partir dos pontos de contato entre eles: o AT tem sua origem nas tentativas de inserir os sujeitos portadores de sofrimento psíquico nos espaços sociais de onde eles estão afastados em função de sua condição psicossocial; a desinstitucionalização, por sua vez, igualmente almeja uma ampliação dos

¹Sobre o surgimento do AT e o uso dessa prática no Brasil, conf. Cabral (2005).

espaços de circulação desses sujeitos, não mais restrito à organização asilar, mas em serviços substitutivos e em espaços coletivos da Cidade, promovendo encontro com seus demais habitantes.

Nesse sentido, uma preocupação fundamental é a de que não seja apenas um deslocamento de espaço de moradia, mas a construção de uma outra forma de estar no mundo. Não mais pela via da exclusão, da incapacidade de fazer laço, mas promovendo uma participação mais ativa no espaço social. E, assim, uma outra resposta social para o problema da loucura. (Tenório, 2001, p.11)

Minha aproximação a esse tema se deu a partir do atendimento, em AT, de ex-internos do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) que tiveram alta hospitalar e passaram a habitar Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). A proposta inicial era a de perceber as possibilidades de construção de uma morada por sujeitos há tantos anos à parte das relações presentes em seu contexto cultural. Tal trabalho iniciou a partir do atendimento a um morador indicado pela equipe do serviço e pôde, num segundo momento, desdobrar-se em uma série de outros atendimentos nos quais o projeto de apropriação da nova moradia (fora do espaço asilar) estava produzindo uma outra forma de viver². Estas intervenções só foram possíveis a partir da abertura da equipe do SRT para um acompanhante terapêutico (at) de fora do serviço e para as implicações que isso pudesse ter.

As reflexões que se colocaram a partir da escuta de tais sujeitos – tomando-se como ponto de partida as experiências vivenciadas por tais moradores e os percursos possíveis durante os ATs – permitiram abordar alguns dos limites e possibilidades presentes no projeto de desinstitucionalização. No caso destes pacientes, destacam-se as necessidades implicadas no morar e no sustentar de uma casa: a sua organização, a aquisição de roupas, de alimentos,

²Tal experiência deu origem a minha dissertação de mestrado, conf. Carvalho da Costa (2011)

o contato com os funcionários da manutenção, ou os da venda do gás, o pagamento do aluguel, a relação com os vizinhos e com os demais serviços da rede. Enfim, uma série de situações que convocam o sujeito a lidar com as demandas do dia a dia, a partir de um saber prévio ou que passará a ser construído.

Assim, nesse maior encontro com o outro (quando comparado ao tempo da vivência institucional), abre-se a possibilidade de colocar em jogo a própria significação social da loucura. O desafio é o de romper com os efeitos provocados pela instituição manicomial e o que restou marcado não só no discurso social, mas no próprio corpo desses sujeitos. Como bem ilustra o fato relatado por trabalhadores da rede sobre moradores que, já há alguns anos fora do hospício, continuam dormindo com os sapatos debaixo do travesseiro - o que era bastante comum no tempo da vivência no hospital, pelo medo de terem seus sapatos furtados durante a noite.

Neste trabalho, deparamo-nos com uma dimensão política, pois estamos com sujeitos que estão imersos em um mundo de relações sociais, em uma malha significativa, de diferentes discursos (familiares, sociais, médicos...) que produzem um saber sobre eles; e com uma dimensão clínica (em seu sentido ampliado), que busca escutar as respostas que tais sujeitos produzem a partir de então, isto é, como eles se singularizam, por exemplo, para além das grandes definições e classificações nosológicas.

Se muitas vezes a clínica foi colocada como de pouco ou nenhum interesse para a desinstitucionalização, em nosso entendimento ela se faz imprescindível, no sentido de construir possibilidades de inserção do sujeito no espaço social – perceber para qual direção o desejo do sujeito aponta. Afinal, o ato de desinstitucionalizar também implica uma construção de caminhos a serem traçados, para a construção, ou transformação, dos serviços e estratégias que possam dar conta das novas demandas que tais sujeitos passam a fazer.

É inegável a importância das leis para uma outra relação com a loucura, mas o seu limite é o fato de que elas por si só não aborçam o singular. Assim como Freud (1912) colocava que em cada

novo caso a psicanálise se reiniciaria, parece-nos que aqui também: a desinstitucionalização deverá ser construída no caso a caso. E, com base nisso, apresentaremos um caso atendido, o qual parece colocar em jogo algumas das questões implicadas nesse processo.

Sobre um acompanhamento terapêutico...

O AT, referenciado na psicanálise, surge como modalidade clínica de interesse, na medida em que possibilita acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, colocando-se como alternativa para a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos (Palombini, 2004, p. 17).

Em dezembro de 2009, fui contatada pela Direção de Atenção ao Usuário Morador (DAUM) e pela psicóloga da unidade em que moravam duas internas do Hospital que tinham o desejo de sair de lá e ir viver fora. O objetivo era o de que eu realizasse o AT de ambas, durante o processo de saída do HPSP e de ocupação da nova casa em uma rua próxima ao hospital.

Fizemos depois uma reunião com as usuárias para ouvi-las sobre seu interesse no AT e para definir como seriam os encontros, qual a frequência, o número de horas e o valor a ser pago pelo trabalho. A preocupação naquele momento se deu principalmente por ser um período de férias, com menos funcionários no serviço e uma maior dificuldade caso pudesse ocorrer alguma crise.

Na primeira semana de janeiro, iniciamos os encontros, que geralmente começavam na casa delas, sendo que eventualmente fazíamos saídas à rua; fosse para ir ao banco, à lancheria da qual são clientes, ao supermercado, ao centro da cidade ou a outros lugares de seus interesses.

As moradoras demonstravam grande preocupação em pagar suas contas – o aluguel, o AT, o supermercado, o cigarro –, então procuravam administrar seu dinheiro para que este durasse até o

final do mês. Era notório o cuidado das mesmas em relação às melhorias da casa, como compra de móveis e eletrodomésticos, tanto para se sentirem bem quanto para receberem melhor as visitas. Preocupavam-se em relação à limpeza da casa, sendo que frequentemente contratavam uma faxineira para auxiliá-las nisso.

Em alguns momentos houve certas desavenças entre elas, o que provocou a internação de Jane³ por alguns dias. Neste momento, dividi as horas do AT entre elas – um tempo ficava com Catarina, em casa, e outro ia ao hospital encontrar Jane. Assim, pude trabalhar, individualmente, o que estava tornando difícil a relação entre elas naquelas situações, de forma a que pudessem encontrar meios de lidar com as dificuldades uma da outra e permanecessem morando juntas.

O processo de saída do hospital foi feito de modo gradual, sendo que ambas ainda o tinham como um lugar de referência quanto às questões de saúde. Jane passou muito tempo indo até lá para buscar a medicação psiquiátrica, fazer o exame de controle da diabetes, consultar com a psicóloga do local e para trabalhar no Programa de Reabilitação, realizado dentro do hospital, de lavagem de carros dos funcionários do hospital. Catarina, além de buscar a medicação e consultar com a psiquiatra da unidade em que residia anteriormente, com frequência ia ao hospital para levar cigarro e café para as pacientes lá internadas.

Jane referia há bastante tempo a vontade de ir à casa das irmãs, para visitar os familiares, mas levou algum tempo até concretizá-la. Após receber a notícia do assassinato de uma das irmãs, ficou bastante abatida, com vontade de visitar os familiares, mas sem coragem de ir. No entanto, após algumas semanas, resolveu ir à casa de uma delas, passando, desde então, a visitá-la com maior frequência. O contato com a família parecia ser algo importante para Jane, visto ter demonstrado uma relação muito afetiva para com eles. Catarina, por sua vez, há muito sem manter contato com seus familiares, frequentava os serviços que eram próximos à sua residência, mostrando muita facilidade em vincular-se com as pessoas que trabalhavam em tais locais. Sua relação com estes lugares

³Seus nomes foram modificados, para preservar o sigilo de suas identidades.

e seus trabalhadores lhe permitiam manter uma rede de amigos e, assim, tornar mais leves os momentos em que se sentia triste.

Uma preocupação frequente de Jane e Catarina era em relação à possibilidade de continuarem alugando a casa em que estavam morando desde que saíram do hospital, dado que o primeiro contrato foi de experiência. No entanto, a proprietária do imóvel referiu, na última semana do período de experiência, que elas poderiam permanecer na casa por tempo indeterminado.

Após confirmada a possibilidade de ali permanecerem, iniciou-se contatos com postos de saúde da região, para ver qual seria o que atenderia aquele território. Catarina negou-se a consultar na rede pública, preferindo usar seu convênio de saúde para consultas e exames médicos. Escolha que foi respeitada. Jane, por sua vez, passou a consultar com o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS), para que seu estado de saúde e a situação da diabetes fossem acompanhados. Além disso, passou a frequentar uma escola pública de Porto Alegre, estudando no turno inverso ao do trabalho na Reabilitação.

Este foi então um processo importante de mudanças nas suas vidas, o qual se fez de modo gradual, porém contínuo, de forma a se poder trabalhar as dificuldades que por vezes se apresentavam e tornar possível este seu desejo de habitarem a própria casa. Destaco aqui a importância de terem aceitado a presença de uma at a acompanhá-las, dado que não foram poucas as situações de tensão entre as moradoras. Eram acentuadas as suas diferenças, as quais, ao irem morar juntas, ficavam mais destacadas em seu dia a dia. O atendimento se fez fundamental não só para auxiliá-las na alta hospitalar, mas também para ajudar a construir o necessário redirecionamento para a rede de serviços substitutivos e demais espaços sociais a serem, a partir de então, frequentados – como será mostrado adiante.

Território

A concepção e a práxis institucional apontam [...] a prevalência do território como lugar geográfico, onde se articulariam usuários residentes em uma determinada área geográfica e os serviços de saúde mental ali existentes. Mas o território social, decorrente da história de vida de cada usuário, de sua circulação na polis, nem sempre coincide com o território geográfico. O território social pode estar aberto a mudanças, a partir de novas trocas, de novos circuitos que surgem alterando o mapa anterior. (Diogo, 2008, p.24)

Em janeiro de 2012, Jane resolveu deixar de morar com Catarina, para ir morar na casa de uma sobrinha com a qual mantivera maior contato nos últimos anos. Tal mudança se deu em um momento em que entrei de férias e precisei suspender os encontros por dois meses, para ser retomado após meu retorno. No entanto, dadas as mudanças ocorridas, as usuárias resolveram encerrar o AT, temporariamente⁴.

Alguns meses depois, o então coordenador da DAUM, na função de referência de Jane, entrou em contato comigo, solicitando que eu avaliasse a possibilidade de retomar com ela o trabalho de AT. A solicitação do coordenador baseou-se nas condições em que a usuária vinha comparecendo ao hospital: com muitas ausências, poucas situações de contato com pessoas além das de sua família e sem nenhuma inserção social pela via do trabalho ou do estudo. Desde que havia parado de trabalhar na Reabilitação e de comparecer à escola, Jane praticamente não saía de casa, e o acesso à família e o acompanhamento de seu tratamento clínico estavam comprometidos.

Então reiniciei os atendimentos, marcando encontros semanais, de uma hora, a serem realizados em sua casa. Avaliei a im-

⁴O atendimento de Catarina foi encerrado, definitivamente, nesse momento. Sobre ela, tive notícias posteriormente, a partir do contato com os trabalhadores do residencial terapêutico.

portância de dar sequência ao seu AT, no sentido de contribuir para uma maior aproximação à família e às necessidades implicadas em seu tratamento.

Inicialmente, foi realizada reunião com o diretor da DAUM e com os familiares de Jane. Eles falaram sobre a possibilidade de acolhê-la, sim, em sua casa, mas também se demonstraram muito receosos em relação a isso. Temiam não ser capazes de lidar com as demandas de saúde de Jane, frente às necessidades de seu tratamento – como controlar o consumo excessivo de açúcar e cigarro, auxiliá-la a tomar as medicações nos horários certos e incentivá-la a fazer atividades que lhe ocupassem psiquicamente.

A dificuldade em buscar coisas de seu interesse parecia vinculada a uma vivência de poucos estímulos na infância por parte de sua família. Segundo era possível deduzir de suas lembranças familiares, Jane era muito infantilizada, sobretudo pela mãe, provocando ou acentuando um retardo mental.

Ao mesmo tempo em que a família demonstrava interesse em estar com ela e seguir as orientações, por outro parecia resistente em efetivar algumas combinações que eram feitas com a equipe. Apesar de os familiares manifestarem a disposição de acolher Jane em sua casa e de auxiliá-la na construção de uma maior autonomia, descomprometiam-se no decorrer do processo. Assim, o resultado do exame de glicemia ficava cada vez mais alto, e ela apresentava alterações no aspecto psíquico cada vez mais acentuadas – o que ocorria, recorrentemente, pela dificuldade da usuária em fazer o uso da medicação psiquiátrica do modo prescrito pelo médico.

Levou alguns meses até que a permanência dela na casa se tornasse mais decidida. Para isso, foram necessárias várias reuniões com a equipe, as quais se davam no sentido de pensar saídas possíveis para esses impasses. Além disso, é importante salientar a presença da mesma nesses encontros, cujo objetivo era promover uma responsabilização conjunta, para um maior protagonismo de Jane na construção de sua cidadania e na afirmação de suas escolhas e possibilidades. Tirá-la da posição de paciente e implicá-la nas decisões sobre sua vida.

É importante destacar que as dificuldades da família diziam respeito também ao cuidado com eles mesmos, o que era perceptível na bagunça que era encontrada na casa, a qual estava, a cada dia que eu chegava, com uma arrumação diferente nos móveis. Nos momentos de crise familiar, a sua sobrinha afirmava: “A tia Jane é a mais saudável dessa casa.”

Rede

Como fazer da rede um lugar que propicie laço social? A rede, na reforma psiquiátrica, está referida à rede social como uma possível multiplicidade de protagonistas e arranjos, a ser atualizada em cada caso no território onde o usuário circula. A rede propriamente dita é constituída pela rede institucional, com os serviços que a compõem, pela rede social da família, do trabalho, da religião, do lazer, e mesmo pela rede solidária, que daí pode surgir, na comunidade. (Diogo, 2008, p.24)

Destaca-se aqui a importância das intervenções daat não só com o usuário, mas também pela possibilidade de costurar com a equipe intervenções conjuntas, promovendo efeitos na própria família.

Neste atendimento, houve momentos em que eu acompanhava Jane às suas consultas na UBS, aonde ela ia diariamente para tomar a insulina. Inicialmente, faltava ao posto com muita frequência e aí não tomava a insulina. Isto foi então trabalhado com ela e a família, e, durante algum tempo, um dos familiares ia ao posto junto com ela todas as manhãs.

Certa vez, acompanhei Jane até o Hospital de Pronto Socorro, pois, no atendimento, ela reclamou de fortes dores na perna direita. Em contato telefônico com o seu médico, este orientou que Jane buscasse atendimento em uma emergência, pela possibilidade de estar apresentando um quadro de trombose. Acompanhei-a até lá e aguardei que sua sobrinha chegasse para estar presente à consulta. Neste atendimento, foram realizados exames, os quais des-

cartaram a ocorrência de trombose, mas sugeriram que as dores poderiam estar ocorrendo em função de descontrole da diabetes.

Posteriormente, foi realizada uma reunião na UBS, para discussão entre as equipes do posto e da DAUM acerca da situação clínica de Jane e para pensar intervenções possíveis. Nesta reunião, estava presente a Agente Comunitária de Saúde, que ficou responsável por fazer visitas à casa da família – visitas estas que, até então, nunca haviam sido realizadas. Foi constatada também a necessidade de Jane comparecer todos os dias a UBS, para aplicação da insulina, e de que, nas consultas com o médico, algum familiar estivesse sempre presente, para acompanhar as orientações médicas e ajudá-la a cumpri-las.

No entanto, a importância do comparecimento diário ao serviço ocorria não só no sentido de controlar a diabetes, mas também para a construção de uma rede social. Afinal, no trajeto de casa até a unidade básica de saúde, ela encontrava os vizinhos de sua rua, com quem conversava; lá, por sua vez, sentava nos bancos, conversava com os funcionários e, por vezes, encontrava outros vizinhos esperando por suas consultas. O objetivo era, pois, a sua presentificação como cidadã naquela comunidade.

Protagonismo

Tal circulação que realizamos pela cidade vai sendo construída, passo a passo, a partir do despertar dos interesses que comparecem no estabelecimento do laço entre o desejo [...], com a singularidade que ele comporta, e o social. É nesse sentido que, no trabalho de acompanhamento terapêutico, ocorre uma espécie de mapeamento concomitante entre a circulação do desejo e a circulação pela cidade. (Jerusalinsky, 2006, p.169)

Além de um papel de terceiro entre o usuário e sua família (ou a equipe responsável por ele), a função do AT se dá para auxiliar na construção de outros sentidos para estes sujeitos, outros papéis sociais. Para que eles possam tornar-se protagonistas naquilo que

se encontram fazendo.

No caso de Jane, durante aproximadamente dois meses – entre agosto e setembro de 2013 – ela aceitou participar de uma oficina de artesanato que era oferecida no bairro em que mora. Esta era uma atividade da qual gostava muito de participar – segundo, espontaneamente, o declarava. Nesses encontros, a professora de artes fornecia orientações sobre os diferentes tipos de bordado possíveis para as alunas idosas, há mais tempo no grupo, mas se ocupava também com Jane, solicitando-lhe atividades específicas, como desenhar, pintar, escrever. Eram oficinas nas quais havia muita interação entre as participantes e, por vezes, compareciam também trabalhadores de diferentes grupos para divulgar suas intervenções artísticas. Cada vez que Jane era convidada a interagir, ela o fazia. Interagia de um modo mais acanhado, mas nunca se negava a participar daquilo a que era convidada – como no dia em que aceitou dançar uma música com uma professora de dança cigana que as visitou.

Junto a esta atividade, Jane começou a trabalhar no Brechó de uma vizinha que era amiga de sua família há muitos anos. Neste trabalho, a proprietária pedia que ela fizesse alguma atividade, como lavar ou secar louça, estender roupa, varrer o chão. Cada dia ela costumava reservar para Jane alguma destas atividades. Era outro espaço que Jane gostava muito de frequentar. Alguns dias, ela podia até se negar a ir, mas, na maioria das vezes, já estava pronta no final da manhã, mesmo que o horário do trabalho fosse somente a partir das 14h.

Após os dois meses em que Jane participou da oficina, a profissional que a coordenava precisou cancelar suas atividades por um tempo determinado, mas acabou não retornando mais. Então, no ano seguinte, iniciou-se novamente uma procura por outros espaços na comunidade que oferecessem algum tipo de oficina, dado que Jane se ocupou, com muito gosto, da atividade anteriormente oferecida.

O que parece confirmar isto é o fato de que, ao ser convidada para caminhar na rua, durante os ATs, custava a se arrumar para sair; mas quando o convite era para irmos aos serviços que

ofereciam atividades artísticas, ela prontamente saía de casa, por maior que fosse o calor que estivesse na rua. Houve um momento em que o posto de saúde também passou a oferecer uma oficina de artesanato, sendo Jane sua primeira inscrita.

Algumas consequências

Se se almeja, para a desinstitucionalização, tensionar a polis a partir da presença do louco na cidade, entende-se que isso não pode se dar sem que seja feita uma escuta singularizada. Permitindo, assim, uma ampliação nas fronteiras entre o sujeito e o outro, entre o público e o privado. Escutando as saídas que cada um pode encontrar, a partir do enfrentamento de seu mal-estar.

Pode-se dizer, em relação ao caso apresentado, que a cidade foi oferecendo norteadores nessa caminhada. O que condiz com a ideia de que, nesta modalidade de atendimento, a mesma aparece, muitas vezes, como agente de intervenção, ou como materialidade dessa clínica. (Palombini, 2007, p.17)

Pensar a importância da cidade remete-me à ideia, proposta pelo artista e arquiteto suíço Friedensreich Hundertwasser, das 5 peles do Homem: 1) a sua epiderme natural; 2) o seu vestuário; 3) a sua casa; 4) o meio-ambiente onde vive, e 5) a pele planetária ou crosta terrestre onde todos vivemos.⁵ A cidade, nesse sentido, parece se presentificar como uma das peles do Homem – a qual protege, mas também expõe, implicando e convocando à troca com o outro.

É possível, a partir do reconhecimento da presença e participação na polis, uma mudança de posição: da condição de meros objetos de um discurso/saber sobre a doença para a de protagonistas que podem produzir outras histórias e sentidos às suas vidas, para além do apagamento das diferenças e do silenciamento manicomial.

Uma situação que parece exemplificar isto muito bem é o diálogo, relatado por Santos (2014), travado entre um morador de

⁵Material extraído do filme “O zero não é vazio”, Direção de Marcelo Mazagão, 2005.

um SRT e uma criança de sua comunidade, em uma cidade do Estado do Rio Grande do Sul:

[...] uma cuidadora acompanhava um morador até o supermercado e um menino da comunidade disse: “Tadeu! O que tu tá fazendo aqui, se tu é louco?”. A cuidadora entrevistou: “Tadeu, diz para ele que tu não é louco.” Ele respondeu: “Estou comprando porque tenho dinheiro para pagar e porque não sou louco.” (Santos, 2014, p.81)

Ao dar tal resposta, é possível pensar que o morador afirmou sua posição, atribuindo um outro sentido para si – tão presente em nossa cultura – daquele que pode comprar, escolher, ser sujeito de um desejo. Assim, enfrentar o que a escritora Chimamanda Adichie (2009) alertou sobre “o perigo de uma história única” – isto é, a que atribui um só sentido para os fatos, sem permitir outras leituras ou interpretações – e construir outros sentidos para uma existência.

O que coloca o saber numa condição de não-totalidade, como algo a ser construído, literalmente, no passo a passo do AT.

Referências

Baptista LA. A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus; 1999.

Cabral KV. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Carvalho da Costa AP. O acompanhamento terapêutico no processo de construção de uma moradia possível na psicose: uma pesquisa psicanalítica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Diogo DR. A construção do laço social na psicose [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: Freud S. Obras Psicológicas Completas. Vol. XII. S/d.

Jerusalinski J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo In: Escritos da Criança Nº 6. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat; 2006. p.163-78.

Palombini AL. Apresentação. In: Palombini AL et al. Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004.

Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Santos MED. A reforma psiquiátrica na prática. In: Palombini AL; Barboza RP; Fick TK (editores) O cuidado do morar: escritas entre trabalhadores de serviços residenciais terapêuticos. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; 2014.

Tenório FA. Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento terapêutico¹

*Analice de Lima Palombini
Vera Lúcia Pasini*

O fio da navalha

Trazemos à cena, com este trabalho, a experiência do Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede). Vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o ATnaRede opera como projeto de ensino, pesquisa e extensão, em que o AT é concebido sob três aspectos: 1) como tecnologia de atenção à saúde mental; 2) como estratégia de formação tanto no âmbito universitário das profissões do campo da saúde como na educação permanente dos trabalhadores; 3) como ferramenta útil ao processo de implantação e análise da reforma psiquiátrica e das redes de atenção psicossocial (PALOMBINI, 2007).

O projeto tem como foco demandas de AT formuladas por instituições diversas da cidade, que incluem, além dos serviços de saúde e saúde mental, também serviços da Assistência Social

¹Participam deste projeto, ou participaram dele nos últimos anos, e, portanto, são também autores da reflexão que aqui se apresenta: Ana Carolina Brondani, Ana Laura Baldini Reis, Ana Paula Vieceli, Brunna Diehl Dutra da Silva, Caroline Foletto Bevilacqua, Cecília Suñé Novossat, Débora Queiroz Nunes, Diego Drescher de Castro, Eleonora Graebin, Evandro Martins, Fernanda Sernet, Gabrielle Lippeert Bonazza, Isadora Machado, José Antônio Caruso de Lucca, Leone Vargas, Lorenna Pinheiro Rocha, Lucas Lima Pandolfo, Marina Gregianin Rocha, Maurício da Silva César, Nina Becker Lewkowicz, Rafael Schmitt Wilhelms, Renata Flores Trepte, Rodrigo Trapp Gampe Vaz, Rosane Gomez de Castro, Vanessa Manzke Souza, Verônica da Silva Ezequiel. São, não exatamente nessa ordem, graduandos de psicologia, estagiários ou extensionistas; artista plástica, enfermeiro, educador físico, psicólogos, todos residentes de saúde mental coletiva; mestrandas, de psicologia e de arquitetura. A esses, e outros mais que vieram a seguir, somam-se os profissionais dos serviços da rede pública que se tornaram nossos parceiros, a quem somos gratos por isso, em especial Adriana Pinto de Mello, Lucilene de Souza Pinheiro, Mariana Porto Ruwer de Azambuja, Andréia Fernandes, Eliana Dable de Mello, Carmem Fick, Anísia R.Martins.

(Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e Centro de Referência de Assistência Social - CRAS), Ministério Público, Vara de Penas e Medidas Alternativas, entre outras. Muito frequentemente, são demandas que vão situar os ats entre as linhas de uma rede de serviços, uma rede em que se incluem diferentes atores.

No acolhimento a essas demandas, percebe-se que essa rede de cuidados que se propõe usuário-centrada corre o risco de tornar o usuário cercado – cercado por serviços e setores que, buscando atender à população, terminam por fazer submergir a singularidade dos sujeitos a quem pretendem acompanhar, ao ponto de se tornar um desafio localizá-los em meio a essa trama, acompanhar o fio de suas histórias, discernir demanda, desejo (Palombini, Sernet, Rocha, 2013). Em contrapartida, a vigência, na cidade, de práticas divisoras ergue muros invisíveis a separar loucos e normais, doentes e sãos, negros e brancos, miseráveis e endinheirados, de tal forma que, muitas vezes, a tessitura de uma rede de cuidado se vê interrompida e inviabilizada.

Apostamos no AT como uma via possível, às vezes única, de aproximação aos sujeitos que, ou resistem a ser capturados por essa rede, por essa teia institucional que pode enredar-lhes, ou se veem descartados pela mesma. Não deixamos de considerar, porém, o risco que o AT corre de, ao obter êxito nessa aproximação, tornar-se instrumento de captura (é o fio da navalha de nossas práticas psi). A experiência desse risco constitui ferramenta potente de formação para o trabalho intersetorial em saúde mental e investe o AT da possibilidade de operar, na relação com os serviços e setores implicados no acompanhamento de um usuário, um modo de construção do caso que leve em conta o saber próprio ao sujeito, o que nele se apresenta de singular (Figueiredo, 2004), problematizando a trama que se tece em torno dele como prática de cuidado.

Este trabalho traz à luz cenas do AT no espaço aberto da cidade, analisadoras dos processos de construção de redes de atenção psicossocial na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, em confronto com os “manicômios mentais” (Pelbart, 1997) e as práticas divisoras que seguem operando em nosso cotidiano.

1. Jovem adulto, em acompanhamento pelo Judiciário, por cumprimento de medida alternativa, por roubo associado ao uso de drogas, mantido em confinamento doméstico por um familiar.

Os ats, solicitados pelo setor de psicologia do Judiciário para buscar tecer alguma rede de apoio ao caso, deparam-se com a gravidade da situação: um familiar inflexível, que rotula ao jovem como irrecuperável usuário de drogas; um jovem que aceita passivamente o confinamento que lhe é imposto e desiste de desenhar qualquer futuro para si; um uso de drogas que encobre uma produção delirante quase sempre silenciosa. Após muitas tratativas, e com o auxílio da psicóloga do Judiciário, conseguem que ele seja acolhido pelo CAPS do seu território. O profissional que o recebe, porém, entende que não é caso para atendimento no CAPS, uma vez que o mesmo encontrava-se “bem orientado, sem sintomatologia psicótica”. Claramente, coloca à frente da cena a circunstância do uso de drogas, e reporta, a essa circunstância, as condições de (não)vida em que o jovem se encontra. Ao buscar, em seu discurso, os elementos indicativos de uma psicose, reduzindo, à presença desses elementos, o critério para acompanhamento do caso pelo serviço (como se um diagnóstico de psicose fosse senha para o seu acesso), o profissional deixa de levar em conta a grave situação de vida em que esse homem se encontra, o seu isolamento e o confinamento doméstico ao qual se submete passivamente. Ou seja, deixa de levar em conta um diagnóstico situacional (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001), que implica olhar, para além das modalidades discursivas do sujeito, também o território em que vive e as redes que estabelece nele. Foi preciso, teimosamente, e com auxílio do gestor municipal, tecer outras linhas, enlaçar outros nós, que, suplantando protocolos e perfis a barrar o acesso aos serviços, têm persistido em vínculos através dos quais um tênue fluxo de desejo vai se fazendo rede capaz de sustentar o andar arreado e descompassado de sua vida.

2. Jovem de 16 anos, há cerca de dois anos em acompanhamento terapêutico junto ao ATnaRede. Sobre ele, a história oficial, iluminada pelo facho de luz do Poder, lança o seguinte: jovem psicótico, com conduta hiper-sexualizada, filho de mãe abusadora.

Sob permanente ameaça de perda da guarda, mãe e filho veem-se submetidos a uma vigilância extrema em todos os âmbitos de suas vidas. O AT foi solicitado pelo CREAS, com vistas a estar mais próximo do jovem e propiciar-lhe outras formas de cuidado, que não pela via do controle. Uma relação de confiança pouco a pouco se faz entre a at e aquela família, mãe e filho. Uma confiança que não chega a se estabelecer junto à equipe de saúde que lhes atende e que se arvora decidir sozinha, baseada em uma história única, o destino desse jovem: abrigagem, internação, guarda provisória... O jovem e sua mãe não têm vez nem voz nas decisões que são tomadas, ainda que elas impliquem os rumos das suas vidas; suas atitudes e suas palavras são, a priori, passíveis de suspeita. A at também não tem vez nem voz junto a essa equipe. Um higienismo feroz é o que prevalece, sustentado pelo conluio entre poder judiciário e poder psiquiátrico que atravessa os séculos (Foucault, 2006).

Junto ao processo judicial que deve decidir a guarda desse menino, fizemos anexar o relatório que elaboramos, contando a experiência do AT, trazendo a voz desse jovem e de sua mãe ao texto, dando a ver uma outra percepção dos seus modos de vida. Independente de qual seja a decisão a tomar quanto à guarda, interessa-nos preservar um espaço de convivência entre mãe e filho. São quatro breves páginas, em meio a um processo judicial iniciado há mais de dois anos, sistematicamente alimentado de pareceres por essa equipe que, guardiã de uma história única acerca dessa família, não lhe abre nenhuma fresta que permitisse dar vazão à produção de outros modos de vida. A possibilidade de narrar outras versões dessa história constitui aqui, claramente, uma política de resistência.

3. Família com quatro filhos, cujos pais recebem tratamento no CAPS, sofrendo, ambos, de padecimento psíquico grave.

Iremos nos deter um pouco mais sobre esta terceira cena, que narra a trajetória de um AT realizado com uma família, num emaranhado de caminhos, histórias, corpos e serviços envolvidos nos percalços do cuidado e do controle.

O que, nesse caso, seria um AT para um casal (ambos diagnosticados como esquizofrênicos), apresentou-se de início como um AT para uma casa, abraçando também os quatro filhos, com idade entre 7 e 13 anos, uma tia das crianças, também diagnosticada como esquizofrênica, e suas duas filhas, entre outros atores do território. O caso chegou até nós através do CREAS, que, por sua vez, foi acionado pelo CRAS, para avaliação com vistas a uma possível nova abrigagem das crianças (os dois mais velhos haviam sido abrigados por um período de dois anos algum tempo atrás - experiência que foi traumática para todos, tanto para os pais quanto para os filhos). O Conselho Tutelar cogitava essa nova abrigagem, considerando as queixas de negligência dos pais no cuidado das crianças. Essas queixas partiam da escola, em função das faltas recorrentes do filho mais velho, por um lado, e do fato de as crianças mais novas apresentarem-se mal vestidas, sujas, com piolhos, por outro. O CREAS assumiu a referência do caso e se esforçava para evitar que se repetisse uma nova ruptura familiar com a abrigagem. Com esse intuito, e buscando ofertar o cuidado de que essa família necessita, o CREAS aciona e media as relações entre os diversos serviços e familiares envolvidos: escola e SASE frequentadas pelas crianças, UBS de referência da família, CAPS onde os pais são atendidos, fonoaudióloga de um dos filhos, CAPSi que avaliou a outro deles, além da vizinhança e de um tio das crianças, que tanto protegem quanto controlam. Na costura dos fios dessa rede com que tentam conter e dar suporte a essa família, pedem ajuda dos ats para auxiliar o casal a construir uma certa organização do cotidiano da casa.

O casal recebe de boa vontade as ats, mas uma brincadeira que o pai dirige a elas deixa claro, de saída, a compreensão que têm da função que opera essa rede de serviços que as ats vêm integrar. Ao se despedirem, ao final do primeiro encontro em que são apresentadas à família pela assistente social e pela educadora social do CREAS, o pai, bem humorado, diz: “já que vocês vêm nos ajudar, então pra semana que vem já vou providenciar duas vassouras!”. Organização e limpeza é o que a escola pede, e é a demanda de que essa rede não consegue escapar.

As ats, então, buscam se desenredar do lugar de controle a que são convocadas nessa trama, procurando tecer outros fios para o acompanhamento. Em vez de pôr ordem na casa, convidam o casal a passear. Apesar do estranhamento por parte da rede, que expressa uma insatisfação com o desempenho das ats, o CREAS sustenta a proposta. O fato é que, justamente, declinar da demanda que lhes era feita é o que permitia às ats o exercício de uma função terapêutica. Como escreve e nos mostra Sabrina Ferigato no belíssimo vídeo “A delicada arte de se produzir encontros” (Ferigato, Botelho, 2012), sobre os centros de convivência da rede de saúde mental de Campinas: estar à borda da rede de saúde pode ser ao mesmo tempo estar à margem e no alvo. Passeando com as ats, cada um dos membros do casal encontra o espaço para falar de si, para compartilhar, sem medo, a sua experiência de adoecimento, alucinações e delírios, mas também histórias de vida, pequenas e grandes preocupações e alegrias. Percebe-se o quanto a rede que se articula em atenção ao caso é vivida pela família como um cerco que a ameaça. Assim, quando as ats chegam à casa e encontram o pai em crise alucinatória, o que se repetiu algumas vezes, este pede que não contem nada aos serviços, explicitando o medo, em vez da acolhida, que sentia em relação a esses espaços. E as ats vão se fazendo testemunhas da capacidade daquela família de acolher aquelas crises, de se fazer continente da angústia e padecimento do pai, ajudando-lhe na travessia das crises, sem recurso aos serviços pelo receio de uma intervenção não desejada por eles. São testemunhas também da amorosidade que une o casal a seus filhos; da vivacidade e das aprendizagens, escolares ou não, que trazem as crianças; do cuidado que aquela família compartilha entre si, que, no entanto, não se traduzia em asseio e ordem...

Junto ao acompanhamento da família, foi preciso então abrir espaço para que as equipes envolvidas se encontrassem e buscassem construir uma direção comum de trabalho, não em oposição e rivalidade, mas em composição e diferenciação de lugares. Na insistência desse espaço comum, foi possível modular as expectativas, fazer valer a estratégia estabelecida pelas ats (deslocar-se do lugar de controle) e reconhecer-lhe o valor, como também

compreender que, ao depositar o medo na relação a uma equipe ou profissional em especial, isso possibilitava construir, na relação com as outras equipes, um lugar de confiança, de forma que também esse profissional – ou essa equipe – “temido” pela família ganhava lugar e importância na construção do caso. Então, mais ou menos de dois em dois meses, profissionais do CREAS, do CAPS II, e do projeto ATnaRede, reúnem-se durante uma manhã para tornar comum o trabalho feito com essa família e tentar minimizar os riscos de fazer da rede de cuidado uma rede de captura. A esses serviços, vem somar-se mais tarde o CAPSi e, eventualmente, o CRAS, o SASE, o Conselho Tutelar. Intenta-se também chamar a compor essas conversas a Escola, apostando aí na possibilidade de esta vir a olhar por outros ângulos a produção dessas crianças e o cuidado que seus pais lhes ofertam, ou fazer retornar para si, como questão, a evasão do filho mais velho.

A tessitura dessa rede é, como o AT, um trabalho lento, delicado e paciente, de muitas costuras e bordados. Tão delicado e lento que arrisca se tornar invisível, seja aos olhos apressados de quem passa, seja aos olhos vigilantes do Estado. É assim que, numa reunião de rede intersetorial, o caso dessa família é trazido à tona, com grande alarde, embora nenhum dos profissionais que os acompanha se encontrasse presente. Na ignorância do trabalho que se faz, decidem pelo imediato encaminhamento dos filhos do casal a uma casa de acolhimento institucional e qualificam o caso como exemplo do que uma rede de serviços NÃO deve fazer (!!!). A direção do CREAS, no entanto, com mais cautela, busca antes informar-se com quem os acompanha e, após participação na reunião com os profissionais implicados e com as ats, decide não dar prosseguimento à ordem de recolhimento das crianças. Seguimos bordando...

Andanças da clínica: dos muros às redes

Se os anos 1800 são aqueles em que as experiências exóticas de alguns de nós foram enquadradas em categorias de adoe-

cimento,² é somente nas últimas décadas do século XX que, no cenário brasileiro, instituiu-se uma política que propõe cuidar dessas experiências ditas de adoecimento em regime aberto, nos seus territórios de vida. Mais recente ainda é a perspectiva em rede com que se passa a pensar esse trabalho. Há um caldo de ideias que, desde o pós-guerra, faz repensar o cuidado em saúde mental, colocando em questão a estrutura do manicômio. Porém, no Brasil, também por força da sua conjuntura política, sob a vigência de uma ditadura, até os anos 80, e muito marcadamente nos anos 70, o manicômio foi o espaço prioritário, hegemônico, absoluto, a que eram destinadas as pessoas sob rótulo de doença mental. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216/2001) favoreceu o redirecionamento gradativo dos investimentos em saúde mental, dos hospitais psiquiátricos para os serviços abertos e de base comunitária foi favorecido com a aprovação, em 2001, da Lei da Reforma Psiquiátrica. E é somente a partir de 2006 que se alcança uma inversão no percentual dos gastos na rede de atenção psicossocial, de forma que, hoje, mais de 70% dos recursos são gastos com ações comunitárias (Brasil, 2012).

Conforme dados da OMS³, porém, 85% dos orçamentos de saúde destinados à saúde mental no mundo ainda são direcionados aos hospitais psiquiátricos. O cuidado em liberdade é uma ideia recente. O cuidado em liberdade, territorializado, é mais recente ainda (tanto quanto o SUS é recente como sistema de saúde no país). E um cuidado em liberdade, territorializado, em rede, como política pública, é uma prática muito nova pra todos nós.

A reflexão proposta por Ana Cristina Figueiredo (2010) nos ajuda a dimensionar o sentido dessas transformações que a territorialização do cuidado vem operar, num curto espaço de tempo, em nossas práticas. A autora refere-se a três tempos, três momen-

tos da clínica que a colocam na direção da atenção psicossocial, e, valendo-se da psicanálise, propõe marcar cada um desses tempos pelo que vêm significar, para os seus profissionais, em termos de ferida narcísica e perda de gozo. O que ela diz a esse respeito nos ajuda a dar contorno à função AT no contexto das políticas públicas e na perspectiva, que nos é contemporânea, nesse contexto, de um trabalho em rede, tal qual as cenas narradas vêm mostrar.

O primeiro tempo, situado entre os anos setenta e oitenta, configura a passagem da clínica feita nos consultórios privados para os ambulatorios públicos. Esse momento é marcado então pela ferida narcísica da desprivatização do consultório e do assalariamento do profissional e pela perda do gozo do controle do dinheiro. O segundo tempo da clínica, nos anos noventa, é marcado pela passagem dos ambulatorios públicos para os centros de atenção psicossocial (CAPS) e traz, como ferida narcísica ao profissional, a necessidade de compartilhar o seu trabalho com a equipe, o não poder mais fazê-lo sozinho, enquanto a perda de gozo consiste na perda de controle sobre o caso (a responsabilidade pelo caso não é mais do profissional, mas da equipe). O terceiro tempo da clínica se situa a partir dos anos 2000, com a passagem dos CAPS para o trabalho em rede. A ferida narcísica, nesse caso, decorre do fato de o usuário deixa de ser do serviço; a responsabilidade pelo acompanhamento do caso se estende ao território, o que requer, não competir com os demais serviços, não despachar o usuário de um serviço a outro, mas negociar e compor com esses serviços a oferta de cuidado. Quanto à perda de gozo, aqui remete à perda de controle sobre o usuário, que não segue a direção dada ou não atende as demandas das equipes e serviços envolvidos. Conforme Figueiredo (ibidem), as feridas e perdas de que os profissionais possam se ressentir nessas passagens são largamente compensadas pelos ganhos advindos dessas transformações: a abertura dos ambulatorios públicos oferta aos profissionais a possibilidade de exercício de uma clínica sem precedentes nos consultórios privados, com situações que nunca bateriam à porta de suas salas de atendimento; o trabalho compartilhado em equipe nos CAPS se apresenta menos solitário e mais resolutivo; e o trabalho em rede, entre equipes e serviços, torna possível

²Cf. Emerson Merhy, em pronunciamento no Encontro de CAPS da Macrorregião Metropolitana, organizado pela Seção de Saúde Mental do RS, ocorrido em 8 e 9 de outubro de 2013 em Porto Alegre.

³De acordo com pronunciamento de Benedetto Saraceno, pela Organização Pan-americana de Saúde, em encontro promovido nos dias 19 e 20 de setembro de 2013 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, intitulado Radicalizar a formação nas RAPS no SUS.

e mais bem sucedido o acompanhamento continuado do usuário, colocando uma barreira à burocracia que simplesmente despacha pacientes e à onipotência que mantém o poder de cura centrado, o mais das vezes, no médico, eventualmente no psicólogo ou em outro profissional da equipe.

Tais transformações da clínica foram colocadas em causa por movimentos que, na esteira do processo de democratização do país, vão deflagrar, no Brasil, uma Reforma Sanitária, uma Reforma Psiquiátrica e os movimentos de luta antimanicomial. Embora possam ser operadas e impulsionadas pela política e pela gestão, elas não evitam a atualização de antigas práticas que insistem em manter a clínica circunscrita aos parâmetros do seu modelo clássico e privativo, recusando-se às mudanças importantíssimas no modo de operar uma clínica ampliada. São pouco mais de vinte anos de Sistema Único de Saúde (SUS), o que nos dá a dimensão dos esforços que temos que fazer, como profissionais, para nos desprendermos de modos arraigados de trabalhar, modos que ainda perpassam amplamente as formações que se oferecem nos cursos de graduação dos profissionais da área.

Para além disso, cabe lembrar que trabalhar em rede também não nos livra do mandato político de onde provêm as nossas disciplinas, que as torna indissociáveis de um certo exercício do poder. É Foucault quem nos ensina e instiga a conhecer de onde provêm e quais as condições de emergência de nossas práticas para poder transformá-las, a partir de um exercício crítico sobre si mesmo.

O AT, conforme dissemos, não está livre dessa proveniência psi, disciplinar, não está livre de produzir, na circulação pelo fora, um novo dentro absolutizado, como nos alerta Suely Rolnik (1997). Porém, por essa circulação mesma, por acompanhar os fluxos entre os serviços, por transitar no chão dos territórios existenciais dos acompanhados, o AT também pode arriscar ser um analisador potente de nossas redes de atenção psicossocial, ajudando a transformá-las. Vivemos a aventura de experimentar e aprender modos inéditos de construir o trabalho em rede. São tramas delicadas, feitas de muitos fios que, no seu entrelaçamento, visando compor

uma rede de acolhimento, podem facilmente tornar-se essa rede que enreda, cerca, aprisiona. Por um lado, o fim dos manicômios, que nós almejamos, não evita a continuidade dos encarceramentos, mas os torna talvez invisíveis aos nossos olhos; por outro, a midiática discussão em torno à internação compulsória de usuários de drogas tende a naturalizar e deixar impune esse tipo de prática, que se apresenta ainda hoje com uma frequência preocupante.

Para concluir

Qual o enfrentamento possível disso? Como, desde a clínica – essa clínica ampliada, da qual o AT é um modo –, na sua inflexão com a política e a gestão, como proteger-se desse empuxo às velhas formas de objetualização, tutela e aprisionamento da loucura?

Não temos as respostas para essas questões, mas sabemos por onde seguir: é preciso reconhecer os limites dos nossos saberes, dando passagem ao saber que o usuário porta. Aquele que foi objeto do nosso conhecimento, é preciso incluí-lo, nesse rearranjo de saberes que compõem o cuidado em rede, como sujeito de saber, em interação e afetação recíproca com os demais. Sujeito de um saber absolutamente singular, que se constitui na experiência de viver, na experiência do adoecimento, na experiência de receber tratamento, na experiência de habitar um território. À clínica, à nossa clínica cotidiana, cabe incluir aos usuários na definição de suas ações, na formulação do projeto terapêutico singular, na gestão do serviço, nos modos de itinerância no território. Isso não nos livrará de nos vermos às voltas com o mandato disciplinar que recai sobre nossas profissões. Mas a inclusão do usuário nas decisões sobre o tratamento, junto com o olhar crítico que sejamos capazes de lançar à nossa própria história, ajuda-nos a compreender o que fomos para tornarmo-nos outros. O AT, ao colocar-se ao lado do acompanhado, nos ajuda a caminhar nessa direção.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados-10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Acesso em 08/08/2015.

Ferigato S, Botelho M. A delicada arte de se produzir encontros – centros de convivência. Vídeo-documentário. Campinas: Secretaria Municipal da Saúde de Campinas; Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, 2012.

Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 7 (1), 75-86, mar 2004.

Figueiredo AC. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: Guerra AMC, Moreira JO (orgs.). A psicanálise nas instituições públicas. Curitiba: CRV, 2010.

Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006, Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007,

Palombini AL, Stenert F, Rocha LP. AT em rede: tramando o singular no coletivo. Trabalho apresentado no Simpósio Acompanhamento Terapêutico, Saúde Pública e Educação, São Bernardo do Campo, 23 e 24 de agosto de 2013.

Pelbart PP. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: Lancetti A. (Org.). Saúdeloucura 2. São Paulo: Hucitec, p.131-138, 1997. Rolnik S. Clínica nômade. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa (Org.). Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.

Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2001,

Morar fora do manicômio: desinstitucionalização e acompanhamento terapêutico

*Daniele Fraga Dalmaso
Mayara Squeff Janovik*

Introdução

A escrita que iremos apresentar será no formato de relato de uma experiência vivenciada nos anos de 2011 e 2012, a partir da inserção do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) como campo de prática do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, sustentada e organizada pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). No início de nossa passagem pela residência, o HPSP não era uma alternativa de espaço para inserção, tendo em vista que a proposta desse programa de residência tem um marcador político bastante importante no que se refere à luta antimanicomial, fazendo com que a formação em saúde mental se desse em serviços substitutivos ao manicômio. Logo, tínhamos como proposta atrelada à desinstitucionalização a composição nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

A partir da internação de um morador de um SRT no HPSP, alguns residentes passaram a frequentar o espaço do manicômio, buscando trabalhar a “alta” a partir do acompanhamento terapêutico (AT). Ao mesmo tempo, tivemos um investimento maior do governo do Estado do Rio Grande do Sul na desinstitucionalização de usuários que moravam no manicômio. Com a notícia de fechamento de mais uma unidade do hospital psiquiátrico, a residência em Saúde Mental Coletiva da UFRGS passou a se ocupar de intervir diretamente com os moradores do manicômio na busca de outras possibilidades de morar e existir. A ferramenta em destaque para esta intervenção foi mesmo o AT, uma vez que possibilitava a contratualização ética direta entre residente/acompanhante e usuário/acompanhado.

O projeto buscava garantir um retorno à polis, possibilitando a circulação dos moradores institucionalizados pela cidade. Brasil (2012) refere que, “apesar de tantos movimentos que a reforma psiquiátrica fez surgir, ainda vivemos um tempo de ruptura na circulação do louco pela cidade” (pag. 13). E essa é a realidade com a qual nos deparamos dentro desse manicômio: pessoas em situações de cárcere, acometidas a viver em um quarto, em uma unidade, em um pátio, sempre das grades pra dentro, privadas da circulação na cidade, da possibilidade de encontros, de sentir situações cotidianas da rua, por anos até o fim das suas vidas.

O Cenário Impresso na Memória

Para começar o AT, era necessário entrar no manicômio e se deparar com aquela realidade completamente à parte da até então vivida por nós. Para chegar até a unidade do hospital, era necessário desviar: desviar de uma pessoa que passava sem trocar um único olhar com o outro, desviar de um acúmulo de fezes que havia se formado, desviar de uma nuvem de moscas que passeavam por ali, desviar o olhar da miséria da qual a humanidade é capaz. Ao chegar à unidade, vinha o cheiro: era nojento. Cheiro de xixi, cocô e desinfetante misturados. Pessoas circulando peladas e molhadas pelos corredores. Velhinhas subindo e descendo escadas. Algumas de pés descalços. Pensava: “antes sem calçados do que com calçados maiores que seus pés.” Agoniava quem assistia porque a impressão era de que cada passo certo era um milagre.

Ali, nos deparamos com pessoas que talvez nem saibam que receberam o “privilegio do abandono”¹.

Há quem diga que as situações sempre podem piorar. Nesse manicômio isso se reafirma quase sem espaços para alguns suspiros.

Eram tantas coisas novas com as quais estávamos nos deparando... Olhar, observar, sentir, pensar, respirar fundo e vaguear. Buscar sentidos, respostas para perguntas e mais perguntas que surgiam. Mas era preciso lembrar onde estávamos: dentro de um

¹Expressão usada por Manoel de Barros.

manicômio! O que pode fazer sentido ali? O quê? E ali ficávamos. Entre parar de buscá-lo, ou não.

Estávamos no Hospital Psiquiátrico com a perspectiva de trabalhar com a vida que resiste a esse lugar. AT, desinstitucionalização, ressignificação de desejo, vontades, possibilidades...

[...] desinstitucionalização além de propor a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tem como seus elementos centrais a desconstrução do paradigma psiquiátrico e a articulação de diferentes saberes em relação à loucura. (Frichembruder, 2011 p.43)

Encontrando Tesouros

Em 2011, Aladdin era um dos duzentos e trinta moradores do HPSP. Como a maioria dos outros moradores, passava o dia dentro da unidade ou no seu entorno fazendo, na maioria do tempo, nada. Raramente saía para além desses espaços. No final do ano, haveria o fechamento da unidade onde Aladdin morava, então era o momento de iniciar o trabalho para buscar outro lugar para morar. Sorridente e simpático, Aladdin tinha o dom de vislumbrar tesouros escondidos que teriam sido enterrados e que poderiam ser futuramente resgatados. Era dotado de grande doçura para se desviar dos convites que lhe eram feitos no início do acompanhamento para sair à rua.

Com muita frequência, o acompanhante terapêutico é solicitado justamente nos casos em que a circulação pela via pública encontra-se impossibilitada, com sujeitos cuja existência mantém-se confinada ao espaço exíguo de um quarto, em meio a uma atmosfera pesada e asfixiante. (Palombini, 2009, p.7)

Algumas cenas que ocorreram no desdobrar deste acompanhamento ao longo de 2011 e 2012 fizeram marcas de maneira

mais intensas, merecendo destaque através dos seguintes relatos reflexivos:

Cena 1: Apenas um real

Aladdin e sua at estavam se conhecendo. Havia poucos dias que se encontravam, sempre dentro da unidade e eventualmente nos bancos que ficavam do lado de fora, mas dentro do HPSP. Naquele dia, Aladdin resolveu aceitar o convite de sair para ir ao mercado: queria tomar um refrigerante! A at solicitou a Aladdin que pedisse à equipe da unidade o dinheiro² necessário para comprarem a bebida. Aladdin chamou a plantonista da unidade e disse que sairia para comprar um refrigerante, precisando de dinheiro. A plantonista abriu sua própria carteira, onde tateou algumas moedas, escolhendo uma no valor de R\$1,00. Aladdin olhou para a moeda e disse que não conseguiria comprar um refrigerante com aquele valor. A fala dele parecia não ter tido efeito sobre a trabalhadora, que tratou de se ocupar com outra atividade. Aladdin foi à at para mostrar-lhe o que havia conseguido. Tanto ele quanto a at sabiam que a equipe administrava um considerável montante que Aladdin recebia há anos com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) – que eventualmente era gasto em lanche excepcional. Era um salário mínimo por mês, e tudo ao que Aladdin tinha acesso para comprar seu refrigerante era um real. Ele olhou para a at e, decepcionado, questionou se conseguiriam comprar um refrigerante com aquela moeda. Moviada pela indignação de presenciar tal cena, a at caminhou com Aladdin em direção à plantonista, dizendo que sairiam para comprar um refrigerante e que R\$1,00 não era um valor suficiente. Por algum motivo, neste momento, a voz da at parece ter sido escutada pela trabalhadora, que não havia escutado na fala de Aladdin o seu pedido: queria o que lhe era de direito, queria o que era seu, queria ter acesso ao dinheiro que tinha para sair às ruas e, participando da contratualização capitalista à qual estamos inseridos, comprar um refrigerante.

²Aladdin recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo (que, na época, correspondia a R\$ 545,00), devido à sua impossibilidade de trabalhar. Seu recurso financeiro era administrado pela equipe da unidade, sob supervisão da curadora de Aladdin (uma servidora do HPSP).

Cena 2: O novo e o velho

Chegou o dia do fechamento da unidade. Aladdin havia conhecido sua nova “moradia”: um quarto em outra unidade de interação do HPSP. A coordenadora da unidade havia se prontificado em organizar um quarto onde Aladdin pudesse guardar seus pertences e ficar sozinho, pois ele já tinha tal hábito. O morador pareceu tranquilo com a transferência. No dia seguinte, a at ficou sabendo que, pela manhã, bem cedo, Aladdin havia juntado seus pertences em uma sacola e havia parado em frente à antiga unidade: queria voltar. Quando a at vai até Aladdin para conversar, percebe-o nervoso, disposto a contar o que o incomodava: na noite anterior, ele não queria dormir cedo – não era acostumado; no entanto, a plantonista da unidade ordenou que dormisse e amarrou-lhe para que ficasse fixo na cama, uma vez que o morador não queria obedecer. Aladdin disse que gritava e que chegou a oferecer alguns cruzeiros³ para que lhe soltassem, mas ninguém o desamarrou. Havia passado a noite inteira amarrado, simplesmente porque queria ficar mais um tempo acordado. Pela manhã, quando solto, e certo de que não queria nunca mais ter de passar por isso, resolveu que não ficaria mais naquela “nova” unidade. Após retomar o acontecido com a equipe, chegamos ao entendimento de que havia ocorrido um grande equívoco e de que tal prática, tão antiga e comum nos manicômios, não se repetiria novamente. Ocorre que Aladdin tinha hábitos próprios que não estavam devidamente uniformizados com os dos demais moradores daquela unidade: será que existiria alguma possibilidade de existência de singularidade no manicômio?

Cena 3: A passagem

Ao final do período de residência da at que acompanhou Aladdin no ano de 2011, chegou o momento de fazer a passagem para que outra pessoa pudesse acompanhá-lo. Ao encontrar alguém com a disponibilidade de se aventurar neste AT, a residente leva o assunto para Aladdin, que parece ter lidado com a situação com maior destreza do que a acompanhante. Feitas as devidas apresentações, o trio conversa sobre a nova relação que se inicia-

³Cruzeiro é a moeda que estava em vigor no Brasil antes do Plano Real, em 1994.

ria e Alladin, entre o contar do que fazia, convidava a nova acompanhante para conhecer seu armário cheio de significados. Logo de início, surge a simpatia entre a nova at e Aladdin, um ingrediente bastante potente para tal momento. Como marca desta passagem, a antiga at entrega a Aladdin uma foto impressa que haviam tirado juntos: um registro de um período e de um trabalho que havia acontecido. Agora, era tempo de novas produções, com nova at e novas aspirações.

Cena 4: O poder da escolha

Aladdin é quase sempre tranquilo. A primeira vez que a at o viu chateado foi porque uma das trabalhadoras não lhe deu o fumo do dia justificando que ele não tinha se lavado direito durante o banho, conforme indicado. Ele não concordava com aquela fala. No seu entendimento, tinha sim, se lavado e estava tudo bem. A at via ali uma pessoa que conseguia, em meio a tanta opressão, se manifestar, correr o risco de ser tolhido de algo apenas porque ele “não tem o poder da escolha” – pensam. Mas, sim, ele tem o poder da escolha, e isso aparece quando ele opta por não cumprir uma ordem mesmo que isso resulte em um dia sem fumo! Quem conhece instituições totais sabe o significado do fumo nesses lugares. É moeda que circula, que aproxima, que mantém relações, que dispara trocas.

Aladdin sabia se posicionar e mostrar seus limites. A at construía esse reconhecimento e, respeitando-o, buscava construir propostas e alternativas que oferecessem possibilidades, sim, de escolhas.

Cena 5: Em quem confiar?

Uma manhã, em caminhada pelo pátio interno, Aladdin conta que tinha pego escondido, do posto de enfermagem, uma tesoura, pois iriam usá-la para matá-lo. Assim, para se proteger, guardou-a no seu armário de uma porta.

Ao fim do turno, a at se depara com uma questão: como ir embora e deixá-lo com uma tesoura sem comunicar a ninguém? Era isso que deveria ser feito? Surge uma questão e juntos teriam que pensar em alguma alternativa.

Conversaram sobre onde poderiam deixá-la ou para quem entregá-la, mas ele dizia que só entregaria à polícia. Aladdin muitas vezes oferecia à at suas coisas em forma de presente. Lembrando dessa disposição, ela solicita a tesoura, e prontamente ele a entrega. Com a tesoura já na mochila, a at sugere que a deixem na Divisão de Atenção aos Usuários Moradores (DAUM), e ele aceitou. Entraram no grande prédio histórico juntos pela primeira vez. Chegando na sala, que estava vazia, decidiram deixar a tesoura no armário. Aquele foi um dos seus segredos compartilhados. Interessante pensar que Aladdin, depois de 20 anos na instituição, conseguia ainda estabelecer uma relação de cumplicidade com alguém que se apresentava dentro desse hospital. Mostrava que havia brechas de acreditação.

Uma semana depois, espontaneamente ele tira do seu armário e entrega à at um pote grande de açúcar. Aladdin, entre outras coisas, tem diabetes. O açúcar, assim como a tesoura, foi para a DAUM. Mais uma demonstração de que o laço estava estabelecido.

Cena 6: A ida à cidade desejada

Em meio aos acompanhamentos, Aladdin e a at foram à sua cidade natal. O seu forte desejo era voltar a morar lá. E um dos objetivos do AT, enlaçado à direção da desinstitucionalização, era realizar essa transição como forma de dar espaço ao seu pedido.

Procurávamos ser nesse manicômio alguém que olhava pra esse sujeito e autorizava um desejo e um aparecimento tímido, mas esperançoso, de vida. A at estava ali, “disposta a viver um novo fazer pedagógico, um descobrir do cuidado, acompanhamento e preocupação. O caminho a trilhar, juntos, e ao mesmo tempo solitário, em um mundo de ideias e descobertas.” (Oliveira, 2012, p. 2)

Quando chegaram à cidade, foram ao cartório onde há anos Aladdin casara-se. Enquanto esperavam pra ser atendidos no objetivo de retirar cópia da Certidão de Casamento, sentado no banco ele começou a cantar, serenamente. O que significava estar em um cartório onde anos atrás ele selara sua vida à de uma mulher da qual diz não saber o destino? Há dias ele vinha repetindo insisten-

temente que queria voltar à sua cidade de origem. E não era um voltar de passar o dia, era um voltar de verdade, de retomar sua história, de reconstruir, em meio aos pedaços, sua vida. Atentas e alargando fissuras, a gente inventava e fazia o que criava.

Cena 7: Re-tornar

No movimento de se aproximar das possibilidades de moradia fora da instituição, a at convidava Aladdin para caminhar pelo Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Morada São Pedro, separado do hospício por um muro e um portão. Aladdin já morou ali e percebia-se que tinha algo na história que o fazia recordar com dor.

Recordar: Do latim re-cordis, voltar a passar pelo coração.

Fechava-se, assim, qualquer possibilidade de reaproximação com aquele espaço. Ele acompanhava a at até o portão que divide os espaços, mas nunca aceitou o convite de passar para o lado de lá. Referia receio em relação ao guarda do hospital que ficava cuidando o portão. Aladdin dizia: “O guarda. Ele não deixa sair”. Um dia, a at convida Aladdin para “acompanhá-la” na tentativa de transpor o portão, porém colocando o usuário em outro lugar na cena: aquele que acompanha. Ele aceita! Após tanto tempo, com receio dos guardas, mas confiante na pactuação com a at de que no momento em que ele quisesse eles retornariam, Aladdin atravessa o portão dos fundos do hospício.

Naquela tranquila circulação, ele conheceu as trabalhadoras, conheceu a sala da equipe, reencontrou colegas de unidade e, quando se deparou com um antigo trabalhador, disse feliz: “Esse eu conheço. Ele fazia churrasco pra gente”.

O que não era suportado nem em pensamento se reapresentou como uma possibilidade boa e leve de tentar. De apostar na criação de algo diferente.

Cena 8: Imprevistos

Mais um encontro marcado, e a cena está diferente. Quando a at chega na unidade, Aladdin não estava ali na frente como de costume, nem no espaço térreo dentro da unidade, onde a maioria das pessoas ficam a ver o dia passar. A at foi ao seu quarto, no andar

de cima, e lá estava ele, deitado na cama a olhar o teto. Conta que se sentira mal e resolveu deitar para ver se melhorava. A at fala com a técnica de enfermagem, que sobe, realiza algum procedimento e sai. Ali ficaram ele e a at, naquele quarto tão... nada.

Aquela meia porta estranha, uma pessoa deitada que não pediu ajuda ao se sentir mal, a penumbra de um quarto que é o último de um longo corredor com uma janela basculante lá encima, o tal cheiro de hospício, a at. Esta era a cena. Palombini (Ibidem) escreve acerca desse AT que muitas vezes vai acontecer dentro de um quarto. A acompanhante tranquilizou-se, pois não era a primeira vez que Aladdin oferecia essa situação onde seus picos de mal estar aconteciam, sem marcar hora, levando ao exercício de lidar com o imprevisto e aprender com a possibilidade que o inusitado quase sempre nos impõe.

Construindo Palácios

Ao fim do segundo acompanhamento surgiu uma possibilidade de Aladdin reinventar a sua moradia no SRT Morada São Pedro. Entendendo esta como parte de uma transição entre sair da unidade do HPSP e retornar à sua cidade de origem, Aladdin retornava ao residencial. Sempre pensávamos a desinstitucionalização como algo transitório e lento, onde o morador aos poucos vai se territorializando com o novo espaço e conseguindo de modo tranquilo transpor os muros do hospício. Esse tempo é necessário também à equipe de trabalhadoras do SRT, para se vincular com o novo morador, construindo combinações e organizações referentes às novas atividades diárias de vida.

Aladdin, após sua primeira noite na casa nova, ficou muito descontente quando a at chegou para acompanhá-lo de volta à unidade do hospital. Verbalizava que estava se sentindo enganado e que não queria mais ter que dormir na unidade.

Com muita disposição de uma trabalhadora do residencial, essa saída foi acelerada, pois Aladdin mostrava-nos qual era o seu tempo, e nós teríamos que lidar com isso. Era o tempo já transposto de sair da clausura e investir na possibilidade de se libertar das am-

arras e construir outro modo de existir. Aladdin não retornou para a cidade em que tanto desejava morar. Construiu a vida no possível, que lhe acolheu de braços abertos.

Aladdin segurou uma primavera nos dentes, até virar borboleta.

Considerações Finais

Algo que marcou esse AT foi a resistência de Aladdin em aceitar o hospício como moradia, onde ele se deparava com práticas tão desumanas e cruéis. Ali perduram, ainda hoje, violações de Direitos Humanos entranhadas em práticas rotineiras. Vivenciamos com Aladdin o preço alto a ser pago por manter vivo esse movimento de resistência.

O AT fez e faz uma marca muito singular, ao engajar as acompanhantes no compromisso, em primeiro lugar, com o usuário, pautado pela ética do desejo, direcionado à criação de outros modos de existir no mundo. É de suma importância destacar, neste acompanhamento, a forma do enlace construído entre Aladdin e suas ats. Com a primeira at, na Cena 1, aparece o reconhecimento da importância que havia, naquele momento, que Aladdin obtivesse seu dinheiro para realizar determinada atividade de seu interesse, uma vez que se tratava da afirmação de um benefício do qual ele tinha direito de usufruir como sujeito e como cidadão. Já na Cena 4, torna-se evidente que, antes de ter uma responsabilidade com a instituição, o AT permite à acompanhante terapêutica, diante de uma situação de possível risco, manter determinada contratualização com o morador, colocando um pacto ético entre ambos, o qual está pautado pela ética do desejo. Em outras palavras, o AT permite que o desejo de Aladdin ressoe à escuta atenta da at, que está comprometida em trabalhar e intervir a partir dos fragmentos expressos pelo morador, onde a prioridade é o reconhecimento de um sujeito desejante em Aladdin. A intervenção que retira os objetos (tesoura e açúcar) de Aladdin torna-se possível porque há, por parte da at, a legitimação do que é dito pelo morador, ao mesmo tempo em que existe uma preocupação com o fato do morador estar confiando à at possíveis situações de risco.

O desafio colocado nesse acompanhamento era o de viver o AT em um espaço que sempre se caracterizou pela anulação da vida no sujeito. Buscamos um modo de sustentar eticamente o trabalho, apostando na vida escondida dentro dessa instituição manicomial secular que se mantém ainda na capital do Estado que teve a Primeira Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

O Hospital, lugar de cuidado, torna-se lugar de negligência. Vale ressaltar que tal descuido não se dá devido a trabalhadores que são ou deixam de ser compromissados com seu fazer; mas está extremamente arraigado à “ética manicomial”, a uma lógica que tem por princípio a não tomada do outro como um outro-semelhante – como se alguns fossem “mais humanos” que outros. Para além de muros e nomes (manicômio, hospício, hospital psiquiátrico, asilo de doentes mentais), o que está em jogo é a possibilidade de considerar o outro como um outro legítimo, sujeito desejante que está inscrito no circuito da linguagem e, assim, inscrito na cultura. Portanto, não é um determinado conjunto de muros que mantém o manicômio em funcionamento, mas uma maneira de operar que diz de um “manicômio mental” (Pelbart, 1990), onde um indivíduo é destituído do seu lugar de sujeito a partir do momento em que sua palavra não tem valor.

Quem ainda mora nesse hospício espera com esperança e continua pagando com a vida em uma cidade que ainda sustenta espaços de tortura e segregação da diferença. “O problema é que sabemos que sem esperança o que advém é a morte.” (Brasil, 2012, p.12)

Referências

Palombini AL. Acompanhamento Terapêutico (entrevista). *Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro*. 2009 jul ago; 23. p.7.

Brasil RS. Da maquinaria mortífera do manicômio judiciário à invenção da vida: Saídas possíveis [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Barros M. Menino do mato. São Paulo: Leya; 2010.

Oliveira MW. “Attraversiamo!” Narrativas de Percurso: São Leopoldo; 2012.

Frichembruder SC. Os (Des)Encontros da Loucura com as Cidades-Narrativas do Processo de Desinstitucionalização no Território Brasileiro. Porto Alegre: Forma Diagramação; 2011.

Pelbart PP. Manicômio Mental - a outra face da clausura. In: Lancetti A. Saúde Loucura Volume 2. São Paulo: Editora Hucitec; 1990. p.132-40.

Encontrando-se com a cidade, encontrando a si mesmo

Juliana Cordeiro Krug

E se me achar esquisita, respeite também. Até eu fui obrigada a me respeitar.

Clarice Lispector

Conheci Laís¹, 17 anos, em meio a uma crise maníaca grave, que não lhe permitia ficar parada um momento sequer. Enquanto andava pelo Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), seu olhar atravessava as pessoas. Parava apenas diante de objetos que a paravam. Gritava palavrões, falava alto e ofendia a todos a sua volta. Aqui se faz necessário destacar que a crise vivida por Laís estava sendo acolhida, cuidada e acompanhada pela equipe do serviço de saúde mental – serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Laís necessitava de acompanhamento constante, e isso acontecia dentro do serviço, diariamente, à tarde. No final do dia Laís voltava para casa com seu pai. A proposta de andar pelas ruas da cidade com um acompanhante terapêutico (at) surgiu a partir da entrada, no serviço, de um grupo de residentes de Saúde Mental Coletiva, e foi aceito pela equipe de saúde mental como uma aposta possível de reconstrução subjetiva – reconstrução de uma subjetividade esfacelada pelas crises frequentes. O acompanhamento terapêutico (AT) se apresenta como uma aposta de cuidado em um setting terapêutico diferenciado, uma clínica em movimento.

A esse ato de andar, de passear, de ir e de vir conversando, encontrando-se com a cidade, Lancetti (2006) deu o nome de clínica peripatética, inspirado na forma como Aristóteles ensinava aos seus discípulos, andando pelos jardins de Apolo, no Liceu. O conceito de clínica peripatética está aliado ao de clínica ampliada, um trabalho clínico que visa ao sujeito e sua relação com sua doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e au-

¹Nome fictício.

mentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. A clínica ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional; a adscrição de clientela e a construção de vínculo; a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso; e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2006).

Quando colocamos a cidade como setting, o imprevisível está em cena. E o imprevisível é incontrolável. O setting adequado para Laís naquele momento foi a cidade. Porque a cidade pode proporcionar a nós diferentes encontros, inclusive com o inusitado, com o acaso (em seu sentido literal de ocasião imprevista que produz um fato). Acasos que podem e devem ser abordados terapêuticamente, produzindo transformações e agenciamentos. Essa transformação afeta acompanhado e acompanhante. Podemos, assim, junto com Cabral (2005), tomando o acaso como um acontecimento, pensar no AT como produtor de acontecimentos não casuais também-

O movimento de Laís dentro do CAPSi era constante e sem grandes produções. Uma errância diária. O andar apressado, errante, sem borda, intensificava o transbordar incontinente de Laís. Ao inserir a cidade como contexto, o andar apressado ganhava outro lugar, sendo ressignificação. De início, andávamos rápido pelo bairro. Mais tarde, esse andar apressado foi substituído por um passear, e Laís, com olhos curiosos, pôde, aos poucos, enxergar por onde andávamos. Ao apostarmos em outro território (outro setting, outro espaço de produção subjetiva), Laís mudou o modo de andar. Acredito e vejo a cidade como um lugar produtor de subjetividade, rico em encontros e desencontros diversos, que permitiram a construção de narrativas coletivas. Conforme eu também me desafiava a estar na rua com Laís, fui me reinventando como profissional de saúde, como terapeuta ocupacional, como sujeito.

A proposta do AT como um dispositivo clínico surge em meio à Reforma Psiquiátrica e ao Movimento da Luta Antimanicomial. Cabral (2005) ressalta que o AT utiliza o espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico, clínico e político de possíveis transformações na Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma

proposta de clínica em movimento, uma prática itinerante de cuidado. Maria Cristina Carvalho da Silva (apud Cabral, 2005) entende que “a modalidade do acompanhamento terapêutico tira o profissional, o estagiário de um modelo de clínica restrita ao setting, como se o setting fosse feito da concretude das coisas.” Palombini (2008) aborda a relação tempo e espaço com a constituição subjetiva da psicose, considerando que, na atualidade, a clínica da psicose

[...] tem implicado uma transposição do espaço imóvel e fechado do hospital para o terreno vivo, múltiplo e cambiante da cidade, impondo à prática profissional em saúde mental o esforço de buscar pontos de articulação entre os modos de experiência social do espaço e do tempo e a constituição espaço-temporal própria à psicose (Palombini, 2008, p. 23).

No caso de Laís, não estávamos em um hospital psiquiátrico e sim num serviço substitutivo ao modelo manicomial. Todavia, os modos de operar de um serviço totalizante podem repetir-se em serviços substitutivos. A isso damos o nome de manicômio mental, conceito elaborado por Pelbart (1990), quando refletiu que não basta acabar com o manicômio muro e manter o manicômio mental atuante em nosso dia a dia. Desta forma, os serviços devem estar constantemente produzindo reflexão sobre seus atos, oxigenando para não sucumbir, no sentido de retroceder a um tempo no qual as ações supostamente terapêuticas eram a segregação material e simbólica do sujeito. O trabalho em saúde mental solicita, exige o que está fora dos espaços dos serviços de saúde.

A partir das andanças pela cidade, olhando e experimentando tudo que pudesse chamar a atenção, tudo aquilo que se interpunha em nosso caminho – roupas, vitrines, enfeites de cabelo, meninos bonitos, corpos tatuados –, foi possível reconstruir alguns sentidos junto a Laís, os quais, de algum modo, haviam sido destruídos com as crises.

Em meio às nossas andanças pela cidade, introduzi uma atividade da qual eu gosto muito: a fotografia. Emprestei meu dese-

jo de fotografar à Laís, e nossos percursos passaram a ser registrados. Ora tirava fotos da rua e seus movimentos, ora fazíamos pose para fotografar. A máquina era digital, e, tão logo tirávamos a foto, olhávamos o resultado. As fotos iam sendo armazenadas no computador do serviço. Eu, como terapeuta ocupacional, ia produzindo questionamentos do que fazer com as fotos. Um dia, para minha surpresa e alegria, Laís quis montar um Orkut² para mostrar suas fotos. Aqui, sob a perspectiva da terapia ocupacional, a proposição de uma atividade fez emergir produção de vida: porque Laís ampliou seu repertório de fala e expressão a partir de nossas saídas e do fotografar; em seu dia a dia, pôde falar das fotos que tirava em nossas andanças; passear pela cidade e fotografar foram propulsores de potência para ressignificar suas relações e restabelecer alguns contratos de afetos e mensagens. Tanto o passear quanto o fotografar constituem

Percursos e itinerários que propiciam ressignificar a noção de atividade, inscrita nas interações entre as pessoas e os contextos, na produção das possibilidades materiais, subjetivas, sociais e culturais que viabilizam os diferentes modos de estar no mundo. Projetos orientados para o cuidado do sofrimento, a atividade de novas formas de sociabilidade, de linguagem, de reapropriação das histórias e narrativas de vida – criação de novos contextos, produção de redes de trocas, invenção de vias para viver na cidade, transformação do cotidiano de vida –, projetos de produção de sentido (Mângia, Nicácio, 2001, p. 77).

Para Quarentei (2007), a utilização de atividades como território de expressão e criação de afetos está fortemente associada à compreensão das processualidades e das potências do fazer humano. Sob esse olhar, a terapia ocupacional entende a atividade humana como propulsora da criação de sentidos existenciais. At-

²O Orkut é uma rede social da internet, filiada ao Google, que tem como objetivo ajudar seus membros a conhecer pessoas, fazer amigos e manter relacionamentos.

ráveis da produção concreta do cotidiano – andando pela cidade, paquerando, atravessando a rua, tomando um suco na padaria da esquina –, potencializamos a possibilidade de reconhecimento do sujeito como protagonista de seus atos, criações, conflitos e contradições. Um reconhecimento que emerge do empoderamento e enfrentamento das ações diárias.

Laís e eu gostávamos muito da lancheria que servia uma variedade muito grande de sucos, no centro da cidade. Após várias idas à mesma lancheria, ensaiado o momento em que faria o pedido, Laís pediu o suco e pagou-o sozinha, sem a minha intervenção. Este dia foi muito bom, fiquei radiante com a sua conquista e por fazer parte desse processo.

Já no fim do ano, Laís aceitou participar da festa do serviço – feita para adolescentes e crianças, marcou meu último encontro com Laís. Na festa, percebi que Laís desejava estar com os demais adolescentes, porém não conseguia chegar no grupo que, naquele momento, assistia vídeos na televisão. Sem pensar duas vezes, fui ao encontro dos adolescentes, e Laís foi junto. Em seguida, ela se apresentou e puxou conversa com o grupo. Foi preciso que eu jogasse o corpo na cena, mais uma vez, criar acontecimento, dar um empurrãozinho, para que Laís pudesse ensaiar sua inserção. O acontecimento, ao qual me refiro, é construído com base nas teorias de Nietzsche e Deleuze, e está na ordem do inusitado.

O acontecimento fala por si e rompe com todas as certezas e evidências do que nos parece mais sagrado. Neste sentido, o acontecimento rompe com a linearidade do tempo, funda um tempo outro no qual presente, passado e futuro co-existem (Mairesse, 2003, p. 261).

Última imagem que guardo de Laís: ela chegou de mansinho e puxou conversa com um menino adolescente que participava da festa do serviço. “Tua namorada não vem?” – perguntou ela, e seguiu a paquera. Laís estava pronta para conquistar novas amizades e amores, não precisava mais de meu AT para voltar a viver. Essa cena marca nossa despedida.

Muitas intervenções tiveram intencionalidade clara: produzir ressignificações subjetivas que pudessem dar suporte e fazer borda a um sujeito em erupção. Essas intervenções cumpriram função de ressignificar o lugar de Laís como adolescente que podia e devia fazer coisas de adolescente. O processo terapêutico de Laís, sem dúvida, foi muito intenso. Tanto para ela, quanto para mim. Nesse processo, acompanhante (eu) e acompanhada (Laís) saímos modificadas, e a vida foi (re)inventada.

Referências

- Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Programa Nacional de Humanização. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Cabral KV. Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o setting. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia social e institucional, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005
- Fagundes SMS. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.
- Krug JC. Alta e reinserção social de usuários egressos do Centro de Atenção Psicossocial II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Faculdade de Terapia Ocupacional. Disponível na biblioteca central do Centro Metodista IPA. Porto Alegre, 2008.
- Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Mângia E, Nicácio FF. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC (org.) Terapia Ocupacional no Brasil: Desafios e Perspectivas. 2.ed. São Paulo: Plexus, p.63-8.
- Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão anti-manicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-66.
- Palombini AL et al. Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- Pelbart PP. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, organizador. Saúdeloucura 2. São Paulo: Hucitec, 1990, p.131-47. Pitta AMF (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2.ed. Campo Belo: Hucitec, 1996.
- Quarentei MS. T.O. como Produção de Vida, 2007. Disponível em: <<http://coletivoocupacional.arteblog.com.br/1920/T-O-como-producao-de-vida/>> Acesso em: 20 ago. 2010.
- Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

Redes(cobertas) de um certo acompanhamento terapêutico

Juliana Tavares Ferreira
Leo Jaime da Silva

Contextualizando alguns conceitos e históricos da saúde mental

Esta história e o que vivenciamos parte de um estar residentes de primeiro ano. No período de dois anos da Residência (2013/2014), tivemos nossas primeiras incursões com o tema e o conceito do Acompanhamento Terapêutico (AT), mas foi em um serviço substitutivo de saúde mental, um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que pudemos, de fato, desenvolver e viver o AT em toda a sua potência e com a coragem que tal proposta requer, no sentido de exercer outro modo de clínica, a clínica ampliada, uma clínica em movimento.

Para entendermos melhor como redes(cobrimos) o AT, faz-se necessário contextualizar que, a partir da Reforma Psiquiátrica, a discussão de um cuidado em saúde mental é introduzida tendo como princípios a liberdade (cuidado no território) e a produção da autonomia e da cidadania do dito “louco”. Inaugura-se um corajoso e potente modo de conceber a loucura e o seu cuidado, assim como se coloca em discussão a relação entre trabalhador de saúde e usuário, num sentido de horizontalidade, corresponsabilização e implicação, nesse processo de cuidado e de produção de autonomia e de vida. Como consequência, ocorre uma mudança radical de paradigma, de um lugar fechado, num modo prescritivo e biopatológico, passa-se para um cuidado em liberdade, no território, acionando redes afetivas e de serviços públicos, sob a facilitação de uma equipe multiprofissional, num modo inventivo e relacional na produção de saúde entre trabalhador, usuário, família, redes afetivas e de serviços.

Essa mudança de paradigma provoca, até os dias de hoje, um constante questionamento e importantes reflexões de como acolher/cuidar em saúde mental. Como ofertar suporte para quem

está em surto ou sofrendo intensamente? Perguntas como essa e outras tantas inquietações e reflexões perpassaram intensamente as nossas práticas e a nossa vida. Nessa tentativa de encontrar pistas, e não respostas, para as inquietações e tensões a que esse novo paradigma nos convoca, recorreremos à saúde coletiva, em razão da influência muito importante e direta que esta representa para a Reforma Psiquiátrica e seus novos paradigmas. A saúde coletiva aponta-nos caminhos possíveis, ou suportes, a essa prática em liberdade, territorial, coletiva/social e multiprofissional.

A saúde coletiva, suas ideias, conceitos e paradigmas, desenvolve-se em paralelo à Reforma Psiquiátrica, apoiando a mesma, no sentido da coragem e da inventividade de novas relações e práticas de cuidado em saúde mental. Um dos principais teóricos da saúde coletiva desenvolveu um conceito muito importante, no qual a saúde mental pode se apoiar, que é o de Clínica Ampliada. Segundo Gastão Wagner Campos, a clínica ampliada considera os problemas de saúde com base nas situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas, não havendo problema de saúde ou doença que não esteja encarnado em sujeitos, em pessoas – assim, além de buscar a produção de saúde, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários (Campos, 2007). Tal modo de pensar o fazer clínico envolve trabalhar as dimensões políticas, individuais e sociais do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, exigindo novos conhecimentos e experimentações na realidade.

Ainda nessa linha, Analice de Lima Palombini propõe, para o campo da saúde mental, a noção de clínica em movimento. A partir de uma prática compartilhada com outros profissionais e usuários de saúde mental, problematiza a noção de tempo e espaço da clínica asilar para refletir e construir práticas que comungam com a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, o qual se coloca como desafio aos trabalhadores de saúde e para a sociedade como um todo. Ou seja, a noção de clínica em movimento ganha corpo quando “propõem-se a desmontagem dos clichês, dos saberes consagrados e se [lança] em um espaço aberto de atuação, sem fronteiras demarcadas, e sem medidas prévias de tempo” (Palombini, 2004, p.24).

Reforçando a concepção de uma clínica em movimento, que dispare processos de desinstitucionalização e de interrogação do lugar da loucura na nossa sociedade, Lobosque afirma que:

trata-se de encontrar uma nova habitação para a Loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não. (LOBOSQUE, 2003, p. 17)

Nesse sentido, precisamos conceber uma clínica que não dissocie o sujeito do seu contexto de vida e que busque superar o modelo tradicional, entre quatro paredes, para acompanhá-lo ali, onde a vida se faz em ato, explorando outros espaços, outros territórios, principalmente quando pensamos em sujeitos que vivem no seu mundo, numa realidade muito particular. O acesso a eles será de outra maneira, experimentando situações, elementos que o façam se vincular ainda que por alguns momentos e que lhes ajudem a entender e conviver com a sua forma inusitada de organização e com o meio em que vivem,

Assim, com a Reforma Psiquiátrica, o desenvolvimento da Saúde Coletiva, e as inquietações e tensões que esses novos paradigmas inauguram, provoca-se o surgimento de possíveis respostas para a realidade vivida. Nessa perspectiva, inclui-se o AT, que:

constitui-se, então, em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende mover-se. Ao dizer isso não se pretende afirmá-lo como mais um especialismo, [...]. Estamos falando do acompanhamento terapêutico como uma ferramenta, ao alcance de qualquer um disposto a caminhar nessa direção. Sendo uma clínica que se faz a

céu aberto, aberta aos múltiplos territórios que se inter cruzam na cidade, a experiência suscitada pelo acompanhamento terapêutico desvela a possibilidade de operar a clínica nesse registro em que a guerra, a conflitualidade, o imprevisto têm lugar. É indiferente se o espaço da cidade toma aqui a forma de uma rua, uma praça, uma cama ou um quarto, quando se considera que cada um desses territórios pode revelar-se poroso à matéria do mundo para além de suas fronteiras mais ou menos estreitas, e que se os habita na perspectiva em aberto, conflitiva, de um itinerário por vir. (Palombini, Cabral, Belloc. 2005, p.46)

Ou seja, atuar numa lógica de AT envolve uma disponibilidade de sentir-pensar-agir no território vivencial de quem se acompanha. Para isso, faz-se necessário colocarmos em suspenso as nossas aprendizagens e verdades acadêmicas, no sentido de questionar a cultura em que estamos inseridos. Exige, ainda, um constante estar atento aos detalhes e à simplicidade das relações e dos trânsitos que se estabelecerão com o acompanhado e seu contexto familiar, social, etc.

O AT engendra outras dimensões de cuidado e, consequentemente, de estar na relação com o acompanhado. Assim, agencia e transversaliza a dimensão do território, da circulação pela cidade, com os encontros com outras pessoas, coisas, serviços, espaços culturais. Agencia e transversaliza a dimensão das histórias de vida do acompanhado e do acompanhante, a dimensão do inusitado e da vida se fazendo em ato.

Dito isso, considerando a complexidade desse conceito e dessa possibilidade de atuação em saúde mental, gostaríamos de passar a uma narrativa/descrição vivida na nossa prática como residentes num SRT.

Vivenciando a possibilidade de um modo AT

O encontro com o SRT ocorreu através da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da qual fizemos parte por dois anos. No primeiro ano, escolhemos como cenário de prática o SRT Morada São Pedro. Após seis meses vivenciando esse serviço e aos poucos conhecendo os moradores e a equipe que ofertava cuidado nesse local, conhecemos um morador que chamou a atenção por trazer consigo uma história de vida carregada de música – diz-se que já tocou com a talentosa cantora Elis Regina, e é conhecido por tocar pandeiro e gostar muito de uma roda de samba. Em um dado momento, nas reuniões do serviço, situações protagonizadas pelo morador começaram a ser foco de discussão da equipe e do técnico de referência. A situação era a seguinte: o morador, segundo a equipe, “fugia” da sua casa, na maioria das vezes à noite, sendo que às vezes retornava e outras vezes não. Esse fato não era novo, ele já tinha esse costume, segundo os trabalhadores mais antigos do serviço; porém, a frequência era bem espaçada, ao contrário do que estava ocorrendo naquele momento, quando ele vinha “fugindo” semanalmente.

Ficamos atentos e intrigados com o fato relatado pela equipe: por que se nomeava isso de “fuga”? A equipe considerou aumentar a medicação para supostamente acalmar o morador durante a noite. Questionou-se o plantão da noite, se estava ministrando corretamente os medicamentos e dando apoio para a situação. Nos últimos tempos, o morador estava participando de um grupo de teatro e especulou-se encerrar seu vínculo com o grupo, pois a volta aos palcos estaria sendo um estímulo para suas saídas. Pensando numa lógica manicomial, essas são questões ou procedimentos padrão de se desenvolver numa situação caracterizada como fuga. No entanto, passamos a considerar a questão na perspectiva da Saúde Mental Coletiva, primeiramente problematizando a palavra “fuga” e a naturalização de seu uso no que toca ao comportamento desse morador. Ora, não se questionava por que ele voltara a realizar suas saídas noturnas: necessidade de uma vida social? vontade de divertir-se à noite? de paquerar, de namorar, de se relacionar sexual

e afetivamente com alguém? Apelar para mais medicação, no intuito de acalmá-lo, seria forma de apoiá-lo? Propúnhamos à equipe um exercício de questionamento coletivo, de forma a desconstruir supostas obviedades que emergem para reafirmar práticas ainda arraigadas em nós.

Essas foram algumas questões que nos motivaram a repensar e refletir sobre a situação desse morador. Por meio delas, chegamos a algumas possibilidades para apoiar o morador e a equipe. Como não éramos referência para nenhuma casa ou morador em específico, ficávamos na retaguarda da equipe e acompanhando os moradores nos acontecimentos da vida cotidiana. Assim, desenvolvemos um modo AT de estar naquele serviço, disponíveis para a equipe e para os moradores que o necessitassem, e nos ocorreu que poderia ser uma forma de atuar também naquela situação específica.

Dessa maneira combinamos que, uma vez percebida a ausência do morador, fôssemos acionados. A primeira vez que isso aconteceu foi num fim de tarde. Ao invés de irmos para o seminário teórico da Residência, fomos à busca do morador. Dividimo-nos, com mais colegas, entre a Avenida Borges de Medeiros e o Mercado Público. Encontramos o morador numa parada de ônibus, e a primeira coisa que pensamos é que ele poderia estar com fome. Convidamo-lo para jantar, depois o convidamos para retornar para casa, e ele aceitou prontamente. Na oportunidade, conversamos com comerciantes da região e descobrimos que ele já era conhecido por ali. A partir disso, mapeamos a rede que ele havia tecido nas imediações daquele lugar, uma vez que esses comerciantes ofereciam-lhe abrigo e algum alimento, sempre que aparecia por lá. Segundo informações dos trabalhadores mais antigos, ele sempre teve o mesmo comportamento. Ia até a Avenida Borges de Medeiros, porque ali ficavam os bares e casas noturnas, a boemia, que ele frequentava cantando e se divertindo.

Na segunda vez em que o morador se ausentou do residencial à noite, esteve por mais tempo na rua, sendo procurado pela equipe. Afinal, foi encontrado novamente na Avenida Borges de Medeiros. Convidado, mais uma vez, para jantar, aceitou, mas,

quando se falou em ir para casa, sinalizou que não.

Após alguns minutos de negociação, sem sucesso, percebemo-nos, naquele momento, reproduzindo práticas tradicionais de um suposto cuidado. O morador, com dificuldade de comunicação verbal, estava sem dinheiro e sem documentos, perdido no centro da cidade, cujos perigos eram muito presentes em nosso imaginário de jovens do interior. Era óbvia a necessidade de corrermos para casa, mas todas essas demandas, importantes para nós, pelo visto não faziam sentido nenhum ao nosso amigo.

Decidimos, então, ficar na rua. Estar junto, circular pelo centro e tentar achar uma roda de samba ou outro lugar de sua preferência. Essa segunda sugestão foi prontamente atendida por ele, que já saiu caminhando, em direção à Rua da Praia. Estava escuro e havia pouca coisa acontecendo naquela noite. Afinal, deparamo-nos com uma boate, que tocava funk a “todo vapor”. Ele parou, olhou, escutou, ficou um tempo por ali e sinalizou que iria entrar, concordamos com a sua escolha e fomos juntos.

Na entrada, fomos todos revistados, “dos pés à cabeça”. Em especial, o busto feminino se tornou alvo de um possível esconderijo de armas ou drogas, pois foi minuciosamente revistado. Que sufoco! Mas conseguimos entrar. O morador já chegou “rasgando”, abordou direto umas mulheres que estavam dançando e, sem sucesso, veio na nossa direção. Seguimos dançando, dando risadas, divertindo-nos, bebendo uma única cerveja e depois muita água. Chegou o momento em que nosso amigo decidiu deixar o local, e, mais uma vez, fomos juntos. Falamos em voltar para casa, ele concordou e se direcionou para o ponto de taxi que havia ali perto.

Essa incursão com o morador nos proporcionou conhecer um pouco mais do seu território, bem como da cidade de Porto Alegre. Chegamos à conclusão, nós residentes, que, caso isso não tivesse acontecido, provavelmente jamais iríamos pensar em nos divertir naquela boate. Também nos fez repensar as verdades e preconceitos com relação à circulação pelo centro da cidade, tão desvalorizado e desacreditado.

No serviço, junto à equipe, as reverberações de nossa aventura foram grandes. Conseguimos mostrar um pouco, na prática, o

que era esse suposto modo AT de estar no serviço e de agir com os moradores. Relembrando algumas falas: “Hum, então é isso que ele faz quando sai do Morada!”; “Olha só, ele foi se divertir!”; “Nossa, ele foi numa boate, dançar!”; “E vocês, foram junto com ele? Acompanharam ele na festa?”; “Está bem, mas quem vai poder fazer isso com ele? Só fica uma pessoa à noite, como vamos dar conta disso?” Desde então, não se falou mais em fuga, pois foi possível compreender o sentido das suas saídas à noite – sentido esse, semelhante ao nosso, que envolve buscar diversão, confraternizar com os amigos, comemorar, namorar, paquerar, enfim, inúmeras possibilidades e liberdade de se fazer numa noite. Além disso, pudemos descobrir o que é a proposta do AT, refletir sobre ela e avançarmos na implicação da equipe com essa prática. Assim, na possibilidade de composição com o morador, o seu técnico de referência propôs acompanhá-lo a happy hours, saídas na final da tarde, início da noite, indo a bares e rodas de samba.

Buscou-se, ainda, trabalhar com o morador a organização financeira, porte de documentos e outras questões práticas que serviriam para ajudá-lo a sair, considerando a possibilidade de voltar, ou não, mas movido pelo seu querer em vez de um não saber. Buscou-se produzir autonomia e qualidade de vida, promovendo sua desinstitucionalização.

Algumas reflexões sobre o modo AT de estar

Essas breves considerações sobre o modo AT de estar remetem-nos a pensar na perspectiva do AT como um dispositivo que agencia processos de reflexão e inquietação e que, ao mesmo tempo, produz passagens, possibilita viver e comungar em ato com o outro a potência de acompanhar e ser acompanhado. Conforme Palombini (2006), para se pensar no AT como um dispositivo é necessário retomar a concepção de dispositivo em Foucault, qual seja:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...] [de modo que] o dito e o não dito são os elementos do dispositivo (Foucault, 1986, p.244)

Dessa forma, ainda nas palavras de Palombini (2006), o dispositivo é a trama que se pode estabelecer entre os elementos citados anteriormente. O AT, por sua vez, é essa rede que agencia, conecta os elementos desse conjunto, que os coloca a operar. Por fim dizemos que, entre tantas definições possíveis, entendemos o AT ou o modo AT de estar como algo que requer desconstrução, entrega e liberdade.

Desconstrução, tanto do lugar de poder ocupado por nós, trabalhadores, como dos conceitos de certo e errado que carregamos. Desconstrução da ideia de que o sujeito não sabe o que é melhor para si, de que não sabe transitar na cidade, conviver em sociedade, entre tantas outras supostas verdades que aprendemos ao longo da vida e, especialmente, ao longo da formação profissional.

Entrega, pois não há como seguir o outro sem entregar o próprio corpo à experiência, e, ousamos dizer, o contrário disso é a tutela. Seguir ou ser seguido pode ser a diferença fundamental entre uma verdadeira experiência de AT e uma visita guiada a qualquer ponto da cidade. Ou seja, exercer uma experiência de AT é a todo momento atuar e viver a radicalidade da alteridade na relação com o outro, convidando-nos a um exercício contínuo de composição e fluidez de subjetividades pela cidade, pelos espaços de circulação da vida.

Liberdade para desconstruir; liberdade para entregar o próprio corpo, estar livre para viver tudo isso, para contar a história e para, ao final, poder duvidar dela. Duvidar dela porque, apesar do entusiasmo e da sensação de ter vivido uma experiência interessante, não esperamos com isso ter a última palavra sobre o AT. A história é cheia de possibilidades, e o que oferecemos nesse texto é

uma interpretação possível, sobre a noite em que entregamos nossos corpos à dúvida. Para que as experiências de atenção à saúde do outro se dêem realmente em liberdade, serão necessárias ainda muitas noites, em cidades onde a loucura e o cuidado não tenham endereço fixo.

Referências

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
Lobosque AM. *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.

Palombini AL et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Proto Alegre. Editora da UFRGS; 2004.

Palombini AL. *Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político*. *Psychê*. 2006; 10(18):115-27.

Palombini AL, Cabral KV, Belloc MM. *Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade*. *Estilos da Clínica*. 2005; 10(19):32-59.

O que o não-saber de Davi e Franco faz estilhaçar na cidade saturada de sentidos?¹

*Raphael Vaz Rocha
Marcelo Santana Ferreira*

Costuma-se dizer que o mais difícil na travessia é o primeiro passo. Possivelmente. Sair do lugar é haver-se com o risco do desequilíbrio. Caminho. Da experiência com a loucura tenho vivido a inquietação do encontro com a cidade e com o morar. Pequenas distâncias entre o limite e as incertezas de caminhar por um território fronteiriço. A casa e a rua, o trabalho e a amizade, a clínica e a política.

Em 2009, andava pelas ruas de Paracambi² com o Davi, à procura de uma padaria para sentar, conversar e nos recuperar dos efeitos da tarde de sol: “Me conta como anda a sua vida, o que você está fazendo?”. Iríamos prosseguir em direção à senhoria de Davi, pois era o dia de pagamento do aluguel. Ao sairmos da padaria, com duas latas de refrigerante e mais recompostos do calor, tive uma surpresa: ele não sabia abrir a latinha.

Seguindo os passos do professor Luis Antônio Baptista, no seu encontro com Franco Fuzzi na Itália, também deparamo-nos com trilhas que não estão no mapa. Apesar de estar fora do Lolli³ desde 1982, Franco não consegue fazer amigos. É cumprimentado

¹Questão inspirada no livro “O veludo, o vidro e o plástico. Desigualdade e diversidade na metrópole” de Luis Antonio Baptista.

²A Casa de Saúde Dr. Eiras (CSDE), localizada no município de Paracambi (RJ), mantinha 2.550 leitos psiquiátricos. Denúncias de desnutrição, maus-tratos, torturas e elevado número de morte de pacientes, alinhadas à política nacional de desinstitucionalização da loucura, foram disparadores, em 2004, de uma intervenção técnica e gerencial da secretaria de saúde do município, articulada à secretaria estadual de saúde e à coordenação nacional de saúde mental. Em 2011 a CSDE é fechada após um longo processo de desinstitucionalização. Paracambi formou uma rede de assistência, composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e vinte serviços residenciais terapêuticos, que acolhem 160 egressos do manicômio.

³Franco Fuzzi viveu 32 anos internado no hospital psiquiátrico Lolli em Ímola, Itália.

nas ruas, recebe elogios, frequenta o bar, mas vive só: “gostaria de sair com amigos para comer uma pizza ou quem sabe jogar baralho, comer um bom churrasco”. (Baptista, 2001, p.75).

Habilitá-los a apropriarem-se dos códigos da cultura produzidos durante o longo período em que estiveram internados; seria percorrer a travessia que se faz, no limiar entre o exílio e a cidadania. Nos percursos que experimentamos, sutis ramificações se apresentam, escapando ao contorno da cidadania. Com o fechamento dos manicômios e a inserção dos loucos na comunidade, uma infinidade de questões são disparadas, atingindo modos hegemônicos de viver e de morar.

Egresso da Colônia Juliano Moreira⁴, Arlindo recolhe o lixo descartado pelas ruas e leva-o para dentro de casa. Trabalha artesanalmente com este material. Resignifica as sobras da civilização deixadas pelo caminho. Batizou de Mulher-cobra a montagem que realizou com um par de óculos, barbantes, miçangas, um pijama velho e um galho seco de árvore. Quanto ao lixo, além de guardá-lo dentro de casa, ocupa o corredor, a varanda e o pátio do condomínio onde mora com outras famílias. Tornou o espaço, ao mesmo tempo, local de moradia, oficina e depósito.

Com a sua pequena carroça, foi acumulando tanto material que a vizinhança, preocupada, resolveu intervir: isto é caso de saúde pública!

Que modos de existência estão sendo forjados nesta impermeabilidade entre a casa e a cidade? Quais os efeitos dessa experiência de dissolução dos limites da casa, na cidade que possui inclinação para as cercas, muros e grades? Como o artista plástico abriria a hermética embalagem da cidade-refrigerante

Davi procura o silêncio
nas coisas que não têm nome.

Franco nos instaura o inacabamento.

⁴A Colônia Juliano Moreira foi inaugurada em 1924, no Rio de Janeiro, para receber os internos da antiga Colônia de Alienados da Ilha do Governador (RJ). Ao longo de cinco décadas, este hospital psiquiátrico funcionou “como destino final para pacientes considerados irrecuperáveis”. No início dos anos 1980, a instituição iniciou um processo de reorientação da assistência prestada de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica.

E Arlindo quer a poesia.

Vive diariamente a desinventar objetos⁵,
inventando descobrimentos⁶,
reinventando-se.

Rejeita conselhos, fórmulas
e ser tratado como uma espécie
de orquídea rara.

Ao acompanhar Davi, Franco e Arlindo tornamo-nos testemunhas⁷ de imagens que fazem alterar caminhos e rotas previsíveis; experiências que interrogam uma certa naturalização do viver.

Ouvir e contar as histórias da loucura

Os trabalhadores de Saúde Mental, implicados no processo dedesinstitucionalização dos manicômios, estavam em silêncio. Mas o silêncio não era “ausência de palavras”. Ao contrário, a ciência havia ampliado o vocabulário sobre a loucura. Desde “O Alienista”, publicado em 1882, a loucura havia se capilarizado tanto que, no século XXI, encontrávamos mais de uma dezena de nomes para referirmo-nos à experiência descrita por Machado de Assis. O silêncio dos trabalhadores que retiravam os pacientes da Casa de Saúde Dr.Eiras e da Colônia Juliano Moreira era de histórias.

O triunfo da psiquiatria e da psicologia havia soterrado os saberes e as tradições populares sobre a loucura, reduzindo-a a uma experiência científica. Na esteira do progresso científico, tornáva-

⁵Barros, 2010, p.300.

⁶Barros, 2010, p.287.

⁷No livro “É isto um homem?”, Primo Levi relata as experiências no campo de Auschwitz, durante o nazismo. Descreve um sonho recorrente entre os judeus prisioneiros. Sonha que está fora dos muros do campo de extermínio. No sonho havia conseguido ultrapassar os muros e escapar da vigilância dos soldados alemães. Do lado de fora, encontra uma pessoa e inicia o relato do horror que se impõe ao povo judeu em Auschwitz. Durante o relato, Primo Levi assiste o seu interlocutor ir embora. Àqueles que não vão embora diante do seu interlocutor apesar da narração insuportável, Gagnebin (1982) nomeou-os de testemunhas, Neste sentido compreendemos testemunha como aquela que, diante da palavra que não encontra audiência, consegue relançar as questões.

mo-nos cada vez menos capazes de narrar as imagens, texturas e gestos da loucura.

Um fato ocorrido em um CAPS do Rio de Janeiro, descrito por um aluno da Universidade Federal Fluminense - UFF⁸, revela a ponta deste processo. O aluno conta que, durante a reunião de equipe, os participantes são informados que o paciente Jorge da Silva⁹ havia sido internado em uma emergência psiquiátrica. As expressões do grupo não deixavam dúvida: ignoravam quem era o referido. Alguém pede o prontuário. Abrem e procuram o CID¹⁰, impresso nas primeiras páginas. Dizem o diagnóstico. A equipe logo o identifica: “é aquele paranóico que faz uso de drogas, lembram?”. O espanto seguinte foi ainda maior: o prontuário tinha a foto do paciente.

No manicômio judiciário Heitor Carrilho (RJ), outro episódio irá compor o extenso espectro de acontecimentos, produzidos devido ao avanço da técnica em detrimento da experiência (Benjamin, 1994). A psicóloga buscava conhecer a história de um paciente, com longo regime de internação. Durante a leitura do prontuário, ela conta que apenas uma informação lhe saltou aos olhos: ele gostava de fotografar (Knijnik, 2009). Todo o restante das páginas havia sido preenchido com informações repetitivas e que não lhe diziam nada sobre aquela pessoa.

O predomínio da técnica e das informações haveria decretado a morte das narrativas?

Walter Benjamin (1994) descreve a história do soldado que retorna da guerra e não consegue dizer o que havia acontecido nos campos de batalha. O homem, tornado soldado diante da iminência do confronto, não encontrava referência nas suas experiências para descrever o que havia vivido nas trincheiras. Entre a guerra, que havia sido dominada pelo avanço da tecnologia militar, e as palavras que pudessem descrever o que havia sido vivido, Benjamin percebe a existência de uma descontinuidade: a técnica avança numa velocidade superior à linguagem.

⁸Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Estudos da Subjetividade: Subjetividade, Política e Exclusão Social.

⁹Nome fictício.

¹⁰Classificação Internacional das Doenças.

No livro “Fábrica de Interiores” (Baptista, 2000), o leitor é conduzido a uma reunião clínica do Hospital Psiquiátrico Pedro II (RJ). Uma estagiária do curso de psicologia descreve, ao supervisor, as suas impressões sobre a paciente, durante a entrevista diagnóstica. Como traduzir esta experiência, desinvestido do esforço em explicar e decifrar o outro? Onde a estagiária buscaria as palavras que pudessem explicitar o que foi vivido? Após a dissertação, a aluna é surpreendida com a pergunta do supervisor: qual a cor dos olhos da paciente? O que seria a intervenção, senão o desejo de ouvir uma história?

Na contramão do racionalismo dominante, duas pesquisadoras do Rio Grande do Sul, Knijnik e Guizzo (2012), relatam no livro “Por que a cidade?” uma experiência narrativa. A partir de um dispositivo nomeado “Troca de segredos”, as pesquisadoras “circulam” pelas cidades com um carrinho de cachorro quente “em busca da possibilidade de construir conjuntamente pequenas histórias”.

Ao contar estas histórias, os germes de outras histórias se cruzam, fazendo emergir as esperanças não realizadas e o apelo para que o futuro seja diferente (Gagnebin, 1982).

O que poderia acontecer ao condomínio de classe média com a circulação de pacientes?

As famílias de um condomínio em Jacarepaguá estavam resistentes quanto à chegada de quatro mulheres vindas da Colônia Juliano Moreira. A posição das famílias que moravam no prédio era coerente ao imaginário popular sobre a loucura, ocupado pelo sentido da violência. Apesar disso, o cotidiano produziu caminhos que desacomodaram a experiência confinada em seu sentido.

Havia chegado o dia da mudança, e, no portão do condomínio, o caminhão de mobília pedia passagem. O síndico do prédio estava de prontidão e não teve dúvidas: colocou-se em frente ao caminhão, proibindo o acesso da loucura. Após muita negociação, conseguiram cruzar o portão, e as moradoras puderam ocupar o apartamento alugado.

Algum tempo depois, o psicólogo – que era referência das mulheres no processo de desinstitucionalização – e o porteiro do prédio se encontraram. Conversaram sobre o ocorrido e sobre um acontecimento que havia modificado a opinião do porteiro sobre as moradoras recém-chegadas. Contou ao psicólogo que a sua esposa estava grávida e que havia colocado uma “lista de fraldas” na portaria do prédio. Disse que trabalha no prédio há mais de dez anos e que conhece todos os moradores. No entanto, as únicas pessoas que compraram um presente para o seu filho foram “as meninas da Colônia”.

Mais do que confirmar a possibilidade de uma convivência pacífica, o presente ao filho do porteiro fez estremecer a rigidez da identidade conhecida. A delicadeza do gesto contrastava com o sentido historicamente atribuído à loucura.

A importância da cena é que ela faz aparecer a rigidez de outras identidades. “As meninas da Colônia” não eram as únicas que estavam encobertas por um sentido. O homem que há dez anos abria e fechava as portas do prédio havia se tornado pai, mas ninguém conseguia olhar para o homem. Só para o uniforme. Ele achou que poderia ser olhado como pai. Apesar do apelo, os moradores do prédio não puderam enxergá-lo de outro modo. Aquele uniforme era impermeável a outras possibilidades do olhar.

Referências

Baptista LA. Fábrica de interiores: A formação psi em questão. Niterói: Eduff; 2000.

Baptista L. Narrações Contemporâneas: vagabundos e turistas nas práticas de saúde mental. In: Jacó-Villa AM, Cerezo AC, Rodrigues HBC. Clio-Psyché Hoje- Fazeres e dizeres PSI na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; FAPERJ; 2001.

Barros M. Poesia Completa. São Paulo: Leya; 2010.

Benjamin W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin W. Obras Escolhidas – Volume 1: Magia, Técnica, Arte e Política. 3 ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p.197-221.

Benjamin W. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In: Benjamin W. Obras Escolhidas – Volume 1: Magia, Técnica, Arte e Política. 3 ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p.165-96.

Gagnebin JM. Walter Benjamin: Os cacos da história. São Paulo: Brasiliense; 1982.

Knijnik C, Guizzo I. Troca de segredos: um dispositivo que contagia experiência. In: Baptista LA, Ferreira MS. Por que a cidade? Escritos sobre experiência urbana e subjetividade. Niterói: Eduff; 2012

Knijnik C. Cacos urbanos: gesto, cidade e narração [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2009.

*Rafael Wolski de Oliveira
Daniele Fraga Dalmaso
Stelamaris Glück Tinoco*

Introdução

A desinstitucionalização da loucura tem se consolidado como uma diretriz – em âmbito nacional – que proporciona outro lugar social para os usuários da saúde mental e/ou ex-moradores de instituições psiquiátricas, assim como direciona outro modelo de cuidado. Essas mudanças inauguram diferentes práticas territoriais e novos saberes em saúde. As ações preconizadas pelas políticas de saúde mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, colocaram em prática a criação, em todo o país, de uma gama de dispositivos e serviços substitutivos ao manicômio.

Se, por um lado, percebemos nos últimos anos um crescimento nos investimentos em serviços substitutivos ao modelo manicomial e a consequente ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas de Trabalho e Geração de Renda, Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica e leitos de internação em hospitais gerais; por outro lado, vivemos um momento em que ainda é presente a prática do confinamento da loucura. Seja nas chamadas Comunidades Terapêuticas ou Casas Asilares que se proliferam silenciosamente, ou nos ainda existentes Hospitais Psiquiátricos, que abrigam usuários de longa permanência e se fortalecem com a demanda por internações breves.

Dessa forma, para romper a lógica da segregação e do confinamento, faz-se necessário uma série de ações interligadas que produzam cuidado e atenção em saúde, fortalecimento da rede, ampliação do acesso ao tratamento no território e fechamento de instituições asilares.

Romper com a lógica do dentro/fora dos manicômios seria um primeiro passo, uma vez que o fechamento dos hospitais

psiquiátricos requer ações no espaço físico dos mesmos, no entorno deles e nas redes – tanto de atenção quanto comunitárias – dos municípios que ainda recorrem à internação ou que mantêm seus municípios asilados nessas instituições totais.

Na cidade de Porto Alegre, RS, a sociedade ainda vive e convive com um enorme prédio histórico localizado hoje em área nobre da cidade. Esse prédio, inaugurado em 1884, recebeu o nome de Hospício São Pedro, alterado em 1925 para Hospital São Pedro, até 1961, quando recebe o atual nome: Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Essa enorme instituição chegou a abrigar cinco mil pessoas, encaminhadas, por diversos motivos, por municípios de todo estado. No início de 2012, contava ainda com 250 pessoas moradoras, as quais acabaram entrando no manicômio e nunca mais saindo, tendo este então como local de suas moradias eternas-

Na gestão do Estado do Rio Grande do Sul de 2011 a 2014, o momento foi de retomada dos investimentos na desinstitucionalização e avanços práticos e resolutivos na Reforma Psiquiátrica. Entre diversas ações neste sentido, como trabalhadoras/es da saúde, acompanhamos a saída de alguns moradores do HPSP.

Apresentaremos aqui as estratégias utilizadas para viabilizar o processo de desinstitucionalização através da transição dos usuários moradores dessa instituição secular para novos locais de moradia inseridos na comunidade.

Reconhecimento do Espaço

Cenário confuso e conflituoso. O desejo de saída das/os moradoras/es se emaranhava com a resistência de algumas/uns trabalhadoras/es. Era necessário não paralisar e colocar em prática o movimento, a abertura e as ações efetivas e concretas de mudança. Com pouca equipe de desinstitucionalização, era necessário somar esforços para atuar em diversas frentes, conhecer o cenário e quem eram os moradores asilados, efetuar estratégias clínico-políticas levando em conta a diversidade dos usuários e as adversidades do local.

Como ações necessárias ao desencadeamento de um novo processo de desinstitucionalização, destacamos o investimento em formação e educação permanente das/os trabalhadoras/es, através de reuniões, encontros, oficinas, palestras, fóruns e visitas técnicas às experiências exitosas de desinstitucionalização no Brasil. Deparamo-nos também com a necessidade de ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), pois nem todos os moradores desejavam o retorno aos seus municípios de origem. Tínhamos, ainda, alguns municípios que necessitavam tecer redes para garantir cuidado aos egressos de longa permanência, o que demandaria um certo tempo de execução.

Ações como a contratação emergencial de profissionais da saúde, assim como o concurso público, foram necessárias para qualificar a atenção nos SRTs estaduais já existentes. Quatro SRTs que compõem o Morada Viamão e 27 SRTs que compõem o Morada São Pedro, ambos inaugurados em 2002, sofriam as mazelas de um longo período de sucateamento devido à falta de investimentos e manutenção, além do não ingresso de novos profissionais durante duas gestões anteriores.

Através da entrada de novas/os trabalhadoras/es, também foi possível aumentar a equipe responsável pela gestão do processo de desinstitucionalização em curso, criando as funções de: apoiadores institucionais, responsáveis pelo contato mais próximo com as demandas dos SRTs; supervisores clínico-institucionais, para auxiliar a equipe na elaboração dos projetos institucionais e Planos Terapêuticos Singulares - PTS dos moradores; e equipes itinerantes, que proviam o acompanhamento de moradores egressos do manicômio que constituíram suas casas em estruturas independentes do Estado, morando sozinhos, com companheiros ou familiares.

Entendemos como desinstitucionalização da loucura um movimento de mudança no plano cultural, não somente vinculado à atenção em saúde mental dos usuários. Neste sentido, ações intersetoriais eram fomentadas pela administração estadual, como oficinas de teatro, apresentações culturais, eventos no pátio do hospício abertos ao público em geral, criação do grupo de teatro Nau da Liberdade e estratégias de inserção na cidade com os mora-

dores, como idas em shows musicais, festas, peças teatrais, restaurantes, parques, praças, viagens.

Estas ações foram desenvolvidas ao longo da gestão, gradativamente e com planejamento necessário para utilização de recursos públicos. No primeiro momento, mesmo com equipes reduzidas e esgotadas, era necessário disparar o processo com criatividade e contando com tecnologias leves e sensíveis.

Dentre as estratégias utilizadas, enfatizamos, neste trabalho, o processo de reformulação da atuação das/os residentes multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, tendo como foco, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização da loucura como forma de ação dentro dos hospitais psiquiátricos. Neste contexto, surge a aposta de investirmos no acompanhamento terapêutico (AT) como principal e potente ferramenta, caminhando para a efetivação de movimentos que buscassem construir com os moradores da instituição outro modo de viver. Atuar na perspectiva da desinstitucionalização dessas vidas significou construir com elas/es novas possibilidades de moradia e existência para além das limitações, visíveis e invisíveis, que o espaço apresentava. Acabar de vez com a moradia dentro do HPSP, resgatando a vida na cidade e a cidade com vida, era o nosso objetivo. Utilizar o acompanhar como estratégia clínico-política na formação das/os residentes, para potencializar o aprendizado prático, singular e sensível, com vistas às possibilidades de invenção não burocratizada na atenção em saúde mental, foi o que sustentou esse nosso caminhar.

O encontro dos residentes multiprofissionais em saúde mental coletiva com os residentes moradores das unidades do HPSP.

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde são iniciativas do Ministério da Saúde e Ministério da Educação instituídas pela Lei Federal nº 11.129/2005. Têm como objetivo principal aproximar os futuros profissionais da saúde pública da proposta apresentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei Federal 8.080/1990, garantindo seus princípios e diretrizes. Pensar

na potência dessa estratégia é olhar os serviços de saúde como espaços possíveis e potentes para os residentes que chegam e para as equipes que os recebem, possibilitando a troca e realizando produção de diferença nos atores envolvidos.

Ceccim (2010) fala do

[...] “tripé das inovações” no qual instâncias de ensino participam com a formação; instâncias de trabalho expressam sua urgência e necessidade de quadros e tecnologias; e o governo assegura incentivo e fomento no interesse da sociedade. Essa é a cultura da inovação, na qual as Residências em Saúde se localizam. (p.19)

Uma das primeiras ações da equipe de desinstitucionalização foi problematizar a atuação das/os residentes em saúde mental no espaço do HPSP, juntamente com as/os próprias/os residentes que iniciaram fortes movimentos com questionamentos e críticas consistentes e coerentes sobre esse modo de formação em serviço. Durante diversas turmas, a ênfase em saúde mental do Programa de Residência da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), que até então era o único programa a atuar no hospital, tinha esse hospício como principal local de formação. Os residentes se diluíam entre os trabalhadores, assumindo demandas rotineiras e auxiliando tanto na manutenção quanto na reprodução das lógicas já em funcionamento nas unidades de moradias e de internação, indo na contramão da proposta da Reforma Psiquiátrica Estadual e Nacional, dispostas nas Lei 9.716/1992 e Lei 10.216/2001, respectivamente.

Tal situação colocava em evidência tamanha incoerência em relação ao propósito da existência de Residência Integrada, ou seja, formava-se trabalhadores de saúde no manicômio para, posteriormente, trabalharem na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os serviços substitutivos incorporavam, em seus quadros, profissionais com Residência e sem a menor experiência nestes serviços, pois os mesmos concluíam a Residência experientes na lógica manicomial e sem uma prática voltada para o trabalho em

rede, em liberdade, com cuidado no território.

Como seria possível pensar a formação em Saúde Mental Coletiva dentro do manicômio, sendo que este é um espaço totalmente na contramão da proposta de cuidado que estamos buscando?

A proposta da Saúde Mental Coletiva visa a aproximação com a pessoa através do olhar integral sensibilizado para buscar a potência de vida que atravessa os corpos e não afirmando um trabalho focado na doença.

No ano de 2011, após muitos esforços, discussões e reflexões por parte de todas/os envolvidas/os na construção da proposta da Residência, estabelece-se uma reestruturação de cenários de prática, e o hospício se mantém como um dos campos de formação para a ênfase da saúde mental, porém com o foco de prática exclusivo nas ações voltadas para a desinstitucionalização das pessoas que residem nas unidades de moradia, excluindo-se assim a inserção nas unidades de internação. Também foram ampliados os campos de atuação, incluindo novos serviços intersetoriais e de saúde mental. Assim, garantiu-se também a possibilidade de atuação em outros municípios com redes consistentes de atenção em saúde mental, como Sapucaia do Sul e São Lourenço do Sul.

Esboçamos um projeto com o grupo de residentes que já nos acompanhavam nos serviços substitutivos e alinhávamos este pedido de ajuda, isto é, que as Residências também adentrassem conosco os muros do manicômio. Não para fortalecê-lo, mas para abri-lo e esvaziá-lo de sentidos. Sentidos de morte, de clausura. Era preciso mais gente para fazer com que os ventos da Reforma Psiquiátrica adentrassem e se fizessem cargo de levar os corpos-habitantes do lugar para andar pelas ruas ao sol da cidade e tomá-la de outros jeitos.

Esse redesenho veio ao encontro de todas as discussões realizadas em nível nacional sobre a população específica de longa permanência em instituições asilares. A atuação em desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos seria a única prática justificada dentro deste espaço e em consonância com a proposta do SUS. Para além disso, a partir da nossa vivência, acreditamos que tal atuação

proporciona ao profissional em formação aspectos que qualificam sua aprendizagem, tais como a atuação, de forma não dissociada, no Plano Terapêutico Singular e Institucional; a relação necessária entre o dentro/fora da instituição; os desafios de se trabalhar junto às/aos usuárias/os institucionalizadas/os; a relação intrínseca entre atuação clínica e política; a necessidade de se conectar com outras formas de linguagem para além da verbal; a necessidade de uma atuação inventiva, não burocratizada; entre tantos outros desafios que se apresentam cotidianamente nesse cenário.

A atuação/formação nesta perspectiva pode e deve ser realizada em outros pontos da RAPS. Vivenciamos em diversos serviços substitutivos outras formas de institucionalização da loucura, novos modos de aprisionamento, lógicas pautadas em especialismos, desinvestimentos em sujeitos, casos considerados perdidos, cronicados, ou mesmo a dificuldade de reinventar o encontro com os usuários ou reinventar-se como profissional da saúde.

Com a reformulação da proposta de atuação dos residentes no HPSP, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RIMSMC-UFRGS), também incorporou como campo de atuação dos residentes a desinstitucionalização, auxiliando, inclusive, na escrita do projeto “Acompanhamento Terapêutico na Perspectiva de Desinstitucionalização: Campo de Prática de Residências Integradas em Saúde”. Este Programa de Residência já contava com atuação em campos nas Redes de Atenção Psicossocial desde sua criação.¹

Conhecendo os moradores do hospício

Como estratégia de gestão, para planejamento e execução de ações de transição dos moradores das unidades para novos locais de moradia inseridos na comunidade, elaboramos um censo, pois era necessário conhecermos melhor as pessoas institucionalizadas.

¹Este programa de Residência Integrada já mantinha como cenário de prática os SRTs Morada São Pedro e Morada Viamão, vindo então a incorporar, como cenário de prática a desinstitucionalização dos usuários de longa permanência, moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Este instrumento, criado pela equipe de desinstitucionalização, continha questões duras – como idade, sexo, etnia – e questões quanto à capacidade de autonomia, mas também continha questões de vida – como “Com quem gostaria de morar?”, “O que mais gosta de fazer?”. As respostas a estas questões dariam indicativos, pistas para estabelecimento de relações, criação de dispositivos clínicos/afetivos, sendo disparadores de vínculos e de PTSs.

Em 2012 iniciou-se a primeira turma nesse novo campo. A proposta era que os residentes se apropriassem do AT e, através dele, pudessem buscar brechas de intervenção visualizando a vida que ainda resistia naqueles corpos e naquele lugar, retomando as relações perdidas ou nunca existidas com outros, com a cidade. O AT, como campo de estágio com duração de um ano, veio, então, em consonância à estratégia da desinstitucionalização.

Os residentes, para perceberem e sentirem o espaço, iniciaram junto à equipe de desinstitucionalização a realização do censo. O instrumento também servia para iniciar vínculos, realizar a escuta de moradores que a instituição insiste em silenciar. Este processo estabeleceu possibilidades de escolhas mútuas entre acompanhantes e acompanhados. Os residentes também fizeram uma vivência, ambientando-se entre as oito unidades de moradia. Através dessa circulação e do contato com as pessoas moradoras, vínculos se iniciavam e o trabalho prático começava a tomar forma. Sustentando a singularidade de cada acompanhamento, cada residente era orientado a acompanhar no máximo três moradoras/es, visto que tinha disponível quatro turnos para esse campo, sendo um turno destinado à orientação, supervisão e acompanhamento do trabalho.

Com os acompanhamentos iniciados e pactuados com as/os moradoras/es, muitas questões começaram a surgir, como, por exemplo, as rotinas das unidades de moradia: a rotina hospitalar de internação, com regras, roupas marcadas e coletivas, horários para dormir, acordar, tomar banho, fazer as refeições, tomar as medicações etc. Os impasses nesse cenário que se apresentava começaram a emergir logo nos primeiros encontros, trazendo muitas vezes dificuldades de sustentar ações norteadas pela produção

de vida, autonomia e protagonismo.

Esta primeira turma de residentes viveu o período mais duro, o do instituinte. Entrar no manicômio propondo mudar as lógicas de cuidado com vistas a sua extinção enquanto função, pressupunha afinamento de propostas e possibilidades que não estavam dadas. Éramos um agrupamento de singularidades tentando coletivizar.

O engessamento das corporações foi emblemático, tanto por parte das/os trabalhadoras/es do hospital, quanto das/os residentes com multiversas subjetivações e possibilidades. Nesse sentido, o AT rasga estatutos, alarga lugares, deslegitima gavetas, enlouquece os conselhos profissionais e rompe com o cartesianismo das profissões. Esse era o cenário em que nos encontrávamos. Todas/os. Muitos questionamentos se produziam em tessitura de trabalho nos momentos de supervisão, que foram riquíssimos. Perguntas pelos limites profissionais de poder fazer AT, a solidão de uma não equipe quando se acompanha individualmente e a possibilidade de entender o momento coletivo como este suporte, foram questões recorrentes de trabalho. O estranhamento e rechaço por estar dentro do hospício trabalhando na direção do protagonismo dos moradores fizeram algumas pessoas paralisarem por algum tempo. Os momentos de encontro grupal foram cenário de construção de si e de um coletivo que se sustentou para suportar as dores de estar dentro de uma instituição total.

Os primeiros usuários acompanhados pelos residentes foram selecionados a partir de indicações da equipe da desinstitucionalização e também de casos que surgiram a partir do desejo de acompanhar dos residentes e de ser acompanhado de alguns moradores. Com a entrada nas unidades, a equipe deparou-se com situações e cenas de violações banalizadas e naturalizadas, típicas das que ocorrem em instituições totais. Como no caso de uma das primeiras pessoas acompanhadas, descoberta durante a realização do censo, que vivia encarcerada na Sala de Observação da Unidade. Quando questionamos o porquê de tal isolamento, a equipe da Unidade, que também sofria com a falta de funcionários, respondeu que era porque a usuária saía para o pátio e não retornava para a

Unidade, perdia as refeições e o horário da medicação, e que era necessário que algum trabalhador saísse para buscá-la, e eles eram poucos, com muitas pessoas para cuidar.

Algumas pessoas desta equipe entendiam o isolamento como um ato de cuidado; por outro lado, também problematizavam as normas institucionais, como a não flexibilidade dos horários da alimentação e a dificuldade de trabalhar com exceções às regras com um número muito grande de moradores. Aproveitávamos as problematizações para discutirmos a existência dos SRTs como local de moradia onde este acompanhamento era possível, trabalhando a singularidade do usuário com suas peculiaridades e desejos em meio ao ato do cuidado necessário.

Logo ao iniciar esse acompanhamento, a residente percebeu que esta moradora gostava muito da natureza, sabia o nome de árvores, identificava se os frutos eram comestíveis ou não, se eram medicinais etc. Caminhava pelo pátio tocando as plantas, como se estivesse contemplando-as, sem pressa, num ritmo lento, vagaroso. A partir deste encontro, que só existiu pela disponibilidade de acompanhar este tempo outro, a residente pôde trazer elementos para construção de um plano de vida, para além dos aprisionamentos institucionais.

Outros dois usuários que passaram a ser acompanhados também estavam em situação de clausura. Um em uma unidade de moradia e outro vivendo há mais de 14 anos em uma cela numa das unidades de internação breve.

Essas três ilustrações demonstram que o desafio de desinstitucionalização que iniciávamos neste local, em pleno século XXI, era enorme. O encontro entre as/os residentes multiprofissionais de saúde mental com as/os moradoras/es residentes do HPSP, neste período em que acompanhamos, pôde produzir possibilidades terapêuticas para sujeitos esquecidos e desinvestidos. Pôde produzir incômodos institucionais, necessários para desestabilizar a inércia que perdura nas instituições cristalizadas.

Dessa forma, podemos perceber a potência que a ferramenta do AT desempenha neste cenário de desinstitucionalização.

Traz-nos uma proposta clínica a qual consideramos fundamental para que este processo ocorra de fato, com toda delicadeza e força, proposto pelo cuidado no território.

O que pode o AT?

O Controle Social, através da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, realizada ao longo do ano de 2010, aprovou e legitimou a prática do AT como estratégia de consolidação da rede e em consonância com o que se deseja para os então novos rumos da saúde mental, como bem explicitado no relatório final da Conferência, que diz: “Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o acompanhamento terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas.”

O compromisso político da gestão com a retomada dessa proposta se desdobrou em incentivos à prática do AT para além do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico. Em 2014 foi aprovada a destinação de recursos do estado para municípios de todos os portes populacionais através do financiamento² de ações de AT, com prioridade para municípios com processo de desinstitucionalização em equipamentos do SUS ou Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Este recurso possibilitou a contratação de profissionais vinculados à Atenção Básica para desenvolver essa prática. A proposta surgiu a partir de moradores institucionalizados que retornaram aos seus municípios de origem e necessitavam de uma atenção específica para além dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

O Estado do Rio Grande do Sul, no início de 2012, contava com dois espaços construídos em formato de condomínios, compostos por um total de 31 SRTs, de gestão própria. Durante os anos seguintes, até final de 2014, foram alugadas oito casas em Porto Alegre, para ampliar a possibilidade da desinstitucionalização do

²Resolução CIB 233/2014 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

HPSP. Destas casas, quatro foram constituídas como Serviços Residenciais Terapêuticos, uma como Casa de Passagem e uma casa destinada a espaço de arte, cultura e saúde. Duas outras casas eram mantidas alugadas para, na sequência, constituírem-se como SRTs.

Este processo de ampliação de território, através do AT, operacionalizado pelas/os residentes, apostou no resgate do desejo das/os moradoras/es institucionalizados, acompanhando a apropriação do novo espaço de moradia, a descoberta do território, efetivando a produção de uma nova relação na criação de vínculos com a vizinhança, com a cidade e seus habitantes. Neste contexto, o AT convoca e produz mudanças nas pessoas acompanhadas, assim como na cidade e nas relações que a sociedade estabelece com a loucura.

A transição dos moradores para os SRTs é uma tarefa de alta complexidade para as/os trabalhadoras/es da saúde, pois requer vínculo e aproximação com o usuário, que é o principal protagonista na elaboração de seu PTS. Efetivar mudanças concretas no cenário do hospício está para além de mera execução de ações pautadas, medidas, e inseridas em cronogramas enxutos. Implica em desconstruções profundas na cultura, concomitantes com ações ousadas de reordenamento institucional. E, as mudanças não foram apenas na vida dos usuários. Intensa também foi a mexida nos sujeitos trabalhadores, que se constituíram como tal dentro desta máquina engolidora de projetos de vida. Ser/estar trabalhadora/or dentro de um manicômio diz de um profundo trabalho sobre estes corpos, no sentido de subjetivá-los e moldá-los à lógica da instituição total.

A política de governo que se consolidou na gestão 2011-2014 requeria uma aproximação com estes corpos-trabalhadores para que pudessem construir juntos esta proposta, apropriando-se dos processos de trabalho. A tarefa foi hercúlea. A aridez institucional acaba por ceifar devires sensíveis. É campo de lutas, embate de relações de poder, de forças legitimadas socialmente como verdades que operam sobre os sujeitos. Adentramos o hermético campo da hegemonia médico/psiquiátrica, detentor dos saberes sobre a loucura. Tal situação foi por muito tempo bastante cômoda para um social que não busca se ver com esta sua produção.

Precisávamos, enquanto gestores, trabalhadores, residentes e militantes da luta manicomial, produzir avanços num tempo recortado, diferente do espaço-tempo de mudanças culturais que nunca serão sincrônicas. O AT, que tem a potência de escutar e andarilhar no tempo possível da/o usuária/o, constituindo-se numa clínica itinerante, que percorre caminhos, produz novos sentidos e ressignifica histórias de vida, foi o que alimentou a nossa acreditação. Pensamos que a desinstitucionalização está para além de ações planejadas de gestão apenas, mas diz de processos singulares que precisam ser escutados.

O projeto do AT nos foi e ainda é muito querido. Exigiu-nos, no início, por vezes, um tempo que inexistia em nossas agendas, o qual tirávamos do malabarismo desejante de mudança – mudança que desacomoda, instiga despir-se de certezas e por vezes andar à deriva num inventar de vida, que não significa não responsabilizar-se, mas entregar-se ao inusitado, pautado por um fio ético que nos permite manter o foco do trabalho. Feito o pacto, então, com os que naquele momento puderam vir conosco, sucedeu-se o momento de tecer o “como” desta história. Tínhamos infinitamente mais dúvidas do que certezas, mas, na aposta de uma construção coletiva, lançamo-nos a tecer juntos.

Escrever sobre o processo nos permite olhá-lo, agora, de um outro lugar e tempo, percebendo suas delicadezas e toda a potência das dores, dúvidas, incômodos partilhados. Na beleza deste rasgar a carne, usuárias/os saíram e foram morar fora, outras/os colegas se somaram à proposta, outras/os nos substituíram nesta tarefa de formação e seguem tecendo esta rede. Outras/os nos acompanham, hoje, em outras pontas da rede, sustentando projetos terapêuticos que andam pela vida. Andam, porque os usuários não são propriedades assujeitadas dos serviços, mas pessoas com histórias singulares para seguirem vivendo.

Acompanhar esses moradores apostando nos desejos que a cidade desperta, sustentar que esse desejo tem agora espaço e lugar, foi de uma riqueza tanto para as/os trabalhadoras/es e gestoras/es do processo quanto para as/os residentes que, no exercício diário, utilizaram e potencializaram o AT para apostar na sutil possi-

bilidade de vida que surge quando se põem ao lado do outro. E os moradores? Hoje, através de olhares, gestos, sorrisos, eles mesmos falam e mostram o porquê de continuarmos apostando nesse trabalho tão movedor de vidas, que transbordam por todos os lados. A direção da desinstitucionalização é mundial. Hospício não é lugar de viver. Nem de morrer.

Referências

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB 233/2014. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262770_cibr233_14.pdf.

Fajardo AP; Cristianne Maria Famer ROCHA, CMF; PASINI, VL (Org.) Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

Piccinini WJ. História da psiquiatria: Um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Psychiatry on line Brasil*. 2007; 12(6):1-00.

Pedras, plantas e outros caminhos: O acompanhamento terapêutico e algumas de suas interfaces com o cinema e o SUS

Ricardo Wagner Machado da Silveira

Barbara Chiavegatti

Gabriel Gonçalves Serafim Silva

Luiza Marianna Gonçalves Reis

Marina Arantes Silva

Olivia de Freitas Oliveira

Vivian de Sá Vieira

Yuji Martins Kodato

Thaís Velloso Frauendorf

O documentário “Pedras, plantas e outros caminhos” nasceu de um projeto de extensão universitária que realizamos em 2013 e que foi contemplado em concorrência ao edital PROEXT do MEC/SESu daquele ano. Trata-se de um trabalho coletivo e que nos deu grande prazer em realizar justamente por ter sido construído por várias pessoas e grupos que contribuíram de forma direta ou indiretamente com suas várias linguagens e saberes como os da psicologia, do cinema, da música, das redes sociais, do design gráfico, da política e da educação em saúde. Nossa busca constante foi pela transversalidade de saberes e práticas, convictos de que este era o melhor caminho para a inventividade.

A proposta do projeto era abarcar a área da Saúde Mental em que se realiza o acolhimento a usuários da Rede de Saúde Mental de Uberlândia. Através da cartografia (Passos, et al, 2009) do acompanhamento terapêutico (AT) de um morador de rua, psicótico, usuário de álcool e outras drogas, atendido pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) da Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG, procuramos mostrar a importância de um projeto terapêutico singular em curso, contextualizado e, por isso, mais viável e efetivo, procurando sempre estar em consonância com os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Luta Antimanicomial.

A fim de alcançar um campo social mais abrangente, aventuramo-nos a realizar um documentário sobre este AT como estratégia de afetação e provocação de reflexões críticas acerca da atuação do profissional da área da saúde e saúde mental, norteados pelos princípios e estratégias da clínica ampliada e da redução de danos. Interessou-nos colocar em análise, junto à comunidade, os estereótipos criados acerca das pessoas em sofrimento mental grave, que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, que vivem marginalizados socialmente e sem possibilidade de exercício e gozo dos direitos fundamentais do cidadão brasileiro, o que é de crucial importância para a formação profissional, política e interdisciplinar de todos nós.

Por que documentar um acompanhamento terapêutico? O AT se constitui como uma modalidade de atendimento em saúde mental com grande potencial de intervenção no processo de reinserção psicossocial de pessoas com transtornos mentais. E, apesar das importantes ressonâncias desta tecnologia de acolhimento e tratamento com a estratégia de redução de danos, política pública defendida pelo Ministério da Saúde através de programas de promoção da saúde, prevenção e tratamento da dependência do álcool, do crack e de outras drogas (Ministério da Saúde, 2004), encontramos raros relatos de AT com pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

Além disso, realizar este trabalho foi uma rica oportunidade de trabalhar na intersecção entre a clínica, a política e a arte, conectando referenciais teóricos e metodológicos da área da saúde mental com aqueles produzidos no campo da arte cinematográfica, o que resultou na ampliação do campo investigativo-interventivo, numa composição inovadora e promotora de aprendizagens significativas para os envolvidos e para os muitos que terão a oportunidade de acessar o produto deste trabalho, num conjunto de ações de ensino, pesquisa e extensão com grandes perspectivas de desdobramentos, aprofundamentos e continuidade, como é o caso da escrita deste texto que estão a ler.

A ideia de realizar este documentário nasceu de pelo menos duas experiências vividas por nós. Uma delas, o estágio profission-

alizador na ênfase Psicologia Clínica e Social do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, intitulado: AT de usuários do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad III) da rede pública de atenção em saúde mental da cidade de Uberlândia/MG, em que o protagonista do filme foi acompanhado por alguns de nossos estagiários, particularmente a estagiária Thaís – também protagonista do documentário, a qual, depois de concluído o estágio, com duração de um ano, já formada em Psicologia, continuou este trabalho em parceria com a nossa roda de estagiários por mais dois anos. A segunda experiência foi termos assistido o documentário de Miriam Chnaiderman, “Procura-se Janaína”, que tratava do resgate de uma história de vida e de institucionalização crônica da personagem Janaína, que muito nos afetou, tamanha a sensibilidade, perseverança e rigor com que o resgate da história perdida de Janaina foi feito por Miriam, que, com todo o seu compromisso político e clínico, conta-nos uma triste história de institucionalização psiquiátrica que começou na infância e infelizmente perdurou por uma vida inteira.

O estágio referido acima tem duração de um ano, durante o qual cada estagiário realiza o AT de um usuário indicado pelo CAPSad III e pelo CAPS Oeste III. Na maior parte das vezes, trata-se de usuários que não aderem ao tratamento que lhes é oferecido pela rede, e, conseqüentemente, o acolhimento dos casos só pode ser feito, pelo menos num primeiro momento, fora das “quatro paredes” da instituição. O at é um profissional preparado para realizar esta busca ativa, este acolhimento no território de vida cotidiana do usuário, e é nesse cenário que ele tentará, paulatinamente, levar o acompanhado a engajar-se em um projeto terapêutico singular, contextualizado e viável, já que é imprescindível que o projeto seja construído com a participação efetiva do maior interessado, o próprio usuário, e, quando possível, de sua família ou das pessoas com quem convive no dia a dia, além, e evidentemente, da equipe de referência para o caso.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica brasileira visa a substituição do modelo manicomial de tratamento por um modelo que funcione como uma rede de cuidados em saúde, atendendo

de forma integral as necessidades da pessoa em sofrimento mental com vistas a sua reinserção psicossocial. Nesse novo modelo de atenção em saúde mental, os CAPS são serviços que têm um papel de referência fundamental.

O CAPSad III trata especificamente de pessoas que apresentam intenso sofrimento mental devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas e funciona diariamente por tempo integral. Nesse serviço realiza-se o acolhimento à crise através de uma variedade de atendimentos – individuais e grupais – feitos por uma equipe multiprofissional. Um dos maiores desafios do serviço tem sido mostrar para o usuário e sua família a importância da continuidade do tratamento após a alta da internação, para que não se perpetue o modelo manicomial de tutela e exclusão social.

Outro desafio tem sido criar as condições necessárias para a alta dos usuários atendidos pelo CAPSad, para se evitar o processo de institucionalização e cronificação dos mesmos, o chamado “encapsulamento” ou burocratização dos CAPS. É preciso criar estratégias de busca ativa para o acolhimento àqueles que não se engajam na clínica antimanicomial e, ao mesmo tempo, promover a tessitura de uma rede de apoio social no território de vida dessas pessoas, capaz de promover sua reinserção psicossocial. (Ministério da Saúde, 2004; Lancetti, 2006).

De acordo com Palombini (2004), o AT é um dispositivo clínico-político que utiliza como setting o espaço e tempo cambiantes da rua, operando para o surgimento de pontos de contato entre os CAPS e o entorno social, demonstrando sua potência em acolher aqueles que escapam aos espaços imóveis e fechados do hospital. Nesses casos, o acolhimento e a prática clínica implicam uma transposição do tratamento hospitalocêntrico para o terreno vivo, múltiplo e dinâmico da cidade, impondo à prática profissional o esforço de buscar pontos de articulação entre os modos de experiência social do espaço e do tempo e a constituição espaço-temporal própria à condição de quem vive grande sofrimento psíquico e exclusão social.

Uma das atividades fundamentais do estágio em AT que realizamos é a chamada supervisão clínico-institucional semanal, que

preferimos chamar de “roda de ats”, feita por nós, nossos estagiários e alguns alunos “ouvintes” que acompanham e colaboram com as discussões.

A ideia de produzir um documentário de um dos ATs realizados no estágio foi se delineando a partir da força dos relatos da at, das cenas muitas vezes poéticas vividas neste AT e das mobilizações da roda de ats, que tanto nos incitou e inspirou a repensar os saberes e as práticas clínicas por nós desenvolvidas, a sermos compelidos a (re)inventar estratégias de vinculação e intervenção junto àquele acompanhado, visto como louco, drogado, morador de rua e supostamente inacessível a qualquer tipo de abordagem terapêutica. Trata-se, enfim, de mais um daqueles casos que os profissionais costumam chamar de “casos perdidos” e que agora estava sendo acompanhado por uma destemida at. Como dizia Cooper (apud Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa, 1991, p.22):

[...] são jovens sensíveis, em geral universitários (e frequentemente julgados pelos funcionários como um tanto malucos...) que eram capazes, sem se preocupar com um futuro na carreira de enfermagem, de se permitir a aproximação à experiência dos pacientes desintegrados.

A inclusão do AT na equipe de saúde mental tem se mostrado de grande valia no tratamento do usuário, quando este não apresenta melhoras na sua condição de sofrimento e crise, quando o ambiente social e familiar dificulta o processo de reinserção ou quando há resistência do usuário mesmo em engajar-se num tratamento (Palombini, 2004).

O AT consiste, assim, em um exercício de deslocamento pela cidade, uma circulação no meio social do usuário, visando diminuir a exclusão dos sujeitos que estejam em sofrimento mental. Com essa prática, o at torna-se mais próximo da comunidade em que aquele usuário está inserido, indo ao encontro do que propõe a Reforma Psiquiátrica e o próprio CAPS (Ribeiro, 2002).

Escolhemos realizar um documentário como forma de produção científica por conta de sua potência de proliferação micro e

macropolítica, local e global simultaneamente, contando com espaços variados (inclusive virtuais) de exibição e circulação, atingindo a vários segmentos sociais (Teixeira, 2004). E esta força de disseminação de novos saberes e práticas produzidos a partir do relato de um caso de AT reforça nossa convicção de que esta inovadora modalidade de atendimento em saúde mental precisa se consolidar cada vez mais como importante ferramenta de cuidado em saúde mental na rede pública de saúde.

Além disso, o grupo envolvido no projeto se mostrou muito motivado por ter a oportunidade de trabalhar na intersecção entre ciência e arte, utilizando dos recursos audiovisuais em conexão com os recursos da clínica, conectando referenciais teóricos e metodológicos da área psi com aqueles produzidos no campo da arte cinematográfica, o que obviamente resulta na ampliação do campo investigativo-interventivo, numa composição inovadora e promotora de aprendizagens significativas para os envolvidos.

Como o documentário retrata o AT de um usuário de múltiplas drogas em situação de grande vulnerabilidade social e sem vínculo efetivo com nenhum dos serviços de saúde mental disponíveis, a at orientou seu trabalho não somente nos saberes e práticas disponíveis sobre AT, no suporte e implicação de todas as redes e grupidades envolvidas, mas também nos princípios e estratégias preconizados pela política e pelas experiências com a Redução de Danos.

Uma das premissas importantes da Redução de Danos é ampliar a clínica de acolhimento às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas e que não querem, por motivos diversos, parar de usar drogas ou que não conseguem aderir à política hegemônica de abstinência total, com suas práticas de controle e tutela. Trata-se de uma clínica que se pauta pelo respeito ao usuário e a suas escolhas, fundamental para a conquista de sua confiança, criando-se vínculos que possibilitam novas formas de existência e de cuidado com a sua saúde. A Redução de Danos é uma estratégia de acolhimento e tratamento baseada no aumento do grau de liberdade e de corresponsabilidade, possibilitando

o protagonismo dos usuários e familiares e transformando vidas. (Passos, 2010)

Para um melhor entendimento da perspectiva filosófica e estética pela qual pensamos o documentário, inicialmente seguimos o percurso do documentarista Bernardet que, de acordo com Teixeira,

[...] rompe com o modelo sociológico de documentário, deixando de acreditar no cinema documentário como reprodução do real; desenvolve então uma linguagem baseada no fragmento e na justaposição; opõe-se à univocidade e trabalha sobre a ambiguidade. (Teixeira, 2004, p.36)

Já em Deleuze (1990), a problemática da forma-documentário na linguagem cinematográfica leva à irrupção das “potências do falso”, desconstruindo o binômio Cinema Direto/Cinema Verdade e todo modelo de verdade, em favor do exercício de uma visão indireta livre, não mais dirigida às categorias epistemológicas sujeito/objeto, provocando abalos na compreensão que se tem de objetivo/subjetivo no âmbito da imagem cinematográfica, em defesa da obliquidade dessa visão indireta.

Em seguida, livre de uma narração que deseja ser verdadeira e torna-se eminentemente falsificante, Deleuze se dedica aos personagens que emergem nesse processo, e então “o falsário torna-se o próprio personagem do cinema”. Diferente do verdadeiro, que é unificante e cria um personagem, a potência do falso é inseparável de uma “irreduzível multiplicidade”. Não se trata de outro modelo idealizado a ser colocado no lugar e em oposição a um ideal de verdade, mas de uma vontade de potência autopoietica e com poder de afetação que vai se afirmando no processo de criação do documentário. O nosso desejo é de que o filme possa se tornar uma espécie de maquinação nietzschiana feita de imagens e sons, ritmos e sentidos, onde não há oposição a um ideal de verdade, pois este não passa de uma ficção no âmago do real.

Em relação à antiga concepção de documentário como cinema de não-ficção, Deleuze considera o documentário, não como um

filme que retrata o real e que por isso se opõe à ficção, mas como função fabuladora que desafia o real e que dá ao falso a potência de se tornar memória, personagem, história. Não se trata de “apreender a identidade de um personagem real ou fictício, através de seus aspectos objetivos e subjetivos” e sim cartografar o “devir do personagem real quando ele próprio se põe a ‘ficcinar’, quando entra ‘em flagrante delito de criar lendas’”. Personagem e cineasta, subjetivo e objetivo estão sempre em devir; a narrativa produz devir mais que histórias, deslocando a oposição entre realidade e ficção para a oposição entre ficção e fabulação. (Deleuze, 1990)

Este cartografar o “... devir do personagem real quando ele próprio se põe a ‘ficcinar’...” diz respeito diretamente ao que consideramos ser uma postura ética do at e a dimensão estética da clínica do AT.

Nesse sentido, um dos nossos intercessores privilegiados para abordar algumas das possíveis conexões entre clínica e cinema passa a ser Rolnik (1994), ao afirmar que a clínica tem como vocação criar condições de acolhimento da alteridade e construção de estratégias de suportabilidade da violência que se processa para quebrar as cristalizações paralisantes que capturam a subjetividade. Nesta clínica, é necessária uma relação terapêutica com hospitalidade absoluta à alteridade que há em cada um, em cada família, em cada comunidade, e a certeza de que as experimentações vividas na relação não podem garantir a cura absoluta desejada, mas a alegria trágica das quedas e da possível transmutação da vida.

É neste cenário estético, político, filosófico e clínico que as relações de confiança se constituem e viabilizam a terapêutica, numa clínica que prima pelo respeito à dignidade e à liberdade do usuário de álcool e outras drogas e, paradoxalmente, que luta contra toda forma de tutela e dependência suicidária, como a que ocorre com aqueles capturados pelo buraco negro suicidário do abuso e dependência de drogas e que não mais encontram, nesses intercessores que até então os lançavam para fora de si, a aventura da criação, da produção de subjetividade e afirmação da vida.

O que importa é que consigamos, através do AT e do documentário, romper com relações de poder que determinam o lugar

do eu e do outro, do expert e do despossuído de poder/saber; que possamos, através de dispositivos revolucionários, criar passagens para atualizar singularidades, sensibilidades coletivas e modos de relação até então inexistentes na comunidade e na clínica. Este é um dos sentidos políticos da clínica que fazemos questão de afirmar, inclusive para contrapor à ideia de uma psicologia como saber privatizante, cientificista e a serviço da normalização. E é essa clínica que queremos cartografar neste documentário.

Em suma, nosso esforço é de que a produção de um documentário possa construir interfaces entre clínica, arte e política, na medida em que versa sobre o relato de uma experiência clínica que se dá nos espaços não institucionalizados da saúde mental – ainda que uma clínica a céu aberto, por si só, não nos garanta nada. De qualquer maneira, o que se pretende, e talvez se consiga, é dar visibilidade a formas de acolhimento à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, e isso acontecendo em um setting ambulante, permeado pelos fluxos da vida arejada e aberta às brisas e tempestades da cidade. Ao contar esta singular história de um acompanhado com sua at, queremos contagiar, disseminar, produzir outras sensibilidades quando as que temos não nos servem mais e, assim, com todas as pretensões de que formos capazes, romper com os estigmas que acercam a figura do morador de rua, do louco e do drogado, da clínica e da política. Chega de palavras! Convidamos o leitor a assistir “Pedras, plantas e outros caminhos” disponível através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=DM-YQXkT7LE>¹

¹Agradecemos à PROEX/UFU - Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis pela parceria na realização do projeto, à equipe da TV Universitária (UFU) pela parceria na produção do documentário, ao professor César Traldi do Curso de Música (UFU) pela trilha sonora e à profa. Carolina Afonso da Silva Castro da Central de Línguas (UFU) pela tradução para o espanhol. Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e a todos que colaboraram com a realização do projeto. Informamos que o projeto contou com apoio financeiro oriundo de aprovação no edital PROEXT-2013 do MEC/SESu.

Referências

Deleuze G. A Imagem-Tempo. Cinema 2. São Paulo: Brasiliense; 1990.

Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A Casa" (editores). A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta; 1991.

Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

Lins J, Pimentel P, Uchôa R (editores). Sobre drogas e redução de danos: o cotidiano dos profissionais do Programa + Vida do Recife. Recife: Ministério da Saúde/Prefeitura do Recife; 2010.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Palombini AL, et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

Passos E. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: Santos LMB. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: CCRP-RS; 2010.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L (editores). Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-Intervenção e Produção de Subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.

Ribeiro TCC. Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. Psicologia: Ciência e Profissão. 2002; 22(2):78-87.

Rolnik SB. Cidadania e Alteridade: o homem da ética e a reinvenção da democracia. In: Spink MJ. A Cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez; 1994.

Rolnik SB. Clínica Nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa. Crise e Cidade. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: EDUC; 1997.

Silveira DX, Moreira F (editores) Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006.

Teixeira FE. Documentário no Brasil: tradição e transformação. São Paulo: Summus; 2004.

A clínica do acompanhamento terapêutico no contexto da desinstitucionalização: desacomodando as práticas

*Luiza Figueiró Petry
Fabiana Minussi Lopes
Leonardo de Santi Helena Cunha*

*Casebres em ruínas
muros escalavrados...
E a lesma – na sua liberdade de
ir nua
úmida!*

Manoel de Barros

Este relato de experiência busca dar visibilidade a um trabalho desenvolvido junto a um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) dentro do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP). O local mencionado chama-se SRT Morada São Pedro, campo de prática de residentes, mantido pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul sob a égide do processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

Partimos do pressuposto de que poder discorrer sobre as mudanças éticas e políticas no trato com a loucura e com o cuidado em Saúde Mental é propiciar aproximações em relação à clínica e à política que atravessam o campo discursivo no que concerne às práticas em Saúde Mental. Neste sentido, acreditamos ser importante contextualizar momentos que marcaram modos de se pensar e de se trabalhar a assistência em saúde mental.

Começamos pelo século XVII, marcado pela lógica de encarceramento, de fundação dos hospícios, quando se apontava para o isolamento como instrumento do tratamento da loucura. Guerra (2008) refere que estes estabelecimentos foram criados em toda a Europa, não só para os loucos, mas para todos aqueles, que, em relação à ordem da razão, moral etc., davam mostras de desvio. A questão da loucura era vista como problema social e não ainda

como doença. Não havia, portanto, a ideia de cura, mas de impedimento de desordens sociais, principalmente pelo fato de a loucura estar relacionada à ociosidade e à falta de produção. O trabalho nos manicômios, então, foi utilizado como recurso de controle social e econômico, já que a ociosidade era relacionada ao pecado e, para isso, o trabalho seria a solução.

A partir do século XVIII, a loucura passa pela primeira vez a ser não mais vista como forma de estar no mundo, como nos séculos XV e XVI, ou como incapacidade para o trabalho, como no século XVII e início do século XVIII, mas como uma relação estreita entre patologia e loucura. Foi o entendimento de que a loucura já não mais é externa ao humano, mas produto do interior da própria razão humana, que possibilitou a construção da tentativa de cura através do tratamento moral. O tratamento moral, preconizado por Pinel, estabelecia a loucura como um distúrbio da razão: as origens da loucura eram os vícios, a vida desregrada e a ociosidade, e o tratamento baseava-se na correção destes desvios que permitiriam o acesso à razão e à cura. O afastamento completo do paciente em relação ao meio em que vivia e que lhe possibilitava o acesso aos vícios, às paixões, aos desregramentos da vida, era fundamental para a cura. O tratamento moral, segundo Alves (2005), baseava-se em três premissas: o isolamento do mundo externo, a organização do espaço asilar, a manutenção das disciplinas e a submissão à autoridade (relação de poder entre médico e paciente). A relação de autoridade permitiria o resgate da razão e era considerada um instrumento de imposição de uma vontade racional externa. Guerra (2008) aponta que é neste contexto que a psiquiatria nasce como a primeira especialidade médica, composta por observação clínica dos fenômenos patológicos dos internados e, a partir disso, o saber psiquiátrico apropria-se das loucuras e das instituições de internação. A autora também pontua que, dentro desta lógica, aparece a atividade – ou trabalho mecânico – como um recurso de correção do desvio moral, sempre submetido à autoridade médica.

Segundo a autora, se a loucura era a desrazão, a atividade e outras modalidades terapêuticas apareciam como espaço de normatização do comportamento desviado.

Já o século XX, sobretudo a sua segunda metade, no período pós-guerra, marcou os limites da psiquiatria, cujo campo terapêutico passou a ultrapassar as delimitações que a circunscreviam, estendendo-se ao campo da saúde mental. Busca-se romper com práticas de exclusão, segregação, sendo o movimento da Reforma Psiquiátrica seu principal representante, apresentando-se como um novo paradigma: a reabilitação psicossocial.

A ineficácia terapêutica dos modelos anteriores, somada às denúncias que feriam os direitos básicos dos cidadãos, culminou em um processo de reconstrução de lógica assistencial no cuidado dos usuários e pressupostos teóricos em relação à loucura. Um exemplo de grande reformulação em relação à reabilitação e ao trabalho se deu na Itália, com o movimento antimanicomial da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo em Franco Basaglia seu principal representante. Neste movimento, a questão do exercício da cidadania e dos direitos dos portadores de grave sofrimento psíquico era fundamental, articulada à noção de território, colocado não apenas como território geográfico, mas, e principalmente, como o espaço onde se situam as relações sociais. Este movimento apresenta-se como um processo crítico-prático que tende a romper com a abordagem excludente, calcada no saber médico e na estrutura manicomial, fundamentando-se na reabilitação psicossocial.

À proposta antimanicomial soma-se à noção de uma clínica cuja prática é também política, sustentando o desenvolvimento de ações com um efetivo meio de criação, de resgate da singularidade, de cidadania e da possibilidade de inserção no tecido social, como ferramentas possíveis de novos modos de investimento em propostas de valorização dos processos de subjetivação e cidadania.

No Brasil, o modelo de assistência centrada no asilo permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria, fortemente hegemônico até o início da década de 90.

Na década de 1920, no Brasil, a loucura é assimilada às desadaptações sociais, e uma das alternativas terapêuticas era dada pela relação de trabalho nas colônias agrícolas, cujo pano de fundo era a exploração de mão de obra barata. Guerra (2008) aponta

o trabalho como pilar central da cura na terapêutica asilar, com a proposta de recuperação da relação entre os doentes e a sociedade, ao mesmo tempo em que o trabalho também servia de ocupação do tempo ocioso dos doentes crônicos e assegurava boa ordem.

Já na década de 1940, questionando a primazia organicista, Nise da Silveira pôde contribuir para uma nova forma de pensar a reabilitação, na medida em que valorizava a atividade como recurso terapêutico e denunciava os desvios desta prática, por vias de exploração de mão de obra etc., buscando de fato o benefício do usuário.

O trabalho e a ocupação passam a ser ofertados em favorecimento ao usuário, sem vantagem financeira à instituição, como anteriormente ocorria. Esta é a primeira vez no Brasil que as atividades terapêuticas têm esta nova roupagem, com o expresso contraponto à hegemonia orgânica da psiquiatria neste período. Incluía-se atividades artísticas, culturais e recreativas, sob forma de convite, e não de uma obrigatoriedade, com finalidades de produção, como visto anteriormente.

Este movimento, entretanto, devido ao fortalecimento do enfoque medicamentoso da década de 1950, somado à falta de incentivo político ao movimento de desinstitucionalização da loucura nos manicômios, somente pôde tomar forma décadas depois.

Ainda em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, Alves (2005) fala sobre o movimento do preventivismo adotado na década de 60. Este modelo preconizava a ideia de que a doença mental poderia ser prevenida; assim, havia a possibilidade de resolução dos desvios sociais através de uma ação preventiva. Os atendimentos não eram restritos ao doente mental, a atenção perpassava as instituições de convívio: escola, asilo, locais de trabalho. Para tanto, criaram-se os Centros de Saúde Mental, que tinham como eixo condutor do modelo de assistência a alternativa comunitária. No entanto, esta reorientação da assistência à doença mental não se refletiu numa atenção mais integral, como era previsto no plano do preventivismo. Além disto, a psiquiatria preventiva não questionava o modelo racionalista que sustentava as práticas nos manicômios.

A “ambulatorização”, considerada na década de 70 como solução para a assistência psiquiátrica, manteve ainda a lógica massificadora do hospital psiquiátrico.

Este movimento teve como maior consequência a ampliação da demanda, com aumento de leitos contratados, já que esta rede ambulatorial não conseguia suprir as necessidades do sujeito em sofrimento. A “ambulatorização” promoveu a cronificação da clientela e foi marcada pela indução à farmacodependência.

Atualmente, notamos a existência de diferentes formas de se pensar a assistência em saúde mental. O tratamento moral, preconizado no século XVIII, ainda se encontra de forma viva em muitos lugares que atendem sujeitos em sofrimento psíquico. A ideia de prevenção da doença mental ainda existe no discurso de muitos profissionais da saúde mental. No entanto, percebemos um movimento, iniciado no final da década de 70, que busca a construção de uma nova noção de cuidado em saúde mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica, regulamentada pela Lei 10.216 de 2001, pode ser compreendida como um processo social que culmina com a mudança de paradigmas do cuidado em saúde mental, decorrente de transformações culturais e da validação jurídico-legal dessas conquistas. A Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu principal momento durante a mudança político-social do país com a abertura democrática, com a Assembleia Constituinte, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e com o impacto da experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, de Franco Basaglia. Para ele, o tratamento do indivíduo implica uma ação política de transformação, e é neste sentido que o ato terapêutico revela-se um ato político, que possibilita uma nova inscrição da loucura na cultura e na cidadania.

No momento da abertura e da democratização, assiste-se a movimentos mais ou menos articulados de desconstrução das práticas psiquiátricas fundadas no modelo psiquiátrico hegemônico, sendo buscadas alternativas a este modelo. Em constante questionamento do papel de exclusão e controle das práticas da psiquiatria, as ações passam a representar oportunidades de encontro com a sociedade àqueles que passaram pela experiência de

exclusão, como elementos articuladores entre o dentro e o fora da instituição, em posição de questionamento e redefinição do lugar da loucura.

Esta transformação reflete uma tentativa de ruptura com o paradigma psiquiátrico hegemônico, no qual a doença é entendida como objeto de intervenção. Em contraposição, busca-se um olhar que contemple o cuidado com o sujeito em sua “existência-sofrimento” de forma integral. Assim, as equipes se viram confrontadas a reconstruir modos de intervenção, de construção de uma nova clínica com a possibilidade de encontros, mudando o foco do objeto de intervenção da doença para a existência complexa do sujeito, suas experiências, seu discurso, sintomas, suas possibilidades de produção e circulação.

Lima aponta que:

Organizou-se, assim, um conjunto de atividades e formas de atenção, buscando oferecer uma estrutura na qual o usuário pudesse participar ativamente do seu processo terapêutico e construir, acompanhado, sua trajetória, na instituição e na vida, escolhendo aqueles espaços e linguagens que lhe fizessem sentido ou que lhe proporcionassem a construção de algum sentido. (Lima, 2004, p.74)

Deste modo, nas últimas décadas, vem acontecendo uma transformação da assistência em saúde mental, a partir da implantação de novos dispositivos de atenção psicossocial, dentre eles os SRTs.

Os residenciais terapêuticos são “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, sendo questão central a moradia, o morar, o viver na cidade, assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município” (Brasil, 2004). Os SRTs são equipamentos de saúde mental especializados e fundamentais na configuração da política de saúde mental brasileira. Constituem uma impor-

tante alternativa de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, mesmo que a condição de institucionalização não seja o único requisito para beneficiar-se de uma moradia. Além disso, são essenciais para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Um dos desafios da constituição dos SRTs, como apontam Amorim e Dimenstein (2007), é a ambiguidade entre a proposta de ser um serviço e uma casa ao mesmo tempo. As autoras apontam essa ambiguidade como um desafio e também como uma estratégia de produção de novos modos de cuidado para os trabalhadores destes novos serviços, mostrando como estas mudanças vão incidir sobre o cotidiano dos moradores e cuidadores, nas relações que estes estabelecem entre si, nos mais variados âmbitos da vida que estão construindo juntos e também sobre as práticas de cuidado em saúde que ali estão se produzindo. É nesse sentido que apontam que os SRTs são problematizadores da atenção em saúde mental e, como tal, têm mobilizado uma série de questionamentos relativos à clínica e aos modos de morar e habitar, tais como: qual clínica é possível neste contexto residencial sem deslizarmos para as práticas tutelares? Que acolhimento e que formas de cuidado se fazem nesse novo modelo sem aprisionar a vida? Como se fazem essas formas de cuidado no transitar cotidiano entre casa e cidade e tudo que a vida comum comporta?

Acreditamos que o AT é potente no que toca esses questionamentos, pois o acompanhante terapêutico pode emprestar-se como sujeito desejante e colocar-se muitas vezes como representantes do desejo daquele que é/foi impossibilitado de apresentar-se como tal.

Como mencionado anteriormente, a reforma psiquiátrica reordenou os investimentos públicos na área da saúde mental, tendo como norte a gradual substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de base territorial, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os SRTs, Hospitais Gerais, Centros de Convivência e a busca constante pelo exercício da intersectorialidade (educação, cultura, assistência social etc.). A progressiva diminuição de leitos dos manicômios brasileiros tem conexão dire-

ta com a instrumentalização de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹.

Deste modo, serviços de saúde criados a partir da reforma psiquiátrica exigem profissionais de saúde mental com perfil específico, os quais, além de estarem apropriados dos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente no país, devem buscar relacionar-se com a loucura de maneira diferente daquela preconizada pelo modelo pautado em hospitais psiquiátricos. A forma de relacionar-se com o tema da loucura é um desafio para toda sociedade civil, e para os profissionais de saúde não é diferente; o cuidado em liberdade predispõe perseguir a autonomia e a independência dos usuários de saúde mental, em contrapartida ao tradicional modelo caracterizado pelo controle e tutela.

Apesar deste desafio e de admitirmos que a reforma psiquiátrica é um fenômeno razoavelmente recente, algumas estratégias de intervenção dentro dos serviços parecem consolidadas, como o AT ou o Matriciamento².

Novos olhares e práticas em relação ao usuário em grave sofrimento psíquico colocam em cena outros dispositivos possíveis no cuidado com o usuário de Saúde Mental: da proposta de di-

¹Em 23 de dezembro de 2011, foi criada a portaria 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088, 23 de Dezembro de 2011.

²Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

minuição de leitos psiquiátricos até a progressiva diminuição dos manicômios, muitos outros dispositivos devem ser ativados, fortalecidos e também aprimorados. Como propõe Merhy (2002), faz-se pertinente pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde que consigam combinar a produção de atos cuidadores com a conquista dos resultados de saúde que se busca. Este constitui um nó crítico a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde. Considerando que a produção de atos de cuidado dá-se nas relações de encontro entre trabalhador e usuário, pode-se dizer que o trabalhador é peça importante no processo da substituição do manicômio por equipamentos que realmente não reproduzam práticas manicomialis. Deste modo, com a mudança deste contexto na apropriação de um novo modelo de atenção à saúde, os serviços vêm sofrendo uma reorganização, onde o objetivo é a produção de um cuidado integral, tornando a atenção centrada no usuário. Segundo Rocha (2008), do tratamento, passou-se ao cuidado, e é neste sentido que entendemos o AT como uma das estratégias clínico-políticas exigidas pelo processo de desinstitucionalização da loucura, sendo emblemático da mistura, do contágio das disciplinas psi com as novas exigências da clínica com o espaço e tempo pulsante da cidade (Palombini, 2006).

Com as ferramentas que a clínica do AT coloca em nosso auxílio, quer se oportunizar o resgate da cidadania e a recuperação ou criação de novos modos de enlaçamento no social, conforme seja possível para cada usuário, objetivando a construção de possibilidades de que estes sujeitos possam ocupar a cidade e o discurso social.

O campo de prática

O Residencial Morada São Pedro é um condomínio de casas localizadas no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, mantido pela Secretaria Estadual da Saúde. Inaugurado em 2002, atende atualmente cerca de 50 usuários de saúde mental, provenientes, em grande maioria, de longo período de internação no HPSP.

O HPSP, inicialmente chamado de Hospício São Pedro de Porto Alegre, é datado de 1884 e foi o principal equipamento terapêutico em saúde mental do Estado do Rio Grande do Sul no século passado. Assim como os demais hospitais psiquiátricos do país, fez parte do processo de saneamento social da cidade (no caso, a de Porto Alegre), na qual a loucura ou qualquer comportamento socialmente desviante era motivo de conflito com a norma de previsibilidade e regularidade imposta pela sociedade da época e passível de isolamento através de internação psiquiátrica de longa permanência. No seu início, deu conta da demanda reprimida da Santa Casa de Porto Alegre, local que até então abrigava os alienados da cidade (Wadi, 2002). Em 1992, a partir de um grande movimento social de luta antimanicomial, o Rio Grande do Sul promulga a lei estadual da reforma psiquiátrica (foi o primeiro estado da federação e precedeu a lei federal). Desde então o HPSP diminuiu sua lotação, tendo como meta não possuir mais nenhum usuário na condição de morador do hospital. Apesar de grandes conquistas neste sentido, a Reforma parece estar em constante disputa, encontrando dificuldades pelos retrocessos que sucedem aos avanços obtidos. Um período significativo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Estado foi a construção deste SRT, localizado entre o HPSP e a comunidade da Vila São Pedro. O projeto envolveu a participação ativa de moradores da Vila na construção de casas populares e residenciais terapêuticos, incluindo transversalmente várias Secretarias do Estado. O projeto original era transformar toda a área da vila, garantindo, assim, que todos tivessem suas casas, e não somente as que foram construídas no período em questão. Porém, com a descontinuidade do governo seguinte, não pôde ser dada continuidade ao projeto, o que causou o aprisionamento do Morada São Pedro entre o hospício e uma vila de grande vulnerabilidade social, onde moram pessoas que em sua maioria sobrevivem da coleta e revenda de lixo reciclável. Consideramos a proximidade geográfica do SRT com o HPSP como um fator que marca pontualmente as características deste residencial: estar ao lado do local que proveu a exclusão da grande maioria dos moradores traz repercussões recursivas que são um desafio a mais para os trabalhadores do serviço.

A atuação profissional no SRT Morada São Pedro tem como norte a busca por um cuidado para além do ato de morar e tudo o que isto implica, mas também promover a circulação dos usuários moradores no tecido social, a exploração e apropriação da (sua) cidade. A mesma cidade que lhes foi negada em razão dos anos de enclausuramento.

Em 2013, através da residência em saúde mental da ESP/RS, ingressamos no SRT Morada São Pedro com o objetivo de trabalhar com os moradores do residencial a autonomia perdida nesses anos em que ficamos presos no hospício e tentar fazer com que conseguíssemos se apropriar do território ao qual agora pertenciam. Iniciamos fazendo um reconhecimento do espaço onde a partir de então começaríamos o nosso trabalho. As primeiras impressões não foram as melhores, parecia contraditório um SRT estar separado do hospício apenas por um portão.

A ideia era que, nos primeiros dias, fôssemos conhecendo os moradores e formando vínculos, e, conforme os afetos fossem se criando, as parcerias entre morador e residente surgiriam. Não demorou muito para que F. nos ganhasse, ou nós ganhássemos ele. Um homem inteligente, que, como a maioria dos ex-internos do HPSP, teve uma história de vida dura, já foi morador de rua e, após 11 anos enclausurado no hospício, estava de volta ao convívio da sociedade.

Uma das nossas tarefas como residentes era a de atualizar o Plano Terapêutico Singular de F. Sabíamos que isso teria que ser feito aos poucos, à medida que fôssemos conhecendo os seus planos, anseios e desejos. F. era esperto, inteligente, gostava de ler e fazer contas matemáticas, gostava de música, de filmes e de cigarros, tinha muito carinho pela mãe, que ainda era viva, e percebíamos uma enorme vontade de viver, que se viu interrompida pelos anos de hospício.

Bom, tínhamos um belo desafio pela frente, usamos a ferramenta do AT como estratégia para o desenvolvimento do nosso trabalho e das nossas andanças com F. O guia era ele; como gostava muito de filmes, nas quartas-feiras à tarde era nosso dia de cinema (algumas vezes F. dormia e só acordava no final da sessão). Quando

assistimos o filme sobre a vida de Renato Russo, F. cantou e aplaudiu todas as músicas, disse que gostava muito do cantor.

Algumas vezes íamos ao centro da cidade, ora para passear, ora para fazer compras, ir ao médico ou fazer e refazer o cartão TRI³ que F. perdia de tempos em tempos. Lá, F. conhecia todas as ruas e todos os caminhos. Certa vez, disse que precisava ir ao banheiro. Olhamo-nos sem saber onde poderíamos levá-lo, pois não existem muitos banheiros públicos na cidade, porém F. nos diz “eu sei onde tem, lá no Mercado”. Sim, ele conhecia aquele lugar melhor do que nós.

Um grande desejo de F. era não perder o contato com sua família, sempre falava com muito carinho de sua mãe, dizia sentir saudade dela. Combinamos então que faríamos uma visita a ela. O endereço da casa de sua família havia se perdido, mas F. disse que saberia nos guiar até lá. Fomos sem saber onde iríamos parar, sabíamos apenas o nome do bairro, não tínhamos nenhuma referência, éramos guiados apenas pelas memórias de F. A combinação foi de pegar dois ônibus para poder chegar ao bairro onde morava sua família, e, a partir dali, ele nos conduziria. Percebíamos que ele sabia onde queria ir, mas estava meio confuso em meio a tantas ruas, não ia lá fazia algum tempo. Decidimos pegar um taxi, F. foi no banco da frente, dando as instruções ao motorista. Estávamos um pouco apreensivos no banco de trás, pois não tínhamos ideia de onde estávamos e nem onde F. estava nos levando, mas, para nossa surpresa, em pouco tempo chegamos em frente à casa de sua mãe, que lá estava, sentada na calçada. Uma senhora bem idosa, com um olhar triste, mas que se encheu de alegria ao avistar o filho.

Descemos do carro, e imediatamente a mãe se levanta e vem ao encontro de F., os dois se abraçam e dizem como sentiram saudade um do outro. Logo em seguida surge o irmão de F., não parecendo tão contente como a mãe ao vê-lo. Tínhamos combinado que seria apenas uma visita, mas lá F. decide que quer passar a noite com sua família e retornar ao SRT no outro dia. Ficamos preocupados, pois a família não possuía estrutura para acolhê-lo por muito tempo. No dia seguinte, como F. ainda não havia retorna-

do, ligamos para seu irmão em busca de notícias, e estas não foram as melhores. Seu irmão disse que F. ainda estava lá e não queria voltar ao SRT e, em razão disto, haviam discutido, e F. saiu sem dizer para onde iria. Ficamos muito preocupados, pois não sabíamos onde procurá-lo, ficamos um dia sem notícias, depois F. retornou ao SRT.

Porém, nem sempre nossos encontros foram cheios de aventuras, algumas vezes ficávamos sentados no banco em frente à sua casa sem muita conversa, apenas apreciando o silêncio e esperando o tempo passar.

Ouvidos e olhos atentos às invisibilidades e sutilezas que essa clínica propõe constroem um novo modo possível de cuidado aos usuários de saúde mental em situação de (re)habitar o mundo. A ideia da breve retomada da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica, tanto no Brasil como no mundo, teve como pano de fundo a intenção de aproximação com a prática do AT. Os dois sofrem descompassos: ao mesmo tempo em que equipes estimulam a apropriação do território e a autonomia do usuário, exercem relações de tutela e de controle. Um detalhe importante que esta e outras experiências mostram é que, às vezes, não é possível que o AT se desenrole sem um trabalho junto à equipe de cuidadores que acompanha diariamente esses sujeitos. Por vezes, grandes avanços no sentido de aquisição de maior autonomia, de mostrar-se como sujeitos desejantes, são barrados por estas equipes, em prol da simplificação e objetividade das atividades diárias. Vale ressaltar aqui a importância de se desenvolver uma rotina de cuidado e de educação permanente com as equipes de trabalho, para que algumas práticas não se tornem mecânicas e sem afeto, pois é sabido o quanto este tipo de trabalho pode ser adoecedor e que muitas vezes não há investimento no trabalhador. É preciso cuidar do cuidador. O mesmo acontece no processo instituinte da Reforma, e é por isto que é preciso sempre estar atento às invisibilidades que barram a expansão das formas criativas de vida em todas as suas dimensões.

Ainda que haja muitos desafios quanto ao estabelecimento de novos SRTs, e também quanto à formação profissional capac-

³Cartão utilizado para acesso ao transporte público municipal.

itada para acolher as diversidades singulares de vida e formas de cuidado, acreditamos que muito se avançou nos últimos anos no Rio Grande do Sul com a Reforma Psiquiátrica, através da expansão de diversos serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e também na formação do profissional de saúde mental, através da ampliação de campos de prática ofertados pela Escola de Saúde Pública em conformidade com a Reforma Psiquiátrica, tais como o Residencial Terapêutico Morada São Pedro, entre tantos outros.

Referências

- Alves DS. O cuidador em saúde mental. In: Pinheiro R; Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p.221-40.
- Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):195-204.
- Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2001.
- Guerra A. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa MC, Figueiredo AC. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa; 2008. p.23-58.
- Lima EA. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa MC, Figueiredo AC. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004. p.59-81.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Residências Terapêuticas: Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Palombini AL. Acompanhamento terapêutico. Dispositivo clínico-político. *Psyche* (São Paulo). 2006, v.10, n.18, p.115-127. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&nrm=iso
- Rio Grande do Sul. Lei Estadual Nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Porto Alegre, RS: 1992.
- Rocha MR. Enfermagem em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2008.
- Wadi YM. Palácio para guardar doidos. Editora da UFRGS. Porto Alegre; 2002.

A cidade como potência, errância e abrigo: Relatos e traçados do acompanhamento terapêutico

*Fernanda Stenert
Analice Palombini
Ana Carolina Rios Simoni*

Este texto se compõe de relatos de experiências com o acompanhamento terapêutico (AT), vividas por uma das autoras, nos dois anos de formação na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RISMS UFRGS). São narrados os percursos trilhados na Residência no encontro com o AT, as cidades e suas redes – cenários de formação em saúde mental coletiva. O AT emerge nesses territórios de formação como uma ferramenta potente, criativa, que desacomoda, perturba e exige improvisações, fazendo pulsar o ritmo da própria vida na clínica e na formação. As experiências com o AT e com a cidade aqui narradas foram vividas no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Canudos, de Novo Hamburgo, e no Projeto ATnaRede, da UFRGS.

Ligado ao Instituto de Psicologia da UFRGS desde 1998, o ATnaRede constitui-se como projeto de ensino, pesquisa e extensão em torno da prática do AT, coordenado por uma das autoras deste texto. Em parceria com serviços de assistência social, saúde e justiça do município Porto Alegre, acolhe demandas oriundas desses serviços, com os quais mantém uma interlocução, no sentido de abrir espaço para discussão dos casos propostos para AT. O projeto é composto por estagiários de psicologia, extensionistas, residentes de saúde mental coletiva e mestrandos de psicologia e áreas afins. Conta com um espaço semanal de supervisão na universidade e prevê a participação em reuniões de rede e com as equipes dos serviços parceiros (Palombini et al., 2013).

Tem como campo de prática a cidade, o cotidiano, fora de quatro paredes, onde as pessoas vivem, sentem, transitam, de modo que carrega em seu bojo questionamentos das formas tradicionais da clínica. Nessa formação, é possível constituir formas de

escutar e cuidar, ao desprender-se de uma posição enrijecida da especialidade que enclausura. Nesse cenário, coloca-se em pauta a relação do AT com a Rede de Atenção Psicossocial e Intersetorial.

No trânsito pela cidade, mesmo que o at esteja enrijecido em uma posição teórica e/ou numa posição mais objetiva, normatizadora e moralizante, ele é forçado nos seus limites para uma necessária abertura. Acompanhante e acompanhado se vêm tomados pelas forças da cidade, lançados no plano das sensações (Benevides, 2007, p. 115).

O Proteto ATnaRede é uma das possibilidades de cenário de práticas da RIS/UFRGS em Saúde Mental Coletiva – dispositivo de formação que se propõe a formar profissionais de saúde capazes de trabalhar na lógica do território, produzindo em ato a Reforma Psiquiátrica. Os percursos na Residência começam com um convite a itinerâncias pelo território, a se perder pelas cidades, aventurar-se por Porto Alegre e Novo Hamburgo, deixando-se levar pelo imprevisível. Itinerâncias que visam aproximar os profissionais em formação, desde o princípio, de diferentes contextos, periferia, centro, um conjunto de labirintos, ruas que se interligam e se ramificam, teias que vão se construindo, redes que se interligam, geografia de subjetividades que ali se transformam e se comunicam, mapas subjetivos que marcam o trajeto afetivo dos habitantes.

Jacques (2001) faz um convite a criar rachaduras em nossos conceitos prévios das cidades, abrindo a possibilidade de sentir a novidade dos espaços por onde se transita. Andar por aí, perder-se, pode ser um exercício inovador, singular, de formação. Cada espaço toca de diferentes formas histórias adormecidas, recantos escondidos, mostra também algumas amarras que precisam ser desfeitas. Percebe-se a incompletude da cidade, a efemeridade de seus acontecimentos, a busca de uma unidade de formas acabadas que talvez nunca ocorram, todas passageiras e mutantes. Somos convidados a experimentar o fragmento, que tem um sentido próprio, singular, pontual, porém incompleto, inseguro, em constante construção.

Nosso processo será sempre o da repetição diferente, o labirinto do percurso, da descoberta, da surpresa, da experiência, da multiplicidade e, sobretudo, da liberdade. Isso exclui muitos outros tipos de labirintos – os que são impostos, planejados, projetados e, particularmente, os que são ortogonais, racionalistas, ou seja, cartesianos. (Jacques, 2001, p. 95)

Para o profissional em formação, essa nova relação com a cidade é imprescindível, para que possa “[...] criar a partir do que vai vivendo nas andanças, [...] inventar lidando com o inusitado” (Palombini et al., 2004, p. 13). A cidade, com sua potência, movimento e acasos, com seus espaços e tempos, é desbravada nos encontros do AT e é matéria para novas histórias, novos caminhos e possibilidades de criação.

Narrar trajetos, fotografar traçados

Narrar experiências é uma tarefa complexa. Que recortes fazer, como colocá-los no papel, utilizando somente palavras? Frequentemente, a vivência que se dá no AT extrapola as possibilidades de se transmitir em palavras, e outras linguagens se fazem necessárias. Andar pela cidade, pelos trajetos e caminhos traçados nos encontros de AT, é algo intenso. Para compartilhar essas experiências, utilizou-se também o recurso fotográfico como forma narrativa, tensionando entre a palavra e o visual, entre o discurso e a imagem, entre o verbal e o não verbal. Pela intensidade que se dá nos encontros do AT, marcados pelos traçados na cidade, as imagens parecem conseguir traduzir em parte o vivido. Cada uma das fotos utilizadas é conectada a pequenos trechos escritos, que falam dos caminhos traçados, da relação com a cidade que acolhe e também repele.

São ruas, muros, paisagens, pinturas, rasgos de momentos que acontecem, que falam dessas cenas, das pessoas envolvidas, das produções subjetivas, dos medos e angústias. São impressões do vivido, nos encontros do AT, dos trajetos realizados, partes da

cidade que conseguem falar das encruzilhadas do social e da cultura que cerca as relações. Impressões não planejadas, momentos espontâneos, surgiram com uma câmera em punho. Gomes (1996 apud Maheirie, Boein, Pinto, 2005, p. 215) coloca que “durante o registro de uma experiência, a fotografia pode provocar novas percepções, dar vazão à subjetividade que acompanha o ato de olhar e tornar imortal um momento e local registrados”.

Desse modo, a narrativa aqui feita se apresenta como uma trama de imagens e de textos, feita de fotografias, narrativas do diário de campo, escritos sensoriais que acompanham as fotografias, fragmentos de textos dos autores escolhidos e um texto que vai costurando esses heterogêneos, sem se preocupar em esclarecer ou evidenciar, mas levando o leitor a visitar os traçados e trajetos da experiência, a partir dos encontros. As diferentes dimensões de registros entrelaçam-se, cruzam-se e dialogam. Falam dos trajetos percorridos por uma residente e de suas (trans)formações a partir do encontro com o AT.

Para ler essa trama, não é preciso seguir um caminho linear do início ao fim do texto, da introdução à conclusão, da letra maiúscula ao ponto final. A proposta não é produzir entendimento, embora se possa aprender com as construções feitas. O modo de narrar que aqui se produz convoca o leitor às itinerâncias do texto, a andarilhar pelas páginas, a sentir o que pulsa no texto e refazer a rota da leitura: convoca à errância. Pode-se optar por ler as fotos, ler uma das fotos em todos os seus detalhes, ou pode-se ler apenas os escritos que as acompanham. Pode-se também ler somente as escritas do diário de campo e então voltar às imagens e voltar às escritas das imagens. Pode-se ainda pular de uma citação à outra, sem a preocupação da apreensão do conjunto. O texto convoca a não temer o fragmento, o caráter fragmentário da existência e a interagir com este diverso.

Através da narrativa de fragmentos dos acompanhamentos, são abordados elementos inerentes à clínica do AT: a temporalidade, o silêncio e as condições de acolhimento do singular, o desafio da captura dos mecanismos de controle, o questionamento da identidade, as possibilidades de pertença, a cidade como potên-

cia, errância e abrigo. Com Cesar, um dos acompanhados, entra em questão o tempo linear para aproveitar o acaso e o a cada vez. Com Anita, a AT experimenta fazer uma identidade andarilha, penetrar a cidade em sua repulsa ao diferente, desafiando seus mecanismos de controle. Com Samuel, o tempo viscoso da casa, os gritos silenciosos das paredes e a potência da cidade se experimentam para compor uma trajetória singular de memória e apropriação. Com Victor, o ritmo frenético do centro da cidade entra na cena do AT para interrogar as possibilidades de um lugar do qual se sentir parte. Nessa trama heterogênea, a Cidade aparece não como paisagem, mas como algo que nos habita. E o abrigo é um interior provisório.



Tensão entre jogos de luzes, movimentos. No ritmo frenético das ruas, o acaso faz o momento. Fios, sinaleiras, placas, indicam direções, modos de viver, de transitar, de sentir. A natureza parece dar outro sentido ao já estabelecido, tornando a imagem inacabada, aberta, fugidia.

Acompanhando as cenas narradas no corpo do trabalho, as imagens proporcionaram um exercício de deslocamento, de estranhamento do vivido, possibilitando repensar a cidade, que é construída no momento mesmo do AT. “É o aspecto desconhecido do

porvir que cria a estranheza; e o estranho é também o estrangeiro, o que nos é estranho, o que não dominamos, porque desconhecemos” (Jacques, 2001, p. 86).

A experiência errática, assim pensada como ferramenta, é um exercício de afastamento voluntário do lugar mais familiar e cotidiano, em busca de uma condição de estranhamento, em busca de uma alteridade radical. O errante vai de encontro à alteridade na cidade, ao Outro, aos vários outros, à diferença, aos vários diferentes; ele vê a cidade como um terreno de jogos e de experiências (Jacques, 2012, p. 23).

Não se trata de romantizar a cidade ou o AT, mas de fazer recortes imagéticos das vivências, que extrapolam o campo do narrável, abrem-se a muitos sentidos, recriam-se a cada momento. As fotografias foram feitas sob o ponto de vista do acompanhante, atravessado por diversos regimes “que comandam os olhos do fotógrafo, afetam também seu corpo inteiro e inspiram-lhe posições, distâncias das coisas, posturas e uma dinâmica. A memória define um campo de possíveis, nos limites do qual ela orienta aquilo que o fotógrafo vê, e como ele o vê” (Rouille, 2009, p. 225). Tratou-se de pensar a fotografia, no contexto do AT, como exercício de uma errância, que acompanha os movimentos da cidade, da alteridade.

Cenas do AT: temporalidades esquecidas, subjetividades andarilhas, muros silenciosos e multidões solitárias

Em um dos dias em que vou à sua casa, D. Ana, avó de César, recebe-me como sempre. Em um certo momento, pergunto as horas, e ela responde que são meio dia e meia. Percebo que o relógio está parado e falo a ela que podemos trocar as pilhas. Fazemos a troca e olho no meu celular o horário, para acertar o relógio. São duas horas, e D. Ana fica surpresa. Parece que

a noção do tempo se perdeu, em uma repetição cotidiana, circular, que mostra também o tempo de César, outro relógio, outra lógica (Trechos do diário de campo, 2012).

No AT, a percepção de tempo e espaço se modifica, não sendo possível se guiar somente por nossa própria organização temporal. Seguimos outros ritmos, outras temporalidades, e só assim conseguimos acompanhar.

Para que possa introduzir-se como presença empática na relação com o acompanhado, à semelhança do que faz a mãe suficientemente boa, o at deve ser capaz de uma certa abstinência daquilo que é o eixo básico da constituição do seu eu – a organização espaço-temporal. Os relatos dos ats referem-se à vivência de um descompasso no tempo e à necessidade de prescindir da sua organização temporal para poder acompanhar ora o frenesi, ora a lentificação de uma temporalidade cujos parâmetros lhe escapam. (Palombini, 2007, p. 160).

É um tempo que muitas vezes não permitimos que jorre fomentando novos acontecimentos. A pressa de nossa lógica temporal coloca desafios para penetrar em outros mundos. Com certa ansiedade, a acompanhante terapêutica (at) chegava à casa de César buscando a hora certa, que a norma impõe, forçando muitas vezes um tempo que não acompanhava o ritmo da família, singular, atravessado por outra cronologia. “A cronopolítica hegemônica visa à aceleração máxima, absoluta, ao passo que a loucura não só encarna uma desaceleração (ou uma velocidade de outra ordem), mas também solicita uma desaceleração” (Pelbart, 1993. P. 39).

O tempo, então, é concebido como diferença e multiplicidade. Trata-se não apenas de que o psicótico, na sua insubordinação contra o sentido e a velocidade habitual dos fluxos urbanos,

possa sobreviver na cidade, mas que lhe seja possibilitada a manifestação de sua densidade singular, sendo necessário, para isso, acompanhá-lo em seu ritmo descompassado (Palombini et al., 2004, p. 39).



Tempo esquecido nas ruas que cercam sua casa. Espaço-tempo que a cidade excluiu, deixando na periferia as sobras do que não se quer visível. Rua que parece se perder na paisagem, que está perdida em si, espaço esquecido, assim como o tempo de César.

Vou à casa de César para irmos juntos fazer sua identidade. Ele já me esperava, ansioso pelo passeio. Antes de sairmos, vamos procurar sua carteira em seu quarto – cenário de muitos de nossos encontros, onde ouve suas músicas, descansa. Chegando ao centro da cidade, César fala um pouco de seu passado, das lembranças dos lugares, das ruas. Saímos do território conhecido de sua casa, e fomos à cidade, onde novos sentidos puderam ser produzidos, e César pareceu se sentir parte daquilo (Trechos do diário de campo, 2012).

Na maioria das vezes, os encontros se deram em sua casa, em seu quarto. Mesmo ali, no espaço pequeno, abafado e amontado de seu quarto, havia brechas, uma certa porosidade “através da qual o mundo tem entrada nele, instaurando uma interação entre o dentro e o fora, entre o quarto e o mundo” (Palombini et al., 2004, p. 74). Porém, ao percorrer a cidade, César encontra memórias, lembranças, de quando trabalhava, do nome das ruas, da localização de antigos estabelecimentos. Naquele momento, a cidade gerou rupturas no cotidiano vivido repetidamente, em seu pequeno quarto ou com a avó; a cidade lhe possibilitou lembrar-se de seu passado, de sua história.

A cidade, protagonista desses encontros, é a grande aliada no trabalho de AT, pois possibilita que o acompanhado, percorrendo sua trajetória juntamente a at, desenhe novas marcas neste contexto social. Tais marcas, por vezes, têm a força de romper com o instituído, de mudar, ainda que de modo ínfimo, o desenho deste horizonte (Cabral, 2005, p. 103)

No AT, a cidade também é protagonista da cena, com todos seus elementos: sons, movimentos, cores, cheiros, pessoas que transitam (Belloc, 2005, p. 18). Para César, ela possibilitou o resgate de suas memórias, dos lugares que marcaram sua vida, das ruas que já pareciam tão distantes e indiferentes. Transitar pela cidade foi importante, assim como pelos espaços pequenos de sua casa, pois esses espaços podem ser porosos: “Porosas podem ser tanto as paredes do consultório, quanto as paredes das casas, de tal forma que o mundo entre por elas, possibilite a experimentação da vida e não apenas construções identitárias” (Benevides, 2007, p. 109).



Pichação em um bairro de Porto Alegre. Linhas novas que transitam em paredes fixas, exigindo movimento, solicitando espaço. Criações, espaços de habitar a cidade em seu silêncio.

Labirintos da vida, da luta antimanicomial, são diferentes dos labirintos cartesianos, planejados e estruturados, que não permitem novas vivências, não respiram, não transitam e não se permitem modificar pelo contato com a alteridade. Labirintos cartesianos não se abrem ao estranho, prendem-se ao conhecido, ao estabelecido, ao dominante, excluindo qualquer outra forma de se construir que não aquelas impostas e dadas.

Uma cidade é, por excelência, o espaço da regulação e ordenação dos fluxos, fluxos de pessoas, viaturas, palavras, mercadorias, ondas de rádio e TV, dinheiro etc. Como conseguir que um Lászlo, na sua insubordinação contra o sentido e a velocidade habitual desses fluxos, não só sobreviva, mas também manifeste sua densidade singular? Talvez entendendo que ele está tocando outra música, ou compondo um ritmo novo, ou inventando um instrumento inusitado. E aí,

por mais que ele soe desafinado na orquestra da cidade, seria preciso acompanhá-lo musicalmente (Pelbart, 1993, p. 70)

No CAPS, foi desafiador começar o acompanhamento de Cesar, pois havia uma demanda crescente de atendimentos, e a atividade do at incide com a máxima intensidade sobre um único usuário (Palombini, 2004, p. 81). O AT então gera essa tensão, necessária para que transformações ocorram na forma como o serviço se organiza, para que se possa refletir sobre essa demanda desenfreada, que segue uma lógica de produção, mercantil. Cria condições de abertura “para o novo, seguir fluxos alheios, deixar-se afetar, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena [...]” (Palombini et al., 2004, p. 78).

Jacques fala do arquiteto-urbano, que intervém nas novas situações urbanas já construídas com identidade própria, ocupando-se de espaço-movimento, organizando os fluxos. Pode-se pensar no trabalhador de saúde mental, que, como um arquiteto transformador, respeita os fluxos autônomos, o tempo de cada singularidade, esperando as marcas que os usuários deixam no terreno para só depois construir algo, transformar algo.

Anita, mulher andarilha, percorre diversos locais e casas de familiares, sempre retornando ao terreno do ex-marido e sua família. No mato desse terreno, encontra um espaço, um acolhimento. Uma educadora social do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e uma residente de saúde mental coletiva acompanham Anita, tentando vinculá-la a serviços de saúde. Durante alguns meses, Anita não se deixou acompanhar, pois seu passado é marcado por internações forçadas que teme ver se repetirem. A família do seu ex-marido traz a vontade de interná-la novamente. Vários serviços tentam acolher Anita, que foge dessa trama institucional e não se deixa capturar, trazendo em seu delírio suas razões e medos. Foge da pressão de um tempo que não é seu, que lhe é imposto, e sua vinculação talvez se dê por processos diferentes dos que são esperados por esses serviços.

Em uma das visitas a Anita, convidamo-la para ir ao posto de saúde. Ela inicialmente aceitou o convite, pedindo que a esperássemos tomar o café que sua ex-sogra preparava. Após beber o café, ela se levantou e fomos até o portão. Nesse caminho, Anita avisa que não irá conosco até o posto. Insistimos, ela diz não. Depois desse dia, ocorreram muitos encontros em que tentamos acompanhá-la, sem sucesso (Trechos do diário de campo, 2013).

Reuniões são feitas entre serviços, na tentativa de formar uma rede para Anita – rede com que ela não quer se deixar envolver. Anita tem seu jeito próprio de lidar com sua saúde, vive no mato, faz sua comida no fogo, toma banho por ali, esquentando a água no fogo. Ela é muito independente, andarilha, faz seus trajetos e não permite que ninguém a acompanhe. Mas inesperados ocorrem, e nossa relação sofre uma transformação.

Um dia chegamos ao portão, e a vemos de longe. Gritamos juntas seu nome, o qual pareceu ressoar naquele grande terreno. Ela vem, decidida, em nossa direção. Sua ex-sogra abre o portão, e Anita nos diz “Vocês demoraram a aparecer... Hoje irei com vocês”. Surpresa e choque, foi o que sentimos naquele momento, como se nos falasse de uma confiança construída no tempo, tempo que foge ao nosso alcance, que se situa em outra lógica. Cansada, Anita nos acompanha, aceita entrar no carro. Transitamos pela cidade, fazemos sua identidade, marcada por sua singularidade (Trechos do diário de campo, 2013).

Dentro desse processo de trabalho, essa espera foi necessária para que algo se agenciasse, no tempo de Anita.

É preciso dar tempo a essa gestação com que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso (Pelbart, 1993, p. 32).

A temporalidade vivida com Anita é da surpresa, do acaso. Em uma aproximação com o conceito de Fragmento, exposto

por Jacques (2001), essa temporalidade seguiria uma lógica fragmentária, na qual há uma necessidade de renúncia a qualquer cronologia, buscando uma familiarização com as misturas, esboços, superposições e as diversas formas resultantes de outra concepção temporal. No tempo fragmentário, o fim e o começo se misturam, opõem-se e se juntam outra vez.

O tempo – não mensurável –, ao contrário, faz parte do que não é tangível, do que é da ordem do cambiante, da surpresa; e assim como a noção de Fragmento, a noção de tempo não tem forma concreta fixa. Decerto, tudo isso lembra a temporalidade, o tempo do momento (Kairos), e não o tempo linear, calculado e previsível de Cronos, com sua imagem formal (o quadrante e um aparelho de medida, o cronômetro) (Jacques, 2001, P. 48).

Nesse dia que Anita aceitou ser acompanhada, fomos fazer sua identidade. No Tudo Fácil, envolta em um cobertor, Anita parecia não pertencer àquele universo, onde apitavam senhas de atendimento, pessoas aguardavam em filas, olhares se perdiam dentro de um circuito burocrático. Anita não se confundia com a cena, destoava dela. Trazia consigo seu jeito do mato, sua marca singular. Ao tirar a foto, Anita fez vários penteados, mexia em seu cabelo revoltado, e o atendente parecia ansioso com a situação, pedindo a ela que colocasse seus cabelos para trás. Anita acabou tirando a foto como queria, com os cabelos de lado (Trechos do diário de campo, 2013).

Acompanhar a loucura é acompanhar também ao Outro, ao que, da cultura, manifesta-se como negação da diferença, recusando-se à estranheza do laço que a psicose intenta (Palombini, 2007). Penetrar a cidade, sua repulsa ao diferente, é um exercício constante no AT, confrontando e questionando o que já está dado e naturalizado, criando rachaduras nas durezas do urbano. Coloca-se como exercício de resistência, de criação de novos mundos, construídos caso a caso, através de estratégias concretas de ação: “A resistência

[...] é vontade de outra coisa, bifurcação em relação às formas atuais do mundo e das subjetividades” (Kastrup, 2008, p. 122).

Anita resiste às lógicas predominantes, capitalistas. Resiste no seu modo de viver, nômade, andarilho. Não se fixa nos lugares, e busca na natureza um abrigo. Segue a direção do Outro urbano, que “é o homem ordinário que escapa – resiste e sobrevive – no cotidiano, da anestesia pacificadora” (Jacques, 2012, p. 15).

O errante não vê a cidade somente de cima, a partir da visão de um mapa, mas a experimenta de dentro; ele inventa sua própria cartografia a partir de sua experiência itinerante. Essa postura crítica e propositiva com relação à apreensão e compreensão da cidade, por si só, já constitui uma forma de resistência tanto aos métodos mais difundidos da disciplina urbanística – como o tradicional “diagnóstico”, baseado majoritariamente em bases de dados estatísticos, objetivos e genéricos – quanto ao próprio processo de esterilização da experiência, de espetacularização das cidades contemporâneas e de pacificação de seus espaços públicos. (Jacques, 2012, p. 24)

Anita fala na busca de um abrigo, moradia. Cansei de passar frio, ela diz. Como um cardápio de soluções, falo da alternativa de uma pensão. Ela parece se interessar. A escuta se faz necessária, uma escuta mais sensível ao que ela traz. Como andarilha, uma institucionalização não seria uma direção. Como enfrentar o momento de não ter respostas, de ter somente a invenção como plano? Nesse momento o AT coloca um desafio, o da criação, de estar aberto a inventar uma nova forma de viver. Será que estou conseguindo ouvi-la ou estou querendo prescrever comportamentos? (Trechos do diário de campo, 2013).

Anita abriu em nós a possibilidade de “... repensar aspectos de nossa temporalidade, de nosso modo de vivenciar a história, de nossas evidências lógicas, das visibilidades incontestes, consensos políticos etc.” (Pelbart, 1993, p. 12). Ela provoca deslocamentos,

conturbações, angústias, que podem ser ferramentas no trabalho do AT, abrindo espaço para incertezas, dúvidas, a partir das quais podemos construir novas trilhas com o acompanhado.

A relação que se estabelece a partir do AT deixa então de ser de interdição e tutela e passa a ser de criação de espaços de interlocução, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Os agenciamentos que se fazem nos territórios existenciais produzem autonomia e co-responsabilidade, de modo que os próprios acompanhados assumem o protagonismo no processo de produção de sua própria saúde (Benevides, 2007, p. 141).

Anita busca essa delimitação, uma forma de acolhimento, de cuidado, de aconchego. Esse fora que habita clama por um dentro, como Jacques (2001) coloca: abrigar é criar um interior para nele entrar, constituir uma marca entre exterior e interior. Porém, o abrigo tem a marca da provisoriedade, diferente do habitar, que traz uma ideia do durável e permanente. Essas marcas temporais diferentes marcam também Anita, que deseja se abrigar, ter um local ao qual possa retornar com acolhida; porém, que possibilite também sua liberdade e suas andanças.



Paredes que se colocam entre Anita e a cidade. Como andarilha, segue além delas, com o céu a lhe guiar. Natureza, lixo, nuvens pesadas cercam seu território e, como ponto de partida, permitem que desenhe linhas de fuga, em busca de algo.

Encontro Anita na Av. Sertório, em uma parada de ônibus. Pergunto a ela o que fazia ali, já que não pega ônibus sozinha, ela fala que estava esperando... Convido-a para caminhar, e vamos conversando. Decidimos sentar em uma pequena escada próxima a Av. Assis Brasil, abrimos o caderno que eu trouxera, e Anita começa a escrever o nome de todos os que passaram por ela, acompanham-na em algum momento. No papel, registra um pouco de sua história. (Trechos do diário de campo, 2013).

A experiência com Anita impele a construir novos territórios e delinear novos mapas, Tateando novos espaços, novas geografias:

Sua referência passou a ser basicamente uma ética: aliar-se às forças da processualidade, buscando meios para fazê-las passar, já que isto é condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora; aliar-se a essas forças e esperar – confiando na possibilidade de que algo

venha a se agradecer e, a partir daí, um território venha a ganhar consistência, de modo que uma saúde se faça possível. (Rolnik, 1997, p. 92)

Samuel vive em uma família que não consegue mais visualizar nele nada além do uso de drogas e que o isola, sufocando seu desejo, sua voz. Assim, uma trama familiar se coloca também como enredamento sufocante, e o AT, realizado por uma dupla de residentes, tenta encontrar algumas brechas. Trabalho difícil, muitas vezes paralisante, no qual tentamos repensar que outras linhas de fuga podemos construir.

Geralmente chegamos à casa de Samuel e conversamos um bom tempo com Vilma, sua avó. O AT envolve também a família, que muitas vezes precisa desses encontros e de um espaço de escuta. A família também nos endereça demandas, e há um risco de entrar nesse circuito reforçando situações que precisam ser transformadas. (Trechos do diário de campo, 2013).

Os encontros com Samuel sempre iniciam com sua família, que nos direciona demandas, respostas. Nas conversas, algumas vezes tensas, tentamos falar sobre o AT e sobre nosso papel, dizendo também das posições que cada um ocupa na família, que acabaram se enrijecendo, não dando espaço a outras possibilidades, desejos, escutas. O trabalho é lento, e frequentemente parece retornar à estaca zero; porém, microtransformações vão se dando, invisíveis, sutis, disruptoras de outros processos. Somos acolhidos pela família, como se fôssemos “da casa”; porém, precisamos também nos desacomodar, para não engessar nossas ações ao que já parece dado e naturalizado na família.

O at torna-se então uma referência e um suporte não apenas para aquele a quem acompanha, mas também para a família que, em geral, apresenta-se cansada e/ou desesperançada quando lança mão da estratégia do acompanhamento. Dessa forma, na medida em que compartilha com a família os projetos e responsabilidades

quanto ao tratamento, o at intervém na dinâmica de funcionamento da mesma. (Benevides, 2007, p.128).



Paredes institucionalizadas, que também guardam revoluções. Janelas semi-abertas, grades que escurecem, oscilação que acompanha a vida de Samuel. Que gritos se silenciam nessas paredes? Que forças habitam essas pinturas?

Acompanhamos Samuel até a biblioteca municipal. Lá, ele anda pelos corredores, curioso, buscando autores de que lembrava, que estiveram com ele em muitos momentos. Faz sua inscrição para retirar livros e, por um momento, consegue falar do que gosta. Sair de casa, naquele dia, parece ter trazido a ele a possibilidade de falar, de se movimentar sem a vigilância de sua família. Instantes passageiros, em que a cidade pode se fazer palco para outras vivências. (Trechos do diário de campo, 2013).

Ir à biblioteca com Samuel foi um acontecimento que possibilitou um espaço para sua voz, cuja possibilidade de expressão é silenciada em sua casa. Sentimos que, nesse encontro, conseguimos abandonar nossa ideia prévia da cidade, e uma nova cidade pôde emergir, na qual mergulhamos como intérpretes não experientes. É uma aventura na qual podemos desconstruir nossa ideia da cidade,

permitindo a emergência do novo. Assim, uma transformação se dá no acompanhante, no acompanhado e na própria cidade, nesse encontro que pode, de alguma forma, promover fissuras, rupturas na cultura vigente (Belloc, 2005).

Em um dos encontros de AT, eu e Vitor vamos a uma casa com exposições de arte diversas, sem saber quais estariam expostas naquele dia. Uma das exposições traz fotos de ruas de uma região de Porto Alegre, ruas que trazem lembranças, que contam de muitas histórias que ele viveu ali. Totalmente ao acaso, encontramos algo, em um de nossos primeiros encontros de AT, um canal para poder falar de sua história, sua vida, um espaço em que sua voz consegue encontrar formas ressonantes de se expressar (Trechos do diário de campo, 2013).

Como Cabral (2005) relata, a cidade possibilita acasos que, se compreendidos em sua potência, podem ser utilizados no processo de trabalho como agenciadores de mudanças, tanto em quem acompanha quanto naquele que é acompanhado. A cidade é repleta de acasos, imprevisibilidades, que podem ser dispositivos transformadores. O AT sempre é uma descoberta. Traz em si uma potência desestabilizadora que provoca certo receio inicial, como algo que estamos conhecendo a primeira vez. Cabral fala no acontecimento como possibilidade de encontro, possível, se tivermos a coragem de viver o acontecimento e perder algo de si neste encontro com o outro, com a alteridade.

O AT se afirma, assim, como dispositivo clínico-político que é o analisador da própria clínica. Assim, as intervenções deixam de ser localizadas no analista, ficando a função de análise deslocalizada dos analisadores, que podem ser qualquer evento, situação ou pessoa com potência de catalisar os fluxos e fazê-los falar. (Benevides, 2007, p. 124).

Depois de muitos encontros desmarcados, Vitor começa a aparecer todas as semanas. Caminhamos no centro da cidade, em meio à multidão. Barulhos de ônibus, gritos de vendedores, sons

de instrumentos musicais, atravessam nossos encontros. O ritmo frenético do centro parece anestésias Vitor de sua solidão (Trechos do diário de campo, 2013).

Caminhamos pelo centro, em meio à multidão. Ali nos tornávamos anônimos, numa proximidade constante com outros desconhecidos. Talvez nos sentíssemos parte de algo, acolhidos pelo espaço frenético que nos rodeava. Nesses encontros, em que fazíamos uma espécie de dança, afastando-nos e aproximando-nos das pessoas, sentíamos que a multidão revelava uma relação entre o anonimato e alteridade, um confronto entre diferentes (Jacques, 2012, p. 56).



Centro da cidade, luz, vida. Prédios abandonados, prédios ocupados, no movimento próprio da vida. Nela habitam imprevisibilidades, caminhos que percorremos juntos, que geram medo, insegurança, alegria e novidade. Entrar no circuito social, frenético, ritmos incessantes, como uma luta entre pessoas, carros, ônibus, ruas, tentando garantir um espaço mínimo, uma posição, um lugar no qual se sentir parte.

Nossos encontros geralmente ocorriam no centro da cidade ou em um parque, pontos que se repetiam, fixos. Será que na ver-

dade circulamos pela cidade, porém em um circuito fechado, que se repete? Conseguimos alargar os territórios, reinventar a história e a geografia da cidade e da rede? (Benevides, 2007, p. 133). Questões analisadoras do trabalho do AT, que conseguem encontrar resposta em pequenos movimentos, rupturas mínimas que Vitor foi trazendo aos encontros, um convite para tomar um café, um almoço, e ele pareceu sentir novamente sua relação com a cidade, situações e afetações que ela lhe trazia. A própria cidade foi trazendo material para Vitor perceber que novos territórios existenciais poderiam surgir desses encontros.

Desinstitucionalizar na rede do AT: dispositivo errante

Nesses trajetos do AT, deparamo-nos com levezas e durezas nos encontros com serviços, nas relações estabelecidas. As questões que nos guiaram em direção à rede se centralizaram na possível institucionalização que o CAPS provoca em seus usuários e na visão embaçada sobre planos terapêuticos singulares voltados para a autonomia do usuário e construídos com sua participação. Além disso, muitas vezes os processos de vida são aprisionados em diagnósticos endurecidos, que determinam a vida do usuário, que determinam sua forma de ser, seu prognóstico geralmente atravessado por previsões que anulam as potências, as possibilidades, as ressignificações.

O diálogo com os serviços de saúde, assistência social, pontos de cultura, esporte, lazer, entre outros, torna-se imprescindível, na tentativa de tecer uma rede de acolhimento e de possibilitar novas experiências, sensações, despertando sonhos e projetos já adormecidos. Contudo, há o risco de um aprisionamento nas tramas institucionais, de um cerco ao usuário, tanto pelos serviços como pelo AT, apagando sua singularidade. O AT pode atuar como dispositivo de deslocamento das posições inflexíveis da equipe ou como reproduzidor de dinâmicas já existentes, baseadas no poder, tutela, controle. Nos trajetos do AT, relações são firmadas com os serviços, para se constituir uma rede acessível e possível. Porém, as lógicas existentes nem sempre abarcam outras temporalidades

“[...] de modo que parece não haver muito espaço para que formulem suas próprias demandas em meio àquelas formuladas pelos serviços e setores implicados em seus acompanhamentos” (Palombiniet al., 2013, p. 6). Vivenciar esse risco constitui-se em uma ferramenta potente de formação profissional para trabalhar intersetorialmente em saúde mental (idem, p.1).

No diálogo com um CAPS II, buscou-se um acolhimento para Anita. Porém, era necessário o agendamento do acolhimento, com data e horários marcados. Conversamos sobre o tempo de Anita, que era outro, que não seria possível esse agendamento, pois ela é andarilha e transita com sua própria temporalidade. Para se abrir brechas nos serviços, muitas reuniões foram feitas, até se criar a possibilidade de atendê-la sem marcações (Trechos do diário de campo, 2013).

O desafio é propiciar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer o acontecimento que nossas tecnologias insistem em neutralizar. Pois importa, tanto no caso do pensamento como da criação, mas também no da loucura, guardadas as diferenças, de poder acolher o que não estamos preparados para acolher, porque este novo não pôde ser previsto nem programado, pois é da ordem do tempo em sua vinda, e não em sua antecipação (Pelbart, 1993, p. 36).

Na busca de espaço para essa outra temporalidade, encontramos diversos processos que impedem o acolhimento da singularidade. O enfoque no diagnóstico, critérios para entrada ou acolhimento nos serviços, ou para permanecer em tratamento, foram algumas das questões que surgiram, gerando pequenos bloqueios, interdições, pausas. Contudo, não somente os serviços são atravessados por uma lógica regida pela velocidade, pela produção. O AT também pode se tornar uma ferramenta de institucionalização a céu aberto, “um novo dentro absolutizado” (Rolnik, 1997). Como então seguir outros caminhos, desviantes, que acompanhem o rit-

mo e a invenção da vida? Como preservar a possibilidade de uma temporalidade diferenciada, “onde a lentidão não seja impotência, onde a diferença dos ritmos não seja disritmia, onde os movimentos não ganhem sentido apenas pelo seu desfecho?” (Pelbart, 1993, p. 40, 41).

Tenta-se, há bastante tempo, o acolhimento de Samuel por algum serviço de saúde. Porém, muitas das tentativas foram frustradas, tanto pelo perfil de Samuel (não se enquadrando nos critérios do serviço), quanto pelo território (serviços que não atendiam aquela região). Em uma reunião com diversos serviços (CAPS II, Cruz Vermelha, Ambulatório de álcool e outras drogas), conversamos sobre a situação, e, a partir desse tensionamento entre diversos setores, Samuel está sendo atendido pelo Ambulatório. Encontramos vários obstáculos e emperramentos no acesso aos serviços, que muitas vezes fazem um pequeno recorte da situação, buscam um diagnóstico fechado, sem considerar o entorno, todos os fatores e questões que fazem parte da vida de Samuel, de seu cárcere, de sua mudez diante da vida (Trechos do diário de campo, 2013).

O AT pode acontecer como uma dança que, como Jacques coloca, ao relatar a experiência de Oiticica, tem um caráter fragmentário e temporal. Ele se dá a cada instante, constrói-se a cada encontro, muitas vezes com movimentos de afastamento e aproximação, como a dança, na qual os movimentos do corpo se transformam continuamente. Nos encontros, a ideia de uma temporalidade provisória, aberta, a se transformar, remete a uma concepção do tornar-se, de um devir instável, em construção.

O acompanhante segue os movimentos do acompanhado e vai sutilmente possibilitando direções, cuja autoria se dá somente no encontro, na possibilidade de uma alteridade. César, Anita, Samuel e Vitor criaram seus próprios territórios, móveis, mutantes, ao caminhar e percorrer a cidade, e, acompanhando-os, o próprio processo de implementação da reforma psiquiátrica é também acompanhado, “pondo em análise o funcionamento da rede, as formas como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura” (Palombini, 2006, p. 118).

A experiência errática pode ser vista como possibilidade de experiência da alteridade na cidade. A experiência errática seria uma experiência da diferença, do Outro, dos vários outros, o que a aproxima de algumas práticas etnográficas e posturas antropológicas. O errante, em suas errâncias pela cidade, se confronta com os vários outros urbanos (Jacques, 2012, p. 22).

Seria o AT um dispositivo errante? No andar pela cidade, andarilhar, criam-se novos espaços possíveis, que a desconstroem em seu projeto asséptico, tornando-a um lugar de encontros, de direções novas, de confrontos e conversas. No AT, o acompanhante sente a necessidade de seguir esse ritmo errante, e confunde-se com o acompanhado, pois em alguns momentos já não há mais essa distinção. O acompanhar torna-se ação recíproca, e, nele, a descoberta de uma errância transformadora.

O AT não se dá somente entre acompanhante e acompanhado, pois “na medida em que produz, amplia e/ou mapeia uma rede de relação com múltiplos atores, o AT produz modos de cuidar de tal forma que quem acompanha é a rede. [...]” (Benevides, 2007, p. 125).

[...], o acompanhamento não diz respeito a uma relação dual na qual apenas aspectos transferenciais (representacionais) estariam em jogo, mas sim graus de transversalidade, experiências de ruptura em que todos os vetores presentes nas ruas da cidade entram em jogo. A intervenção não vem mais apenas do dito acompanhante, mas da rua, ou ainda, da rede (Benevides, 2007, p. 126-7).

Nesses caminhos, o AT se afirma como dispositivo clínico-político que dispara intensidades, perguntas, possibilidades, que torna possíveis micropolíticas transformadoras necessárias à Reforma Psiquiátrica. O exercício do AT “presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar a seus profissionais [...]: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização

coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma” (Palombini, 2006, p. 117).

Se, para desinstitucionalizar, há uma necessidade gritante de transformações culturais, é preciso um método: acompanhar os movimentos e fazer intervenções mínimas. Como o arquiteto-urbano de que nos fala Jaques, o qual produz microintervenções seguindo o fluxo espontâneo, respeitando os habitantes de diferentes subjetividades, desnaturalizando processos instituídos, reinventando-os. Assim, o AT, como dispositivo errante, leva-nos à questão: existe desinstitucionalização que não seja da clínica e da formação? Nessas narrativas errantes, interroga-se a função da rede (suas durezas e levezas), nas posições inflexíveis das equipes, nas rotinas enrijecidas dos processos de trabalho, no enfoque capturante do diagnóstico que apaga a singularidade, mas também nas aberturas possíveis que ela encontra a partir da sua insistência. É o acolhimento dessa insistência singular que leva a produzir outros modos de andar, de olhar, de sentir, de acompanhar, para produzir outros modos de cuidar.

Nesse sentido, a experiência que aqui se narra aposta no AT como ferramenta potente de desinstitucionalização da formação em saúde mental e da própria clínica e acolhe as narrativas da experiência como método para transmitir a experiência do cuidado em liberdade na cidade. Esta que nos habita em sua potência errante e que pode ofertar abrigos: interiores singulares e sempre provisórios.

Referências

Belloc MM. Ato criativo e cumplicidade. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Benevides LLMG. A Função de Publicização do Acompanhamento Terapêutico na Clínica: O contexto, o texto e o foratexto do AT. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Ciências

Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2007.

Cabral KV. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Jacques PB. Estética da Ginga: a arquitetura das favelas através da obra de Hélio Oiticica. Rio de Janeiro: Casa da Palavra/RIO ARTE, 2001.

Jacques PB. Elogio aos Errantes. Salvador, EDFBA, 2012, 331p.

Kastrup V. Competência ética e estratégias de resistência. In: Guareschi N (org.), Estratégias de invenção do presente – a Psicologia Social no contemporâneo. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2008, p. 120-30.

Maheirie K, Boeing P, Pinto Gc. Pesquisa e intervenção por meio da imagem: O recurso fotográfico no cotidiano de varredores de rua. Revista Psico. 2005; 36(2):213-9.

Palombini AL. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. Psychê. Revista de psicanálise. (São Paulo). 2006; 10(18):115-27.

Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Palombini Al, Jover ER, Richter EP, Mesquita JR, Cabral KV, Benedes LG et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

Palombini AL, Graebin E, Stenert F, Rocha LP. At em rede: tramando o singular no coletivo. 24/08/2013. Apresentação Oral realizada no II Simpósio Acompanhamento Terapêutico, Saúde Pública e Educação; Inst. promotora/financiadora: Attenda Transmissão e Clínica em AT e Psicanálise. Local: Universidade Metodista de São Paulo; (Trabalho na íntegra a ser publicado nos Anais do Simpósio).

Pelbart PP. A Nau do Tempo Rei: Sete Ensaio Sobre o Tempo da Loucura. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1993.

Rolnik S. Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). Crise e cidade. Acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997, p.83-97.

Rouille A. A Fotografia – entre documento e arte contemporânea, Senac, São Paulo, 2009.

O dispositivo do acompanhamento terapêutico no contexto da medida de segurança: quando a chave da saída está do lado do sujeito

Rafaela Schneider Brasil

A resposta penal para a junção entre crime e loucura é a medida de segurança contra o perigo. Forjado na costura entre os saberes médico e jurídico instituídos, o destino do louco perigoso, atualmente denominado paciente judiciário, foi sendo meticulosa e cada vez mais “cientificamente” definido. A maquinaria social, inventada há pouco mais de um século para sustentar o que Barros-Brisset (2011) tem referido por uma “montagem ficcional do louco perigoso”, aponta para a lógica que engendra esse nome como sustentáculo do dispositivo de segregação desses sujeitos da convivência social, que é o manicômio judiciário. Mas, poderíamos perguntar: a quem interessa essa segregação que, histórica e praticamente, tem feito desse dispositivo a última morada dos loucos infratores? O que faz funcionar essa lógica?

Ao longo da história da humanidade, o lugar da loucura foi construído a partir do contexto social que o inscreveu. O louco já foi aquele que perdeu a razão, o que era incapaz de controlar as paixões da alma e, também, aquele que tinha condutas bizarras e comportamentos desviantes dos valores e normas vigentes (Foucault, 1961a; 1961b).

Na Idade Média e no Renascimento, o louco podia estar no seio da sociedade, circulava de um lugar a outro sem, contudo, casar e participar dos jogos. Era alimentado e sustentado pelos membros da comunidade e, vez que outra, quando “se tornava muito excitado e perigoso, os outros construíam uma casa pequena fora da cidade e o prendiam provisoriamente” (Foucault, 1970, p.265).

No século XVII, início da formação da sociedade industrial, a cidade passou a ser mais intolerante com os loucos. Em resposta à nova demanda da organização social, criaram-se na Europa, inicialmente na França e na Inglaterra, grandes estabelecimentos para internar os loucos e não só estes, também os desempregados, os doentes, as prostitutas, os velhos. Internavam-se todos aque-

les que se encontravam fora da ordem social. Nesses estabelecimentos, não havia nenhum tratamento terapêutico, e todos eram obrigados a trabalhar. O que mudou do final do século XVIII ao início do século XIX é que, pela velocidade do desenvolvimento industrial, aqueles que não trabalhavam, mas eram capazes, saíram desses estabelecimentos por serem considerados “exército de reserva da força do trabalho” (Foucault, 1970, p.266). Ficaram apenas os loucos, aqueles que não tinham faculdade de trabalhar, e, nesse momento, esses estabelecimentos, passaram a ser denominados, hospitais psiquiátricos.

Desde esse momento, principalmente a partir do século XVIII, quando o saber médico “captura” a loucura para dentro dos hospitais psiquiátricos, o trato com a loucura muda de rota e instaura uma ruptura na circulação do louco pela cidade. Se antes da grande internação, no período do século XVII, o louco esteve circulando pelas cidades, mesmo que alijado de um lugar “de valor”, com a instauração dos hospitais psiquiátricos, na Europa do século XVIII e no Brasil do século XIX, o louco passou a ficar restrito aos lugares destinados à ação curativa que visava diagnosticar as doenças mentais e tratá-las conforme o entendimento médico psiquiátrico vigente, bem longe dos olhares da sociedade (Foucault, 1961b).

Quanto ao crime, bem, ele está fora do pacto social. Sabemos com Freud (1929-1930) que a cultura tem por intuito proteger os homens contra a natureza e ajustar os seus relacionamentos entre si. Diz o psicanalista que, se a cultura não interviesse junto aos relacionamentos humanos, estes ficariam sujeitos à vontade arbitrária de um indivíduo mais forte que sujeitaria os outros a seus próprios interesses e impulsos instintivos. O que torna possível a vida humana em comum, portanto, é a reunião de uma maioria mais forte que qualquer indivíduo e que assim permaneça contra todos os indivíduos isolados. Dessa forma, o poder dessa comunidade é legitimado como direito em oposição ao poder de um só indivíduo. O passo decisivo na constituição da cultura seria exatamente essa substituição do poder de um indivíduo pelo poder da comunidade, que decorre da restrição de determinadas satisfações de cada membro da comunidade. Mas, essas satisfações que cada

membro da comunidade precisa restringir e que Freud localiza na sexualidade e na agressividade não se fazem sem um determinado custo. A primeira exigência desse pacto é a justiça, ou seja, que haja a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em detrimento de um indivíduo.

Freud nos lembra que essa “inclinação para a agressão” é tão forte que a cultura precisa empreender grandes esforços para não vê-la em desintegração. Diz ainda que não é nada fácil os homens abandonarem essa inclinação, pois “sem elas, eles não se sentem confortáveis”. E, enquanto estratégia, “é sempre possível unir um considerado número de pessoas no amor, enquanto sobram outras pessoas para receberem as manifestações de sua agressividade” (Freud, 1929-1930, p.118-119). Como ele mesmo faz referência, há uma certa expectativa de que se possa impedir os excessos mais grosseiros de violência quando se supõe o direito de usar essa mesma violência contra os criminosos. Por essa via, até mesmo o matar recebe outra significação para além do assassinato, como diz Miller (2012, n/p):

[...] a sociedade requer a eliminação de certa quantidade de seres humanos. Seja através de uma teorização ou de outra, o conjunto social não se pode constituir sem a eliminação de seres humanos, o a-mais da população, seja através das guerras ou na ordem interna. Há um matar do ser humano que é legal. A civilização supõe um direito de matar o ser humano. Matar legalmente supõe agregar algumas palavras ao matar selvagem, um enquadre institucional, uma rede significativa, que transforme o matar, a significação mesma da ação mortífera. Se fizermos de maneira adequada, se introduzirmos os bons semblantes, matar não é mais um assassinato, mas um ato legal. Os significantes, as palavras, os enquadres, o ritual transformam a ação mortífera.

Para Miller (2012, n/p), “nada é mais humano que o crime”, explicando a exposição do seu paradoxo a partir da ideia que Freud

já havia introduzido: o mais inumano no humano. Ou seja, o crime desmascara alguma coisa que é própria da natureza humana, apesar de coexistir com outros afetos como a simpatia, a compaixão e a piedade. Para o autor “o humano pode traduzir-se, precisamente, pelo conflito entre essas suas vertentes da Lei e do gozo” (Miller 2012, n/p).

Dessa forma: o que temos a ver com o horror que pensamos estar sempre fora de nós? Miller (2012) diz que a psicanálise agregou à ideia de nosso ser, não só a parte de que somos orgulhosos, aquela que mostramos ao público, aquela parte admirável que constitui a honra da humanidade, mas também, a parte horrível: “Não somente ‘honra’, mas também ‘horror’” (Miller, 2012, n/p). Para o autor, Freud alterou a ideia que tínhamos sobre o nosso ser pela interpretação dos sonhos proposta por ele, justamente, por mostrar que essa parte desconhecida, o inconsciente recalcado, não só habita em nós, como nos move e atua através de nós. Ele ainda diz que essa fascinação pelo grande criminoso, o mesmo monstro foucaultiano que se evidencia a partir dos séculos XVIII e, sobretudo, desde o século XIX, deve-se ao fato de que, numa certa medida, ele realiza um desejo que está dentro de cada um de nós. Diz ainda, que “certamente, nós mesmos também somos, em certa medida, pequenos monstros ou monstros tímidos (Miller, 2012, n/p).

Freud (1919), já advertia quanto a isso também, quando nos lembra que o estranho que pode nos causar em alguns momentos repulsa e aflição, provém exatamente de algo familiar que foi reprimido e retorna. Dessa forma, como temos lidado com esse estranho que vemos no louco infrator? Algum resto de nós mesmos? O divórcio litigioso parece ter sido a nossa escolha, já que esse reencontro com um pedaço de nós mesmos (de que não queremos saber) é penoso demais, às vezes quase insuportável. É algo que deveria ter permanecido oculto, mas veio à luz, como nos disse Freud. Porém, ao colocar crime e loucura de um lado e civilização do outro, o louco infrator é colocado fora do laço social e vem sofrendo as consequências de uma série de dispositivos de controle que foram postos a funcionar dentro dessa lógica, principalmente na virada do

século XVIII para o século XIX, numa tentativa “de expugar o resto à margem, pela impossibilidade de lidar com seu avesso” (Barros, 2010, p.132).

Nesse contexto surge a maquinaria mortífera do manicômio judiciário, parecendo acalmar nossas vociferações que se contrapõem ao gozo. A psiquiatria foi a primeira a se posicionar ao girar a manivela desse dispositivo que ainda está bem vivo, na perspectiva de “nos livrar da existência do pior entre nós” (Barros, 2010, p.132), e parece que estamos bem longe de desfazê-lo. Pois, mesmo com os avanços que tivemos na implementação de políticas antimanicomiais, como propõe a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001), nosso Código Penal, datado de 1940, anterior aos movimentos da reforma psiquiátrica, ainda continua em vigor sem as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica. Os recursos substitutivos à internação ao manicômio são raras vezes acionados, andando de costas ao indicado no novo dispositivo legal que preceitua restringir a internação em hospital psiquiátrico somente aos momentos de crise. E, mais gritante ainda é a dissonância quanto ao tempo da internação prevista no Código Penal Brasileiro de 1940, que, diferentemente do que hoje já está em lei quanto ao tratamento dos portadores de sofrimento mental, continua prevenindo a internação em manicômio judiciário por tempo determinado pela sentença judicial e não segundo a necessidade do caso.

Desfazer a forma do manicômio judiciário não significa que o louco não deva se responsabilizar pelo seu ato, mas a internação em manicômio judiciário não precisa ser a forma desse pagamento, dessa fatia de gozo oferecido ao público. Para a psicanálise, o ato homicida, na psicose, é uma tentativa de cura, mas essa explicação não isenta o sujeito da responsabilidade do seu ato (Quinet, 2006). A aposta que a psicanálise faz é que se possa restituir a palavra ao sujeito a fim de que ele se responsabilize pelo seu ato fora da lei, dando lugar a sua resposta “sobre o que em si pulsa sem sentido, como é próprio a todos os seres humanos, isso pelo qual cada um

responde e que dirige o seu destino e sua satisfação”.¹ Assim é possível construir outras saídas que não seja ficar preso à alienação ao Outro, quando, quase morto, já não sabe mais nada de si.

O direito penal, desresponsabilizando o sujeito, o põe fora do laço social, tornando-o menos humano. A doença passou a ocupar o lugar central para pensar o crime, e o conceito de periculosidade passou a ser a medida para a defesa do social, assim exigindo técnicas de tratamento específicas que se dão pela segregação (Barros, 2010). Todavia, “as soluções de segregação acabam por operar, na repetição, uma resposta do pior” (Barros, 2010, p.133). O convite que Barros nos faz, é para que se possa “sair do centro e ir para a periferia [...], pois na periferia, o melhor convive com o pior, misturam-se” (Barros, 2010, p.132). Sabendo da impossibilidade de se fazer uma separação higiênica entre o melhor e o pior, a autora nos propõe que atravessemos os limites das fronteiras e enfrenemos o risco de descobrirmos novos modos de vida e formas de sociabilidade responsável, pois “tratar o pior é encontrar meios de enlaçar sua potência em modos de sociabilidade” [...]. Produzir uma conexão: “é a cena da vida, o que chamamos de laço social” (Barros, 2010, p.133).

Nesse contexto o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico (AT) pode funcionar como um furinho que se produz desde dentro da masmorra e abre possibilidades do sujeito ingressar na via pública, porque sabemos que, apesar de muitos movimentos que a reforma psiquiátrica fez surgir, ainda vivemos um tempo de ruptura na circulação do louco pela cidade. Em geral, o que vejo dentro do manicômio judiciário em que trabalho, são apostas ainda tímidas, reduzidas a um mínimo de risco de produzir autonomia na construção do desejo. As saídas ainda precisam da garantia da tutela. A família ou uma outra instituição devem assistir o uso da medicação, os passeios devem ser cuidados e o trabalho quase sempre é estimulado para “passar o tempo”. O medo de que o monstro perigoso retorne está sempre ali, fazendo sombra na condução do tratamento. Mesmo que o paciente saia esporadicamente ou em

¹Fernanda Otoni Barros-Brisset, 2011, em parecer referente ao projeto de dissertação da autora deste texto.

temporadas maiores, ele continua circunscrito num espaço e tempo determinados. Os muros não precisam mais necessariamente fazer esse contorno. O espaço de fora também é vigiado, pela estratégia de controle dos corpos na gestão biopolítica da sociedade. Ou seja, tomando as palavras de Beckett (2009, p.128):

Eles me trancaram aqui, agora tentam me fazer sair, para me trancar em outro lugar, ou para me soltar, são capazes de me colocar para fora, só para ver o que eu faria. Encostados na grade, os braços cruzados, as pernas cruzadas, me observariam.

O manicômio tem mais de 150 anos de tradição e certezas e muitas vezes essa instituição cerceia de tal forma a liberdade que os pacientes que são encaminhados para fora não sabem mais viver livres. Tenho acompanhado e ouvido casos de inúmeros pacientes que saíram do manicômio judiciário e que retornaram. É como o efeito da máquina do Kafka (1988), “Na Colônia Penal”², que funciona mesmo quando estamos a sós.

Contudo, há as forças de resistência que tensionam os mecanismos de controle na gestão dos corpos no manicômio judiciário em que trabalho. São forças produzidas nas brechas, entre os muros do manicômio e a cidade. Vêm sutis, mas nem por isso pouco potentes, principalmente na figura dos estudantes de psicologia, ou mesmo de alguns profissionais que resistem bravamente aos efeitos mortíferos do manicômio, que realizam o AT com alguns pa-

²Aqui faço alusão à máquina de Kafka (1988), “Na colônia penal”, metáfora que tenho usado para falar da maquinaria do manicômio judiciário. Nessa novela, a máquina pode ser considerada um dos personagens principais ao lado do explorador, do oficial, do condenado e do soldado. Está montada num lugar isolado da ilha da colônia e é considerada como um “aparelho singular” (1988, p.29). Ela foi inventada e construída pelo falecido comandante da ilha, que tem por principal seguidor o oficial. É ao mesmo tempo uma máquina de tortura e de execução. A organização dela é tão fechada em si mesma que mesmo quem quisesse mudá-la demoraria muitos anos para fazer qualquer alteração. Tal qual a maquinaria do manicômio judiciário, montada numa trama bem amarrada entre saberes-poderes, que poucas possibilidades se vê de desatá-la.

cientes. Utilizando-se desse dispositivo, ao circular pela rua, apostam que algo de vida possa engatar o acompanhado e mude a direção proposta pelo templo do tempo morto³.

Segundo Palombini (2007), o AT “se dá entre lugares” - entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto” (p.156-157). Foi por esses “entres” que Cecília⁴, produziu um vídeo com os pacientes que ela acompanhava quando estavam caminhando pela rua.

Cecília: tu acha que a gente tem que sair na rua?

Carlos: tem.

Cecília: por quê?

Carlos: prá levantar a cabeça. Por causa que passear com aquela pessoa, como é que se diz, passear com a pessoa, ouvir as paisagens novas da pessoa, ouvir as pessoas passeando. Entendeu? Tudo passeando. Conhecer as pessoas, cumprimentar as pessoas, se unir com as pessoas, fazer amigos de amizades. [...]

Cecília: e sobre o acompanhamento terapêutico?

Carlos: é pra ver como é o comportamento daquela pessoa. Prá ter união na cabeça daquela pessoa. Entendeu? [...] Eu acho que a psicóloga tem que unir, orientar o que pensa dentro da cabeça daquela pessoa. [...] A psicóloga orienta. Faz orientação. Como é que tem fazer. Como é que não.

Cecília: será que não é tu que te orienta?

Carlos: não. Tem que encaminhar prá orientar.

Cecília: quando a gente sai na rua quem é que orienta quem?

Carlos: os...? Eu? Eu? A psicóloga?

³Expressão utilizada por Peter Pál Pelbart ao se referir aos efeitos do manicômio.

⁴Vídeo produzido por Cecília Suñé Novossat quando estagiária no Instituto Psiquiátrico Forense, em 2011. Hoje disponibilizado em: <https://www.youtube.com/watch?v=UbhNXBUG55Y>.

Ao caminhar pelas ruas, o AT pode, diante do inesperado, segundo Palombini (2007, p.168), “ampliar as ofertas de enlace social”. É o que Carlos anuncia: “ouvir as paisagens novas da pessoa”. Pode até “fazer amigos de amizade”, “se unir com as pessoas”. Saindo para fora dos muros do manicômio, outras possibilidades de invenção da vida se abrem. A vida por si só não existe, ela tem que ser inventada (Sousa, 2001), e o espaço do manicômio oferece muito pouco ou quase nada. Ao desbravar o campo aberto da rua, “as saídas” podem ser diferentes daquelas garantidas pelo discurso da tutela que se faz ao custo de um sujeito que é lançado para fora do laço social. Ao contrário, ao sair pela cidade, quando o acompanhante aposta na direção que o acompanhado vai indicando, é possível inventar outros meios de enlaçar sua potência de vida em modos de sociabilidade possível.

Cecília, questionando Carlos: “quem orienta quem, quando se sai na rua”, produz um “descolar-se” dessa relação absoluta e exclusiva, que em Carlos aparece na relação com a psicóloga “que orienta como é que tem que fazer e como é que não”. Ao que Carlos vacila, mas põe em cena: “eu”? Assim, há um remanejamento dos lugares, invertendo a lógica manicomial em que “sempre se sabe o que é o melhor para o paciente”, para girar a resposta ao sujeito. “A chave da saída está do lado do sujeito, é aí que ela pode advir” (Barros, 2004, p.7).

É o que Lucimar também me mostrou durante o tempo que o acompanhei, e o dispositivo do AT foi a abertura para outro mar, que hoje já navega fora do manicômio judiciário. Mas, antes disso, o ponto de virada que localizo talvez seja o dia em que pergunto a ele sobre a exposição de arte que irá ocorrer na instituição em que ele frequenta a Oficina de Criatividade. Ele diz que só estava me esperando, pois o artista plástico que coordena a atividade da oficina o convidou. Fala dos trabalhos que tem feito, das técnicas que tem aprendido e, principalmente, daquilo que tem sido a sua maior descoberta: a perspectiva, as pinturas em perspectiva. Eufórico, sai correndo e volta com um dos seus “projetos”. Com folhas impressas sobre a história das pirâmides e esboços de diversos tipos de desenhos, diz que agora entende como se faz esse efeito de se ver

longe. Fico impressionada em como a perspectiva lhe faz sentido. Vibro com o entusiasmo de vê-lo acreditar novamente.

Na caminhada entre uma instituição e outra, Lucimar se apressa e diz que vai indo na frente, colocação que já vinha fazendo, dispensando os trabalhos de AT, “porque nesse trajeto precisa ir pensando nos seus projetos e não pode se distrair com conversas”. Chegando lá, fui tomada pela surpresa do número de pessoas que havia no lugar, pois, concomitante à exposição de artes, havia um evento governamental com todo o aparato que esses momentos requerem. Imediatamente penso: ‘puxa, deveria ter dito para Lucimar me esperar! Será que vamos nos encontrar’? Acalmei-me pensando que ele já vinha fazendo esse percurso outras vezes e que ele voltaria se precisasse. Avistamos a loja em que os participantes da Oficina de Criatividade vendem seus trabalhos. Lucimar estava lá! Como se estivesse num lugar bastante familiar, logo me enxerga e vem mostrar suas obras com/em perspectiva. Fala das cores, dos contrastes...

Convido-o para ir ver a exposição. Vamos juntos, e ele passa a olhar cuidadosamente as obras, fazendo comentários. Enquanto estávamos ali vendo-sentindo a exposição, encontramos Vicente, professor-psicanalista-apreciador de arte. Apresento-os e digo a Vicente que Lucimar tem desenvolvido trabalhos na Oficina de Criatividade. Vicente pergunta ao Lucimar qual o estilo do seu trabalho. Lucimar, um pouco surpreso, e sem saber o que dizer, mas de alguma forma mostrando pertencimento ao questionamento, arrisca: “ainda não defini meu estilo, mas tenho trabalhado com perspectivas”. Vicente comenta: “no teu nome tem mar”. Lucimar não “se aguenta”, sai para o pátio de fora, volta e me diz: “que presente! Eu tenho mar! Eu sou mar”!? Novas perspectivas se abrem. É como se agora ele também pudesse se ver de longe com novos efeitos.

Tenho escutado Lucimar há vários anos. Ele carrega em si as “dores do mundo”. Chega ao manicômio judiciário depois de ter sido sentenciado para a prisão comum. Não suporta a dor da sua história. Enlouquece! É encaminhado para a triagem do manicômio judiciário (lugar considerado pela caravana dos direitos humanos como o pior dos piores). Novamente não aguenta. Quem aguentar-

ia? Procura uma saída e encontra no buraco da privada. Tenta sair pelo único furo que enxerga da clausura. Clausura essa que fala da prisão, da sua própria. Insiste em me dizer. “Não foi uma tentativa de suicídio, eu estava procurando uma saída”. Saída essa que é produtora de muitos sentidos. Lugar dos dejetos.

Aos três anos de idade, Lucimar e seu irmão presenciam o assassinato da mãe pelo pai. Ambos são entregues a diferentes famílias substitutas que se responsabilizam pelos seus cuidados. Na família adotiva, Lucimar duvida do seu lugar de pertencimento. Sente-se um estranho, “um estranho no ninho”. Na adolescência vai em busca do pai biológico. Este o recebe com tiros. Diz que não o quer como filho. Lucimar vai em busca do irmão. Cola na estrada fraterna, numa busca desesperada de pertencimento. Nunca havia ingressado ou conhecido a trilha do crime. O irmão já estava lá. Ele entra. Uma morte acontece. A polícia o intercepta nessa jornada. Fim dessa trilha.

No manicômio judiciário passo a escutá-lo e auxiliá-lo na construção da sua saída. Saída da instituição, mas muito mais na sua saída psíquica para fora da sua própria clausura. Uma saída que não seja pelo lugar do dejetos.

Lucimar conta que tem um filho. Entramos em contato com a ex-companheira. Ela vem até a instituição. Conversa com a equipe. Dispõe-se a receber Lucimar em sua casa. Conta que o filho quer muito conhecer-viver com o pai. Lucimar vai para casa. Começa a retornar ao IPFMC sempre antes das datas marcadas. Queremos Lucimar fora da instituição. Nosso desejo não é o suficiente para sustentar um desejo em Lucimar. Em uma das últimas vezes que se apresenta para a equipe diz que não quer mais voltar para casa. Conta que veio a pé da cidade do interior em que mora. Não suportou ocupar o lugar de pai. Não sabe o que é ser pai. Não teve um. Novamente o lugar de referência lhe escapa. Perde-se na sua loucura. Ele pede para ficar. Não tínhamos mais como insistir. O nosso desejo estava sozinho. Precisamos aprender a andar no tempo dele. Construir novas referências de tempo para nós também. Ele aponta um risco de querer. Ao avesso, coloca que sempre errou no seu caminho. Queria estudar. Não aproveitou quando podia. En-

caminhamos Lucimar para uma escola. Na caminhada até lá, Lucimar volta. “É muito longe”. Pensamos que novamente antecipamos demais com nosso desejo. Falamos para Lucimar da Oficina de Criatividade. Lucimar vai até lá. “É bem mais perto”. Talvez agora tenhamos acertado. Algo fez sentido. Ele se engaja. Fala dos projetos. Nós aprendemos com o tempo dele. Essa tem sido a perspectiva que ele aponta. Essa tem sido a maneira de enlaçar sua potência em um modo de sociabilidade possível.

Aqui a arte, enquanto ato, operou como o ato analítico, “como a mão de um escultor do tempo”, que, ao produzir uma interrupção, possibilitou uma nova leitura da vida, a invenção de um novo caminho e a produção de um novo sentido (Sousa, 2001, p.132). Ao “perfurar o hábito com a interpretação desestabilizadora”, como indica Sousa (2001, p.125), a arte pode operar como uma verdadeira invenção da vida. Dessa maneira, estaria “convocando o laço social a um outro olhar sobre os traçados que somos levados a fazer para contornar o real da existência”, ao nos indagar “que outros desenhos seriam possíveis”?

A saída da loucura de cada um é sempre singular. Trata-se de uma tessitura delicada, organizada de sujeito a sujeito. Assim como a saída de cada um do manicômio judiciário precisa ser inventada pelo que cada sujeito vai indicando no tempo das suas condições. Não há formas feitas para isso, ao contrário, seria necessário desfazê-las, desfazer a forma. E é claro que a escolha por esse caminho de conexão com a vida, assumindo os riscos inerentes a ela, não apresenta uma via que dê certeza do seu resultado, mas é uma aposta. Uma aposta que rompe com a experiência da repetição, “do sempre foi assim”, verso tão repetido no manicômio judiciário, pois, “que as coisas continuem como antes, eis a catástrofe” (Benjamin, 1989, p.491, apud Sousa, 2006, p.176).

O que penso é que essas “saídas” é trabalho para muitos e que, em vez de uma medida de segurança, possa-se pensar numa rede de segurança que aposte no humano em uma medida que é apontada por cada sujeito. Nesse caminho, o AT pode atuar como um potente dispositivo de produção de vida, onde o sujeito vai indicando a sua saída. O que sabemos é um trabalho que implica

dedicação e invenção, oposto da “nova” fórmula estandarizada da desospitalização, que, pretensamente, às vezes se intitula desinstitucionalização. Não se trata simplesmente de entregá-los às suas famílias, ou encaminhá-los para uma “casa de repouso” e ligá-los ao CAPS ou a outro recurso de saúde que a cidade disponha, como tenho visto aos borbotões no manicômio judiciário em que trabalho. O que se faz necessário agora não é passar o rodo e limpar também o manicômio judiciário dos “indesejáveis”, tratando o paciente novamente como objeto. Construímos essa máquina ao longo de, pelo menos, 150 anos, agora precisamos de tempo para desinventá-la. As saídas não se fazem por número de desinternação, pois assim estaríamos repetindo a história: trocando uma instituição brutal por uma outra com uma roupagem mais amena, mas não menos institucionalizada. É preciso que nos livremos do manicômio sim, mas, como diz Pelbart (1993), é igualmente preciso que nos livremos do “manicômio mental”.

O manicômio judiciário como alternativa para tratar o louco infrator (se é que um dia ele foi criado para isso) não deu certo. Já vimos o quanto ele é uma máquina de fazer morrer, que desenlaça o sujeito na cena da vida pelo fato de retirar-lhe a possibilidade de falar em nome próprio, pela segregação e pela trama bem amarrada entre saberes-poderes que a constituem, onde poucas possibilidades se vê de desatá-la. As discussões que envolvem o manicômio judiciário não são um problema de gestão. A mudança de direção na condução da máquina pode até amenizar alguns dos seus efeitos, mas não fará desaparecer a sua desumanidade constitutiva.

Então, se após um século de manicômio judiciário não somos capazes de encontrar outras saídas – que não a segregação e a alienação – quando crime e loucura se encontram, isso não nos impede que, ao menos, tenhamos aprendido onde não devemos mais insistir. Nisso a utopia nos auxilia, indicando que onde nosso saber se coloca insuficiente é que devemos mirar. Segundo Jameson (1994, p.44), “a função da utopia está em não nos fazer imaginar um futuro melhor, mas na maneira pela qual ela demonstra nossa completa incapacidade de imaginar tal futuro”. Portanto, mais do que apontar uma positividade em termos de saída, é necessário

que se localize onde não a vemos. Para isso, é preciso coragem e audácia, dizem-nos os utopistas (Jacoby, 2007).

Urge que se faça modificações no nosso velho Código Penal e na Lei de Execuções Penais. A imputabilidade precisa ser revista, e o conceito de “presunção de periculosidade” necessita ser excluído do nosso ordenamento jurídico. Está na hora de novas formulações e de novos paradigmas jurídicos e assistenciais ao louco infrator. Há inconstitucionalidade na medida de segurança, e, por mais que uma vertigem se insinue nessa discussão, há de se ter audácia no pensamento, pois “quando há coragem de levar as questões até seu extremo, aí o pensamento necessariamente deixa de ser um sonífero da prática para tornar-se ele mesmo ato político” (Pelbart, 1993, p.103).

Referências

Barros, FOA. Saúde Mental na Atenção ao Louco Infrator. In: Campos FB, Antônio Lancetti A. Saúde Loucura, nº 9. Experiências da Reforma Psiquiátrica. Organização de. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

Barroas FOA. Vestes Forenses. In: XIV Encontro da Escola Brasileira de Psicanálise - Fazer análise, porque, como e quando. 2004, Rio de Janeiro. Caderno de trabalhos do XIV Encontro da Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: EBP-Rio; 2004. v. 01.

Barros-Brisset FO. Genealogia do conceito de periculosidade. In: Responsabilidades: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ. 2011 mar/ago; 1(1).

Beckett S. O inominável. São Paulo: Globo; 2009.

Benjamin W. Obras escolhidas. 7 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei Nº2.848, de 07 de dezembro de 1940.

Brasil. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Diário Oficial da União Brasília: DF, 09 abr. 2001, nº 69-E, seção 1, p.2.

Foucault M. A loucura Só Existe em uma Sociedade (1961a). In: Foucault M. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.

Foucault M. História da Loucura (1961). São Paulo: Editora Perspectiva; 2000.

Foucault M. Loucura e a Sociedade (1970). In: Foucault M. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.

Freud S. O estranho (1919). In: Freud S. Obras Psicológicas Completas: Edição Standart Brasileira. Vol XXI, Rio de Janeiro: Imago; 1996.
Freud S. Mal-estar na civilização (1929-1930). In: Freud S. Obras Psicológicas Completas: Edição Standart Brasileira. Vol. XXI, Rio de Janeiro: Editora Imago; 1996.

Jacopy R. Imagem imperfeita: pensamento utópico para uma época antiutópica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.

Kafka F. Na colônia penal. In: O veredicto e Na colônia penal. São Paulo: Companhia da Letras; 1998.

Miller J-A. Nada mais humano do que o crime. Revista Almanaque on-linedo IPSMMG. 2012; 3. Disponível em: <<http://www.institutospsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/-alman>> Acesso em: 2012

Palombini AL. Psicanálise a céu aberto? In: Comissão de periódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. *Psicose Aberturas da Clínica*. Porto Alegre: APPOA/Libretos; 2007.

Pelbart PP *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago; 1993.

Quinet A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.

Sousa ELA. Uma estética negativa em Freud. In: Sousa ELA, Tessler E, Slavutzky A. *A invenção da vida: arte e psicanálise*. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 2001.

Sousa ELA. Furos no futuro: utopia e cultura. In: Sousa ELA, Schüller F, Barcellos M. *Fronteiras: arte e pensamento na época do multiculturalismo*. Porto Alegre: Editora Sulina; 2006. p.167-80.

Sousa ELA. *Uma invenção da utopia*. São Paulo: Lumme Editor; 2007.

Novossat CS. *Habita-se - Acompanhamento Terapêutico na Desinstitucionalização da Medida de Segurança*. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UbhNXBUG55Y>. Acesso em 09/05/2016.

Construindo modos de trabalhar em saúde mental

Deborah Sereno

O objetivo deste trabalho é refletir sobre a formação em acompanhamento terapêutico (AT) no âmbito acadêmico e o tema da convivência nos serviços substitutivos forjados no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Estas questões se colocam a partir do meu trabalho como supervisora de estágios dos núcleos de 5º ano da graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FACHS/PUCSP): “Saúde Mental: política e clínica ampliada” e “Contextos em crise: intervenções clínico-institucionais”. Tais estágios ocorrem na rede municipal de saúde e no Giramundo: Oficinas e Redes em Saúde Mental, serviço da Clínica Psicológica da PUCSP, realizado por estagiários do núcleo de saúde mental, aprimorandos da Clínica e estagiários bolsistas do 4º ano, onde também ocupo o lugar de coordenação.

Os estágios se dão em diferentes equipamentos da rede de atenção municipal como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO). Os alunos passam a fazer parte da instituição como estagiários da equipe durante um ano letivo (fevereiro ou março a dezembro), por aproximadamente seis horas semanais (dois períodos). Assim, participam das reuniões de equipe, das reuniões de rede, dos fóruns, de reuniões de articulação intersetorial; participam da coordenação de grupos e oficinas com os usuários; geralmente são escalados (direcionados) para os espaços de convivência; desenvolvem projetos de AT.

O tema da convivência se articula à teorização sobre a clínica de AT desde a publicação do 1º livro sobre AT no Brasil (*A rua como espaço clínico: O AT*), em 1991 pela equipe de ats do Hospital Dia A Casa (atual Instituto A Casa). Já então, em um de seus capítu-

los, afirmava, junto com Mauricio Porto:

No AT procuramos com o sujeito sua organização interna mais convivível, para com isso encontrar pontos de contato com o movimento social, e aí atuar como agentes catalizadores de uma articulação, um acontecimento, onde o sujeito (acompanhado) está incluído. (Serenio, Porto, 1991, p.27)

O AT participaria do tratamento da psicose,

[...] onde não há pontos exatamente fixos em torno dos quais o sujeito se organiza, ao deixar marcadas as curtas saídas, marcas pontuais, leves e fortuitas, pontos de apoio para sua estrutura psíquica, propiciando ao mesmo tempo uma maneira singular e inédita de articulação no social. (Ibidem, p.27)

Para isto, na construção teórica desta equipe era fundamental o mergulho na loucura, propiciado por um enquadre, garante deste mergulho; um tempo considerável, duas, três, quatro horas ao lado do acompanhado (mais ou menos distante), tempo quase suficiente para o mergulho nesta outra lógica temporal da psicose, na aridez do seu campo, na mesmice cristalizada e mortífera.

Penso agora que este mergulho implica o AT numa espera ativa: da mínima diferença, do movimento quase imperceptível, pontos de fuga, uma sensibilidade ao insólito (Oury, 1991). A diacronia dos encontros/mergulhos, a convivência no cotidiano do sujeito, dá consistência à relação da dupla at e acompanhado. Como espera ativa, defino uma posição do at na transferência, um tipo de presença que inclui seu corpo, uma insistência delicada. Para estar aí, neste mergulho, como acompanhante terapêutico, há de se questionar para quê, como foi parar aí e o que isso diz do seu desejo.

A convivência está presente nas diretrizes dos diferentes eq-

uipamentos da rede de saúde mental. Sem exagero, poderíamos afirmar que constitui um dos fundamentos dos CAPS e também dos diversos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, os quais visam multiplicar as possibilidades de exercícios de cidadania destes sujeitos, sua inserção no território e na vida comunitária. A convivência estaria na vertente da clínica institucional. E, com isso, conceitos como ambiência, espaços de convivência, aqueles momentos não-estruturados do cotidiano institucional, passam a ganhar destaque.

Estes momentos não estruturados, de fato, na clínica, parecem fundamentais. Nestes espaços, as relações se dão pela química dos encontros, há um quê de espontaneidade, mil possibilidades de acontecimentos, e de não acontecimentos! Isto também demanda uma atitude de espera ativa por parte dos terapeutas e das equipes. Espera ativa no sentido de promover encontros: duais ou grupais, por exemplo, uma formação espontânea que pode virar um processo de construção coletiva, como produção, ensaio e apresentação de uma peça de teatro, sustentado a partir desta presença dos terapeutas-técnicos. Espaços de convivência onde o sujeito encontra seu interlocutor, aquele com o qual sente que “pode se abrir” (explicitando já que não necessariamente será um terapeuta e nem que isto seria um objetivo deste espaço). Espera ativa que supõe uma escuta a partir da transferência, oportunizando as transferências dissociadas, institucionais, todas as possíveis.

Vemos, no entanto, as equipes técnicas dos serviços de atenção especializada (CAPS, SRTs) deixarem, muitas vezes, de investir nestes espaços de convivência, desacreditando de sua potência terapêutica. São espaços que terminam por ficar a cargo do pessoal operacional, de apoio, nem sempre motivado à participação nos mesmos... e a cargo dos estagiários! Ao dar entrada nesta cena, nos espaços de convivência, no “tempo livre”, o estagiário muitas vezes vê ativarem-se lembranças, que se desejariam remotas, dos pátios dos hospitais psiquiátricos que queremos excluir de nossas vidas e principalmente da vida destes sujeitos: os usuários ensimesmados, trabalhadores apáticos ou se relacionando entre si, excluindo os usuários; respostas repetitivas e cristalizadas ou de senso comum, sem se considerar quem pergunta.

No caso dos serviços residenciais terapêuticos, é fundamental a função dos acompanhantes comunitários na convivência, na construção do morar coletivo e nos desafios permanentemente colocados de fugir do manicômio, de recusar a facilidade com que o manicômio se instala dentro de uma residência, impregnando-a com seu cheiro ou, simplesmente, burocratizando a organização da casa: grade de horários, hora dos remédios, do banho, hora de dormir, comer, cagar...

A presença dos estagiários nos serviços muitas vezes é acolhida como demanda de “sangue novo” para estes espaços, mas também é vivida com desconfiança pela equipe, que se vê confrontada nas suas atitudes. O encontro entre as equipes e a rede (universidade, estagiários, supervisora, gestores, trabalhadores dos serviços etc.) é fundamental para alinhamento desta demanda e construção do projeto de estágio dentro do projeto terapêutico singular de um caso, ou de uma intervenção institucional (dispositivos grupais, individuais, a convivência, visita domiciliar (VD), trabalho na escola, entre outros).

Os estagiários contam com supervisão semanal de três horas, durante um ano, em grupos de no máximo sete alunos que se dividem em duas instituições – por exemplo, uma parte do grupo está num CAPSi, outro noutro, ou num CAPS adulto ou SRT etc. A escolha do núcleo é eletiva, ou seja, geralmente o aluno está lá porque quer; não necessariamente sabe por que quer ou o que o levou a querer estar lá, mas esta questão atravessará a supervisão ao longo do ano que, para ele, representa o último da graduação, a saída da universidade, a entrada no mundo profissional, e é vivido com certa angústia e muitas incertezas. Isto fica como pano de fundo. Na verdade, com certa militância, alguma teoria sobre psicose em psicanálise, algumas noções sobre políticas públicas e os dispositivos de atenção, adquiridos a partir dos programas teóricos do Núcleo de Saúde Mental, os alunos se aventuram na tarefa de construir projetos terapêuticos em parceria com a rede municipal de saúde. E, de fato, disponibilizam-se a enfrentar com seus corpos situações complexas, graves, de altíssima vulnerabilidade e, na maioria das vezes, mas não sempre, sem nenhuma conexão com

sua própria existência até então. De certa forma, acabam por se identificar com esta posição de “sangue novo”, potente, muitas vezes onipotente, com certa arrogância, muitas críticas à postura dos trabalhadores, críticas culpabilizadoras... Mas isso dura pouco! É no espaço da supervisão onde tal atitude se desmancha e o que surge com toda intensidade são os efeitos da fragmentação institucional, da rede, da psicose, efeitos que se dão no corpo do estagiário... (e também da supervisora!)

A supervisão aparece assim como espaço de elaboração-compartilhamento destes efeitos e afetos, de onde surgem possibilidades de intervenção, criação de estratégias e atuação junto às instituições. Espaço imprescindível na formação, onde vemos operar uma transformação do estudante ao longo deste um ano, sua posição no início do estágio e o tipo de comprometimento profissional que conquistou no final do ano. Nas palavras de Palombini (2004) “O espaço da supervisão, enquanto continente das narrativas que buscam dar conta do vivido no âmbito das práticas, possibilitando sua apreensão tanto subjetiva como teórica, transforma essas vivências em experiência fundante de um estilo profissional próprio” (p. 66). Além disso, vemos operar um efeito de grupalidade que se constrói no espaço da supervisão e que se torna continente a estes afetos, às diferenças, aos conflitos internos etc. – e potente na busca de soluções.

Espaços desse tipo necessitam ser garantidos às equipes dos serviços e constam, de fato, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos equipamentos, como educação permanente. Para Ianni Scarcelli e Virginia Junqueira (2011), o sub-financiamento e a precarização dos serviços são resultados das inúmeras injunções e conflitos de interesses colocados desde o início da proposta de implantação do SUS, como decisões político-econômicas (do estado mínimo, neoliberal) e incertezas quanto às formas de financiamento. A redução das equipes, que a cada momento se veem diante de novas diretrizes, atualizações, papéis, mudança de protocolos, transferência de pessoal etc., é um dos graves efeitos da precarização.

Vemos (e sofremos) cotidianamente, na supervisão dos estágios, os efeitos nocivos para as equipes desta precarização dos serviços. O fato de não poderem contar com um espaço de supervisão, de elaboração coletiva, consequência da precarização, torna-se uma agravante. O Ministério da Saúde tenta dar conta disto pelo Qualifica CAPS, projeto de supervisão para os CAPSs, supervisão mensal de quatro horas ou quinzenal de duas horas durante um ano – o que não faria “nem cosquinhas”, como diria Isabel Marazzina (2011)¹, sendo que a burocracia para o estabelecimento do contrato do supervisor pode levar mais de um ano...! Vale lembrar, ainda, a responsabilidade dos Estados e Municípios na gestão e contratação das supervisões e projetos de educação permanente, podendo favorecer ou comprometer ainda mais a burocracia destes processos. A instituição padece daquilo que trata, já disse Bleger (1980) alguns anos atrás.

Estar aí com a loucura implica presença, insistência, uma disponibilidade para escutar, suportar o tempo da loucura. Estar aí com a loucura nos divide, nos interroga, nos frustra, nos inquieta, nos surpreende, mas, se queremos e apostamos em possibilidades de cidadania do sujeito louco, se queremos sua inserção comunitária, no território, temos antes que suportar estar aí com ele em sua diferença. Efeito da precarização, e talvez de mal-entendidos sobre RAPS e redes, encontramos com CAPS que, lamentavelmente, parecem cada vez mais se dispor menos a estar aí com a loucura.²

Assim, delega-se isto à escola, que fique com a criança ou jovem e,

¹O Ministério da Saúde, desde 2005 (Lei nº 11.129), tem realizado importantes mudanças na formação dos profissionais de saúde mental, como as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, a construção de processos formativos de forma cogestionária entre serviço e instituição formadora (Polos de Educação Permanente e, posteriormente, as Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço) e programas com impacto na própria graduação como o Pet Saúde e o Pro-Saúde, articulando serviço e universidade.

²Em comentário sobre nosso texto, Marcio Belloc aponta a contribuição de Lukács para uma reflexão sobre o tema da precarização atuante nos serviços. De acordo com Lukács (2003), mais além dos recursos do trabalho, a precarização de que temos padecido é a das relações humanas, pela sua reificação ou objetividade fantasmal. A sugestão de Belloc abre outros caminhos para estudo desta questão.

algumas vezes, o CAPS matricia a escola; delega-se isto às famílias, que cuidem de seus filhos, que coloquem limites e explicitem as regras, coisa que ela já deveria ter feito, de acordo com a própria instituição, num processo de culpabilização que, mais que acolher, afasta; delega-se à comunidade que o sujeito participe da vida social de seu território, atividades de lazer, de formação, de trabalho, E, no entanto, a própria equipe técnica da instituição de saúde não se propõe a estar aí com o sujeito psicótico, autista, louco, drogado, diferente, quando uma das funções do CAPS seria operar a transição com o território - comunidade a partir da convivência que tem com o sujeito no contexto do próprio serviço, com o saber construído na vivência cotidiana com este sujeito, para então sair, construir o “lá fora” junto com ele.

Para Scarcelli e Junqueira (2011), um dos grandes desafios para efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma psiquiátrica estaria na definição de políticas de formação que criem espaços onde se transite entre

[...] os âmbitos político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, técnico-assistencial, e com diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas e instituições (universidades, serviços públicos, ONGs, instituições formadoras, entre outras). (Scarcelli, Junqueira, 2011, p.352)

Este espaço de formação implicaria em

[...] transcender o sentido estrito de instrução, capacitação e aperfeiçoamento e possibilitar a produção de conhecimento, de mentalidades, de jeitos de estar, de comprometimento com a coisa pública aliada à descoberta e ao exercício do processo de criação [...] (Ibidem)

Trata-se, portanto, de criar “condições para a construção desses modos de fazer, de pensar, de esquemas conceituais que

permitam a implementação criativa de práticas e a resignificação das políticas orientadoras” (Ibidem) e não mera apresentação de como fazer, o que acaba na burocratização de técnicas.

Os autores ressaltam ainda a complexidade da formação de trabalhadores em saúde, pois esta deveria estar voltada para a organização do trabalho coletivo e apoiada em diferentes abordagens. Com relação ao profissional psi e de práticas em saúde mental, a situação é mais complexa, pois o

instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores e as relações estabelecidas entre eles e também com seus ‘pacientes’, portanto aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos processos de formação (Ibidem, p.353).

A formação dos trabalhadores de saúde mental é um dos maiores desafios colocados para a gestão, para a Universidade. A formação dos trabalhadores deveria se dar no âmbito da prática cotidiana.

Destacamos em outro trabalho (2013) a forma da formação do AT: a forma ativa, protagônica, corporificada, pensar-fazendo, formação-pensamento, em contraposição à formação-verdade, ao saber total, absoluto. Modo de formação que leva em conta que aquilo mesmo que o forma é efeito de sua prática. Isto indica uma função do AT, que passa por uma ética, um modo de cuidado. A forma da formação do AT (que constitui sua clínica) potencializa expressividades inventivas, possibilidades de conexão e radicaliza o convívio com a diversidade.

Este modo de formação do AT e a convivência como um dos dispositivos clínicos mais potentes de intervenção na clínica das psicoses, forjado no âmbito da Reforma, a partir da psicoterapia institucional e um dos fundamentos da clínica do AT, implicam na invenção de modos de estar, na construção de espaços de criação e elaboração do fazer, podendo operar e contribuir para a formação dos trabalhadores de saúde mental.

Referências

Bleger J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: Bleger J. Temas de Psicologia: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes; 1980.

Lukács G. A Reificação e a Consciência do Proletariado. In: Lukács G. História e Consciência de Classe: estudos sobre a dialética marxista. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Marazzina I. Saúde mental pública na América Latina - Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

Oury J. Itinerário de formação. Revue Pratique. 1991; 1:42-50.

Palombini A. Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: supervisão na universidade. In: NASCIMENTO CAT et al. Psicologia e Políticas Públicas - Experiências em Saúde Pública. Porto Alegre; CRP-RS; 2004, p. 57-73.

Porto M, Sereno D. Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta; 1991. p.23-30.

Scarcelli IR, Junqueira V. O SUS como desafio para formação em Psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão. 2011; 31(2):340-57.

Sereno D, Vicentin MCG. A clínica do Acompanhamento Terapêutico e a construção de redes: uma proposta a partir da vivência do Pró Saúde PUC-SP - STS Freguesia do Ó – Brasilândia” [apresentação no X Congresso Internacional de AT; 2013]. México, DF].

A Rainha e o Bobo, no reino de Valdrada– Carta VII: Valdrada¹

*José Antonio Caruso de Lucca
Júlia Dutra de Carvalho*

Os habitantes de Valdrada sabem que todos os seus atos são simultaneamente aquele ato e a sua imagem crepuscular, que possui a especial dignidade das imagens, e essa consciência impede-os de abandonar-se ao acaso e ao esquecimento mesmo por um único instante... às vezes o espelho aumenta o valor das coisas, às vezes anula. Nem tudo o que parece valer acima do espelho resiste a si próprio refletida no espelho. As duas cidades gêmeas não são iguais, porque nada do que acontece em Valdrada é simétrico: para cada face ou gesto, há uma face ou gesto correspondente invertido ponto por ponto no espelho. As duas Valdradas vivem uma para a outra, olhando-se nos olhos continuamente mas sem se amar. (Calvino, 1972, p. 25)

*

Caro amigo, nessa carta eu não poderei adotar um estilo realista. A cada cidade que escolhia dentre as **Cidades Invisíveis** de Calvino, essa que se espelha em Valdrada é a mais difícil de narrar, mais fugaz em conseguir ser retratada, e quando vista de perto,

¹O presente texto é parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – EducaSaúde/UFRGS. Nele o autor relata suas vivências a um personagem literário (fray Mauro, do livro de Cowan, J.), sobre suas experiências durante a residência. Em cada carta relata um campo de formação. Em cada carta eleger palavras capazes de auxiliar Mauro a cartografar o mundo.

parece que algo de imaterial, etéreo, oblitera nossos olhos. Não consigo explicar o porquê isso ocorre. Porém, quem se dispõe a ir até lá observa essas transformações no próprio corpo. Não sentimos logo essas modificações. Elas penetram nosso corpo aos poucos, vão alterando nossos sentidos. O que penetra por nossos olhos, ouvidos, tato, paladar e olfato não é notado logo como diferente. A impressão é de uma névoa, uma neblina que encobre nossa percepção. Ledo engano. Quando percebemos estamos dominados. Já não somos mais os mesmos, mas outros, seres copiados até a última célula, clones de nós mesmos. O que nos chamava a atenção, o que nos afetava o corpo acaba sendo incorporado, e já não nos soa como estranho. O relato que te farei tentará adotar um tom de realismo mágico. Só um olhar poético pode dar conta de tentar explicar como vivem essas gentes. Espero ser capaz de realizar o que me proponho.

I. As Valdradas

Cada uma acredita ser única. Porém, coexistem no mesmo tempo e espaço. Cada uma crê que seu modo de ver o mundo é o ideal e verdadeiro, excluindo qualquer outro. Numa delas existe uma névoa que os habitantes consideram como natural, quase como se alguém que tivesse catarata e acreditasse que o mundo realmente tornara-se esfumado, impreciso e não que uma película se formara e atrapalhara a sua visão. Na outra, a limpidez parece afetar os sentidos dos habitantes. Uma assepsia no pensar acaba também afetando a visão, excluindo qualquer variação no pensamento. As Valdradas se veem e se estranham, nunca se amando. Têm por objeto as mesmas pessoas e, cada uma advoga que seu modo de ação é o correto, excluindo qualquer outro olhar.

Uma parte dos habitantes (trabalhadores da Saúde) das Valdradas, Nublada e Límpida, têm por função cuidar dos demais habitantes das cidades. Exercem esse cuidado de modo não integrado, e na maior parte das vezes de modo antagônico. Às vezes, o cuidado é exagerado, criando dependência; outras vezes, o cuidado é realizado de forma a tentar torná-los independentes, mas nem sempre ouvindo realmente suas demandas.

II. A Rainha e o Bobo

Poucos habitantes das Valdradas conseguem escapar das órbitas das duas cidades. Entre eles, dois seres muito especiais, cada qual ao seu modo: a Rainha e o Bobo. Nas duas Valdradas; eles, Rainha e Bobo, são notórios - singulares em seus modos de viver. Porém, poucos dos trabalhadores da Saúde das cidades, conseguiram até hoje captar o quanto os dois são analisadores para essa relação dicotômica entre os modos de cuidar. No ano passado, não sei bem porque acabei acompanhando-os, partilhando um pouco de suas vidas. Penso como isso ocorreu. Teria sido fruto do acaso? Teria alguma relação divina? Por que logo eles dois, quando havia muitos outros para me ocupar? Hoje, caro fray, creio que isso já estivesse pré-determinado. Não escolhi, fui escolhido. Pessoas singulares que, de tão singulares, já não são mais vistas... Ainda não sabia que tanto a Rainha, quanto o Bobo tinham o poder de escapar do raio de ação da órbita das Valdradas. Eu acabei acompanhando-os nas suas andanças, e assim pude observar os modos de cuidar das duas cidades.

III. A Rainha

A Rainha circula em seu trono com rodas, majestosa pela posse de seu feudo. Faz com que muitos se tornem seus servos, e estes a servem por vontade própria, certos de estarem dando sentido a suas vidas. Porém, ela exerce seu poder, de forma a que seus súditos fiquem enternecidos em servi-la. Como toda Rainha é bastante geniosa e, quer que seus desejos sejam atendidos prontamente. Coisa que nem sempre acontece.

Ela tem por hábito capturar o mundo através de seus pincéis. As Valdradas ficam impressas em suas telas e, ela diverte-se, em servir-se delas como seus temas. A Rainha captura castelos, arvoredos, nuvens, pássaros, seres mitológicos, humanóides. Todos habitam suas telas. Incansável em retratar a realidade, todos os dias se impõe a tarefa de captar mínimas variações ocorridas nas duas Valdradas: Nebulosa e Límpida.

*

Poema da Possibilidade

Pincel suspenso

A tinta espessa na ponta do pincel

Está prestes a cair

O olhar da Rainha vaga

Parece ouvir a música ambiente

Parece prestar atenção nas conversas

Observa a parede e os desenhos nela

Os pensamentos parecem distantes.

Uma figura feminina parece gritar

Ou estar contente.

Uma casa bem colorida

Uma figura imprecisa

Uma flor pousada no teto da casa.

Na pintura de outro dia,

Pinta um carro.

Talvez, para visitar os residentes?

Amarelo, vermelho, azul,

Branco, verde, marrom.

Poucas escolhas.

Que ela amplia

Misturando as cores

Com o pincel.

*

Iconografia

Uma árvore ao centro

Um pássaro bica uma árvore

Do seu olho escorre algo...

Ou seria só tinta escorrida?

Uma casa embaixo,

Desproporcional em relação às outras figuras

As proporções estão corretas?

Ou é esta a intenção da artista?

A casa estaria longe?

A família estaria longe?

*

A Rainha ao ver-me, por vezes dizia:

– Ah, tu veio... Ontem estava com uma raiva de ti! Por que tu não veio me levar pra oficina? Explico que não posso estar com ela todos os dias. E, ela aparentemente esquecida da queixa, começa a cantar:

– Porto Alegre, Porto Alegre.

Já dissera que a Rainha é geniosa, ignora que a minha cota de cuidado ocorre em dois dias da semana. Tento que os trabalhadores de cada Valdrada entendam o quanto representa para ela ir até a oficina. Ali é lugar onde a vida acontece. Ela **NECESSITA IR ATÉ LÁ, TODOS OS DIAS**, para ela esse é o seu remédio. Porém, na época que a acompanhei, ela dependia que empurrassem seu trono até lá, perdera sua autonomia. Procurara engajar outras pessoas nesse cuidado. Isso ocorrera algumas vezes. Mas, por vezes ela fica em sua unidade, onde mora, xingando, esperando que assim, ouçam-na, e a levem até a oficina.

Mauro, já dissera das estranhezas dos modos de cuidar das Valdradas. Uma trabalhadora da nublada, quando eu tentara que alguém a levasse até a oficina, nos dias em que não estava presente, contrapôs:

– Nós poremos um cavalete aqui na unidade e, ela poderá pintar quando quiser...

Já a límpida, a que preconiza ouvir os moradores, não consegue executar uma ação capaz de problematizar o cuidado singular da Rainha. Também não conseguem comprometer-se que, ela vá, TODOS OS DIAS ATÉ A OFICINA. Quem acaba tentando contemplar o desejo da Rainha, parcialmente, era um grupo de voluntários que tentam suprir os descuidos das cidades...

*

A Rainha, há tempos, não saia muito longe das cidades gêmeas que não se amam. Mas, ela parece ter o poder de fazer que, quem a acompanhe tente realizar seus desejos ao máximo. Proponho visitarmos um centro de compras vizinho das Valdradas. Ela aceita prontamente. Ao nos deslocarmos até lá, de taxi, ela afirma:

– Faz tempo que não vou no shopping!!!!!!
– Ninguém me leva no shopping!!!!!!!!!!!!!!

*

Lugar de ostentação, riqueza, luxo, elementos naturais da realeza deixam a Rainha esfuziante! Excitada fica nervosa quando desloca seu trono mais rápido do que ela desejaria, pois estava escolhendo objetos para comprar. E, me xinga!

– Tu não me deixa ver!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Almoçamos. Tinha planejado e combinado com ela, fazer uma visita a um grupo de moradores que saíra da órbita das Valdradas. Haviam se mudado para perto dali. Essa era uma das estratégias mais recentes e inovadoras dos trabalhadores da Valdrada límpida. Ela concordara. Porém, quando após o almoço, tento ir até lá, com ela; se irrita novamente:

– Tu é BURRO !!!!! Não quero sair do shopping!!!!!!!!!!!!
– Quero ficar aqui!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
– Quero um chinelo atravessado!!!!!!
– Temos que aproveitar que tem dinheiro!!!!!!!!!!!!!!

*

Noutro dia, encontro a Rainha indignada. Estava com uma bolsa preta, de verniz, descascada, velha, atravessada no peito. Ela reclamava:

– Não quero essa borcha!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
– Essa borcha é feia. Não quero essa borcha!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Alguém inadvertidamente dera a ela uma bolsa... usada. Tomaram-na como louca, que ela não conseguiria perceber a diferença de uma bolsa nova de uma usada. Dificuldade de “ver” o óbvio: alguém que escolhe criteriosamente as cores de tinta capazes de capturar o mundo, como não iria percebê-lo! Penso ser a névoa que recobre uma das cidades a culpada. Não permite a seus moradores a exata apreensão da realidade, e assim conseguir atender a demanda explicitada pela Rainha. Queria uma bolsa NOVA! Como qualquer mulher “normal”, isso era INDISPENSÁVEL!

Na volta da oficina, escrevo no seu diário de bordo:
– Aviso aos navegantes. Se forem dar algo de presente à Rainha, perguntem-se primeiro se dariam para A SUA MÃE!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! (Desde é claro, gostem dela...)

*

Sáímos para comprar uma borcha. Vamos até o centro de Porto Alegre, num centro de compras popular. Ao chegarmos e ver tantas borchas ao mesmo tempo, com tamanhos e cores diferentes, encanta-se. Demora na tarefa de encontrar a que levaríamos. Acaba escolhendo uma. Fica feliz. Ao voltarmos, me dá um abraço e um beijo!

*

Noutro dia, na oficina, local de sua predileção, pergunta:
– Tu não tem pena de mim?
– Me leva para morar em tua casa!
– Pode ser numa peça nos fundos...

*

Outra da Rainha: comprei sorvete para ela de dois sabores. Ela delicia-se. Repete duas vezes. Quando termina, me encara, sorri e pergunta:

- Pergunta se eu quero mais?
- Rainha tu quer mais?
- Claro!!!!!!!!!!!!!!!

*

Mais uma da Rainha. Ela olha para mim e dispara:

- Quero ser tua!!!!!!!!!!!!!!!

*

A expressão desses desejos teria alguma relação comigo? Esse será o preço em estar ao lado de alguém sustentando seu desejo? Mas e o que fazer com isso, quando se volta para casa, e sabe-se que ela ficara por sua conta e risco nas Valdradas?

*

A Rainha vivia num local da cidade onde recebia cuidados de trabalhadores da Valdrada nublada, porém para a ótica dos trabalhadores da Valdrada límpida, estaria cotada para sair da órbita das cidades. Iria morar em Porto Alegre, com um grupo que sairia de lá. Ela foi consultada sobre a saída e concordara. Acreditavam que estavam investindo no seu desejo. Mas, ela acaba não saindo. Talvez, porque fosse uma peça fundamental para o equilíbrio entre as cidades. Talvez sua presença possibilitasse aos trabalhadores das duas cidades espelhadas acreditar que “cuidam” dela...

Senti-me o tempo todo incapaz de tornar visível sua singularidade. Aos que acreditavam que ela teria condições de sair, tentava fazer ver que ela, se saísse, NECESSITARIA IR TODOS OS DIAS

NA OFICINA! É LÁ ONDE SUA VIDA TEM SENTIDO. É LÁ ONDE ELA CAPTURA A REALIDADE EM SUAS TELAS. Se ela saísse das cidades, deveria ter garantido seu desejo de vir até a oficina, TODOS OS DIAS! Aos que pensavam que ela não tinha possibilidades de sair, pois não tinha mais vínculos familiares, e o melhor para ela era ficar na Valdrada nublada, também não atribuíam valor a suas idas a oficina TODOS OS DIAS...

*

Mauro, já debes estar enfasiado com esse meu relato. Onde será que ele irá desembocar? Confesso que escrevo deixando que as lembranças me guiem, e que a memória estabeleça as conexões do que eu gostaria de dividir contigo do que de essencial resultou da minha vivência nesse local e, do que resultaria de essencial para ti para tua captura completa de cartografares o mundo. Penso ser melhor falar do outro personagem. Busco tempo para conseguir sintetizar essa experiência angustiante.

IV. O Bobo

O Bobo mais que ninguém transita pelas Valdradas. É cidadão nas duas. Essa dupla cidadania não é bem vista por nenhuma delas. Cada uma delas, espera que ele faça uma opção. Ele, sabedor de seu poder, sorri. Seu desejo é ser singular nas duas. Ao mesmo tempo, que é odiado, é também estimado na mesma proporção. Ao saberem que eu o acompanhava dividiam comigo “confidências” sobre ele: os trabalhadores da Valdrada nublada, falam que ele estupra moradoras. Os da límpida, contam da poesia que ele fez sobre a rotina diária da Valdrada nublada.

Ele também transita pela oficina, mas é indolente. Considera sua criação mais que uma apreensão da realidade, para ele sua produção tem valor de uso. Iria produzir se fosse pago. Acordado o valor, irá considerar o valor insuficiente. Assim, só raramente produz algum trabalho representando a realidade das duas cidades. Muitas vezes destrói o material que produzia, modo de como ele

avaliava o pouco valor atribuído a sua produção.

Acompanhá-lo produziu, em mim, sentimentos antagônicos. Na maior parte do tempo me sentira inútil. O Bobo por vezes me elogiava. Falava que eu era tranquilo. Não brigava com ele quando íamos às compras. Dizia-me que eu não falava o que ele deveria ou não consumir. Propusera que ele bancasse suas escolhas. Outro shampoo? Bom, então tu sabes que faltará dinheiro para comprarmos suco de laranja... E o que comprávamos? Artigos de higiene pessoal, refrigerante, suco, salgadinho, ah e é claro, o mais fundamental: chá emagrecedor Araguaia! Essas escolhas eram vistas, pela Valdrada nublada, como desperdício de dinheiro. Queriam que eu “controlasse” suas compras.

*

Durante o período que eu o acompanhei, o Bobo conseguiu uma renda fixa, da Valdrada límpida. Essa renda era relacionada ao programa “De Volta para Casa”, auxílio referente ao fato de ter morado na Valdrada nublada algum muito tempo. O Bobo tinha autonomia de ir e vir, outro lugar para morar, não “precisava” voltar a usar os serviços dos trabalhadores da Valdrada nublada. Santa ingenuidade, Batman! Acreditar que ele não mais procuraria esses trabalhadores, para, por exemplo, pedir injeção na veia, quando alguém contrariasse seus desejos... quando o dinheiro acabasse...

Como vê, Mauro, outro ponto de confronto entre as formas de cuidar das cidades. Como tirar do corpo do Bobo a Valdrada nublada, se lá ele era “famoso”, de uma forma, ou de outra? Desinstitucionalizar à força também é uma violência tão grande quanto o movimento contrário... para o Bobo, isso não fazia sentido.

*

Noutro dia encontro-o amuado, triste. Está sem dinheiro. Num desses dias sombrios ele sentencia:

– Meus dias estão contados!

Eu tentado demovê-lo desse estado digo que eu também

tenho meus dias contados! Minha intervenção não produz efeito nenhum...

*

V. Conclusões

[...] estou procurando, estou procurando. Estou tentando entender. Tentando dar a alguém o que vivi e não sei a quem, mas não quero ficar com o que vivi. Não sei o que fazer do que vivi, tenho medo dessa desorganização profunda. (Lispector, 1998, p.11)

Agora começo a entender o porquê não tinha conseguido até hoje escrever sobre essa experiência. Já havia sido convidado a escrever sobre esses personagens por uma pessoa significativa da Valdrada límpida. Não consegui. As palavras teimavam em não sair. Queria passar a indignação que sentira durante o ano que vivera a experiência de estar ao lado da Rainha e do Bobo, e graças a singularidade deles, poder “ver” o invisível. Mas, para isso devo voltar ao Bobo. Ele tem inscrito no corpo as duas Valdradas.

*

Noto que talvez o símbolo máximo dessa divisão de olhares esteja refletida num detalhe que até hoje não tinha me dado conta. O Bobo tem algo de característico no corpo. Seus olhos refletem a dicotomia das cidades. Nos seus olhos estão espelhados as duas visões de mundo. Cada olho dele reflete a visão de uma Valdrada. Um olho é “normal”, o outro “nublado”, obliterado por uma névoa. Talvez, pensando agora, devesse tê-lo nomeado de Rei (em Terra de cego quem tem olho é rei...). O Bobo é a resposta para minhas angústias. Mas qual é afinal o que resta de singular dessa experiência para minha conclusão de curso e de particular para teu mapa? Creio que não devemos esquecer que para tornar algo visível é preciso olhar! Merhy, em uma palestra proferida em Porto Alegre/RS

(2013), dispara: “O instrumento da visão não é o olho, mas o olhar!” A resposta fora achada. A forma de modificar a convivência das Valdradas é transformá-la através do “olhar”. Ele dará a resposta de como devemos agir. Qual seria o caminho correto? Ideal? o do meio?... no interstício? Caro fray, peço-te que incluas em teu mapa o olhar.

PS: Mauro, esse texto é o que estava me dando mais trabalho. Lia e relia. Corrigi várias vezes. Mudei muitas coisas. Ainda não considero que esteja bom... Mas, ao final encontro um texto, de uma trabalhadora, da Valdrada límpida que reflete minhas angústias. Que achado! Não posso de deixar de incluí-lo!

Num livro recentemente lançado, “O Cuidado do Morar”, num texto intitulado: (Des)encontros na Crise: construir incertezas, que caminho é este?, Stelamaris Glúck Tinoco, a autora faz um desabafo. Trabalhadora da Valdrada límpida, fala de sua experiência de, ao atender uma pessoa que estava em crise, ter de lidar com o mais alto escalão dos trabalhadores da Valdrada nublada. Para surpresa dela, esse profissional “olha” esse sujeito em crise. Pergunta a ela, que o acompanhava o que ela achava qual a melhor forma de cuidado.

Mas, Mauro eu estou falando, falando, melhor deixá-la falar:

Quando falo do ineditismo da dúvida na psiquiatria, não quero entrar num viés binário de bons e maus como oposição, mas analisar a construção de relações de poder como uma produção coletiva. A psiquiatria ser detentora de um saber que lhe confere um poder absoluto, produzindo verdades inquestionáveis é uma construção cultural legitimada por todos/as nós. É a primeira questão para a qual esta experiência chamou-me a atenção. Uma segunda questão é que a dúvida e a certeza também são construções culturais, e como tais, não são imutáveis. Quando nos colocamos como defensores/as, ou militantes, da Reforma Psiquiátrica, fazemos de suas diretrizes e princípios um jeito nosso de olhar o mundo e suas relações.

Esse olhar pressupõe a liberdade, a vida com escolhas, a problematização dos processos de exclusão. Contudo, ao nos identificarmos com este campo político-filosófico, igualmente nos encastelamos em certezas. (Tinoco, 2014, p.122)

Como vês, Mauro, quando desqualificava o que estava por vir, tens comprovado agora. Stelamaris, acaba de dizer que meu pensamento não é original... O corpo dela também fora afetado, experimentara as mesmas dores que eu... Mas, muito antes de mim. Portanto, deixemos que ela encerre esse texto: “Ainda assolada pela perplexidade, fica a reafirmação de que seguimos aprendendo todos os dias e que, se a dúvida é ferramenta com a qual operamos, a surpresa é companheira. A partir daí, há espaço para a criação.” (Tinoco, 2014, p.124)

Portanto, Mauro, imprima no teu mapa (e no meu percurso pela residência), as palavras: OLHAR, SURPRESA e DÚVIDA.

Referências

- Calvino I. As cidades invisíveis. São Paulo: Companhia das Letras;1972.
- Cowan J. El sueño de um cartógrafo. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.
- Lispector C. A paixão segundo G. H. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
- Merry EE. Aula magna GHC. Palestra realizada em Porto Alegre/RS. 28/08/13.
- Tinoco SG. (Des)encontros na crise; construir incertezas, que caminho é este? In: Palombini AL, Barboza RP, Fick TK. O cuidado do morar. Escola de Saúde Pública: Porto Alegre; 2014.

Concepções sobre a loucura nos arredores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro¹

Lívia Zanchet

Analice de Lima Palombini

Vera Lucia Sobral Resende

Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas, devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza.

Boaventura de Souza Santos

Introdução

Há cerca de trinta anos, teve início no Brasil um processo de transformação do paradigma de atenção e cuidado aos usuários de Saúde Mental que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. O modelo então vigente tomava a loucura como objeto a ser curado, sustentado pelo saber médico-psiquiátrico, priorizando o modelo manicomial de internação, asilamento e tutela dos pacientes. A instituição criada para regular este modelo foi o hospital psiquiátrico, assim justificado pelo propósito de que, para melhor investigar e tratar, é preciso isolar. O foco, portanto, colocava-se sobre a doença mental, seu diagnóstico e tratamento através de técnicas medicamentosas, eletroconvulsoterapia e outras terapêuticas hoje em dia colocadas em questão. Tal modelo trouxe consequências sociais importantes, especialmente no que concerne à exclusão da população acometida pelo sofrimento psíquico em relação ao restante da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica refere-se a uma superação paradigmática que busca colocar o sujeito no centro do processo, através de uma clínica singular e ampliada, além de preconizar o necessário envolvimento da comunidade e da cidade nesta construção. O ano

¹Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do RS – RIS/ESP-RS na ênfase de Saúde Mental Coletiva.

de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país: é quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. A denúncia da violência dos manicômios e da mercantilização da loucura contribuem para fundamentar e construir coletivamente, por este grupo, uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. É a experiência italiana de desinstitucionalização da loucura, tendo à frente o psiquiatra Franco Basaglia, que inspira o movimento brasileiro e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. Após vários desdobramentos, o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira teve, em 2001, um marco importante com a promulgação da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, prevendo a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral ao usuário. Esta é composta por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência, e inclui, ainda, a implementação da Saúde Mental na Atenção Básica como medida preventiva.

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado do país a aprovar uma legislação orientada para a Reforma Psiquiátrica – Lei Estadual nº 9.716/1992 –, quase dez anos antes da legislação nacional. Contudo, a experiência vem mostrando que não basta apenas o estabelecimento de leis que prevejam o fim do modelo manicomial. É preciso também que se constituam políticas públicas que viabilizem o que se propõe em lei, que uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico se torne realidade e possa assegurar a assistência dos usuários. O estado conta ainda com outra peculiaridade: coexistem, atualmente, no mesmo território, dois dispositivos de atenção ao portador de sofrimento psíquico que remontam aos dois diferentes períodos referidos acima: um – o centenário Hospi-

tal Psiquiátrico São Pedro (HPSP), fundado em 1884, período ainda anterior ao surgimento da Psiquiatria como especialidade médica e à regulação do tratamento dos alienados no país. Este local chegou a abrigar mais de 5.000 internos em condições precárias de atenção e cuidado. Hoje, mais de um século depois, restam em torno de 300 moradores asilados no local e um número aproximado de 100 leitos de internação para pacientes em estado agudo, entre estes, 20 para crianças e adolescentes.² Outro dispositivo, os Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro, foi implantado como uma das principais estratégias do processo da Reforma Psiquiátrica. Resultou de uma ação conjunta da Secretaria da Saúde, através da construção de 36 casas para 144 moradores do HPSP na Vila São Pedro, localizada nos fundos do Hospital; da Secretaria Especial de Habitação, com regularização fundiária das terras e infraestrutura de moradia; e, ainda, da Secretaria de Trabalho, Cidadania e Assistência Social, através de projetos de geração de renda para os moradores. O início do projeto se deu no ano de 2002.

Amarante (2003) situa a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, que se configura na e pela articulação de quatro dimensões simultâneas e inter-relacionadas. A primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico conceitual, ao conjunto de questões que se situam no campo da produção de saberes, à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. A segunda é a dimensão técnico-assistencial, em que emerge a questão de qual modelo assistencial é possibilitado pelas teorias em voga. A terceira é a dimensão do campo jurídico-político, decorrente, dentre outros, do fato de a psiquiatria ter instituído noções que relacionam a loucura a periculosidade, irresponsabilidade e incapacidade civil; nesta, importa discutir e redefinir as relações sociais em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. A quarta dimensão colocada pela autor é a sociocultural, que expressa o objetivo maior da reforma psiquiátrica – a transformação do lugar social da loucura, pois o imaginário social, impregnado do discurso psiquiátrico, relaciona a loucura à incapacidade do sujeito estabelecer trocas sociais e sim-

²Dados referentes ao ano de 2012.

bólicas.

Este artigo detém-se, em especial, nessa quarta dimensão. Levando em conta a paradoxal coexistência territorial de formas de assistência em saúde mental – que contemplam tanto a internação psiquiátrica e o asilamento de moradores quanto um modelo de cuidado fora do espaço de internação hospitalar –, busca escutar aqueles que habitam a vizinhança desses dispositivos, fazendo-se, inevitavelmente, atores sociais do processo da reforma, em conjunto com os usuários dos serviços e seus trabalhadores.

Percurso metodológico: escutando a vizinhança

Dois grupos foram escutados neste estudo: o primeiro, composto por moradores e trabalhadores dos arredores do HPSP, no bairro Partenon, especialmente da Avenida Bento Gonçalves – importante avenida porto-alegrense onde está situado o hospital. O segundo, constituído por moradores e trabalhadores da Vila São Pedro, onde foram construídos os Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro. A Vila situa-se no terreno aos fundos do Hospital Psiquiátrico. O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro abordava o tema da loucura e outros relacionados, como o HPSP, os SRTs Morada São Pedro, o louco/paciente, a reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização e a circulação pela cidade. As pessoas escutadas foram escolhidas de acordo com a disponibilidade demonstrada e interesse em participar do estudo, buscando-se a máxima variabilidade dos discursos. Alguns sujeitos já eram conhecidos, por trabalharem em locais onde os moradores do Hospital e dos SRTs circulam para fazer compras. Foram realizadas oito entrevistas nos arredores do Hospital e cinco na comunidade da Vila São Pedro. O cuidado resguardado pelo estudo foi o de não escutar trabalhadores que atuam diretamente com saúde mental, para excluir um viés técnico perpassando as falas. Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

A metodologia empregada para a análise das entrevistas foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre, Lefèvre

e Teixeira (2000). Este método “busca reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quanto se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (pp.19). É uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Para a elaboração do DSC, parte-se dos discursos em estado bruto. Estes são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das ideias centrais presentes em cada discurso individual e em todos eles reunidos. Termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social. Serão apresentadas aqui as ideias centrais de cada DSC, dada a grande extensão destes na íntegra. No desenvolvimento dos resultados, partes destes DSCs serão transcritos para ilustrar as ideias apresentadas.

Resultados e discussão

1) O que dizem os vizinhos do Hospital Psiquiátrico

Nas conversas realizadas nos arredores do HPSP, foram escutados donos e empregados de estabelecimentos comerciais como loja de sapatos, agropecuária, minimercado, serviços de fotocópias, loja de móveis, além de um empregado da Igreja São Jorge – dentre esses estabelecimentos, o mais recente estava fixado há dois anos naquele local; o mais antigo, há vinte e cinco anos. Alguns dos entrevistados eram também moradores da região. Foram três os temas que se destacaram nas entrevistas, compondo as seguintes ideias centrais:

Sobre o Hospital Psiquiátrico São Pedro

Hospital Psiquiátrico São Pedro é o local onde pessoas com alguma deficiência, com problema de abuso de drogas ou doença mental, crianças com desvio de conduta e agressividade, pessoas que já estejam muito velhas ou com outra incapacidade são levadas para tratamento ou abandonadas pelas famílias. É uma instituição importante para o Rio Grande do Sul, porque em qualquer família

alguém pode precisar dos seus serviços; no entanto, é um local deficiente de recursos e pouco investido pelo Estado. Alguns trabalhadores fazem milagre com o pouco que têm, mas há também, por parte de outros, descaso e abandono em relação aos pacientes.

Sobre a loucura e os loucos/pacientes

Os pacientes são pessoas com algum desvio, que se percebe ao conversar. Fazem coisas absurdas às vezes, mas, ao mesmo tempo, são pessoas normais quando frequentam os estabelecimentos comerciais para fazer suas compras. Contudo, há uma diferenciação entre os pacientes do São Pedro que trabalham, estudam, recebem algum dinheiro e têm uma vida boa, e outros que parecem estar largados, abandonados ali dentro. Se as famílias dessem um auxílio, se essas pessoas não fossem simplesmente abandonadas, poderiam estar melhor.

A loucura é uma doença e precisa ser tratada. Contudo, as pessoas que a têm não precisam ser excluídas da sociedade; inclusive, o convívio com elas promove um crescimento para ambas as partes. Afinal, todos temos uma loucura dentro de nós, algumas precisam ser tratadas, outras não.

Sobre Reforma Psiquiátrica e a circulação dos loucos/pacientes pela Cidade

Quando questionados sobre “Reforma Psiquiátrica”, a maioria dos entrevistados referiu não saber o que significava o termo. Após uma explicação breve sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sobre possibilidade de circulação pela cidade das pessoas egressas, manifestaram-se de duas formas distintas, sendo elas as seguintes:

a) Reforma Psiquiátrica é algo de que já se fala há muito tempo, mas que até o momento não se sabe de nada que tenha sido realizado para melhorar. Provavelmente, tudo permanecerá igual.

b) Reforma Psiquiátrica é algo de que se fala há bastante tempo, uma mudança no sistema tipo prisional, permitindo ao louco que tenha mais autonomia e, à sociedade, que aceite melhor as diferenças. A circulação pela cidade é muito importante, contribui para a reinserção social; porém, em determinados casos, deve ter o

devido acompanhamento. Além disso, nos casos em que a pessoa tem muitas limitações, pode até ser prejudicial.

Comentário

As ideias elencadas acima apontam para uma percepção de que os pacientes são, sim, pessoas com uma condição diferenciada; não significando isso, necessariamente, sua impossibilidade de inserção no convívio social cotidiano:

“A loucura é perturbação mental, um desvio mental, muitas vezes até uma paranoia de criança. É doença e precisa ser tratada, mas não que as pessoas que têm essa doença precisam estar excluídas da sociedade. Nos casos, de repente, mais agressivos, precisam um controle maior, mas há um crescimento tanto da nossa parte quanto das outras pessoas pelo convívio que a gente tem com eles.”

Mesmo não conhecendo o termo Reforma Psiquiátrica, a maioria propõe formulações que vão ao encontro desta proposta, quando coloca como algo equivocado o abandono das pessoas que precisam de tratamento – abandono tanto por parte dos familiares, como, por vezes, dentro do próprio estabelecimento de tratamento. Reiteram que, se houvesse uma implicação maior dos familiares, o destino dos pacientes poderia ser outro:

“Há muitos familiares que deixam os parentes aí e esquecem. Muitas vezes eles trazem pra cá mais é pra se livrar, aí fica na mão de terceiros. O bom seria os familiares terem uma participação 100%.”

Além disso, os entrevistados valorizam a implicação social como um todo, não apenas dos trabalhadores da saúde mental. A loucura não está colocada à parte da sociedade. Afirmam ainda que a interação com os pacientes/loucos é algo potente para ambas as partes, fazendo com que a sociedade possa ver a diferença de outra maneira:

“... Hoje em dia não se tem mais aquela ideia de um grupo selecionado, nós temos que conviver com as diferenças, então eu acho muito positiva essa socialização que tem, para o crescimento nosso, para o crescimento deles e para que exista uma consciência de que quem está lá não é porque quer, mas porque precisa de aju-

da. A gente tem mais é que tentar aceitar as diferenças.”

A circulação dos “pacientes do Hospital São Pedro” (como foram chamados reiteradas vezes pelos entrevistados) carrega a marca do consumo, pois é pelas compras que realizam que se lhes afirma um lugar de inserção social:

“Tinha pessoas que diziam, quando eu vim trabalhar aqui: olha, cuidado com os louquinhos do São Pedro. Mas os pacientes não me afetam em nada, pelo contrário, até me ajudam porque compram produtos meus. Eles vêm aqui periodicamente, vêm comprar um cadeadinho, vêm comprar uma coisinha, gostam de comprar. Eles são pessoas normais, não tenho receio com eles.”

Algo comum em tempos capitalistas. A esse respeito, Baptista (2001, p.72) nos interroga: “Nos tempos do capitalismo da hegemonia do mercado, onde espaço e tempo ganham sentidos específicos, quais seriam as articulações possíveis entre loucura e espaço urbano?”

No imaginário social do grupo entrevistado, o HPSP segue ocupando um lugar de destaque no tratamento de pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Entretanto, no seu discurso se evidencia que, devido a questões que estão além da governabilidade dos próprios trabalhadores, como as políticas de Estado e o investimento financeiro na infraestrutura e nos recursos humanos, muitas vezes o dispositivo do hospital deixa a desejar no cuidado com seus pacientes:

“O Hospital Psiquiátrico São Pedro é uma das coisas boas que o estado faz para a população, uma instituição muito importante dentro do RS, e eu acho que deveria ser mais bem cuidada, por todos governos que passam. É de extrema importância para todos porque em qualquer família pode surgir uma pessoa que necessite utilizar os serviços dele. Um patrimônio histórico, uma coisa que é de mais de 100 anos, e eu acho que ele é um pouco descuidado, poderia melhorar muita coisa aí dentro, já que o hospital vai ficar aí mesmo. É pena que é dada tão pouca verba pra eles poderem até melhorar o atendimento, poderia ser uma coisa bem melhor. Mas eu acho que, com o que eles fazem, eles fazem até milagre. Às vezes a demanda é muito maior do que a casa comporta, e aí

pessoas que estão lá dentro têm que se desdobrar pra atender da melhor maneira as pessoas que estão internadas.”

2) O que dizem os vizinhos dos SRTs Morada São Pedro:

Na Vila São Pedro, foram escutados moradores e trabalhadores da comunidade, alguns bem próximos dos egressos do Hospital, outros nem tanto. Duas das entrevistadas trabalham no cuidado da casa dos usuários; uma delas reside em uma das casas destinadas à comunidade da Vila, que compõem o projeto Morada, juntamente com as casas destinadas aos serviços residenciais. Pessoas com papéis importantes na comunidade participaram das entrevistas, como o presidente da associação comunitária da Vila. Donos de mercadinhos e trabalhadores da creche também foram escutados. Todos eles acompanharam o período de construção das casas dos SRTs. A seguir, as ideias centrais dos discursos construídos:

Sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro

O Morada São Pedro era um projeto que previa a construção das casas para os pacientes egressos do Hospital São Pedro e para moradores da comunidade da Vila São Pedro. Como a construção das casas começou e não teve continuidade até a finalização do projeto, acabaram se criando dois espaços diferentes: o Residencial Terapêutico, juntamente com as novas casas que contemplaram apenas trinta famílias da comunidade nessa primeira etapa inacabada; e a Vila São Pedro, que abriga o restante da comunidade, a associação comunitária, a creche, os bares e mercados. É bem separado, mas a comunidade segue na luta pela construção do restante das casas, já que alcançaria melhor infraestrutura de moradia.

Sobre a loucura e o louco/paciente

Eles são diferentes, a gente vê pelo modo deles agirem e falarem. São pessoas que têm doença mental, mas que, se estiverem bem controlados pelos remédios, podem viver normalmente. Alguns podem ser muito agressivos, mas também têm uns muito carinhosos. Alguns são carentes, outros muito dependentes, mas não dá pra generalizar. Muitas vezes, é como se fossem vizinhos

normais.

Todo mundo é um pouco louco, nós mesmos podemos precisar de tratamento a qualquer hora. A loucura é resultado do sistema, de só trabalhar e não descarregar a tensão. Loucura mesmo é entrar em surto, ficar agitado e agressivo. Muitos só têm depressão.

Sobre a Reforma Psiquiátrica e a circulação do louco pela cidade

Reforma Psiquiátrica é uma mudança no sistema que já deveria ter sido feita há muito tempo, pois o que se vê no Hospital Psiquiátrico é uma condição humilhante para as pessoas. Porém, alguns precisam de acompanhamento neste processo, pois são diferentes e têm dificuldades, precisam de cuidado. Essa possibilidade não é para todos, pois há pacientes muito agressivos, outros muito dependentes. Ainda há muitas pessoas que têm condições, mas permanecem no Hospital São Pedro. Estes deveriam ir para o Morada, pois lá seriam mais bem tratados e teriam mais liberdade.

A circulação acaba sendo um passeio no Hospital, as compras no mercadinho da Vila e as festas promovidas na comunidade. Em direção à cidade, o movimento se dá quando acompanhados por trabalhadores dos SRTs. Seria importante que o contato com a comunidade aumentasse.

Comentário

As falas da comunidade da Vila São Pedro também trazem impressa a marca de diferença do louco em relação àqueles que não precisam dos serviços psiquiátricos. Contudo, há um ponto a mais, que nos remete ao que Kinoshita (2001) refere através do conceito de poder contratual – poder dos indivíduos de realizar trocas no universo social, através das quais se concretiza sua inserção social. Esse poder contratual pode ser visto em três dimensões: de bens, de mensagens e de afetos. Para os vizinhos do Hospital Psiquiátrico, o poder contratual dos pacientes está ligado principalmente à primeira dimensão – de bens; pois é o poder de consumir bens que os faz ter existência no campo social. Já para a vizinhança dos SRTs, as dimensões das trocas de mensagens e de afetos se presentificam, para além da troca de bens:

“A gente sempre cuida quando eles estão na rua, quando

deixam a casa aberta, a gente repara, a gente vai lá e fecha, pede para eles fecharem. Eu faço porque eu gosto deles. Acho que eles precisam. E, se eles vêm pedir socorro, por que é que tu não vai fazer... Eu gosto de trabalhar com eles, são muito carinhosos, a gente acaba pegando amor neles, eles são carentes. Eu trabalho nas casas dos que são dependentes, mas não são todos, não dá pra generalizar.”

Esses entrevistados, inclusive, referem desejo de que outros moradores do Hospital São Pedro possam ser acolhidos pelos SRTs, percebendo nesse dispositivo uma forma de viver mais interessante para tais pessoas:

“É preciso descer (do HPSP) mais gente, é preciso tirar eles de lá, principalmente escolher, mas não as pessoas, como já trouxeram, uns que não dá pra continuar. Porque têm muitos que eles não atinam nada. Então, pessoas assim, já fica mais difícil. Porque daí teria que ter uma pessoa diariamente pra cuidar. Aqui eles têm mais liberdade, são mais bem tratados, mais bem alimentados.”

Neste fragmento de DSC, evidencia-se um outro ponto também relevante das falas dos vizinhos dos SRTs: há restrições nesta outra forma de viver, não lhes parece que seja para todas as pessoas, em especial aquelas que necessitam de cuidados maiores e mais frequentes.

Apesar deste outro lugar possível de viver – os Serviços Residências Terapêuticos – e da perspectiva de reinserção social e circulação pela cidade contida na proposta da Reforma Psiquiátrica, as falas deste grupo de entrevistados referem que habitar a cidade não é algo consolidado, persistem entraves. Há, sim, um movimento de saída daquele dispositivo anterior que era o Hospital, mas o encontro com a urbe é ainda direção, permanece no horizonte e requer esforços para que seja alcançado. Os SRTs Morada São Pedro ocupam uma posição “entre” o Hospital Psiquiátrico e a Cidade; nem um, nem outro:

“As gurias (enfermagem) participam bastante das coisas. Eles vão passear, eles vão no Parque da Redenção, eles vão no

Parque Harmonia³, eles vão em vários lugares, eles participam, semana que vem vão pra Brasília. Até a Semana Farroupilha, eles nunca perderam, sempre foram. A gente faz festa junina... eles são muito participativos, a gente faz um evento, se convidar, eles participam. Até gostaria que eles circulassem mais, tivessem mais contato com a comunidade, a gente acha que eles estão muito afastados. Deveria existir mais... pelo menos que saíssem com eles pra caminhar na comunidade, visitar a creche, visitar o SASE... que isso é uma coisa que a gente não tem, a visita deles aqui. Até pelas crianças, já desde pequenininhas, dentro numa creche, que eles aprendam a respeitar, porque isso também faz parte da educação.”

Trata-se, portanto, de um lugar intermediário entre o que não deve mais ser e aquilo que se busca. Certamente isso denota um caminho, mas com muito ainda a ser construído.

Considerações finais

Estas são as vozes de um recorte daquilo que Amarante (2001) chamou “dimensão sociocultural” da Reforma Psiquiátrica. Existe uma mudança em relação às antigas ideologias, citadas pelo autor, que relacionam a loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas? Esta escuta nos permite afirmar que sim; contudo, é algo em movimento, um processo contínuo de transformação cultural, na busca permanente de tornar o estranho familiar e que vem colhendo frutos a cada dia que passa – distante ainda de uma mudança radical. São vozes de atores sociais fundamentais para que a construção de um novo paradigma possa se afirmar, e poucas vezes têm-lhes sido oferecida uma escuta mais atenta e curiosa. Através desta pesquisa, foi possível perceber que ambos os grupos, ainda que desconheçam ou pouco compreendam o termo técnico “Reforma Psiquiátrica”, acreditam que aquilo que se propõe sob esse termo traz contribuições positivas para a sociedade. Ao mesmo tempo, percebem que não se trata de uma

³ O Parque da Redenção e o Parque Harmonia são espaços públicos da cidade de Porto Alegre com grande circulação de pessoas, utilizados comumente aos finais de semana pela população para passeios, encontros ou, simplesmente, para tomar um chimarrão com amigos – hábito tradicional dos gaúchos.

proposta recente, e a passagem do tempo indica a existência de entraves para sua consolidação. Segundo Pedro Delgado (2009)⁴, a sustentabilidade da Reforma depende de políticas públicas, de movimentos sociais (como a organização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental), de recursos financeiros (até 2002, mais de 70% das verbas era destinada aos hospitais psiquiátricos; desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares é maior do que os gastos hospitalares; no ano de 2009, 67,7 % do recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias), de gestão técnica e administrativa, de formação permanente, teórica, no campo da produção de conhecimento e no imaginário social.

Como participantes ativos dessa transformação (especialmente o grupo da Vila São Pedro), as ressalvas que fazem precisam ser ouvidas. Escutou-se, por exemplo, que a marca da agressividade permanece mantendo um fio de contato com a loucura, o que muitas vezes desencadeia efeitos paralisantes no seguimento da proposta de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Temor e medo em relação àqueles que um dia habitaram a clausura do hospital não é algo de todo ultrapassado.

Tomar em análise o local onde foram construídas as instalações tanto do HPSP quanto dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro – uma parte de terra comum – pode trazer pistas do motivo por que algumas marcas da exclusão mantêm-se relacionadas à loucura. A construção do Hospital teve início em 1879, sob um terreno de 33 hectares, na época, absolutamente afastado da urbe. A atual Avenida Bento Gonçalves, hoje agitada, tomada de estabelecimentos comerciais, chamava-se, naquele tempo, Estrada do Mato Grosso. Um local arborizado, apto ao tratamento terapêutico e à segregação social da loucura. Hoje, restam 13,9 hectares e o perímetro urbano já envolveu o Hospital. No entanto, há uma herança histórica daquele lugar de exclusão destinado à loucura, lugar de incapacidade, de algo a ser velado e até mesmo abolido. Não se trata de concretude, mas de respingos de uma marca que

⁴Pedro Delgado, à época, Coordenador Nacional de Saúde Mental / MS na palestra de abertura do VII Encontro Estadual de Saúde Mental, Porto Alegre, setembro/2009.

aos poucos vêm sendo desconstruída. Luis Antonio Baptista (2003) fala sobre a Doença dos Anjos, dizendo ser algo que acomete os pacientes com longo período de internação em Hospitais Psiquiátricos. Essa enfermidade impede seu portador de ser um mortal possuidor de um corpo marcado na carne por experiências compartilhadas do mundo. A doença torna o seu portador um desencarnado e solitário, cumprindo a missão a ele delegada, sem parcerias. Citando Baptista, “a diferença angelical é fundada na resignação de uma identidade perene. Esses seres transcendentais são imunizados de prováveis interferências ou interlocuções com os lugares onde pousam...”. Possivelmente, efeitos e resquícios de tal enfermidade acometam aqueles que muitos anos passaram confinados no Hospital São Pedro, em tempos nem tão longínquos, e sequer superados, de uma lógica manicomial. A presença desses “loucos” fora dos muros do manicômio, quer seja comprando em frente ao Hospital, ou convivendo com a comunidade nos SRTs, carrega para o território da cidade uma outra “cidade”, oriunda do asilamento. Lembremos aqui Goffman (1974) e suas pesquisas sobre a instituição total, que permitem pensarmos o Hospital São Pedro como “o mundo”, durante muito tempo, para esses pacientes.

Evidencia-se, na escuta realizada, o discurso em defesa do reconhecimento da diferença como forma de ser social – uma fala pela redução dos preconceitos. Cabe aqui lembrar o que Pelbart (1990) sugeriu há alguns anos: não basta destruir os manicômios se, ao livrarmos os loucos desses, mantivermos intacto um outro manicômio, que o autor chamará de “manicômio mental”, aquele em que confinamos a desrazão. Há riscos nesse discurso da igualdade. É Pelbart (ibidem, p.132), ainda, quem diz:

Ao borrar essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? Não estaremos, com um carinhoso abraço de urso, conjurando o perigo que os loucos representam?... será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social?

Na proposta do autor, faz-se necessária essa mesma transformação do imaginário cultural-popular acerca da loucura, sobre a qual trabalhamos aqui. “Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios” (ibidem, p.135). Nesta busca pela mudança de paradigmas, deve-se resguardar a peculiaridade da subjetividade na loucura, sem perder de vista a dimensão do sofrimento psíquico e a dificuldade de trânsito pela vida pública – tais são as condições necessárias para um trabalho efetivo de transformação.

Referências

Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P (Org.) Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003

Baptista LA. Narrações contemporâneas: vagabundos e turistas nas práticas de saúde mental. In: Jacó-vilela AM, Cerezo AC, Rodrigues HBC(Orgs). Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001. p.71-84.

Baptista LA. A ética da conquista: a contribuição de Cristóvão Colombo para a Reforma Psiquiátrica. In: Conselho Federal de Psicologia. Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 31-39.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.html

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In.: Pita A. (Org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV (Org.) O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000

Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, organizador. Saúde e loucura. v. 2. São Paulo: Editora Hucitec; 1990. p. 132-40.

Rio Grande do Sul. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>

Atos em trapos de um acompanhamento em estado de performance

Maria Albers

Márcio Mariath Belloc

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Este artigo apresenta a experiência de cuidado em saúde mental, dentro de um contexto de desinstitucionalização e, neste sentido, por definição, situado nas fronteiras nunca bem delimitadas entre o terapêutico e o político, entre a clínica e a criação de cidadania. Mas a complexidade não termina em habitar tais fronteiras, pois será uma forma de cuidado que tem a arte como principal dispositivo ético-técnico-político. De forma preliminar, poderíamos dizer que se trata de uma composição coletiva entre saberes sobre e da loucura e as contribuições das artes, principalmente da performance, na criação de um processo de acompanhamento e produção de vida.

Partimos de um Projeto de Acompanhamento Terapêutico (AT), da Secretaria Estadual da Saúde na gestão 2011-2014, que visava sobretudo qualificar os processos de desinstitucionalização das pessoas com internação de longa permanência no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e que se consolidou também como dispositivo de formação de profissionais da saúde mental, sendo campo de estágio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública desta mesma Secretaria. Nesse projeto, vários profissionais lançaram-se à prática do AT, conferindo, conforme seus núcleos profissionais de origem, diferentes formas de articulação do ato de acompanhar como cuidado em saúde mental.

Apresentaremos a experiência de uma artista, que se lança no campo da saúde mental como residente do programa acima citado, experimentando a transversalidade possível entre os dispositivos de cuidado e os processos de produção artística, possibilitando o disparo de uma pesquisa viva em ato de produção de corporeidades, de criação de cidadania. O eixo dessa experiência susten-

ta-se no conceito de performance, na medida em que foi essa a forma artística encontrada para construir uma estratégia de cuidado possível, entre a residente-artista e o usuário, borrando os limites e definições de acompanhante e acompanhado. Fronteiras líquidas que se evaporam na composição de um acompanhamento artístico, performático, ético, estético, político e, quem sabe, até terapêutico.

Este acompanhamento transcorreu regularmente de abril de 2012 a março de 2013, de uma a três vezes por semana, no ambiente do HPSP. Os encontros foram registrados em diário de campo, dando-se especial atenção à descrição dos momentos performáticos vivenciados e seus desdobramentos. Paralelamente ocorreu a pesquisa bibliográfica de artistas contemporâneos e pesquisadores que contribuem para discussão acerca da performance e pesquisa em artes, bem como de autores que analisam o dispositivo do AT, para alicerçar a narrativa e as reflexões.

Nesta análise da experiência, estarão contempladas, então, as experiências do acompanhamento realizado, buscando descrever como a interação entre os protagonistas, acompanhante e acompanhado, encontrou códigos próprios para acontecer. Códigos estes que justamente também colocaram em cena a circulação e a alternância da experiência dos lugares de acompanhante e acompanhado entre tais protagonistas.

O caráter inventivo dessa comunicação e interação foi atribuído ao estado de performance, termo conhecido entre os artistas cênicos, constante objeto de busca e pesquisa de quem se dedica a essa arte, que se refere a um estado corporal e de presença cênica, que é diferente da cotidiana. A arte da performance é o tema discutido neste trabalho, como abordagem particular de conduzir um cuidado em saúde mental coletiva.

Arte, cuidado e acompanhamento

Em abril de 2012, tivemos as primeiras reuniões de supervisão do Projeto AT. Um projeto coordenado pela Divisão de Atenção a Usuários Moradores (DAUM) do HPSP e pela Escola de Saúde

Pública (ESP), em Porto Alegre, criado com a finalidade de qualificar os processos de desinstitucionalização de pessoas com internação psiquiátrica de longa permanência, *pari passu* à constituição de um espaço de formação como campo de estágio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da ESP. O projeto foi também um dos principais dispositivos para desinstitucionalizar o próprio programa de Residência, que anteriormente trabalhara no sentido da manutenção das internações de longa permanência e, sendo assim, da institucionalização, cronificação e exclusão.

Neste projeto, caberia a cada residente estabelecer um processo de AT com um ou dois usuários-moradores¹. Resumidamente falando, trabalhava-se com a concepção de AT como “clínica a céu aberto” (Palombini, 2007), como um dispositivo de cuidado que se constitui no trabalho vivo em ato em saúde mental coletiva, sendo da ordem de um fazer nesse campo, não vinculado especificamente a uma categoria profissional, tampouco à constituição de uma categoria nova de acompanhante. Um fazer em saúde vinculado ao contexto da reforma psiquiátrica, sendo um importante dispositivo da mesma (Cabral, 2005), como um cuidado necessariamente articulado em liberdade e democracia.

Desta forma, o projeto se estabeleceu na escuta e acompanhamento de usuários, alguns deles há muito esquecidos da sua condição de sujeitos e resignados apenas aos seus diagnósticos. Os residentes participantes construíam propostas de cuidado com os moradores, na lógica do AT, que podiam iniciar pelo espaço do Hospital, mas sempre com o horizonte do além muros do manicômio – mentais e físicos –, conferindo continência à desinstitucionalização que se anunciava. Alguns já estavam em regime de clausura há cerca de 20, 30 ou até mesmo 40 anos. Tratava-se de estabelecer um processo de acompanhamento singular, constituído e criado pelo encontro entre residentes e usuários-moradores. Acompanhamento que se processava a partir da redescoberta do ambiente urbano, da criação-exploração de uma outra cidade que se abria a residentes e usuários-moradores. Antes de tudo, cidade como lugar

¹O termo morador-usuário refere-se às pessoas Institucionalizadas com longa permanência no hospital psiquiátrico, que literalmente moram na instituição.

de possibilidades outras, no avesso das certezas diagnósticas e das estereotípias profissionais. O cuidado no avesso da tradição clínica hegemônica, a clínica no avesso da clínica, contaminando-se de cidade e alteridade.

Justamente, segundo Palombini (2007, p.41), o AT pode ser considerado como:

[...] uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E o seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.

No dia 17 de abril, na reunião do Projeto AT, falou-se de Nino², “um grandão que vive pelado e trancado”. A imagem do paciente trancafiado, cadeado em sua cela, sem colchões e sem cobertas, porque tudo ele rasga, instigou Maria, a residente-artista em questão. Ao encontrá-lo em sua unidade de moradia, após a reunião, Nino se aproxima da porta, assim que a vê. No entanto, com Nino é difícil de puxar conversa.

– Ele só gosta de rasgar as roupas! – Responde, no lugar de Nino, outro morador sentado no sofá ao lado, após uma série de perguntas sem resposta...

Nino não fala. Sua porta tem a aba superior aberta e a inferior trancada com cadeado. Debruça-se e olha sua futura companheira de aventuras, olhos ternos e intensos. Depois desvia o olhar e observa o corredor por um longo tempo, como se Maria não estivesse por ali. E o encantamento da artista confirma a sua vontade em iniciar com ele um processo de acompanhamento.

Durante as primeiras visitas, sem que ele necessariamente

²“Nino” é o pseudônimo escolhido para proteger a identidade do usuário-morador.

interagisse com Maria, foi possível observar em Nino um gestual muito peculiar e repetitivo. Com a ponta do indicador ele parece estar e investigar as texturas das roupas que veste ou que já rasgou. Com a mão em frente ao rosto, parece observar-se no espelho e alegrar-se muito com o que vê, pois sorri. Toca a cabeça com as mãos e se balança, vez ou outra explora fonemas: dududu, gogo-gogo, bãbãbã; e às vezes aperta um ponto muito preciso no ouvido, como se quisesse sintonizar melhor o que escuta ou diz. Quando sentado, no quarto ou nas áreas comuns da unidade, Nino permanece a maior parte do tempo como que imerso num torpor gostoso, onde parece impossível adentrar. Quando deitado em sua cama, faz questão de cobrir-se todo com o cobertor, sem deixar frestas. Seus gestos são um mistério, mas tiveram a força de deslumbrar a artista e bailarina que os viu tal qual uma coreografia.

A partir desta apreciação artística e estética de seus gestos, estabeleceu-se uma escuta de características muito particulares. Mais do que escuta, uma produção de presenças singulares. E, se entendemos presença, de acordo com De Martino (2004), como as possibilidades de constituição e negociação do ser-no-mundo, podemos considerar que, de uma presença identificada a partir daquele que só rasga roupas, dá-se o início à criação da possibilidade de uma presença distinta, negociada por um olhar estético. Da mesma forma, da presença da residente constituída pela necessidade de condução de um AT, cria-se a possibilidade de um ser-no-mundo constituído pela possibilidade de produção artística performática em cumplicidade de tão misteriosos gestos. Em consonância com Didi-Hubermann (1998), que analisa a densidade envolvida no ato de olhar, poderíamos afirmar que a artista-residente olha o gesto misterioso; gesto que lhe retorna o olhar como coreografia; coreografia que cria a possibilidade de encontro; encontro que produz o olhar em cumplicidade de uma presença artística.

O fato de Nino não falar exigiu que Maria dispusesse de outras linguagens para que se estabelecesse a relação de acompanhamento, para a criação de um vínculo e para que se estabelecesse a possibilidade de transposição de alguns estigmas cristalizados pela instituição. Sua formação em Artes (graduação em Dança) pos-

sibilitou que ela lançasse mão de outras ferramentas que não as convencionais e hegemônicas em saúde mental, nem biomédicas nem psi's. Baseou-se, sobretudo, na busca por um estado de performance, que possibilitasse encontros entre os corpos da dupla. Também foi percebendo como este estado de performance, bem como a coluna vertebral da estratégia de cuidado que se constituía, estruturaram-se segundo princípios da pesquisa em artes, marcada pelo trânsito ininterrupto entre prática e teoria e nos diversos cruzamentos e hibridismos destes, para que se “inventasse o seu próprio modo de fazê-la” (Pareyson apud Rey, 1991, p. 59).

A performance artística se dá no tempo, sua efemeridade é condição. Os registros permanecerão registros, e, por permanecerem, estarão semi-mortos, ainda que capazes de leves ressonâncias. Os registros são apenas obscuro reflexo, eco ensurdecido de um prazer para sempre estancado. (Medeiros, apud Santos, 2008, p. 24)

A performance faz-se estratégia de cuidado, como proposição de presenças estruturadas na efemeridade de gestos antes somente entendidos como prova cabal de diagnósticos e estigmas. O presente texto é o registro. Para a performance em si, é apenas o registro. Mas para o ato de cuidado, ao invés de um eco ensurdecido, é o registro crítico e reflexivo que completa o gesto de cuidado performático, desdobrando na escrita a função de alteridade produzida pelo próprio funcionamento do Projeto AT. Esse Projeto, justamente, por sua constituição multiprofissionais e transdisciplinar, possibilitou o espaço crítico da construção contra-hegemônica de uma forma singular de acompanhamento. Este específico dispositivo de cuidado criado, em última análise, converge com uma concepção de AT que só se constitui, de acordo com Cabral (2011), artesanalmente no encontro com o outro.

Em consonância com Cabral (2005) e Palombini (2007), podemos situar o AT como dispositivo clínico-político. Segundo as autoras, foi uma diversidade de forças no cenário da reforma

psiquiátrica brasileira que determinou a constituição das práticas do AT, a partir de meados dos anos 60. Assumindo diferentes definições e distintas posições nas instituições e equipes técnicas, foi só cerca de 20 anos depois que surgiu pela primeira vez a denominação de acompanhante terapêutico propriamente dito, como resultado de um movimento dos próprios acompanhantes, atribuindo à função que exerciam qualidades terapêuticas próprias, não mais acessórias ao poder psiquiátrico, como inicialmente.

São cinco elementos que Palombini (2007) atribui ao AT para caracterizar a sua dimensão clínico-política: o primeiro concerne à disponibilidade do encontro com o outro, a dimensão de entrega ao outro e de abertura ao desconhecido e ao inesperado, que valem tanto para o acompanhante quanto para o acompanhado; o segundo elemento, se refere à necessidade de preservar a dimensão do fora, ou seja, o acompanhante terapêutico não se insere no serviço, mas cria um espaço de continência e pertença para o acompanhado fora do serviço que ele utiliza. O terceiro ponto relaciona o AT aos princípios da reforma psiquiátrica e aos atores envolvidos neste processo. O quarto elemento fala da utilização de uma teoria da clínica, sem torná-la única, com caráter de verdade, mas que pode ser somada e mesclada a teorias de outras áreas que colaborem dentro dos princípios de uma concepção de subjetividade. E, por último, o quinto elemento é o que considera a cidade na sua dimensão produtora de relações, de conflitos e de negociações, oposta àquela concepção de cidade onde a privatização do espaço público silencia as subjetividades. Segundo a autora, é a partir destes cinco elementos que o AT se torna uma ferramenta acessível a qualquer pessoa disposta a caminhar nessa direção, independente de sua formação. E é com estes cinco elementos que também dialogamos ao elaborar esta análise de experiência.

Esta análise vem ao encontro, portanto, de importantes discussões que fazem parte do movimento da reforma psiquiátrica, que aponta a necessidade de reinventarmos novas formas de cuidado em saúde mental. Fortalecer o campo das artes como outra possibilidade de cuidado é reconhecê-la a partir de sua potência de transformações subjetivas e sociais.

Neste sentido, a pesquisa em artes sempre está colada à criação de uma obra. Assim, se buscamos pensar o cuidado estabelecido por essa proposta de acompanhamento como um processo de pesquisa em artes, onde está a obra que surge? Defendemos que está no próprio acompanhamento, no encontro entre residente, usuário-morador, e seu desdobramento de relações intra e interdependentes, de colegas de Projeto AT, de supervisores/orientadores, e inclusive da própria cidade pensada como protagonista privilegiado, e matéria constituinte do encontro. O próprio encontro se constitui como uma obra de arte, dança, performance, carregando um potencial de sentidos. A relação que estabelece a cada encontro, a cada análise desses encontros é uma criação, que pode ser vista como uma obra, imaterial em sua completude, constantemente inacabada, pois infinitos sentidos podem ser percebidos e costurados.

O Encontro com Nino

Nino está com 37 anos, sendo 21 destes institucionalizado. Nasceu em um município do sul do Estado do Rio Grande do Sul, onde viveu até os 16 anos. Nesta idade, o Ministério Público decretou sua internação psiquiátrica e a perda da guarda por parte da mãe. Desde sua infância, rasgava roupas e destruía as coisas de dentro de casa e, sobretudo por seu hábito de seguidamente sair correndo de casa e se perder pelos campos na região, a família o mantinha preso a cadeiras e mesas. Ironicamente, a medida de proteção que a instituição que o acolhe oferece é novamente o cárcere. Durante vários anos, Nino foi mantido em cela forte nas unidades em que esteve no HPSP.

Hoje em dia, embora passe vários momentos nas áreas comuns e no pátio dos fundos da Unidade, passa a noite e às vezes o dia inteiro trancado no quarto. Para a equipe da unidade é uma incógnita o que leva Nino a rasgar ou destruir algo; sendo assim, trancá-lo no quarto é medida preventiva, mas também punitiva após algum evento destruidor. A aproximação com Nino aconteceu em meio a enorme curiosidade sobre esses impulsos e hábitos de

rasgar e quebrar. No avesso da vigilância punitiva, o acompanhamento se inicia pelo respeito aos atos de Nino como os de um artista plástico que interfere em materiais para realizar sua obra; além disso, busca decifrar nesses gestos a expressão de desejos de liberação e gozo.

Nino não tem este impulso destruidor apenas com relação a roupas e objetos, mas também consigo mesmo. Tem seus antebraços cheios de cicatrizes, das várias vezes que quebrou vidraças das janelas com os próprios punhos, ocasionando cortes profundos. São inúmeras as intercorrências de emergência ao longo dos mais de 20 anos de instituição. É importante destacar que Nino é um homem muito forte e gordo, consegue romper os materiais mais grossos e resistentes, e muitos homens já foram necessários em manejos de contenção física.

Apesar desta descrição que se assemelha a de um monstro perigoso, Nino é uma pessoa encantadora. Tem um olhar profundo de mar aberto que hipnotiza. Dificilmente é agressivo com outras pessoas, mas também pouco se comunica, a não ser para demandar urgências de fome ou desejos para sair do quarto ou por algum tecido ou roupa. Está quase sempre sorrindo e tem a simpatia de todos da equipe de enfermagem e de limpeza, embora seja o caso problema da unidade.

Geralmente, está nu, mas gosta de se vestir. Por várias vezes, Maria o encontrava no quarto e ele a abordava com um gesto, solicitando ser vestido. A roupa com que o vestia teria então suas horas contadas. Assim que se visse só em seu quarto ou no pátio dos fundos, Nino trataria de rasgá-la com a minúcia e dedicação características, sempre com o fim de elaborar seu enovelado de trapos, que nesse acompanhamento ganhava nome e status de obra de arte.

Os encontros entre os dois, pelo acompanhamento transformados em artistas, também se configuraram como obras de arte, a partir da ideia de performance. Apostaram na sutileza para se deixar permear pelo inusitado e pela ideia de jogo de improvisação e criação. Assim como o AT, também uma obra de arte não tem receita. Suas regras não são dadas a priori, e seu método vai se

configurando a partir do ato de feitura.

A partir das análises da artista e pesquisadora das artes Sandra Rey (2002), refletimos sobre os processos de criação de uma obra de arte e da pesquisa em arte. A arte contemporânea levanta a questão da ausência de parâmetros rigidamente estabelecidos. Não existe um corpo teórico, nem regras universalizantes que possam estabelecer uma conduta traçada a priori pelo artista. A pesquisa em arte carrega um pressuposto fundamental, que, segundo Rey (2002), diz que toda obra contém em si mesma a sua dimensão teórica. Ou seja, é ao trilhar o seu caminho em busca de seu objetivo, que o pesquisador em arte encontrará as maneiras de fazê-lo. A cada resposta encontrada, uma nova pergunta surge. Este trilhar ilumina concomitantemente um fazer e um pensar, ou seja, técnica e teoria atreladas formando um conceito operacional. As operações não são apenas procedimentos técnicos, são operações do espírito, entendido, aqui, num sentido amplo: viabilização de ideias, concretizações do pensamento. Cada procedimento instaurador da obra implica a operacionalização de um conceito – nomeados, por isso, conceitos operatórios (Rey, 2002, p.4).

Cabe a cada pessoa que se propõe a ser acompanhante terapêutico perceber, junto de seu acompanhado, quais as ferramentas que serão empregadas, como subsidiar teoricamente esta prática e como operar. Uma vez que qualquer pessoa, independente da formação, pode ser um at, cada acompanhamento se vale da bagagem simbólica, teórica e instrumental que a pessoa traz. O modo como se deu o AT com Nino foi em estado de performance.

Atos em trapos: recortes de encontros

Um estado de performance promotor do encontro entre Maria e Nino, gerador de experiências no sentido benjaminiano, que agora serão narradas. A essas experiências chamaremos de trapos, em referência ao que Nino faz com os tecidos que encontra e o tratamento que dá ao que deles seleciona. Quando Nino se põe a rasgar tecidos, não é apenas num ímpeto destruidor. Primeiramente, ele examina o material, suas texturas e as brechas que o

próprio tecido apresenta, por onde ele pode rasgar com mais facilidade. Ao rasgar, então, seleciona aquilo que lhe interessa e descarta o que não. Estes trapos selecionados, ele manipula, amassando um primeiro pedaço até formar uma bola; o segundo pedaço já assume a função de película protetora desta bolinha; e, do terceiro em diante, mais e mais camadas vão fazendo uma bola de pano crescer. O acabamento não é bem feito, no entanto, é um acabamento impossível que Nino parece buscar com estes trapos sobrepostos e de extremidades aparentes. É constante a tentativa de melhor cobrir o enovelado com o pano mais superficial e, se uma camada mais profunda desponta, é possível que ela mesma assuma a força de envolver as demais. Enfim, o processo de criação de Nino, a confecção deste enovelado de trapos, torna-se possivelmente um conceito operacional para a própria obra de acompanhamento e estratégia de cuidado com Nino.

Assim como Nino, Maria entende que seu trabalho de artista é a coleta e a triagem de trapos, para então acontecer a negociação infinita por qual camada deixará ser vista. Uma obra tem sempre diversas camadas de significados e não é sempre a mesma que se mostra ou que o artista quer mostrar. Cada pessoa também acessa uma camada diferente. Também no acompanhamento em questão, os significados que essa interação assume transbordam o número de pessoas que os assiste. Maria percebe que compartilha com Nino um conceito operacional. De um tecido, rasgam e selecionam trapos, com os quais criam uma nova estrutura: enovelados e tramas. Talvez estes enovelados e tramas possam ser compreendidos como novos tecidos, de aspectos e propriedades originais.

Trapo 1 – Ato do Contato

Certo dia, Maria chegou ao quarto de Nino, e ele estava com os braços debruçados sobre a meia-porta. Deram-se as mãos, cada um de um lado da porta. Ele dentro, ela fora. Começou a sacudir Maria. Seu movimento era firme, porém minimalista, mas sua força e objetividade de movimento tornavam o efeito sobre seu corpo super potencializado. De pequenas sacudidelas, o movimento se transformou em balanços selvagens, de um lado a outro, subindo e

descendo, contorcendo-se. Nino torcia apenas os punhos de Maria, como num golpe de Aikido, técnica de arte marcial japonesa. Ao ceder ao vetor de força, o corpo de Maria ganhava novas formas, se espiralava. Isso remete aos objetos que, com aplicação de força, Nino gosta de transformar. O tecido que ele rasga em tiras; o copo plástico que ele achata; a artista dançarina que ele sacode, contorce, balança, faz mover.

Nino gargalhou olhando os olhos de Maria enquanto a sacudia. Seu olhar era profundo. Um vínculo existia.

A partir deste dia, novos diálogos se tornaram possíveis através do movimento, do toque criativo e sensível de suas mãos, às vezes dos cotovelos. Também Nino já buscava com o rosto a palma da mão de sua companheira de criação, como sempre fazia com a sua própria, como se estivesse a se olhar no espelho. Pelo toque, Maria conseguia saber, por exemplo, quando Nino dava por encerrado o encontro; quando ele solicitava alguma coisa e quando ele queria que ela se aproximasse. Aos poucos, foram explorando novas possibilidades de contato, apropriando-se de uma técnica muito explorada na dança, chamada Contato-Improvisação.

O Contato-improvisação, que surgiu a partir de 1972 nos Estados Unidos, é uma técnica de dança cunhada pelo bailarino e coreógrafo norte-americano Steve Paxton. O princípio fundamental do Contato-Improvisação é o encontro de duas pessoas e a criação de um ponto de contato corporal. Uma vez que cada um dos envolvidos tem a possibilidade de entregar o peso do corpo para o parceiro, alterando os pontos de apoio, ocorre um diálogo de movimento entre as duas pessoas, cuja duração é indeterminada. As possibilidades de pontos de contato são infinitas, e a sua variedade depende da disponibilidade da dupla. Defende-se que Contato-Improvisação possa ser praticado por qualquer pessoa, pois o vocabulário coreográfico que venha a compor a dança depende das possibilidades de cada um dos participantes. O repertório vai desde sutis encontros e desencontros de mãos, até movimentos mais acrobáticos. Esta técnica se apropriou de elementos de outras práticas corporais, como as artes marciais, as danças de salão, os esportes e as brincadeiras infantis. Também o aguçar da sensibili-

dade e a capacidade de se libertar de si mesmo (sair de seu eixo) e de se entregar à interação com o outro vêm sendo buscados a partir da Educação Somática e das terapias corporais. Em muitos países, Contato-Improvisação vai além da dança, assumindo mais o tom de vivência terapêutica.

No acompanhamento em questão, o Contato-Improvisação possibilita o encontro entre Nino e Maria; mais que vínculo, a própria criação de uma obra em cumplicidade. Se não saíram a explorar para fora dos muros físicos da instituição, viajaram na superfície das peles, explorando os contornos dos corpos e criando outras presenças possíveis, não mediadas pelo peso do manicômio, que aplastra subjetividades entre diagnósticos e estereótipos profissionais. Presenças mediadas por um acompanhamento-performance, pela possibilidade de constituição de uma dança improvisada a dois. Nino pode não mais ser tocado apenas por mãos protegidas por luvas descartáveis, mas também pode tocar. Este jogo de toques dialogados e poéticos poderia ser um novo vestir e rasgar de roupas, uma vez que lhe oferece novos compartimentos, novos contornos, continência, que ele rejeita, mas de novo aceita. Neste sentido, o contato-improvisação funciona como uma segunda pele, como uma imagem construída a dois que vem oferecendo contornos para esse acompanhamento-performance, mas também para Nino. O toque que produz movimento, ou melhor, que desloca o movimento estigmatizado do rasgar para estabelecer o movimento artístico, que então instaura outras formas de presença para Nino e Maria.

Maria não se coloca na relação como uma peça de roupa, um pedaço de pano, mas como uma outra pessoa que se propõe a estar com ele, construir uma temporalidade singular que rompe com a uniformidade manicomial. A continência viva de sua dança é a resposta de cuidado frente à fragmentação e construção da bola de trapos. Dançam e se tocam não só como um impulso de fragmentar e formar a bola, como faz Nino com o que rasga e amassa. Com o toque e o movimento, Nino e Maria se rasgam de seus lugares, comportamentos e respostas institucionais esperados e produzem um trapo de presença artística.

Trapo 2 – Ato que Dilata

Durante o inverno de 2012, o frio dificultou o trabalho com Nino, pois este praticamente hibernara. Cobria-se todo com a coberta e ignorava os chamados da Maria e os convites para sair. Ela permanecia ao seu lado, em seu quarto, cantando, conversando, às vezes lhe estendendo a mão, a partir do que se iniciavam jogos simples de Contato-Improvisação. Apostava com paciência na possibilidade de estar apenas junto dele e que essa presença, às vezes insuportável para ambos, pudesse fazer alguma função. Para alguém encarcerado, frequentemente sujo de fezes e urina, as possibilidades que geralmente se apresentam o limitam à solidão.

As análises de Gil (2004) permitiram que se pudesse alicerçar este estar junto e elucidar como se dava o acompanhamento com Nino. Este autor traz o conceito de corpo-consciência, ou corpo espectral, cuja interação com outros corpos permite a comunicação dos inconscientes, portanto, ligações muito profundas sem o uso necessário da fala. Como Nino não fala, a ferramenta do contato/comunicação corporal foi a mais empregada, mas, mesmo quando este contato corporal ou visual não acontecia, a comunicação acontecia na ordem da presença, do corpo espectral. O corpo-consciência, hipersensível, pode entrar imediatamente em contato-osmose com os outros corpos. Digamos que se abre aos outros corpos, conectando-se com os movimentos do seu inconsciente. (Gil, 2004, p.18)

Este modo peculiar de comunicação com Nino remetia à artista sensações parecidas com as que vivia, quando estava em cena: a dilatação do corpo, novas sensações que já não são apenas suas, mas são também de quem a assiste. Como se a artista se tornasse um canal para o que acontece na volta e pudesse fazer algo disso com o seu corpo.

E ainda durante este inverno, certo dia, quando Maria chega a seu quarto, vê uma obra ainda inacabada: Nino enfia seus trapos no vão entre a janela e a grade desta, forrando-a com os panos rasgados. Tem um terço da janela forrada. Genial! Vários artistas contemporâneos criaram a partir da recomposição de objetos cotidianos, ou mesmo com retalhos de pano. A artista mineira Sônia

Gomes, por exemplo, tem toda uma série em que constrói objetos utilizando retalhos de tecidos antigos, como se fossem metaforicamente pedaços de vida, que compõem uma constelação de cores e bordados. Maria imagina o gesto artístico de Nino, quanto tempo ele levaria para cobrir tudo? Mas, em sua visita seguinte, já não há mais nada lá; a fragmentação do processo de criação é imposta pelo contexto institucional, o pessoal da limpeza havia colocado tudo fora.

Não muito distante deste acontecimento, ocorreu em Porto Alegre a exposição de Arthur Bispo do Rosário, que desfiava tecidos da própria instituição, para com as linhas criar bordados incríveis, dando conta de sua loucura e cárcere. Considerado um artista, conquistou na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, espaço distinto, podendo estabelecer um atelier. Nino é trancado em sua cela por rasgar panos, napas, couros, com os quais estabelece uma relação peculiar, produzindo coisas, para ele, preciosas. Tais objetos não tinham o reconhecimento da equipe da unidade como obra, representavam apenas desperdício e rapidamente tornavam-se lixo. Desperdício de obras, desperdício de vidas, parecem emanar daquelas paredes.

Da mesma forma, afirmar que os encontros entre Maria e Nino tratavam-se de performance não é algo evidente para quem não enxerga o teor de suas ações. Assim como aos olhos de Maria a intervenção de Nino na janela era uma obra em construção e para os trabalhadores da unidade era lixo, também o acompanhamento da artista com Nino gerava interpretações diversas. Olhos institucionalizados podem ver ali só desperdício, de tempo, de energia, de gestos, seguidos da tentativa do descarte, como se presenças pudessem ser jogadas fora com um simples desvio do olhar carregado de tédio e menosprezo. Mas é preciso o reconhecimento de outro para que algo se transforme em obra?

Foi justamente em resposta a questões desse tipo que muitos performers cunharam suas obras. Segundo Schechner (2003, p.56), “qualquer comportamento, evento, ação ou coisa pode ser estudado como se fosse performance e analisado em termos de ação, comportamento, exibição.”

Trapo 3 – Ato que Desata

A trouxinha de trapos que Nino produz e não larga já foi chamada por alguns de objeto transicional, em referência a Winnicott, mais uma vez sendo associada a sua figura a de um bebezão. Não é incomum a infantilização das pessoas internadas; ao contrário, muitas vezes é mais uma faceta da produção da cronificação e institucionalização manicomial. Tampouco se pode descartar a possibilidade do caráter de defesa na confecção da bola de trapos, frente a uma angústia da fragmentação. No entanto, sendo objeto transicional ou não, o cuidado na confecção deste objeto sempre intrigou Maria, deslocando seu sentido para um objeto de arte.

Em uma das sessões, Maria leva consigo um saco de roupas velhas que colecionou durante o ano todo. Encontra Nino deitado em sua cama, coberto, terminando de rasgar um lençol que provavelmente lhe servira de roupa. Dando-se por satisfeito na rasgação, joga o lençol em frangalhos no canto do quarto e se cobre todo. Sem ser percebida, a artista joga-lhe uma das roupas que trouxe. Ele sai debaixo da coberta e pega a roupa, que rapidamente inspeciona e rasga. Descarta apenas a gola. Faz então um novelinho e volta a se cobrir. Outra roupa é colocada em cena, e ele pega, ainda sem demonstrar perceber a presença de Maria; como se as roupas viessem do além... Pedacos de tecido aparecem sobre Nino, e ele nem questiona. Continuam neste jogo. Maria vê Nino rasgando roupas que um dia já foram suas. Ele faz o “favor” de rasgar parte da sua história. Sente dor, mas, paradoxalmente, alívio. É lindo observar Nino saboreando as texturas de cada roupa que lhe foi entregue. Antes de rasgar, ele procura a brecha ideal para imprimir força de um modo mais eficiente, onde a camisa de força deixa sua falha, baixa a guarda. Ali, há um veio para a fuga.

Chegando em casa, tomada pela relação transferencial, pela cumplicidade criativa, Maria começa a revirar seus armários atrás de mais roupas velhas, encardidas. Tem ganas de levá-las a Nino. Chega a flertar com roupas ainda boas, controlando um impulso insano de rasgar tudo o que tem, seja de força, seja de Vênus. Todas as suas roupas tem vontade de rasgar, ela mesma, junto com Nino. Vê-se desejando tecidos, querendo angariar o máximo de tecidos

rasgáveis para compartilhar com Nino. Enquanto o observa, percebe um gozo, quando o tecido se partia. Quanto mais resistente o tecido e mais difícil de encontrar o veio do rasgo, melhor. Enquanto Nino saboreia os tecidos que lhe levou, rasgando-os e organizando-os no novelinho, muitas imagens coreográficas vêm a mente de Maria. Tem vontade de ensacar-se em tecido e ver então como é possível mover-se. Este tecido então ela rasga, custe o que custar. E desta segunda pele renasce. Está dentro de um saco de tecido, a abertura foi costurada. Está dentro. Até quando suportará mover-se assim? Quando será a hora de rasgar, como se nascesse de um ovo? Como se nascesse de novo?

Trapo 4 – Ato do Desacato

No final de 2012, Maria inclui no Plano Terapêutico Singular de Nino a tentativa de circular de taxi, primeiramente pelo espaço hospitalar, vislumbrando posteriores saídas para a cidade. Virado o ano, em uma dessas saídas, chegam ao Parque da Redenção. Era a primeira vez, após mais de 20 anos de internação, que Nino pisava fora do hospício, que não por motivos de emergências médicas. Eis que a performance ganha novo cenário, também ganha novos espectadores e novos sentidos se constroem. Veste agora calça de moletom e camiseta. Imediatamente retorna a Maria a imagem do primeiro encontro: a imagem de um orangotango na jaula. Mas agora estava um homem, um outro Nino. Um Nino que sentou num banco da Redenção e ficou olhando o movimento, agarrado em seu envelado de trapos. Um Nino que, ao ser convidado para voltar, consente, espera o carro passar para atravessar a rua, fica impaciente com o trânsito, ocupa a rua a sua maneira, como é de seu direito. Não é o Nino que sai correndo, que arranca as roupas das pessoas para rasgar, que se agride e grita. O próprio ambiente urbano e a construção de liberdade no cuidado, experimentado desde o primeiro toque, produzem relações e negociações subjetivantes e oferecem continência. Uma continência que, no caso de Nino, talvez seja suficiente, nem de mais, nem de menos, a ponto de não precisar rasgar ou se cortar, nem sair correndo ou mandar Maria embora.

Este episódio, no entanto, extrapolou o suportável pela unidade de internação, e as complicações que seguiram acabaram provocando uma forte resistência em Maria para voltar a se aproximar de Nino e dar seguimento ao acompanhamento. Presenças não são descartadas com um desvio de vista, mas sim pela constituição de um olhar manicomial institucionalizante. Rasgou-se um tecido entre eles. Talvez nem mesmo Maria tenha suportado o passo dado. No entanto, é preciso suportar a ideia de que existe um tempo de maturação para que ideias surjam ou sejam aceitas, para que passos sejam dados e mudanças aconteçam.

Trapo 5 – Ato Rasgado

Em setembro de 2013, após um longo afastamento, finalmente Maria e Nino se reencontram. Encontrou-o no refeitório, enrolado num lençol que improvisaram de vestido, com seus trapos sobre a mesa, ainda pouco enovelados. Ele a olha com um sorriso tão terno que toda a resistência se dissolveu de imediato, todas as encrencas criadas pelos trabalhadores envolvidos com sua vida ganharam importância mínima, e uma nova motivação para o acompanhamento se cria. Retomam a performance... Maria aproxima-se e Nino oferece sua testa para que encoste a sua; algumas vezes; o olho no olho. Por baixo do tecido que veste vê mexer uma mão, que se revela e busca a sua. Contato-improvisação por alguns minutos. Então Nino afasta a mão e Maria percebe que é o sinal para sair. Rasga-se um tecido, um tecido simbólico dessa relação. Distancia-se aos poucos com a mão estendida, seus dedos tremelizando, olhos ainda conectados, o olhar de Nino ainda é aberto, ainda estão em jogo. Para na porta e decide voltar, oferece sua mão, e ele aceita, breve, mas logo se retém. Isso se repete algumas vezes, é um tecido elástico. Percebe que poderia passar horas neste jogo com o tecido elástico, com Nino. Mas então é ela quem não topa, quem rasga. Este encontro é apenas um trapo, perdido no espaço, rasgado do pano maior de onde veio. Não é a elaboração ou o ensaio de uma performance, é a performance em si.

Trapo Final – Ato do Cuidado em Performance

A arte da performance é uma expressão cênica cuja emergência está fortemente ligada aos movimentos de contracultura, utilizando diferentes linguagens artísticas, como as artes visuais, o teatro, a música, a dança, o cinema, para a produção de um “experimento radical”. Nestes experimentos há uma ênfase na presença do corpo, em detrimento da expressão corporal estilizada, característica no teatro e na dança clássicos ou modernos. Por isso, utiliza-se o termo de estado de performance para definir esta presença, uma condição corporal e cognitiva de abertura para o jogo, a improvisação e a criação.

Quando está em estado de performance a artista percebe que seu corpo se dilata e novas sensações o inundam. São sensações que estão em íntimo diálogo com quem se relaciona, seja com um parceiro de dança, com o público ou consigo mesma, em maior profundidade. Ao mesmo tempo, seu corpo é tomado por coragem suficiente para expressar o que neste momento sente e que ele cotidianamente não expressa.

As primeiras manifestações artísticas onde já se identifica a performance estão nos anos 10 e 20 do século XX, ligadas ao dadaísmo. Mas foi principalmente a partir da década de 50 que esta linguagem se desenvolveu, de início nas Artes Visuais, mas expandindo-se para as áreas propriamente cênicas, como o Teatro e a Dança (Santos, 2008). Desde a década de 1950, a produção artística começou a ser pensada a partir de uma ação crítica desmascarante, em que o artista era o catalisador para a criatividade e a imaginação do público. Este artista catalisador estava, sobretudo, engajado politicamente com os movimentos marginalizados, com o urbano e o com social. Fundava-se o Movimento Neoconcreto Brasileiro, fazendo oposição ao racionalismo cientificista do Concretismo e traçando um olhar fenomenológico sobre a relação homem/mundo (Marquez, 2009).

Dois grandes expoentes deste movimento foram Hélio Oiticica e Lygia Clark. O trabalho do primeiro articulava a ideia do corpo em liberdade espaço-temporal, aberto a novas experimentações. A metáfora do corpo livre, por exemplo, através da obra dos “Pa-

rangolés”, coloca o espectador-participante em situação de improvisação e mergulho num universo próprio de limitações e desejos. Oiticica propôs a ideia de lançar “acontecimentos poéticos” no urbano, provocando a surpresa e o descondicionamento da experiência estética. Estas Manifestações Ambientais, como chamava, foram lugares de transgressão em que se materializavam signos de utopias (de recriação da arte como vida); espaços poéticos de intervenções míticas e ritualísticas, em valorização ao instante e ao gesto, situavam as suas obras na vertente da performance (Marquez, 2009). Lygia Clark escolheu o tato como o sentido privilegiado na sua obra, propondo experiências em que o observador participava da obra, muitas vezes de olhos fechados. Performance passa a ser sinônimo de aventura para o corpo, seja do artista ou do observador ou participante. (Favaretto, 1992, p.34)

Marina Abramovich é uma performer atual, que desde os anos 70 lança o seu corpo em experimentos que questionam o Sistema das Artes e a sociedade, como é o caso da obra “O Artista Está Presente”, em que ela permanece parada sobre um pedestal de um museu durante toda a exposição, exibindo a obra que é seu corpo. (Santos, 2008). A pesquisa de Abramovich é dedicada à busca e à elaboração de um estado de performance que permita operacionalizar sua obra – um aprimoramento que também foi buscado ao longo do acompanhamento com Nino.

A partir disto, a experiência do acompanhamento com Nino se configura também como uma obra de arte, uma vez que experimentar e realizar a obra em construção é experienciar a relação estabelecida, é realizar o acompanhamento em estado de performance, um encontro que provoca a todos que presenciam o evento. Quais os limites da obra, que vão aos poucos sendo esgarçados? Quais os limites da circulação de Nino, que vai aos poucos sendo ampliada, que pode aos poucos extrapolar os muros do manicômio? Sair para a rua se configura como experiência estética, da qual todos fazem parte: Maria, Nino, as pessoas a sua volta, os taxistas etc.

Ao longo do ano de 2012, algumas foram as vezes em que se problematizou com a equipe técnica a questão de Nino ficar tran-

cado em seu quarto. Algumas conversas tiveram eco, e alguns acordos foram feitos. No entanto, passado o ano, quando Nino já não era mais acompanhado sistematicamente, em uma das visitas da artista, reencontra-o novamente trancado em seu quarto. Por um instante, desmancha-se o entusiasmo, por constatar que a intervenção nada mudara em sua vida. Toques sem luvas descartáveis, danças através da meia porta, olhares de oceano e silêncios compartilhados, passeios de taxi e um único e ousado passeio no Parque da Redenção.

Objetivamente não se pode dizer que esse efêmero performer com Nino mudou alguma coisa em sua vida, no entanto, certamente algo aconteceu. Performances são acima de tudo acontecimentos. Ora, de acordo com Cabral (2005), é justamente a sucessão de acasos-acontecimentos a regra fundamental do acompanhamento terapêutico. É a partir dessa sucessão que se estabelece, segundo a mesma autora, um cuidado em saúde mental como dispositivo da reforma psiquiátrica. Qual seria a sorte de Nino se o acompanhamento em estado de performance não tivesse sido interrompido? Se se trata de um acompanhamento em estado de performance, articulado como a produção de cuidado enquanto acontecimento, a sucessão dessa produção teria grandes possibilidades. Basta lembrar que o acontecimento produzido foi suficientemente potente para, desde a presença performática, produzir outras presenças possíveis, outras formas de ser-no-mundo desvinculadas das produzidas pela estigmatizante instituição manicomial: seja a do paciente-morador que rasga tudo, desnudo e gordo, preso em sua cela; seja a do profissional institucionalizado, totalmente submerso nas normativas corporativas e institucionais. Presenças que, por um certo espaço de tempo, por meio do desvio contra-hegemônico proposto, puderam ser agenciadas pela arte, pela criação, pela performance, pela produção de vida.

O que faz desviar, o que cria um desvio é sempre um encontro; um esbarrão, um tropeço, o surgimento de uma nova imagem, de uma nova paisagem, de um novo horizonte. São sempre encontros, isto é, são acontecimentos. Quando algo acontece um sentido se coloca, porém também podemos dizer que quando um sentido

se coloca algo acontece – aporia que é a própria experiência de desvio.

A abertura de um corpo em estado de performance produziu com Nino acontecimentos. A possibilidade de um corpo aberto ao jogo, sem pretensões terapêuticas, mostrou-se como a melhor maneira para lidar com ele, um sujeito enredado num funcionamento em que sua única possibilidade de expressão reforça mais e mais o seu cárcere.

Dizer que um artista pode desenvolver a sua maneira de produção do cuidado dentro de um Projeto de Acompanhamento Terapêutico significa reconhecer o campo das Artes em sua potência transformadora, produtora de subjetividades. Neste trabalho refletimos como a Arte foi sustentando um acompanhamento, a partir da percepção e elaboração de um estado de performance, desdobrando-se num caminho próprio e original. Um caminho artístico de cuidado e – o que é inegável – politicamente posicionado. O corpo é político pela maneira como se move, como se veste e como habita o urbano. A movimentação peculiar de cada ser humano fala de seu lugar no mundo, e o modo como ele mesmo elabora este lugar carrega um posicionamento e inscrições artísticas. Consequentemente, e em consonância com Schechner (2003), qualquer ação performática sempre estará imbuída de um discurso político, pois performance é a vida escancarada e elaborada, analisada e exibida. Nossa proposta de um cuidado em saúde mental a partir de um estado de performance é, justamente, a da produção escancarada de liberdade, de alteridade, de cidadania. Produção escancarada de vida.

Referências

- Cabral KV. Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: Considerações sobre o Setting. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.
- Cabral KV. Artesãos da Saúde. Tese de Doutorado. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2011.
- De Martino E. El mundo mágico. Buenos Aires, Libros de la Araucaria, 2004.
- Didi-Huberman G. O que vemos, O que nos olha. São Paulo, Editora 34, 1998.
- Bick E. A Experiência da pele Em Relações de Objeto Arcaicas. In: Spillius EB. Melanie Klein Hoje. Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 1. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1991
- Favaretto CF. A Invenção de Hélio Oiticica. São Paulo, Ed. USP, 1992.
- Gil JN. Abrir o corpo. In: Fonseca TMG e Engelmann S (Org.) Corpo, Arte e Clínica. Porto Alegre, Ed. Ufrgs, 2004.
- Hermann MC. Acompanhamento Terapêutico e Psicose: articulador do real, simbólico e imaginário. São Bernardo do Campo, Ed. Metodista, 2012.
- Marquez RM. Helio Oiticica: Desdobramentos do Corpo no Espaço. In: Revista Vivência, EdUFRN, v. 33, p. 67-75. Natal, 2009.
- Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br>.
- Rey S. Por uma abordagem metodológica da pesquisa em artes visuais. In: Brites B, Tessler E (Org.) O meio como ponto zero: metodologia da pesquisa em artes plásticas. Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2002
- Santos JMP. Breve Histórico da “Performance Art” do Brasil e do Mundo. In: Revista Ohun. Ano 4 Nº 4. Salvador, UFBA, 2008.

Schechner R. O que é performance? In: Revista O Percevejo, Tradução Dandara, Ano 11. Rio de Janeiro, Ed. UNI-RIO, 2003.

Sobre as autoras e os autores:

Analice de Lima Palombini

Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Saúde Coletiva (UERJ). E-mail: analice.palombini@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni

Psicóloga, Especialista em Atendimento Clínico-Psicanálise, Mestre e Doutora em Educação, servidora da Secretaria Estadual de Saúde do RS. E-mail: anacarolrs@hotmail.com

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Doutora em Artes Visuais - História, teoria e crítica UFRGS, Mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS. Professora do Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde HU da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: 2206ana@gmail.com

Ana Paula Carvalho da Costa

Psicanalista, Especialista em Atendimento Clínico – Ênfase em Psicanálise (Clínica da UFRGS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e participante da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). E-mail: anapaulacdc@gmail.com

Barbara Chiavegatti

Atualmente psicóloga, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: barbarachiavegatti@gmail.com

Beatriz Adura

Militante do Movimento Antimanicomial. Professora. Psicóloga.
E-mail: biaadura@gmail.com

Cristiane Knijnik

Militante do Movimento Antimanicomial. Professora. Psicóloga.
E-mail: criskini@hotmail.com

Daniela Conceição Faiet

Graduação: Enfermagem (FEEVALE 2006). Pós Graduada em Auditoria (SEG 2010). Atualmente trabalho Unidade de Pronto Atendimento em Canoas. E-mail: danielafaiet@gmail.com

Daniele Dalmaso

Pedagoga- Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo EducaSaúde-UFRGS Trabalhadora da Saúde Pública Integrante do Grupo Antimanicomial de Atenção Integral do Serviço de Assessoria Jurídica Universitária- GAMAI/SAJU-UFRGS. E-mail: danifdalmaso@gmail.com

Deborah Sereno

Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Doutoranda do Departamento de Psicologia Social da PUC-SP (Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Política). Docente do Curso de Psicologia da FACHS- PUC/SP. Coordenadora do Giramundo - Oficinas e Redes em Saúde Mental da Clínica Psicológica da PUC-SP. Coordenadora e supervisora do Roda Rua - equipe de acompanhamento terapêutico. E-mail: sereno.deborah@gmail.com

Eufrazia dos Santos Diogo Dahlstrom

Graduação em Psicologia Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Guaíba/RS. Curso de Qualificação para Acompanhamento Terapêutico. Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul. (ESP) Escola de Saúde Pública. Técnica em Enfermagem Escola Factum Centro de Idéias em Educação, POA/RS. Auxiliar de Enfermagem Santa Casa de Misericórdia, POA/RS. E-mail: eufrazia2000@yahoo.com.br

Fabiana Minussi Lopes

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Metodista IPA, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública – ESP/RS. E-mail: fabiminussi@hotmail.com

Fernanda Stenert

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva (EducaSaúde- UFRGS). E-mail: fernandastenert@gmail.com

Gabriel Gonçalves Serafim Silva

Atualmente psicólogo, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: gabriel-gss@hotmail.com

José Antonio Caruso

Psicólogo. Graduado pela Universidade Estadual Paulista/Assis. Especialista em Saúde Mental Coletiva – EducaSaúde/UFRGS. E-mail: luccaruso@hotmail.com

Júlia Dutra de Carvalho

Psicóloga clínica e social, doutoranda do PPG Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atualmente professora da IENH. E-mail: juliadcarvalho@gmail.com

Juliana Cordeiro Krug

Terapeuta ocupacional graduada pelo Centro Metodista IPA, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela FACED da UFRGS, Mestre em Ensino na Saúde pela FAMED da UFRGS. E-mail: juckrug@gmail.com

Juliana Tavares Ferreira

Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGCol/UFRGS. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – RIMSMC/UFRGS. Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS. E-mail: juju_tf@yahoo.com.br

Károl Veiga Cabral

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Antropologia pela Universtat Rovira i Virgili, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM) e da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Leo Jaime da Silva

Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (2008). Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do Sistema Único de Saúde/UFPel (2012). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFPel (2013). Atual Coordenador do CAPS Nossa Casa, do município de São Lourenço do Sul, preceptor de campo da Residência Integrada em Saúde, Ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: leojaime2709@gmail.com

Leonardo de Santi Helena Cunha

Possui graduação em educação física (UFRGS), mestrado em ciências sociais (PUC-RS), residência em saúde mental coletiva (ESP-RS) e especialização em psicomotricidade (PUC-RS). É servidor da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). E-mail: lshcunha@hotmail.com

Livia Zanchet

Psicóloga, doutoranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Concluiu a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (ESP/RS). E-mail: liviazanchet@gmail.com

Luiza Figueiró Petry

Psicóloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Residência Integrada em Saúde - Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Especialista em Psicologia Clínica. E-mail: luizafpetry@gmail.com

Luiza Marianna Gonçalves Reis

Atualmente psicóloga, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: luiza__marianna@hotmail.com

Marcelo Santana Ferreira

Doutor em Psicologia pela PUC-RJ, Mestre em Psicologia pela PUC-RJ, Professor Associado do Instituto de Psicologia da UFF. E-mail: mars.ferreira@yahoo.com.br

Márcio Mariath Belloc

Doutor em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili, Mestre em Artes Visuais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. E-mail: mmbelloc@gmail.com

Maria Albers

Bailarina, professora de dança e profissional de Antiginástica (AGTB). Graduada em Dança – Licenciatura pela UERGS/FUNDARTE. Fez Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública – RS. Integra o grupo teatral NAU da Liberdade. E-mail: albersmaria@yahoo.com.br

Marina Arantes Silva

Atualmente psicóloga, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: marina.arantes.s@gmail.com

Mayara Squeff Janovik

Psicóloga, especialista em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS - modalidade Residência, trabalhadora do SUAS com ênfase na atenção à população em situação de rua. E-mail: mayara.janovik@gmail.com

Olivia de Freitas Oliveira

Atualmente psicóloga, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: oliviadefreitasoliveira@gmail.com

Rafael Wolski de Oliveira

Psicólogo, Mestrado em Psicologia Social e Institucional - UFRGS, Doutorando em Psicologia Social e Institucional - UFRGS, docente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Sinos - UNISINOS. E-mail: rafaelwolski@gmail.com

Rafaela Brasil

Psicanalista. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Psicóloga do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso/RS (IPFMC). Coordenadora e supervisora do Núcleo de Estágios em Psicologia e do espaço de arte Oficina Cafofo do IPFMC. E-mail: rafaelaschbrasil@gmail.com

Raphael Vaz Rocha

Mestre em Estudos da Subjetividade: Subjetividade, Política e Exclusão Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Graduação em Psicologia. E-mail: raphaelrocha@hotmail.com

Ricardo Wagner Machado da Silveira

Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia/MG (UFU), doutor em Psicologia Clínica pela PUC/SP e coordenador do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, que resultou no documentário: "Pedras, plantas e outros caminhos". E-mail: ricardo.silveira@ufu.br

Simone Chandler Frichebruder

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Doutora em Educação pela UFRGS, trabalha na Secretaria Estadual de Saúde RS - SES/RS. Docente do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG. E-mail: simonefri@hotmail.com

Stelamaris Glück Tinoco

Fisioterapeuta. Trabalhadora em saúde mental na rede pública estadual de saúde/RS. Mestre e Doutoranda em Educação - FAGED/UFRGS. Pesquisadora na área de Gênero e Sexualidade, Políticas Públicas e Espaço Urbano. Pesquisadora do GEERGE - UFRGS (Grupo de Estudos sobre Educação e Relações de Gênero). E-mail: stelamarisgt@gmail.com

Thaís Velloso Frauendorf

Psicóloga, at, prestadora de serviços (pessoa física) no projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e protagonista do documentário: "Pedras, plantas e outros caminhos". E-mail: tha_2505@hotmail.com

Vera Lúcia Pasini

Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Psicologia Social (PUCRS). Integra o Projeto de Extensão Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (UFRGS). E-mail: verapasini@gmail.com

Vera Lúcia Sobral Resende

Educadora Física Sanitarista. Trabalhadora em Saúde Mental na rede pública estadual de saúde (SES/RS). Atualmente na gestão colegiada do Residencial Terapêutico João Simplício. vera-resende@saude.rs.gov.br

Vívian de Sá Vieira

Atualmente psicóloga, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. E-mail: vivian.sa.vieira@gmail.com

Yuji Martins Kodato

Atualmente psicólogo, e na época, discente do curso de graduação em Psicologia da UFU, integrante do projeto de extensão: Acompanhamento Terapêutico no acolhimento a dependentes químicos: interfaces entre clínica, política e arte, e bolsistas do PROEXT-2013. ykodato@gmail.com

ISBN 978-856665989-4



9 788566 659894

Séries

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Atenção Básica e Educação na Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Clássicos da Saúde Coletiva
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Arte Popular, Cultura e Poesia
Saúde & Amazônia
Branco Vivo
Vivências em Educação na Saúde
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Periódicos

Saúde em Redes
CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA - ABENFISIO

Editora Rede UNIDA
<http://www.redeunida.org.br/>