



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

Williana Nunes de Moraes Louzada

**ESPAÇOS QUE INSISTEM, VIDAS QUE RESISTEM:
A LONGA PERMANÊNCIA EM QUESTÃO**

VITÓRIA

2012

Williana Nunes de Moraes Louzada

**ESPAÇOS QUE INSISTEM, VIDAS QUE RESISTEM:
A LONGA PERMANÊNCIA EM QUESTÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Rafael da Silveira Gomes.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Elizabeth Abbês Baêta Neves.

VITÓRIA

2012

Williana Nunes de Moraes Louzada

**ESPAÇOS QUE INSISTEM, VIDAS QUE RESISTEM:
A LONGA PERMANÊNCIA EM QUESTÃO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o. Dr^o. EDUARDO HENRIQUE PASSOS PEREIRA

Prof^a. Dr^a. LUCIANA VIEIRA CALIMAN

Prof^o. Dr^o. RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Prof^a. Dr^a. CLÁUDIA ELIZABETH ABBÊS BAÊTA NEVES

VITÓRIA, ABRIL DE 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação à todos os pacientes de longa internação psiquiátrica que estão ainda por esse Brasil afora. Esses que me fazem ter vontade de trabalhar todos os dias em um ainda hospital psiquiátrico.

No meio do caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.*

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Fiquei em dúvida sobre agradecer a todos nominalmente. Sabia que isso me custaria no mínimo duas laudas. Mas chego à conclusão que isso vale inclusive mais que todas as páginas desse trabalho, e decidi fazê-lo ainda que me custe o dobro de páginas.

Início meus agradecimentos pela minha família. Essa que sempre subsidiou total ou parcialmente meus estudos. Mas muito mais pelo afeto, por acreditarem e confiarem em mim. Sim! Sou a psicóloga da família como gostaria minha mãe. Não para atendê-los, mas porque essa é minha formação e minha paixão e é com ela que vivo e convivo com vocês. Valeu pai, mãe, Vó Maria, Vó Nàzia, Vô Adiel, Junior, Wellem e Wannny (irmãos queridos), Bianca (minha cunhada e revisora de português), Neneto e Guilherme, meus sobrinhos tão amados. Também agradeço aos tios e primos muito queridos e parceiro nesta e em tantas jornadas. Ufa! Essa primeira parte já me arrancou lágrimas ao lembrar-me do carinho, afeto e acolhimento de cada um, mas é só o início.

Sigo com meus amigos que são, sem dúvida, família também. Márcia Souza, Carla Gomes, Paty Alvarez, Gisele Berniz, Livia Cretton, Josselem Conti e Wagner Sousa. Nossos papos, nosso convívio e nossos afetos foram fundamentais para chegar até aqui. Especialmente preciso agradecer à amiga Polyana Esteves, que foi fundamental na construção do meu projeto de mestrado, “Amiga, to precisando conversar!”

Ao meu grande professor e eterno supervisor: Edu. Foi com ele e André do Eirado que comecei minha jornada de pesquisas, seguindo-o pelo caminho da formação clínica. Essas coisas que aprendi me acompanham hoje no meu trabalho! Muito bom contar contigo nessa trajetória!

A outro grande professor, Marcelo Santana, também orientador na iniciação científica, orientador de monografia, mestre no pesquisar. Colaborou imensamente na minha preparação para o processo seletivo do mestrado, leu meu projeto e está “sempre aí para o que precisar”. Curto você demais, Marcelo.

Aos demais, tão queridos professores da UFF, que construíram comigo uma formação deliciosa. Destaco o Professor Luís Antônio Batista, que também ajudou na construção de meu projeto e foi sempre o parceiro que me apresentou como 'Billy' à turma! E ao Abrahão pela boa conversa.

Ao HPJ que me acolheu desde o estágio e especialmente a toda equipe da Longa. Também ao CPRJ e sua equipe, pelo ano de estágio, grande aprendizado e bons encontros.

Cláudia Abbês! O que dizer? Que encontro! Obrigada por me ouvir, me acolher, me dar bronca, me convidar a um trabalho mais bonito e mais meu! Esse trabalho é nosso. Sinto sua força em cada trecho. Você é uma flor que brotou em um momento marrom de outono, quando nem folhas mais eu podia ver. Obrigada pelos almoços, lanches, frutas, cafés, que nos acompanharam nas 7, 9, 12 horas de orientação consecutivas. Obrigada por escrever comigo esse trabalho, por me pegar pela mão e levar quando eu já não tinha mais forças. Não tenho palavras... você foi/é indescritível.

Antes de chegar ao povo do Espírito Santo, preciso agradecer ao meu grupo de supervisão, GIRA. Que acompanhou, acolheu, supervisionou todo o processo. Grupo potente de psicólogos clínicos da melhor qualidade. Também ao meu grupo de estudos e experimentações corporais: entre-laços. Meninas, só vocês para ajudarem a fazer o corpo suportar e sair inteiro dessa maratona. À Tania Kolker, por desfazer comigo meus 'buracos negros' e a Marília Fellipe, recente encontro que abriu espaço para tantas passagens. Também aos companheiros de consultório, que compreenderam minhas ausências nas reuniões e em especial ao Edi, que formatou tudo com carinho e rapidez!

Ainda no Rio, o povo mais recente, mas não menos importante, que chegou à minha vida. Amigos, companheiros, colegas de trabalho do Instituto Municipal Nise da Silveira. Obrigada pela confiança em meu trabalho, pelo companheirismo nas apostas ético-políticas. Vocês me ensinam todos os dias. E principalmente a Priscilla, Nathália e Tatiana, que além de companheiras de labuta, tornaram-se amigas admiradas, com quem aprendo muito sobre Saúde Mental e sobre a vida!

Chegando no Espírito Santo, começo por agradecer a todos o professores do programa, pelas aulas, convivência, por muitas vezes acolher meus choros de solidão. Obrigada Soninha, que não é professora do programa, mas professora da vida. Nos ensina diariamente com sua dedicação e envolvimento com o trabalho.

Ao Rafael, que recebeu tão bem o desafio de uma chegada no fim!

À Luciana, por ser, além de professora, minha banca e companheira de boas conversas.

A todos os amigos da Turma IV. Aulas, cafés, debates, reunião de alunos. Amo vocês. Mas preciso destacar duas especiais amigas que essa turma me deu de presente: Ale e Paty. Ale, companheira de tantas idas e vindas (e isso tem o sentido mais amplo possível!). Do Rio à Vitória, foi no trajeto que nossa amizade aconteceu. De fato um acontecimento. Amo você demais. Paty, difícil falar para uma poetisa! Mas é uma bela fonte que jorra águas límpidas e refrescantes com suas poesias nos momentos mais duros e mais alegres. E nos acolhe em sua casa, quando precisamos ir à Vitória, junto com sua família maravilhosa. Também amo você demais!

Aos amigos que fiz em Vitória e que não são da turma IV. Meu primeiro grupo de orientação: Pri, Nielson e Carol. Foi muito bom compartilhar momentos com vocês, mestres queridos e respeitados. Especialmente a Fernanda Zimmer, que esteve mais próxima com uma amizade que floresceu. Companheira nas lutas antimanicomiais, nos cafés e nas conversas fiadas! Também por me apresentar e me presentear com Jana Brito. Amiga que se fez também de Vitória ao Rio, passando por Aracruz e pela Praia dos Padres. A Saiô, pelas acolhidas deliciosas no seu apê e pela retribuição da visita em minha casinha! Esse trio é demais!

Aos que não foram aqui mencionados, mas se sabem meus amigos e parte da minha vida! A todos os meus queridos meu 'muito obrigada'.

E por fim, a CAPES, que financiou grande parte dessa pesquisa.

RESUMO

Entre fios, pedras e agulhas, esse trabalho se faz costurando, tecendo, tramando histórias, conceitos e vidas. A partir das interpelações do campo/plano, uma pesquisa se abre por entre a Reforma Psiquiátrica em curso no município de Niterói. Um encontro com a clínica que ousa propor eixos para pensar as especificidades do cuidado na longa permanência psiquiátrica e os efeitos da institucionalização ainda hoje. Imersos em um espaço de moradia intra-hospitalar, chamado Longa, no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Niterói, RJ, nos utilizando do princípio de perder tempo para ganhar Vida. Construções de heterotopias como um Fora que vai se alinhavando na desinstitucionalização. Trazemos a história de Esmeraldas, Pérolas e Margaridas como a força desse Fora que tem podido se construir, mas com a marcação de um 'dentro' que ainda insiste.

Palavras-chave: Saúde Mental, Desinstitucionalização, Longa Permanência, Reforma Psiquiátrica, Clínica

ABSTRACT

Between wires, stones and needles, this paper is done sewing, weaving, plotting stories, concepts and lives. From the interpolations of the field, a research is open through the Psychiatric Reform underway in the city of Niterói. An encounter with the clinic that dares to propose axes to think the specificities of care in the long-stays of psychiatric hospitals and the effects of institutionalization today. Immersed in a in hospital living space, called the Long, in the Jurujuba Psychiatric Hospital - Niterói, RJ, we used the principle of losing time to gain life. Constructions of heterotopias as an Outside that goes tacking on deinstitutionalization. We bring the story of Emeralds, Pearls and Daisies as the force that has been able to build itself, but with the marking of an 'inside' that still insists.

Key words:

Mental health, Deinstitutionalization, Long-stay, Psychiatric Reform, Clinic

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: PEGANDO AS AGULHAS	12
1. PRIMEIROS PONTOS DE (DES) COMEÇOS NA ARTE DE ENTRECOSER HISTÓRIAS _	18
1.1 DOS ENCONTROS COM UMA PEDRA-AGULHA	23
1.2 DE QUANDO O 'LIXO' SE FAZ OBRA ABERTA	27
1.3 UM ESPAÇO HÍBRIDO QUE SE FAZ ENTRE ESTÓRIAS E HISTÓRIAS	31
1.3.1 Um pouco da longa	34
2. POR ENTRE TRAMAS, LAÇADAS E URDIDURAS:	
DE QUANDO O CAMPO É TAMBÉM PLANO DE EXPERIMENTAÇÃO _____	41
2.1 E OS CRÔNICOS, QUEM SÃO?	46
2.2 DA CONSTRUÇÃO DE UM 'PLANO' PARA "GAGUEJAR"	48
2.3 DAS HOSTILIDADES DO CAMPO: "METERAM NO MEU, METERAM NO SEU"	50
3. O ENCONTRO COM A CLÍNICA, UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO	
PARA PERDER TEMPO E GANHAR VIDA _____	54
3.1 E NÃO É DE PRODUZIR FORA QUE SE TRATA?	58
4. DESDOBRAMENTOS DESSE POSSÍVEL DA CLÍNICA	61
4.1 UM COSER DE TECIDOS ESBURACADOS: ESTRANGEIRANDO	66
4.2 PROPONDO NOVOS PONTOS	68
PARA NÃO TERMINAR: O AVESSO AINDA INSISTE _____	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	76

PEGANDO AS AGULHAS

O cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de freqüência, linguagem ou estilo. (...) Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem vindo. Todas as entradas são boas desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia. (ROLNIK, 1989)

Este trabalho parte das inquietações produzidas nos estágios na área de clínica e Saúde Mental e posteriormente do lugar de psicóloga, mestranda¹, que pretende pesquisar/discutir os rumos atuais da Saúde Mental no Rio de Janeiro, especialmente no que tange às políticas construídas para pacientes de longa permanência – aqueles que perderam seus vínculos sociais e familiares e vivem em hospitais.

A partir dessas inquietações, o modo de pesquisar ganha cena na discussão. Pensando o ‘como’ desta pesquisa, passa a interessar a discussão da problemática das metodologias de pesquisa. Usamos aqui a expressão no plural, por entendermos que são muitas as maneiras de pesquisar, os pressupostos e as atitudes que um pesquisador pode ter frente a uma pesquisa e um objeto.

Trata-se de uma pesquisa que nasce de um encontro. Um encontro que não se pretendia pesquisa, mas que acabou por produzir tantas afecções – e acredito que os efeitos de um encontro com uma Instituição Total² não seriam diferentes. Um

¹ É importante salientar que esses recomeços, encontros e desencontros com a clínica/campo aparecem aqui marcados algumas vezes, não como uma cronologia, mas distinguindo encontros que foram de diferentes intensidades. Um primeiro, que desloca a “pesquisadora de gabinete” para uma pesquisadora/clínica/costureira, o que perdura mesmo nos dois anos que fica fora do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. E um segundo, que já se reinsere no campo como pesquisadora/clínica/costureira, passando ainda por deslocamentos intensos e muitos desvios/afetações que vão aparecendo nesse texto, afinal, mesmo que não se chegue como “pesquisadora de gabinete”, essa pesquisadora/clínica/costureira não é pronta, se faz a cada dia ali e em tantos lugares.

² Erving Goffman (1961, p. 11) chama de Instituição Total “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo leva uma vida fechada e formalmente administrada”.

primeiro momento que traz a marca do encontro com a clínica como força maior e perdura nesses dois anos que estivemos fora do Hospital, mas ainda na clínica. E foi na expressão escrita que pudemos intensificar muito dessa experiência. No retorno ao campo, agora como pesquisadora, as hostilidades ganham maior relevo. Contudo, dentre os acontecimentos que nos fazem suportar os percalços/durezas e permanecer, está esse durar da clínica como vida, a força intensiva desse encontro é o que nos sustenta abrindo outros sentidos para o que até então percebíamos como hostilidades. As intensidades que foram muitas vezes insuportáveis ganharam força, potência, ao assumir o campo do dizível. Há algo que ainda nos convoca a uma experimentação intensiva do fazer clínico.

Intensidades essas que passam inconformidade com a insistência dos hospícios, que teimam em persistir em nosso país mesmo após quase onze anos de uma lei que indica seu fechamento progressivo. Após mais de vinte anos de militância contra esses estabelecimentos – não os estabelecimentos em si e por si – um combate à insistência de tudo aquilo que conservam e enunciam estas instituições totais em suas linhas duras de estratificação e homogeneização.

Trazemos aqui a costura desses diferentes encontros em suas intensidades tendo como matéria de tecedura o feltro, imagem/textura pensada por Deleuze e Guattari (1987) como um emaranhado de fibras prensadas, essas, de várias procedências que se sobrepõem criando matéria. Uma certa junção de numerosas linhas, entrelaçadas, que já não se pode separar, mas sim fazer dessa mistura outras construções, aberturas de sentidos outros.

A partir dos incômodos gerados nesse encontro, nesse embolar de linhas, interessamos analisar os modos de subjetivação que estão sendo produzidos com essa forma de lidar com a loucura encarcerada. Subjetividades marcadas pelas agulhas que atravessam esse feltro, por manuseios que esburacam, pelo suor das mãos que mancham os tecidos/feltros por entre o coser.

Analisar essa produção implica em um não julgamento moral dela. Não queremos estabelecer um maniqueísmo e afirmar que um determinado fazer produz bons efeitos e outro, maus, mas discutir o que os fazeres em Saúde Mental têm produzido e que outros contornos e marcas têm se deixado entrever nessas laçadas que se

fazem como esquizo-movimentos. Esquizo-movimentos esses produzidos na composição inicialmente traçada nos percursos e percalços.

Assim, afirmamos com Alvarez (2009) que:

Esta composição de misturas e interferências nos trajetos do pesquisar parece ter a ver com o que Deleuze fala sobre subjetividade, meio e percurso, quando afirma: “o trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio, mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naqueles que o percorrem. (*apud* DELEUZE, 1997, pg. 73).”

De acordo com os referenciais teóricos nos quais fundamentamos o presente trabalho, queremos enfatizar que não se trata de uma busca por concepções universais do sujeito. Diferente disto, pensamos que os discursos e as práticas produzem sujeitos, modos de existência, subjetividades. Nesta direção, não se trata de apreender os processos a partir dos sujeitos constituídos, guardando assim sua centralidade, mas entendê-lo como obra aberta, como matéria em discussão na qual se vê incluído o próprio pesquisador. Trazemos os processos impessoais, como forças de uma multiplicidade de potências em embates cuja ‘finalidade’ é fazer passar, fluir, produzir aberturas num verter de histórias assentadas. Subjetividades são modos de existência produzidos por forças que se interceptam e se conjugam fazendo emergir certos padrões que, podem se tornar hegemônicos, ditando as formas de viver, de se relacionar, de produzir, e não algo interno ao sujeito (GUATTARI e ROLNIK, 1996).

Nesse sentido, a metodologia se coloca como um desafio. Uma metodologia que se pretende construir no processo, “sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele [o pesquisador] acompanha.” (ROLNIK, 1989, p. 66)

Trata-se de uma aposta-movimento metodológico e não um caminho previamente traçado. Mas esse movimento sem metas pré-estabelecidas não se faz sem estratégias e sem rigor. Há uma reversão do sentido tradicional do método sem abrir mão do percurso da pesquisa. Segundo Benevides de Barros e Passos (2008) a diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa, sempre considerando os efeitos dos processos do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o

pesquisador e seus resultados. De acordo com o livro “Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade” (2009), a cartografia é uma postura metodológica, que perde, aqui, as características passivas e assujeitadas que a ciência moderna lhe imprimiu, ganhando “**atividade**”. Não se trata de uma pesquisa sobre algo, mas com algo. Cartografar é habitar um território existencial, nos engajando com o objeto na processualidade na qual os acontecimentos nos lançam.

É dessa maneira que pretendemos enfrentar o problema colocado para o pesquisador em ciências humanas, campo no qual o pesquisador é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto. Ele mesmo, ser humano, homem, sujeito, interessado em pesquisar processos que dizem respeito ao ser humano, homem, sujeito. É assim que o sujeito se inclui no/como objeto e é incluído. Nesses rumos, entendemos que o método não pode ser universal, mas uma metodologia construída na relação com cada objeto e campo problemático. Construir uma metodologia é construir modos de dar passagem às afetações que o campo gera no pesquisador, afirmando a existência destas.

Entendemos com Aguiar e Rocha (2003) que toda pesquisa é uma intervenção. E, ao assumirmos esse pressuposto, nos propomos a realizar uma pesquisa-intervenção: uma prática de pesquisa que implica em uma não polarização entre pesquisador e pesquisado, sujeito e objeto, e que não ocorre de maneira unilateral, mas pesquisador e pesquisado sofrem interferências mútuas ao longo de uma pesquisa.

Assim, utilizamos a ideia do cartógrafo, termo de Deleuze e Guattari (1995) e Guattari e Rolnik (2006), para aproximarmos a ideia desse pesquisador que intervém e se vê acolhido no desafio de ‘habitar’ um plano comum, prenhe de diferenças. O comum como afirmação da diferença e ao mesmo tempo produção de um comum não totalizável. Criação conjunta de territórios existenciais, afirmando as intensidades que certos encontros produzem em nós.

A cartografia é uma importante ferramenta para adentrar as discussões sobre as práticas de atenção psicossociais em curso, destacando uma participação ativa do sujeito a ser cuidado. Assim, a utilizamos como princípio norteador da pesquisa e não como um método hermético. Não se trata de um olhar sobre um mapa, mas do

acompanhamento de movimentos, que ao acompanhar, se fazem com eles (ROLNIK, 1989). “É importante podermos mergulhar nas intensidades da nossa época e transformar a experiência desse mergulho em ferramenta de trabalho” (LAVRADOR; MACHADO, 2007, p. 11).

Estamos afirmando a impossibilidade de manter uma distância asséptica do campo de pesquisa e de seus efeitos institucionais, considerando uma aposta num certo regime de afetabilidade no qual se move essa escrita.

Começamos, portanto, usando o princípio do perder tempo nos espaços de pesquisa. Segundo Alvarez e Passos (2009), “perder tempo é ganhar mais intimidade.” (p.146)

Experimentamos esse lugar de sujeito e objeto a partir de um modo de fazer-saber atualizado numa pesquisa de campo, uma investigação *in locu*, que inclui uma produção textual – o Diário de Pesquisa³ – na qual essa experiência de campo estará contemplada, sendo atravessada pelos muitos sentidos e vozes do “objeto”. Dessa forma, nossos textos trazem uma enunciação coletiva a partir de uma observação-participante, engajada ética e politicamente com movimentos que abrem trilhas por entre os sentidos já construídos. Um *devir*⁴ militância, não como programa prévio, mas imanente ao próprio acontecimento em suas forças disruptivas.

Podemos, nessa perspectiva, afirmar que nossa pesquisa se propõe a traçar um plano de experiência, “acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação.” (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009) Tropeços em pedras antigas, que tornam o velho caminho a própria potência de criação de novos caminhos. Essas pedras, às quais se agregam novos ‘desgastes’, são esmeraldas que no encontro equivocam velhos sentidos.

³ De acordo com Lourau (1993) o diário de pesquisa é um trabalho singular a partir dos efeitos do campo em nós, que implica relatar o cotidiano do pesquisar, produzindo elaborações próprias do escrever: “o exercício cotidiano de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria de realidades, num movimento especular” (Idem, 1993, p.79).

⁴ *Devir* como aberturas para o que passou e o imprevisível do porvir, “ou seja, o presente tem história, e esta não se constitui apenas como composição do diagrama das relações de força vigentes em seu estado de coisas e enunciados, mas comporta também um atual como indício daquilo que já não somos mais e estamos em vias de ser, de diferir.” (NEVES, 2002, p.17)

Foi com essa postura ética, esse exercício de si, esse equivocarse cotidianamente, produtor de torções, que nos propusemos a (re)entrar no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) mais uma vez. Agora como pesquisadora, ‘me demorando’ ali dois dias por semana, inicialmente, quatro horas cada dia. E foi assim durante seis meses. Nosso objetivo era poder trabalhar com os moradores, suas enunciações, suas criações, seus devires, os outros deles neles mesmos. Tomar suas palavras inventadas extraordinariamente e “fazer existir a entidade que elas designam do mesmo modo que o objeto mais comum.” (DELEUZE, 1998, p. 11)

Um percurso que, de alguma forma, nos ensinou a pensar a clínica como cuidado. As questões políticas permearam o trajeto, pois esse trabalho “para fora” – no esforço de construir a saída daquelas pessoas internadas há tanto tempo no hospital – só existe em função de um “para dentro” que existiu antes – um período de enclausuramento, asilamento, quando os hospícios eram meros depósitos de ‘loucos’. Um ‘para dentro’ que produziu a necessidade de um trabalho cansativo, mas que ganhava frescor a cada saída “para descansar o corpo”. E ao final e na continuidade desses acompanhamentos, pudemos nos deparar com essa questão de uma maneira muito dura, assim como o foi em nossa entrada, quando nos chocamos ao encontrar pessoas tão institucionalizadas. Era difícil sair e muitas vezes também ficar, sabendo que pessoas ali permaneciam.

1. PRIMEIROS PONTOS DE (DES) COMEÇOS NA ARTE DE ENTRECOSER HISTÓRIAS

Esmeralda vem me dizendo da saudade de algumas pessoas da Longa. Em especial, de Rosa, por quem tem imenso carinho. (...)

Hoje cheguei, convidei Esmeralda para o café. Saímos e eu achei que ela estava tonta, ela ia andando meio de lado. Perguntei o que estava havendo e ela disse que sua calça estava caindo. Então paramos, ajeitamos a calça e continuamos. Nosso café, tomamos sem muita conversa.

Na volta Esmeralda caminha com muita dificuldade. Quando íamos atravessar a rua, percebo que a dificuldade aumenta – era como se ela se ausentasse. Um homem que estava parado na calçada, ali perto de nós, se aproxima, pergunta se ela está passando mal e oferece ajuda. Eu aceito. Ele segurava em um braço e eu em outro, como muletas vivas ajudando-a a caminhar até em casa. Era logo do outro lado da rua.

Chegando à casa, Esmeralda senta e se recupera. Fico sabendo que já havia uma combinação dela e Pérola irem à Longa fazer uma visita enquanto as cuidadoras estivessem em reunião.

A cuidadora pergunta se Esmeralda ainda quer ir à Longa e ela diz que sim. Ofereço-me para acompanhá-las até o hospital, que é vizinho à Residência. Solicito que antes troque a calça de Esmeralda, pois estava caindo. Achei muito interessante ela ter podido reclamar da calça que estava caindo.

No caminho para o hospital, Esmeralda parece se ausentar novamente. Ela caminha com bastante dificuldade. Já dentro do hospital, quando íamos entrar no corredor que vai dar na Longa, ela bambeia! As pernas parecem não responder. Começa a desmontar. Eu e a cuidadora a segurávamos e conseguimos voltar até um banquinho que tem no *hall* de entrada do hospital. Ali foi aferida a pressão que estava bem alta, recebeu medicação e esperamos um tempo até que foi se recuperando. Entendemos que não estava sendo possível entrar na Longa. Mas ali, naquele hall, Esmeralda pôde e nós pudemos inventar encontros.

A cena foi muito forte para mim.

Depois que ela já estava melhor, perguntamos se ela queria que trouxéssemos Rosa, que é cadeirante, para se verem. Ela diz que sim. (...)

O encontro foi muito bonito e se deu ali no hall. Não só com Rosa, mas com outros moradores da Longa que passaram por ali. José passa e diz “– Opa!” Surpreso com a presença dela. Violeta passa também olha para Esmeralda e cumprimenta. Mas quando Rosa chega, Esmeralda cede um sorriso. E Esmeralda não é de sorrir muito. Então alguém diz: “– Fala com ela, Esmeralda! Você não queria tanto vê-la?” E Esmeralda diz: “–_Opa!” E solta uma gargalhada.

Ficam um tempo se olhando, rindo e sorrindo.⁵

⁵ Diário de campo (30/06/2011)

Nos processos de nos fazermos costureira, nos quais nos vemos como costureira, costura e costurada, trazemos uma cena; o coser de alguns retalhos. Mas no coser existe um fluir, que não pôde ocorrer ali. Se fosse uma costura de máquina, poderia dizer que a linha embolou e a máquina travou. Ao embolar, travar, podemos entrever encontros que podem se dar de várias maneiras. Mesmo o coser à mão tem um ziguezague da costura que ali não fluiu da maneira planejada. Mais uma vez era hora de rever os pontos, os tecidos, a posição que se escolhe para coser e desfazer a costura para refazer (ou não). A força dos encontros, desse encontro e de outros que trazemos no início do texto se dá exatamente nesse experimentar de um fluir outro, no *hall*, nos lugares de não saber.

Queremos trazer aqui processos de uma pesquisa em seus 'entrecoser', seus ziguezagues. A imagem da caixa de costuras surge a partir de encontros que nos retalharam. Encontros com muitos retalhos de histórias e histórias de retalhos de vida, gestos, rearranjos existenciais que incluíram também o corpo da pesquisadora. Movimentos que nos lançavam em (re)fazeres que indicavam caminhos outros do até então experimentado. Precisamos recorrer a algumas "ferramentas" que pudessem juntar partes de nós mesmos e dos demais fragmentos que encontramos pelo caminho, mas também dos tecidos outros que se fizeram nesse trilhar. Tecidos esburacados, remendados, de diferentes texturas, cores, estampas. Há tecido áspero, mas também aveludado e aconchegante. Usamos as mais variadas agulhas que foram sendo experimentadas nos diferentes tipos e espessuras de tecidos. Linhas, fios, muitos tipos de fios. E uma mistura. Fios que em princípio eram designados para costurar um tipo de tecido e acabam costurando outro, fios finos que podem sustentar tecidos duros, grossos e pesados, porque podem receber reforço de outros fios. Um pesquisar-entre costuras que foi se dando como efeito nos processos, nas diferentes situações pelas quais passávamos. Os tecidos foram tomando outras formas. Aqueles industrializados (homogêneos) puderam muitas vezes se transformar, porque ora a gente fura o dedo, mancha o tecido, ora fura o tecido e mancha o dedo. A mistura do sangue vermelho na estampa faz outra estampa, altera as cores, torna estampado o tecido liso e vice-versa. Tiveram também os pedaços de tecido que ali se fiaram, costurados a esses tantos outros

produzindo ainda outros mais. Um encontro! Tecidos prontos e tecidos que se entretecem ali. Diferentes texturas. Diferentes pontos.

Como costureiras/costuradas, certamente não sabemos mais onde esses pontos começam, ou quais seriam os primeiros tecidos. Mas podemos falar desse processo de coser, das agulhas, linhas e tecidos experimentados. Escolhemos começar pela caixa de (des) costuras. Um encontro singular com um espaço, muitas vezes um não-lugar na Reforma Psiquiátrica Brasileira, chamado de Longa (Serviço de Internação de Longa Permanência).

Nos tempos de estudante de psicologia, queríamos apenas ser pesquisadoras. E realmente não tínhamos muita noção de quantas texturas de pesquisadores se fazem por aí. Mas a idéia era ser pesquisadora de ‘gabinete’, sem muitos envolvimento com o objeto, sem muitas misturas, sem muitos sustos. Não uma pesquisadora costureira, ou que poderia *devir* costureira ou muitas outras coisas.

E foi com esse intuito que pela primeira vez chegamos ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) para cumprir uma disciplina de estágio, obrigatória no curso, imaginando que num ambiente institucional a figura do psicólogo estaria mais diluída e poderíamos “passar batidas por ali”, cumprir essa etapa e chegar finalmente à tão sonhada carreira de pesquisadora.

Conversamos na época com o coordenador de estágio do hospital e pouco sabíamos no que estaríamos entrando. “Só não quero CAPS AD, acho que não tenho muita afinidade com o tema.” Como de fato não conhecíamos muito dos dispositivos e possibilidades, qualquer lugar ‘tava bom’, até porque pensávamos, seria uma passagem burocrática. E assim levamos tecidos prontos, afirmando sim a necessidade de desconstrução dos manicômios, mas sem ter a noção de como isso afetaria nosso próprio corpo.

Mas, já no primeiro dia, um furo em nós, nos tecidos prontos que levávamos. Aquele corpo, já afetado pelo odor dos dejetos que se fazia presente no corredor, foi se abrindo, se perfurando, criando porosidades para outras possibilidades de experimentação. Um primeiro olhar trazia texturas homogêneas, sons e cheiros que faziam doer o ouvido e o olfato, e poucas cores. Eram pessoas caídas no chão, gritos e fedor: de fezes e urina? Não sabíamos, mas depois fomos percebendo que

tratava-se do 'cheiro da longa', algo bem próprio, que todos que passam mais de uma vez por aquele hospital, reconhecem. Cena aviltante da vida, de fato condições de indignidade. O corpo asséptico da pesquisadora estranhou, experimentou desarranjos que descoseu seu tecido, produzindo buracos em meio a esta cena que parecia uma cena de terror. E foi ali, justo ali, que se produziram atratores outros que nos possibilitaram/convidaram a entrar e conhecer aquelas pessoas, aquele espaço, aqueles retalhos de outro jeito! Sim, tratava-se de retalhos de vida, de histórias, de gestos.

“Afinal, nada como adentrar os muros do manicômio para ter a certeza inabalável de que ele deve ser destruído!” (Silveira, 2008, p. 25)

Esses primeiros pontos são pontos de uma costura que se fará ao longo desse texto. Costura entre conceitos, histórias, idéias, palavras carregadas de afetos, imagens inesquecíveis, que talvez surjam como apliques novos, inusitados traçados, que se entretecem no próprio movimento que leva a traçar.

Deleuze e Guattari (1997), ao fazerem uma crítica ao Estado como forma ou modelo a partir do qual se produzem os modos de subjetivação, nos falam dos espaços liso (nomadismo) e estriado (sedentário), em meio aos quais (re)produzimos fixações e movências em nossos modos de existências. Espaços de diferentes naturezas, mas que necessariamente se misturam. O espaço estriado ou sedentário, é um espaço marcado por referenciais, um espaço com dimensões, pontos que se ligam a uma derivação primeira a partir da qual passamos de um ao outro. Espaços instituídos. Enquanto o espaço liso fala de movimentos instituintes (p. 180). Um espaço dimensional, onde falamos de trajetória, deriva, deslocamentos ao longo do fluxo. Não há uma oposição entre esses espaços, mas um diálogo e uma diferenciação que coexistem. Foi assim na Longa. À medida que o trabalho/pesquisa/intervenção/clínica/costura ia se fazendo, a todo tempo o instituinte se instituía e o instituído podia ganhar outros estatutos, tornando-se instituinte. Um movimento. Um ziguezague de costura. Idas e vindas de capturas e subversões em ato.

Mais do que espaços materiais, construímos espaços existenciais. A significação dos espaços se dá pela maneira como os ocupamos, como interagimos com e nele, bem como, através dele. Falamos da Longa também como espaço intensivo, espaço

de afectos, espaço nômade e nomadizador, mesmo sabendo que há ali um espaço sedentário, um lugar de fixação, com referenciais prévios e fronteiras muito bem delimitadas (um dentro e um fora). Pois pudemos ali também experimentar um espaço fluido, do acontecer, pontos subordinados a um trajeto e não só trajetos subordinados a pontos que se ligam.

Nesse espaço de (des) começos, de tantos ziguezagues, onde se perde a linha do tempo cronológico (re) chego para fazer uma pesquisa de mestrado. O que encontro? Outras tantas linhas em desalinhos, sem tempo e com outros tempos. Tempos que não são da ordem de eventos sucessivos, mas de experimentação,

Nestes percursos, a pesquisadora de gabinete se depara com uma linha/pedra preciosa que a possibilita um encontro com a clínica. Um esbarrão, sem intenção! Mas que nos faz convidar Esmeralda a ser o fio/pedra preciosa que nos conduzirá a um movimento de entrecoser algumas histórias. Seria ela o ponto que nos ‘costura’ à Longa?

Uma pergunta um tanto desconcertante. Esmeralda agrega uma outra textura a nossa caixa de costura: o feltro. A imagem/textura do feltro⁶ como anti-tecido para falar então das urdiduras desse encontro com Esmeralda.

O feltro não implica distinção alguma entre os fios, nenhum entrecruzamento, mas apenas um emaranhado das fibras, obtido por prensagem (por exemplo, rodando alternativamente o bloco de fibra para frente e para trás). São os micro-filamentos das fibras que se emaranham. Um tal conjunto de enredamento não é de modo algum *homogêneo*: contudo, ele é liso, e se opõe ponto por ponto ao espaço do tecido (é infinito de direito, aberto ou ilimitado em todas as direções; não tem direito nem avesso, nem centro; não estabelece fixos e móveis, mas antes distribui uma variação contínua). (DELEUZE E GUATTARI, 1997, p.181)

Com Esmeralda, queremos trazer questões que alinhavam esse trabalho, que se propõe a pensar os desafios do trabalho com a Longa Permanência Psiquiátrica.

⁶ Deleuze e Guattari (1997) distinguem o feltro do tecido, aproximando um do campo do sedentarismo (tecido) e outro do campo do nomadismo (feltro). Nesse trabalho, nos interessa usar a imagem do feltro e do tecido, não nessa diferenciação. O tecido aparece aqui muito mais como parte do processo de coser e não como técnica de urdidura, onde fios se entrelaçam apenas na horizontal e vertical.

1.1 DOS ENCONTROS COM UMA PEDRA-AGULHA

Em nosso primeiro encontro, em 2008, Esmeralda chama atenção porque era muito calada, ficava facilmente esquecida num cantinho. E nos escolhemos por esse movimento. Queríamos ouvir aquele silêncio. E nos primeiros meses nos sentávamos, lado a lado, e ficávamos ali quietas muito tempo. As vezes ela até falava, mas não parecia ser comigo. Fomos sentindo a possibilidade de levá-la ao pátio e também de acompanhá-la nas idas ao Ambulatório.⁷

Foi assim que nos aproximamos de Esmeralda. Ela se trata no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) há 28 anos. Aquela internação tivera início em 1984. Hoje tem 58 anos e sua hipótese diagnóstica é psicose epilética e esquizofrenia.⁸

O que sabemos sobre a história pregressa de Esmeralda é o que consta em uma entrevista com sua irmã, em 1985, onde a mesma fala que vem de uma família de 10 irmãos, que desde a infância tem “falas desconexas”, nas brincadeiras batia nas crianças e andava “se jogando”. Aos 3 anos, teve meningite e desde então passou a ter muitas crises convulsivas. A mãe morreu quando Esmeralda tinha aproximadamente 20 anos e esta ficou morando com seu pai. Quando o pai faleceu, ficou de casa em casa, passando pela casa de um tio e dessa irmã. Estes a encaminharam ao Hospital de Curicica, no Rio de Janeiro, e de lá ela foi transferida para o HPJ. Os familiares alegavam não terem condições de ficar com ela. Eles a trouxeram já com a intenção de deixá-la permanentemente no hospital. Como ela mesma diz: “Vim de tonóvel, me trouxeram de tonóvel prá cá, tão demorando muito pra me buscar, disseram que ia me buscar, mas tá demorando até demais!”

Consta ainda que nos primeiros anos os familiares ligavam esporadicamente para saber notícias de Esmeralda e que a última ligação foi em 2001, quando uma sobrinha ligou. Em 2008, conseguimos retomar o contato com essa sobrinha, que forneceu algumas informações sobre os irmãos de Esmeralda e disse que iria ao HPJ visitá-la, o que não foi possível enquanto estivemos lá. Esperamos essa visita por alguns meses, depois tivemos que superar juntas a frustração, entendendo que

⁷ Explico essas idas ao Ambulatório na página 13.

⁸ Essas informações foram reunidas a partir de um estudo dos prontuários da paciente.

a visita não ocorreria. Pensamos com a equipe a possibilidade de uma Visita Domiciliar, mas a família também não teve interesse naquele momento.

Como dissemos, Esmeralda é bem calada. Uns dias mais que outros. Acho que fica quietinha esperando...

Esmeralda costumava passar seus dias sentada em um banco, dentro do SILP, de onde podia ver a televisão (seu rádio), que embora a ofendesse muito, ela sempre gostava de ficar por perto. Uma de suas marcas era sua sandália guardada embaixo do colchão desde o primeiro dia em que esteve no HPJ, diz que é para ninguém roubar. Ela é muito auto-referente, toma todas as coisas pra si. Quando alguém fala algo, ela diz que é com ela. Lembro-me de um dia que fomos assistir à uma peça teatral e um dos personagens disse: “Você está rindo, não é pra rir não!” e ela começou a falar alto, no meio da platéia: “Tá falando lá que eu tô rindo, num tô rindo nada, tô quietinha aqui!”

Sempre quietinha... certinha...

Esmeralda tinha muita dificuldade para deambular, e hoje ainda tem, mas um pouco menos. Precisava sempre que alguém a ajudasse a levantar, queixando-se de tonteira e só saía do SILP acompanhada e de mãos dadas com um técnico. Depois, a situação já se alternava, alguns dias estava melhor e outros estava especialmente andando mal. Mas já constava relato de que foi informada que era chegada a hora do baile do NAC (Núcleo de Atividades Coletivas) e a mesma não esperou por nenhum técnico para acompanhá-la, foi encontrada já na sala do baile, para onde se dirigiu sozinha, passando inclusive pelo corredor, do que nunca houve relato anterior. No máximo ela ia ao banheiro sem pedir ajuda.

Desde o início da musicoterapia no SILP, participava ativamente. Era muito animada, cantava com volume de voz alto e tocava sempre um chocalho. Ali, também seu conteúdo repetitivo aparecia. Não passávamos uma segunda-feira sem cantar “Acorda Maria Bonita” e “Terezinha de Jesus”. Mas cantava também outras músicas sugeridas por outras pessoas e algumas vezes pedia outras músicas.

Sempre que aceitava passear, dizia que era para “descansar o corpo”. Assim, na construção de seu Projeto Terapêutico Singular, preconizamos suas saídas com sua colega de quarto, Pérola. Elas se relacionam muito bem. Pudemos, aos poucos,

perceber que as saídas do hospital, seja para passeios, seja para tirar documentos, ou para ir ao CAPS⁹, são disparadoras de uma potencialização daquelas vidas. As ruas nos apresentavam faces daquelas pessoas que jamais vimos dentro do hospital.

Além disso, a Longa como ‘casa’ traz algumas novidades, como indicar que o local de tratamento dos moradores não seja a ‘casa’, mas sim um outro dispositivo da rede. Dessa maneira, Esmeralda foi encaminhada na época, para se tratar no Ambulatório de Jurujuba, posteriormente Ana também. Gilda foi encaminhada para o CAPS e isso vem ocorrendo com todos os moradores. O tratamento médico de Esmeralda acontecia na Policlínica de Jurujuba, com um neurologista. No Ambulatório, freqüentava a Sala de Atividades e muitas respostas surgiram a esse investimento. Além disso, a partir da indicação que ela nos dá sobre os passeios como parte de sua clínica, também foi inserida na atividade de lazer assistido do Ambulatório. A partir desse trabalho, ela passou a falar mais, reivindicar mais seu espaço e agir com mais espontaneidade. Afinal, a cada saída, mesmo que ali pertinho, descansava o corpo! Coisas simples como a quantidade que ia comer (“Tá bom Esmeralda! São duas colheres de arroz!” resposta: “Só mais um pouquinho!”¹⁰, e coloca no prato um pouquinho mais), ou a hora que ia sair para dar uma volta. E a cada retorno, descansada, coisas que antes eram aceitas de forma passiva, talvez até opressora, a partir dessa experiência ganham vida. Pudemos ouvi-la com freqüência brincando quando a convidamos para dar uma volta e ela não respondia, ficava séria, e depois de algum tempo dava uma gargalhada e dizia: “tô brincando, de brincadeira!”

A escuta de Esmeralda foi um desafio. Entrar em sua linguagem tão particular e saber o que ela diz. Escutar essas falas que se repetem a cada vez como novas.

Quando sentávamos nas mesinhas no pátio da frente do hospital, gostava de contar os ônibus que passam em frente ao hospital. No pátio da Longa, contava as cafifas no céu. Na oficina do ambulatório contava as linhas que desenhava. Conta. Conta tudo “direitinho graças a Deus”, “da mão direita e da errada”.

⁹ Centro de Atenção Psicossocial. Um serviço substitutivo ao manicômio.

¹⁰ Relato retirado do diário de campo.

Vai controlando os ônibus. “Um, passou um agora. Com mais um agora dois, dois da mão direita. Agora se vier mais um é três. Quatro, agora quatro. Mais um agora cinco. Passou um lá agora, mais um agora dois. Três, três agora. Quatro, quatro com cinco da mão direita, direitinho. Dezenove, mais de dezenove já, certinho, é...”

Experimentando contar com ela, contamos as bolinhas que ela desenhou no papel, ela responde desenhando compulsivamente. Fez umas 15 folhas de desenho num dia, quando costumava fazer entre 3 e 5. Quando resolvemos contar os ônibus junto com ela, passa a nos convocar para ver a contagem dela, tocando nosso braço e nos chamando para ver os ônibus que ela está contando.

Quando perguntamos sobre sua mãe, a questão dos números retorna. Diz: “Num tenho mãe mais, vim pra cá já num tinha mãe. Morreu tem mais de 20 anos já.” Sobre seus irmãos, diz que tem cinco “irmão” e cinco “irmã”, “tá tudo no emprego”. Sobre os desenhos, quando pergunto o que ela desenhou diz: “Cinco, marquei cinco direitinho, da mão direita e cinco da mão errada!”

Parece que seu mundo se divide entre o “direito” e o “errado”. Sempre se refere ao lado esquerdo como o errado. Mas se pedirmos para levantar o braço direito ela levanta o esquerdo e vice-versa. E ela é canhota. Além disso, tudo que conta, ela divide entre o lado direito e o errado. Assim, as pessoas estão também classificadas como boas e más (ou direitas e erradas). Alguns moradores, por exemplo, são para ela pessoas más, e qualquer coisa que façam é de “malvadeza”. Será que se ela for certinha, vão levá-la pra casa? De que nos fala esse esforço em fazer tudo direitinho?

Uma outra observação é que Esmeralda fala também piscando os olhos. Às vezes perguntamos algo e ela responde piscando os olhos e aguardando a nossa reação a essa resposta. Tem piscada com um olho, tem com os dois, tem forte, tem fraca, duas juntas ou uma só, etc. Eu simplesmente piscava os meus olhos também e esperava que ela falasse ou desse uma dica do que quer dizer aquilo. Tem ainda um barulho que ela faz com a boca e eu costumava repetir.

Um compartilhar de códigos que quase nunca ganhava sentido dizível. E assim afirmamos que a pesquisa de campo não pode ser delimitada apenas nos seis meses que estive na Longa como mestranda. Há nesse campo um

entremear/entrecruzar de tempos cronológicos e intensivos, um entretecer de memórias intensivas, que é o acontecimento ‘encontro com a clínica’ em uma outra duração.

1.2 DE QUANDO O ‘LIXO’ SE FAZ OBRA ABERTA

O que tem produzido esse percurso da Reforma no que se refere aos pacientes de longa internação? Os novos dispositivos têm atendido também a esses usuários? A Reforma é também para esses? Como tem chegado a eles?

Conhecemos Esmeralda quando já estava internada há vinte e quatro anos. E nesse encontro, com ela, com a Longa, com a clínica, que aqui já não mais se diferenciam como os fios prensados do feltro, pulsam em nós muitas questões. Questões essas que perduram e que levam a construção de um trabalho que traz para o campo exatamente mais tensões, perguntas e impasses. E é em meio a isso que estrangeiramos, produzimos estranhamentos. Acolhendo aquilo que nos tira de nosso campo de experiência, aquilo que emerge de uma descontinuidade da nossa experiência de vida.

Estas foram algumas das questões que se produziram nos Encontros com a clínica na Reforma Psiquiátrica. A Longa muitas vezes referida nas conversas de corredor como o lixo¹¹ da Reforma foi o que incomodou, exatamente por que havia muita vida naquele ‘lixo’. No que pouco tem expressão – longa – encontramos um convite à clínica nos desviando dos paradigmas, dos modelos, do prescrito. Uma obra aberta, onde há muitos sentidos a se criarem, exemplos de re-existência, mais do que subsistência. Afinal, é preciso criar muito para não se deixar ser jogado fora como lixo. E é necessário aos que ali estão, ‘perder tempo’, não se ater às prescrições, afinal trata-se de pessoas que não cabem nos modelos. Daí a força disruptiva, criadora de novos paradigmas que podemos encontrar na Longa. A Longa torna-se o que faz gritar o intolerável na/da Reforma Psiquiátrica em seu trato com a vida que ainda pulsa. É assim que trazemos à tona a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de um recorte no município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro.

¹¹ Termo que escutei de alguns trabalhadores sobre a longa permanência e os pacientes que ali se encontram psiquiátrica: são o lixo da reforma.

Costurar essas questões como quem costura retalhos é poder trazer a força de uma discussão escapando às homogeneizações. Diferente disto, o que aqui propomos é entrecoser processos experimentados como invenção caso a caso, mas não sem tocar nos pontos de desassistência e horror que ainda insistem em existir no campo da Saúde Mental como legado ainda presente do antigo campo da psiquiatria. E nessas misturas de texturas e linhas traçadas em meio ao caminho nos fazemos como teoria, prática, objeto, pesquisador, pesquisa.

Margarida não está bem. Falo com ela e ela diz que está com dor de cabeça e que o diabo a está atentando. Pergunto se ela quer dar uma volta para arejar, para ver se ajuda. Ela aceita e isso me surpreende. Aviso à equipe que estávamos saindo da Longa.

Sentamos no *hall* da frente do hospital. Conversa de poucas palavras, mas no caminho até o *hall*, uma antiga copeira da Longa passa por nós e diz: bom dia, Margarida!

Ao que prontamente responde: Não tem nada de bom nesse dia não.

E segue comigo sem olhar para trás.

Tento fazê-la falar um pouco mais sobre o que se passa. Ela diz que é (não entendo) e odiosa. Que às vezes ela pensa que se morrer descansa. Diz que gente burra tem que puxar carroça e que alguém da família dela dizia que ela era burra.¹²

Com alguns fios na mão, outros enlaçados e embolados em nosso corpo, adicionamos em nossa caixa de costuras novos tecidos e ferramentas que nos ajudaram no coser dessas inquietações. Para este exercício de 'entrecoser' buscamos artigos que tratassem dos pormenores da Longa Permanência Psiquiátrica. Estranha surpresa. O que encontramos, na maior parte das vezes, foram textos que falavam da ressocialização e do comportamento dos pacientes de Longa Permanência¹³.

¹² Trecho do diário de campo (16/05/2011).

¹³ Gonçalves *et al* (2001) trazem a discussão do comportamento dos pacientes de Longa Internação Psiquiátrica; Rebouças *et al* (2007) discutem a satisfação com o trabalho e seu impacto no trabalhador de Saúde Mental em setores de Longa Permanência; encontramos um blog, de uma estudante de Serviço Social, Marcelle Trindade, onde a discussão é trazida de uma maneira mais próxima, tratando a desinstitucionalização de maneira que leve em consideração as pessoas que ainda estão internadas, mas ainda uma abordagem da experiência e de questionamentos, sem pretender um trabalho acadêmico; Cunha & Peixoto (2008) trazem uma discussão na perspectiva da

Algumas dessas discussões se entrecem neste trabalho e nos ajudaram a compor este texto. Contudo, não encontramos trabalhos que abordassem a longa permanência no seu cotidiano de cuidado. A sensação é que no esforço de falar do avesso, algo se perde e pendemos para a construção de trabalhos que acabam trazendo muito mais as costuras prontas, com arremates e já desviradas.

Em nosso percurso, também nos vimos atravessadas pela força de falar das costuras prontas. Diante das dificuldades do campo, fomos convidados a escrever sobre as Residências Terapêuticas, ou sobre o percurso de Esmeralda, que finalmente saiu da Longa. Mas algo outro ali insistia. Precisávamos trazer a força da discussão pelo avesso. Como são os desafios, as tensões, o trabalho de uma enfermagem de Longa Permanência com fins de ressocialização? Como podemos entrever sua força problematizadora nos trabalhos de desinstitucionalização em curso? A Longa é um lugar que muitas pessoas não querem passar na porta. Algumas pessoas fazem vômito ao entrar. Outras se desesperam e choram diante de uma dura realidade. A Longa é muitas vezes referida como o lugar do castigo, destino do servidor público que não 'atende' às expectativas de trabalho em outros setores e por não poder ser mandado embora é encaminhado à Longa Permanência.

O que nos interessa aqui é menos a veracidade ou não dessas afirmações e mais os efeitos de estriamento dessas enunciações nos corpos, modos de trabalhar e nas vinculações desses usuários e profissionais com o espaço. Seria a Longa esse espaço de não lugar na Reforma? Falo aqui de conversas de corredor, do "fora-texto" (Lourau, 1993). Preocupa-nos a não inclusão dessas enunciações no trabalho da Longa.

Mostrar o avesso é mostrar os nós, o que não se quer que apareça depois da costura pronta. Logo, em uma proposta de trabalho que se faz no entrecoser, precisamos pegar pelo avesso. Não trazemos um produto e sim seu fazer-se. Necessariamente, o avesso se mostra para nós, ele é parte da costura. É com a

socialização dos egressos de longa internação; Santos (2009) discute o cuidado de pacientes de longa permanência psiquiátrica, mas com foco na formação da enfermagem; o periódico cadernos do IPUB "Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais terapêuticos" (2006) traz uma coletânea de artigos que tratam da desinstitucionalização problematizando as desospitalizações, os diferentes dispositivos de moradias possíveis, as experiências e criações.

imagem do avesso que trazemos a Longa como analisador das linhas de poder-saber que em suas lutas alisam os espaços organizados e segmentados nos estabelecimentos e dispositivos da Reforma. Nesse espaço híbrido podemos nomadizar, alisar os espaços sedentários de homogeneização e criar com as misturas.

A Longa pôde ser pensada como espaço híbrido, essa “moradia”, como dispositivo que pode potencializar a discussão do plano de forças que envolve a lógica manicomial e a lógica psicossocial expressa e atualizada nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Não olhar para esse avesso é correr o risco de tornar a Reforma prescritiva, com vários dispositivos integrados, mas, sem ressonância com a vida.

As Políticas atuais de Saúde Mental têm trabalhado não só com a diferenciação e criação de dispositivos, mas também com a subversão da lógica manicomial. Segundo Amarante e Torre (2001) não se trata da simples substituição de tecnologias, mas de “abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo.” (p. 80)

Nessa perspectiva, afirmamos a delicadeza e as sutilezas que perpassam a atenção psicossocial e a clínica. Não restringir o trabalho no Serviço de Internação de Longa Permanência (SILP) a uma assistência, não é uma tarefa simples. Com pacientes tão cronificados, facilmente se assume um lugar de pura assistência frente a eles. Não se trata de crônico enquanto oposto de agudo, mas de uma cronificação produzida pelos espaços, pelos anos em que as pessoas estão encarceradas, sendo vistas como doentes mentais, nada mais. É visível nesses espaços que insistem, ainda hoje, o que a loucura encarcerada pode produzir em termos de movimentos automatizados, perda de autonomia, prejuízo na linguagem e nas possibilidades de relações com a cidade de uma maneira geral.

1.3 UM ESPAÇO HÍBRIDO QUE SE FAZ ENTRE ESTÓRIAS E HISTÓRIAS

No Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), a Longa é um espaço onde vivem atualmente 13 pessoas, que são chamadas de “moradores”. O Serviço faz parte de

um projeto de desinstitucionalização e desde 2007 vem se fazendo em um híbrido, que é se afirmar moradia, habitando ainda um hospital.

Hospital esse que compõe a Rede¹⁴ de Saúde Mental de Niterói. Essa rede conta com uma estrutura extra hospitalar que se compõe dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps II), um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, seis Ambulatórios de Saúde Mental, que funcionam como ampliados, um Centro de Convivência Oficinas Integradas que recebe usuários dos mais diferenciados serviços, os Serviços Residenciais Terapêuticos, que hoje são seis, incluindo os recém-inaugurados no Preventório – Charitas, com previsão de criação de mais seis, e o Núcleo de Geração de Renda, que conta com iniciativas de trabalho voltadas à geração de renda dos usuários da rede. Ainda conta com uma clínica particular, conveniada com o SUS, onde há hoje 136 pessoas internadas. Todos pacientes de longa permanência.

O HPJ fora um hospital estadual, inaugurado em 1953, com centro cirúrgico onde foram feitas inclusive lobotomias¹⁵. Segundo Rocha (2003), o hospital foi construído para ser uma referência em tratamento de doentes mentais, segundo a psiquiatria da época.

Suas enfermarias chegaram a ser divididas em função das complicações clínicas que a precariedade institucional trazia, tais como: a dos tuberculosos, dos diarréicos, dos sórdidos, dos maláricos etc. Havia grandes pátios onde os pacientes passavam todo o tempo, inclusive com sanitários e banhos de mangueira. Há registros de pacientes que ficavam meses e até anos para serem vistos por algum médico. Nesse período chegou a existir cerca de 700 pacientes internados, muitos sem leitos. Nesse período mais crítico morriam cerca de 18 pacientes por mês. (ROCHA, 2003, p. 165)

¹⁴ Não encontramos registros de como essa rede se forma. Trazemos aqui alguns elementos fornecidos em entrevistas feitas durante o processo de pesquisa.

¹⁵ A lobotomia é uma cirurgia que retira uma parte do cérebro, na região do lobo frontal, com o objetivo de deixar o paciente psiquiátrico mais calmo. Intervém, mais especificamente, na agitação e agressividade. A cirurgia não é mais usada atualmente.

Psiquiatria esta que, em seus dispositivos perversos de controle social, se ancora num saber psiquiátrico que, segundo Caliman (2002), a partir de Foucault,

é formado no momento em que a psiquiatria torna-se a ciência do anormal e da normalização. Toda sorte de perigos dos quais a sociedade deve se defender passa estar ligado à noção de um desvio hereditário e definitivo (incurável), permitindo o surgimento e a defesa de um racismo biológico e monista. (p. 38)

Desde a década de 80, as políticas de Saúde Mental no município de Niterói e no Brasil, têm passado por muitas transformações. Inicialmente, o HPJ fora fundado para ser um hospital público de referência para todo o estado, na época ainda, Estado da Guanabara, do qual Niterói era a capital. Havia duas clínicas contratadas que atendiam os assegurados pela previdência social. O Hospital Estadual Psiquiátrico (como se chamava na época) então já fora fundado para atender aqueles que não tinham nenhum tipo de proteção social. Na época, respondia por cerca de 20% das internações psiquiátricas no município.

Antes ainda de ser promulgada a constituição de 1988, já havia algum movimento de discussão em torno da Reforma Sanitária. O município de Niterói cria, então, um projeto e começa a trabalhar de forma diferenciada a Saúde. Recebe uma equipe do Estado no então Hospital Estadual Psiquiátrico, que começa a pensar em uma proposta mais humanizada para a Saúde Mental, iniciando pela criação de uma equipe especializada para trabalhar no Hospital. Antes não contava com uma equipe de saúde, apenas com técnicos administrativos que depois se tornaram técnicos de enfermagem e ficaram ali trabalhando. Em 1988, inicia-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Niterói é um dos primeiros municípios a se engajar – em 1991 – na proposta de municipalização da Saúde trazida pelo SUS.

Dentre essas mudanças, uma muito importante foi que o Hospital passa a responder preferencialmente pelas internações psiquiátricas no município, pois a constituição e o SUS acabaram com a diferenciação entre o assegurado pela Previdência Social e o não assegurado.

Em 1989 acontece então a municipalização do Hospital, que passa a se chamar Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Hoje o HPJ responde por 100% das internações

no município, com 120 leitos e as internações que ainda existem na clínica conveniada, são internações antigas¹⁶.

Dos 120 leitos, temos hoje 29¹⁷ destinados a pacientes de longa permanência envolvidos em projeto de desinstitucionalização. O projeto visa fazer com que a rotina se aproxime ao máximo a de uma casa, amenizando os impactos das saídas para uma Residência Terapêutica, bem como admitindo que a alta dessas pessoas, grande parte das vezes não se dá, por insuficiência de equipamentos disponíveis para recebê-los. Ao fazerem parte desse projeto, esses pacientes recebem uma nova denominação, qual seja: moradores.

Nessa internação-casa, começa-se a diferenciar a equipe da Longa das demais enfermarias. Os técnicos de enfermagem não podem mais usar jaleco. Devem incluir em sua rotina, além dos cuidados com higiene e medicação, saídas. Os cortes de cabelo não são mais realizados ali produzindo aquela homogeneidade – todos de cabelo curto para facilitar a assepsia e não pegar piolho. Mas mesmo aí, o híbrido de ser casa-enfermaria insiste. Some a roupa branca, contudo João – técnico de enfermagem muito antigo no setor – coloca seu jaleco quando a equipe de nível superior/coordenação não está presente. Diz que é para não sujar sua roupa, que é melhor para auxiliar o banho dos moradores, que ele se sente melhor trabalhando de jaleco. Como muitas vezes chegávamos bem cedo à Longa, encontrávamos situações como essa, que trazem a heterogeneidade de um lugar/não lugar.

É nesse campo problemático que se entretete um trabalho de desinstitucionalização. Isso se faz a partir de uma aposta que não é óbvia. A aposta na saída dessas pessoas do hospital psiquiátrico.

Seguimos então com um entrecoser que procura explicitar modos de acompanhamento dos pacientes de longa permanência, encontros com esses modos imersos nos processos de reforma psiquiátrica em curso no Município de Niterói – RJ.

¹⁶ Essas informações foram obtidas a partir de entrevistas feitas no processo de pesquisa com o atual diretor do HPJ, Dr. Eduardo Rocha e o ex-coordenador de Saúde Mental do município, Fernando Tenório, hoje psicólogo do Ambulatório de Jurujuba.

¹⁷ Esse número está variando muito nesse momento, pois estão sendo criadas muitas Residências Terapêuticas no município e alguns pacientes estão saindo do hospital.

1.3.1 Um pouco da longa

Para seguir com a imagem dessa caixa¹⁸ de costuras que nos acompanhará por esse coser, apresento a composição de uma equipe que também é parte dessa caixa. Equipe que esteve presente em todo esse percurso, de longe ou de perto. Caixa na qual às vezes entro e me misturo, caixa a que junto retalhos, tecidos fiados ali e agulhas de vários tipos.

A equipe técnica da Longa é composta por uma coordenadora, duas psicólogas, três Acompanhantes Terapêuticos e 14 técnicos de enfermagem que se revezam em plantões diários, sempre em dupla. Na estrutura do hospital conta-se com a supervisão da enfermagem, estagiários e residentes em saúde mental.

Os encontros com a equipe foram experimentados com tensão e muitas vezes como contenção. O verbo tensionar indica-nos uma ação de esgarçamento de uma matéria, trazendo uma situação temporária de indefinição. Como as cordas de um violão, que ao serem tensionadas vibram produzindo som, sons que se modulam de acordo com o grau de tensionamento e sem o qual não há melodia.

Na longa, inicialmente me propus a conversar com a equipe e a atender as solicitações de moradores para saídas dentro do próprio hospital, além de acompanhar algumas atividades ali. Um grupo de geração de renda, que fazia doces para que Gilda vendesse no próprio hospital, foi uma das atividades que acompanhei semanalmente. Todas as manhãs Rita, técnica de enfermagem, fazia os doces e à tarde, Gilda os vendia. Os moradores ficavam na cozinha acompanhando Rita.

No dia que não era da Geração de Renda, as tardes eram de convivência com a rotina do Serviço. Era um dia de reunião de equipe, que a Longa estava bem

¹⁸ A caixa aqui é trazida como um plano de possíveis e não algo fechado, separado de um fora que convoca seus utensílios. É muito mais uma caixa com rodinhas – bastante mobilidade – mas também a caixa do pedreiro, onde se vai jogando coisa e pegando coisa, às vezes fica esquecida, às vezes fica ali ao lado. Uma caixa de material flexível, e aqui já difere da caixa do pedreiro. Um caixa imaginária, que pode ser sim do pedreiro, pode ter rodas para facilitar a locomoção quando necessária, e pode ser de borracha, não ter tampa e se transformar em outra coisa também. Será essa a nossa caixa de costuras. Bem doída e pronta às descosturas!

esvaziada de técnicos. Propus-me a participar de algumas dessas reuniões entendendo que ajudariam a pensar o trabalho, mas a coordenação entendeu que não deveria, porque não era da equipe.

A chegada na Longa parecia tranqüila, embora na primeira conversa com a coordenadora, o termo “pesquisa intervenção” tenha produzido questão. Estranhamento que num primeiro momento aparecia com nosso referencial teórico. Quando somos questionadas sobre o que seria uma pesquisa-intervenção, sentimos que gerou um incômodo, “como assim, intervir em nosso trabalho?” Intervir de que lugar? Também as idas e vindas do projeto, as demoras, foi construindo um sentir-se hostilizada! Aos poucos fui me sentindo hostilizada, sem lugar.

Seguimos com uma proposta de acompanhar um dos moradores de forma mais próxima, como uma tentativa de entrada, criação de função! Talvez isso pudesse ser um fio para as primeiras teceduras. Mas nos surpreendemos quando nos propõem acompanhar Cirilo, um morador que por questões neurológicas, não fala!

Então era isso. Deveríamos silenciar. Deveríamos ficar próximas, tomar como fio condutor dessa pesquisa o silêncio¹⁹. Era essa a força ali. E fazia parte agora de nosso método buscar modos de fazer falar aquele lugar. De fazer ver aquele horror. Vamos sair com a roupa pelo avesso!!

Não acompanhamos Cirilo. Essa conversa morreu, contudo só a proposta foi material de ampla análise. Começamos a buscar parcerias, a conversar com alguns técnicos de enfermagem. Acabamos nos dando conta do tom persecutório que tem nossa entrada ali. Os técnicos dizem pensar que o trabalho de “observação” era em relação ao trabalho deles. Como se estivéssemos ali, a serviço da coordenação ou direção, para observá-los.

Esclareço nosso objetivo ali. O clima fica mais leve. Especialmente Rita e Artur ajudaram muito a partir daí. Já que tínhamos sido proibidas também de sair com os moradores mesmo dentro do próprio hospital, começamos a inventar alguma

¹⁹ Deixo de lado aqui os pormenores da clínica desse morador, que com certeza tem suas formas de comunicação e que faz ver e dizer tanto daquele lugar, certamente! Mas uso essa proposta como símbolo, ícone, que nos remete à interpretação de fatos que diziam do incômodo da abertura que produziria falar de um lugar que conserva práticas tão obscuras.

possibilidade de Fora ali dentro. Ficar ali, naquele lugar escuro, fétido, monótono, dava muito sono, desânimo.

Segunda-feira desanimada. Ando desanimada às segundas-feiras, ou seria desanimada com as segundas-feiras? Não sei se é o frio, se é a Longa esvaziada pela reunião de equipe. O fato é que me amarram de tal forma que não posso fazer quase nada sem eles lá²⁰. Ir para o pátio da Longa nesse frio é difícil e além do mais, ninguém quer ir pra lá.

Me ponho a pensar: por que tão poucas coisas são possíveis dentro da Longa? Fico buscando saídas exatamente por isso. E buscar saída pode ter o sentido de estar fora daquele espaço, mas também de encontrar soluções outras. Buscar caminhos, ideias.

O espaço interno da Longa é apertado! Mas como assim? Não é pequeno. Mas é apertado. Temos poucos espaços para estar juntos. Tem um corredor enorme, com vários quartos, várias portas do lado esquerdo. À direita posto de enfermagem, que é grande e seria um ótimo espaço para esses encontros, mas os moradores ficam sendo expulsos de lá o tempo inteiro. (...)

Nos corredores têm bancos. Mas são bancos que não nos permitem reunir. É aquela coisa de um ao lado do outro, de frente para uma parede. A conversa fica no máximo entre dois. Se quisermos três, um tem que ficar em pé. Se colocar uma cadeira de frente pro banco, fecha a passagem.

Ah sim! Tem a copa. Ali seria um bom lugar, mas ninguém fica ali. É longe do posto, onde tudo funciona. (...) O posto é muito mais interessante. Lá tem o café dos técnicos, tem papel, prontuário, livro de comunicação, telefone. É de lá que saem os remédios, os cigarros! Todo mundo quer entrar ali. Segunda passada, Ana entrou no banheiro dos técnicos e urinou lá. Levou uma bronca. Sempre solicitavam que ela usasse o banheiro! Ela usou!²¹

Os tensionamentos falam de uma experiência de nomadismo nos encontros, um nomadizar num lugar onde enxergamos apenas espaços estriados, sedentários, fixos. Nos diferentes encontros, nos pátios, no corredor, na cozinha, nos avisos do caderno, com toda a dureza que foi passar por isso, pudemos entender que o que essas tensões indicavam era que, para além e aquém das contenções, não havia espaço para indiferença.

²⁰ Nesses horários fica apenas um técnico de enfermagem no setor, que não pode sair com ninguém, para o setor não ficar sozinho.

²¹ Trecho do Diário de campo (27/06/2011)

Em um lugar de aparente estagnação, é possível nomadizar. O nômade é aquele que mesmo parado, está em movimento. E não é para qualquer outro lugar que vamos para falar de nomadismo, é para a Longa. Um Lugar por definição parado. Mas ali (e aqui nesse texto) experimentamos a potência nomadizadora da Longa, trazendo-a como analisador da Reforma, como força-movimento produtora de um encontro com a clínica que se deu ali. Descobrimos com Deleuze (1988) que o nômade é aquele que necessariamente não sai do lugar, diferente disto, faz do lugar onde está um não lugar, ou “lugares outros”, estrangeiros em sua própria terra.

Apesar do frio que depois foi diminuindo, passei a usar o pátio interno. Em princípio também não era um lugar atraente. Mas podia se tornar. Era claro, dava pra ver o céu. Tinham algumas plantas e Ana me fazia companhia muitas vezes ali. Comecei a levar cigarros. Perguntei à equipe se podia oferecer cigarro à Ana e à Gilda. Disseram que sim. Era um tempo compartilhado com elas, momentos raros de prazer que tomava as horas e (des)horas da pesquisa. O momento de fumar, aparentemente estriado, segmentado – a hora de fumar – se fez acontecimento, produziu alisamento das segmentações, desse tempo de segmentações institucionais (hora de fumar, hora de almoçar, hora de tomar banho).

Gilda fumava quase que em um ritual. Não falava e parecia não ouvir enquanto fumava. Cada trago era tão intenso e parecia abrir um vácuo naquele tempo da Longa! Era como se ela transformasse aquele ‘não fazer nada’. E deixava a cinza ficar bem grande, até cair sozinha. Não batia no cigarro como faz a maior parte dos fumantes. Depois que a cinza caía, ela sem olhar, colocava o dedo indicador sobre as cinzas, brincando, sentindo aquela textura, enquanto a outra mão segurava o cigarro. O olhar dirigido ao nada trazia um ar de transe àquele momento. E depois de fumar quase o filtro do cigarro, procurando estender ao máximo esse momento, Gilda ainda demorava um pouco para voltar do seu ‘transe’²².

Ela tinha direito a três cigarros por dia. Nos dias de ir ao Caps, ganhava mais dois, para levar para o Caps.

²² A ideia de transe aqui não faz referência a um abandono do corpo, mas a uma experimentação intensiva do corpo.

Ana também ganhava os mesmos três cigarros por dia. Mas não tinha os dias de Caps. Fumava os mesmos três todos os dias. Seu ritual era diferente. Gilda fumava desse jeito dentro ou fora da Longa. No corredor ou no pátio. Ana fumava sempre no pátio. Ela tinha um cantinho. Ficava sempre sentada ali. Hora fumando, hora picando coisas. Ela pica folhas de árvore, filtro de cigarro, pedacinhos de papel. É a que mais fica nesse pátio e sai poucas vezes da longa.

Sua relação com esse pátio é bastante peculiar e chama minha atenção. Ela prefere usar o pátio para urinar e defecar.

Ana mais uma vez é repreendida por defecar no pátio.

Depois de acompanhá-la alguns dias ali, no pátio, me pus a pensar. Que será que se passa? E fui olhar o banheiro dos moradores mais uma vez. Já tinha entrado ali muitas vezes, mas nesse dia, queria pensar Ana, o banheiro e o pátio. O banheiro é coletivo. Tem dois vasos sanitários e três chuveiros. A porta principal está sempre aberta, como costuma ser nos hospitais psiquiátricos. E mesmo se tentar fechar, não tem maçaneta. Dá pra encostar, mas a porta não fecha exatamente. As cabines dos vasos sanitários não têm porta! E isso fica de frente para o corredor. Quem usa esse banheiro fica exposto a quem passa pelo corredor.

Claro! Caiu a ficha! O pátio é muito mais reservado que aquele banheiro. É praticamente só ela que fica lá! E têm uns cantinhos, uma plantas, uns lugares reservados!

Hoje ela resolveu nos atender sobre o uso do banheiro – o lugar certo para fazer as necessidades – usou o banheiro dos técnicos. Esse sim, tem porta, com tranca e tudo!²³

Aos poucos, esses acompanhamentos, essa imersão ia se dando e à medida que acontecia, o trabalho ia podendo aceder ao ‘impensado’ do pensamento.

“O que pode uma pesquisa?” Esta pergunta de inspiração Espinosana nos possibilita pensar a pesquisa como

um constante “se fazendo” por intermédio de experimentações reais que marcam a capacidade dos corpos de afetar e serem afetados. Afetar e ser afetado são ações e paixões elementares que marcam o regime dos modos de existência singular, que nos compõem e decompõem, nos diferentes encontros que fazemos com paisagens, gestos, sons, animais, corpos-fatos etc. (NEVES, 2009, p.196).

²³ Trecho do Diário de Campo (27/06/2011)

O ato de pesquisar nos inscreve/convoca ao encontro com os imprevisíveis. Assim interessa-nos aqui os problemas que nos indicam deslocamentos, movimentos interpelam e indicam a emergência de descontinuidade da nossa experiência. Esmeralda, nosso fio/pedra, aparece obstaculizando quando não concorda com os sentidos pré-estabelecidos para seus “sintomas”. Quando produzimos em supervisão o sentido de que Esmeralda conta (e ela conta muito, conta tudo) para se organizar, somos equivocados em ato, ao vê-la fora do hospital parar de contar. Talvez contasse para suportar o tédio de viver em um hospital. Também não sei se esse pode ser um sentido. Quando pensamos agradá-la sempre com as saídas, ela sai de mau humor. Quando imaginamos a continuidade de uma conversa, uma confiança para nos contar suas histórias, ela se cala diante de nós.

Com ela experimentamos um fazer clínico equivocador que se faz no acompanhamento de processos cujos resultados serão sempre parciais, pois os ‘entreprcessos’ se fazem num plano coletivo. Um ‘lugar’ de todos e de nenhum. Plano no qual as forças desestabilizam as formas. “Quando desestabilizamos uma realidade que se apresenta como um campo de forças em aparente estabilidade, como o próprio campo da clínica, por exemplo, o que vemos emergir são processos de produção.” (BENEVIDES DE BARROS E PASSOS, 2004, p. 167)

Ousamos aqui fazer uma aproximação entre o trabalho clínico e o método cartográfico. Esse movimento de sentir os espaços, de desenhar as linhas à medida que se caminha em um território, ao mesmo tempo geopolítico e existencial, é primordialmente um trabalho de escuta. Nesse caso de escuta institucional, mas que não se descola, como pudemos ver, das escutas singularizadas, no “um a um”. É um vai e vem. Escutar as instituições em cada um e escutar cada um nas instituições. Sempre em movimento.

2. POR ENTRE TRAMAS, LAÇADAS E URDIDURAS: DE QUANDO O CAMPO É TAMBÉM PLANO DE EXPERIMENTAÇÃO

Não precisamos mais temer o processo de estarmos afetados pelo acontecimento no ato de pesquisar, pois o que antes era dado como “ponto fraco” do pesquisador, agora marca uma condição indispensável do processo de pesquisar: a capacidade de afetar e afetar-se para que se criem os modos de expressar os sentidos de uma pesquisa.

Gislei Domingas Romanzini Lazzarotto & Julia Dutra de Carvalho

Pesquisa/coser/experiência. Um encontro com um campo físico que se torna campo-plano e faz ver a partir de um compartilhamento de experimentações, um plano de possíveis. Ver o que não está dado, o que não está ali como realidade, mas virtualmente, em potência. Uma experiência de afetação que cria mundo.

Nos primeiros meses, muitos buracos, meses depois, algumas finas/estreitas estradas e trilhos começam possibilitar a construção de lugares de passagem em meio aos furos nas texturas do tecido epitelial da pesquisadora.

Os estranhamentos agora experimentados como alavancas que vão impulsionando o início tímido de uma pesquisa. Mas, principalmente, a proximidade com elas, vidas esburacadas, é o que essa experiência nos permite.

São muitos os muros que encontramos pelo caminho. Os hospitais são fechados, as entradas muito difíceis. Difíceis porque os acessos foram/são de fato muitas vezes barrados, mas também porque nosso movimento, na construção desse campo, foi muitas vezes o de barrar as entradas, construir muros e enclausuramentos.

O campo da Reforma Psiquiátrica abarca essa problemática, afinal é nesse contexto que se produzem dispositivos como a Longa. O fim da ditadura militar, a promulgação da nova Constituição em 1988, preconizando a saúde como direito de todos, foram efeitos de movimentos políticos em suas articulações com a sociedade civil e culminaram numa proposta de lei do deputado Paulo Delgado em 1989. Proposta esta que pretendia a extinção progressiva dos manicômios e a criação de serviços substitutivos, bem como a proibição da criação de novos hospitais

psiquiátricos e novos convênios com clínicas particulares em todo território nacional. (DESVIAT, 1999: 135-145)

Essa lei só foi efetivamente aprovada em 2001 e vem corroborar a Reforma que os trabalhadores e familiares já vinham defendendo. O processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso, ganha novo ritmo e amplia suas possibilidades de efetuação.

Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos, com o período de internação médio em torno de 100 dias. Muitos pacientes permaneciam internados por longos períodos – mais de dois anos – e mais de 30 mil pessoas haviam perdido completamente seus vínculos sociais: nunca saíam dos manicômios (Brasil. Ministério da Saúde, 1994. Apud Desviat, 1999: 174).

Atualmente, temos conseguido reduzir de forma significativa os leitos em hospitais psiquiátricos, propondo serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços de atenção diária, onde os usuários têm consultas médicas, atendimentos psicoterápicos, oficinas terapêuticas, atividades de trabalho e geração de renda e demais atividades cabíveis a seu Projeto Terapêutico Singular²⁴ (PTS). Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também são dispositivos propostos pela Reforma, que atendem a “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.” (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2000). Além disso, temos como recurso os ambulatórios de Saúde Mental, que têm trabalhado com a noção de Ambulatório Ampliado, oferecendo, além das consultas, algumas oficinas terapêuticas, visitas domiciliares entre outras ações cabíveis aos PTSs.

²⁴ O PTS (Projeto Terapêutico Singular) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (Ministério de Saúde, 2007, p. 40)

O SILP, embora não estando entre esses serviços, insiste como atualidade na Reforma. Surge como um espaço provisório, inventado para usuários de Saúde Mental que ainda se encontram em situação de longa internação, em situação de grave dependência institucional e necessitam de suporte de cuidado diário intensificado. Esses pacientes aguardam também a efetivação dessas políticas, que passam a incluir o SRT de alta complexidade. São pessoas que vivem há muitos anos internadas (em média 20 anos, alguns com muito mais) e perderam seus vínculos familiares e sociais extra-hospitalares. Estas, são as pessoas que têm sido descritas como público alvo dos SRTs. Mas como se dá esse trabalho por dentro? O que se passa ali? Como acontece a desinstitucionalização na Longa?

Retomando a imagem do coser, trazemos a Longa como avesso, puxando os pontos de teceduras e seus entretecimentos, que se dão nos meandros da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Trata-se, então, de uma construção caso a caso. Apostamos na construção de uma lógica psicossocial, ou seja, um suporte que conte com uma rede integrada de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial, que é indicada enquanto diretriz do SUS e reafirmada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, esta rede integrada precisa ultrapassar sua dimensão extensiva, produzindo conexões geradoras de efeitos de diferenciação. Precisa ser uma rede quente, sem função centralizadora. Uma rede quente opera por descentralização, se faz de baixo para cima, em uma dinâmica conectiva (BENEVIDES DE BARROS E PASSOS, 2004, p. 168-169).

Imersos nesta experiência, podemos afirmar um trabalho de militância²⁵ política que traz consigo questões clínicas. Entendendo aqui a clínica como produção de vida, de sentidos, como potencialização da vida, doravante, não inseparável da política. “Pois fazer política implica experimentar, como campo problemático, os modos nos quais, em suas formas e intensidades, a integralidade da vida humana se dá.” (NEVES E MASSARO, 2009, p.) E, em especial, essa clínica, convoca de maneira muito clara

²⁵ Salientamos que militância aqui não é entendida enquanto uma postura política que encara esses posicionamentos com uma certa rigidez, acreditando que são bons em si mesmos, mas como membros ativos de uma causa que se afirma nas diferenças, nas singularidades.

uma relação com a *polis*. Um trabalho que se faz construindo a relação dos moradores com a cidade e da cidade com os moradores.

E por que esse destaque da interface clínica-política? Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoietica, sem o risco constante da experiência de crise. O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. (BENEVIDES DE BARROS E PASSOS, 2004, p.166)

Os hábitos do hospício são na maioria das vezes fruto de reações a atitudes e restrições tão duras impostas pela rotina hospitalar.

Hoje acompanhei Rita, técnica de enfermagem, ela estava fazendo brigadeiro e convidando os moradores para acompanhar. Ficou bastante gente na cozinha com ela. Em algum momento saímos as duas e Ana²⁶ – moradora da Longa – comeu uma pinha de Margarida, que estava na geladeira. Margarida me chamou comunicando o ocorrido, mas eu nada podia fazer. Ela já estava com a fruta esfaļalhada entre a mão e a boca. Fiquei olhando-a comer vorazmente. Comentei com a funcionária da limpeza (que parecia chocada com a forma que Ana devorava a pinha com casca e caroços) que ela comia tão rápido porque sabia que assim que os técnicos a vissem tomariam dela a fruta. Disse que eu não faria isso, mas enfatizei que a fruta não era dela!

Seriam os loucos vorazes com comida? Não teriam noção e organização para lidar com regras sociais? Ou pode tratar-se de modos de funcionamentos instalados, ligadas às relações que ali se dão?

Um dos importantes movimentos que compõe e tem discutido a Reforma Psiquiátrica, o Movimento de Luta Antimanicomial, traz como lema: fazer a loucura circular pela cidade! Acrescentaria à esta convocação, uma outra: fazer a cidade circular pela loucura também. Lembro-me de Margarida. Ela está internada há 30 anos. Hoje vive na Longa, mas já passou por muitos setores no HPJ. Ela diz que prefere não sair do Hospital. Já está lá há tantos anos!

²⁶ Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

Mas algo começa a acontecer nesse encontro de Margarida com a cidade. Depois de mais de 10 anos sem escrever, a equipe, descobre, ou lembra que Margarida sabe escrever. Ela é convocada a partir do encontro com um baleiro. Margarida faz compras e paga mensalmente. Começam a surgir alguns conflitos na conta, ela começa a discordar dos valores que o baleiro lhe cobra e depois de se indignar algumas vezes com a conta, ela passa a anotar tudo que compra, depois ela mesma faz as contas e paga.

Os encontros com as diversas possibilidades, as problemáticas que a vida na cidade impõe, fazem-nos buscar recursos muitas vezes adormecidos, acomodados. Recorrer a agenciamentos possíveis para soluções, ampliando as potencialidades da vida, o campo de possíveis.

Um problema só se cria através de uma mudança que se exprime por uma desproporção entre aquilo que se é e aquilo que se está em via de se tornar. Assim, um problema verdadeiro cria mais do que simplesmente um novo modo de pensar: ele cria um novo modo de existir, uma nova forma de subjetividade. (EIRADO E PASSOS, 2004, p. 84)

O que na cidade produz a circulação da loucura? A própria Margarida vem ao nosso encontro trazendo algumas histórias de suas saídas mensais para receber seu Benefício (BPC-LOAS)²⁷. Ela gosta de comprar vestidos do mesmo tecido e modelo, na mesma loja, todos os meses. A vendedora já a conhece e o que era nos primeiros contatos, espanto – receber uma maluca na loja – foi se transformando em interesse por saber mais desse trabalho e abrindo-se a outros modos de pensar a loucura. Esse encontro traz uma força disruptiva que faz suspender a lógica manicomial que nos habita. Produzindo interferências nos modos naturalizados de olhar para a loucura. Modulando, segundo Lavrador (2007), um desejo de manicômio que se expressa pelo desejo de subjugar, classificar e que produzem um endurecimento, uma despotencialização da vida.

²⁷ Benefício de Prestação Continuada – Lei Orgânica de Assistência Social é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. (Previdência Social, 2012)

Especificamente com relação à experiência da loucura, nossa preocupação é de que esses desejos de manicômio ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços e no encontro com a loucura. Que os mesmos se atualizem em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois a lógica manicomial, em lugar de possibilitar outros modos de vida, produz submissão, infantilização e culpa, mesmo que sob uma nova roupagem. (LAVRADOR, 2007, p. 2).

Falamos de vidas que ao ficarem muitos anos internadas, institucionalizadas, adquirem hábitos que podemos chamar muito próprios de um hospício. Como fumar demais, pedir demais, tirar a roupa em qualquer lugar, andar sujo. E como não falar da cronificação como parte desse processo de despotencialização da vida ali?

2.1 E OS CRÔNICOS, QUEM SÃO?

Oliveira (2006) traz a discussão da cronificação a partir dos serviços substitutivos, mais especificamente, os Caps. Contudo, seu trabalho também nos ajuda a pensar a cronificação em Saúde Mental como um todo. Trazendo de maneira mais ampla o que a autora denomina três níveis de cronificação: dos usuários, aqui faço referência aos moradores do hospital; dos profissionais; e dos dispositivos.

No caso dos usuários há personificação da cronificação de modo gritante em seus corpos, que já nem mais apresentam crises ou agudizam, entregando-se muitas vezes aos automatismos, às repetições e acomodações. Entre os profissionais, a cronificação salta quando entendem a Longa como castigo, um espaço de simples gestão de sobrevivência daquelas pessoas, quando “não colocam em análise os modos de atenção e gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações.” (p.87). E por fim, nos próprios dispositivos onde a cronicidade é “produzida pela inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde, que não amplia nem conecta os diferentes serviços.” (p.87).

Um processo de produção de cronificação experimentado por trabalhadores-militantes da Reforma, nas mãos de quem hoje efetivamente a Reforma Psiquiátrica se encontra, contudo, sem o aporte efetivo das políticas públicas. Processos de

cronificação que nos assustam quando observamos as estatísticas crescentes de adoecimento e desistência de muitos desses profissionais que abandonam a rede. Entendemos que a efetivação da Reforma tem que estar encarnada no corpo dos profissionais, nas práticas cotidianas. Entretanto, trazer a reforma encarnada, não pode significar maltrato com o corpo. Estranho paradoxo e difícil lida que a Longa vem potencializando como analisador. Ali onde as roupas brancas devem sumir, mas aparecem, ali onde o técnico de enfermagem, o psicólogo, são também cuidadores e experimentam um trabalho em equipe que neles convoca a hibridez do dispositivo.

Lidamos ao mesmo tempo com o caráter extensivo dos dispositivos criados (CAPS, ambulatórios ampliados, SRTs) e a urgência de uma lida intensiva com a singularidade que esses modos de vida afirmam, enrolados em extensividades que homogeneízam e fazem do cuidado tutela, infantilização, desqualificação dessas vidas e da vida de muitos destes profissionais.

Há aí uma delicadeza e uma sutileza que perpassam a atenção psicossocial e a clínica. Não restringir o trabalho no Serviço de Internação de Longa Permanência (SILP) a uma assistência, não é uma tarefa simples. Com pacientes tão cronificados, facilmente se assume um lugar de pura assistência frente a eles. Não se trata de crônico enquanto oposto de agudo, mas de uma cronificação produzida pelos espaços, pelos anos em que as pessoas estão encarceradas, sendo vistas como doentes mentais, nada mais. É visível nesses espaços que insistem ainda hoje, o que a loucura encarcerada pode produzir de sedentarismo, como movimentos automatizados, perda de autonomia, prejuízo na linguagem e nas possibilidades de relações com a cidade de uma maneira geral.

Não se trata de uma aposta romântica e nem na crença de que sair de um hospital significa ausência de cuidado. Pois sabemos que há casos tão agravados, situações de vida tão retalhadas, picotadas, que requerem outra assistência para viverem em uma casa. Isso porque são pessoas que já não conseguem comer sozinhas, muitas não andam sozinhas, precisam de ajuda para se vestir. Construir um trabalho que não infantilize essas pessoas, mas que afirme a construção de uma autonomia possível, seja em sua face extensiva (inventar possibilidades em meio ao estado de coisas), mas primordialmente em sua face intensiva. Uma costureira sendo

costurada, uma tecelã sendo tecida no entre, na criação de possíveis. Nesse encontro de corpos ‘condenados’ à dependência extrema, há um tecer de outros corpos/texturas.

O intensivo, estranho jogo permanente entre atuais e virtuais; está em toda parte e em parte alguma, não é um território, mas está em todos. Ele pipoca e espraia. O intensivo ocorre entre os corpos, nos encontros que dão certo como encontros intensivos. Nesse mundo dos encontros, os corpos ganham a potência de produzir novos enunciados, sempre coletivos, inventam outros corpos, maquinam alegria e dor, engendrando outras subjetividades e seus próprios objetos. (NEVES, 2009, p. 201)

Essa clínica que acolhe as intensividades e as extensividades se faz imanente numa relação de indissociabilidade com a política. “Toda política é necessariamente também de subjetivação.” (LAVRADOR E MACHADO, 2010, p.132.) Política entendida aqui como modos de afirmação de si, como questões relativas à cidade, ao lugar onde os encontros se dão, onde o mundo acontece, onde a vida se faz, se produz. Pensar clínica e política é poder afirmar uma subversão de um imperativo que se dá na produção do modo de vida capitalista, que coloca em planos separados indivíduo e social, desejo e política. (BARROS, 2005)

2.2 DA CONSTRUÇÃO DE UM ‘PLANO’ PARA “GAGUEJAR”

É nesse entretecer da pesquisa se fazendo intervenção que o campo se faz plano de experimentação. A palavra plano surge como diferenciação de campo (BENEVIDES DE BARROS E PASSOS, 2000.) e aponta para algo em processo de constituição, um comum, uma lateralização, que nos coloca na condição do cartógrafo, que não olha de cima um território já dado, mas desenha as linhas no próprio percurso, entendendo que não se trata apenas de um espaço físico, mas que há um território invisível, a-subjetivo, ou ainda relativo à experimentação de um desprendimento do modo subjetivo (eu).

A partir das primeiras laçadas foi se tramando um plano que pôde ganhar outras formas. Porque plano é assim, como uma argila, um barro. Pode ser moldado e

modificado no acompanhamento desse moldar. Como um coser de retalhos, que não sabemos exatamente o efeito, é um “ir se fazendo”. E a ‘pesquisadora de gabinete’ aprende a pesquisar, um outro pesquisar. Aprende a gaguejar na própria língua (DELEUZE, 2006). Encontra seu local de pesquisa. E por fim, torna-se um “nativo” no campo. Um nativo que ainda traz a força de experiências estranhas ao seu corpo. “O pesquisador cava uma linguagem estrangeira na própria língua e, por esse buraco, inventa uma saída para os sentidos dominantes em meios às linhas duras da língua oficial.” (BARROS & ZAMBONI, 2012, p. 98.)

Gaguejar na própria língua não é gaguejar a fala, mas produzir um desequilíbrio que faz vibrar e habitar uma zona de desequilíbrio para então progredir. (DELEUZE, 2006, p.122-124)

O que fazem antes é inventar um *uso menor* da língua maior na qual se expressam inteiramente; eles minoram essa língua, como em música, onde o modo menor designa combinações dinâmicas em perpétuo desequilíbrio. São grandes à força de minorar: eles fazem a língua fugir, fazem-na deslizar numa linha de feitiçaria e não param de desequilibrá-la, de fazê-la bifurcar e variar em cada um de seus termos, segundo uma incessante modulação. Isso excede as possibilidades da fala e atinge o poder da língua e mesmo da linguagem. Equivale dizer que um grande escritor sempre se encontra como um estrangeiro na língua em que se exprime, mesmo quando é sua língua natal. No limite, ele torna suas forças numa minoria muda desconhecida, que só a ele pertence. É um estrangeiro em sua própria língua: não mistura outra língua à sua e talha na sua língua uma língua estrangeira que não preexiste. (DELEUZE, 2006, p. 124-125)

O encontro com o avesso produz essa força de estrangeirar em terras nativas. E assim pudemos experimentar tecidos ásperos como parte inegável da produção de desvios do gaguejar da fala para um fazer gaguejar a língua.

Cheguei à Longa cedo novamente. Alguém me pergunta se costumo chegar sempre esse horário. Digo que sim.

Passo a tarde na Longa, depois que a equipe sai para reunião, fico no mesmo desânimo que tem me acompanhado, vejo novela com os moradores e fico ali, presa. Sem poder sair com os moradores e eles me pedindo pra sair o tempo todo. De fato não tenho mais a mesma energia para criar ali dentro. Aquele espaço é para resistir por um tempo, mas depois cansa. Desisto! (12/09/2011)

Chego tarde e passo bem pouco tempo hoje na Longa. De fato tenho me abatido. Tem sido difícil sustentar o tempo que estou lá. Tem sido difícil, penoso ir. (15/09/2011)

Hoje fiz minha primeira saída para conversas com Esmeralda após sua ida para a Residência Terapêutica. Quando chego e a convido para sair, sua resposta imediata é não. Aí digo que vamos tomar um café e ela aceita, diz que quer ir sim.

Foi um encontro dos mais longos que tivemos. Muito emocionante. Já tínhamos nos reencontrado nesse meu retorno à Longa, mas ainda não tínhamos saído juntas para tomar café. O que sempre fora o lugar inventado como potencializador de nossas criações. (02/06/2011)²⁸

2.3 DAS HOSTILIDADES DO CAMPO: “METERAM NO MEU, METERAM NO SEU”

Os impasses experimentados no campo, que se atualizam inclusive nos desafios da escrita deste trabalho, falam do campo de tensionamentos na operacionalização dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sem querer propor qualquer retorno a um modelo asilar, queremos pensar no que estamos produzindo com os passos de tartaruga a que andam os processos de desinstitucionalização e consolidação dos serviços substitutivos ao manicômio.

Encontramos de fato cenários precários em espaços de longa internação. Encontramos equipes que não sabem muito que direção seguir quando têm que lidar com um serviço de moradia intra-hospitalar. O que seria isso? Uma equipe que precisa se encontrar com a responsabilidade pela internação, pois formalmente essas pessoas encontram-se internadas. E ao mesmo tempo com o desafio de fazer com que aquilo se pareça com uma casa.

Convivendo ali, naquele espaço, surgem estranhamentos muito próprios desse híbrido que é a tentativa de se fazer moradia dentro de um hospital. Questiono a porta da Longa fechada. Como falar em moradia com pessoas que sequer podem entrar e sair do lugar onde moram? Ao mesmo tempo, que tipo de cuidado e acompanhamento estamos podendo ter com essas pessoas fora da enfermaria/casa?

²⁸ Trechos do Diário de Campo.

Éramos estranhas ali, estranhando coisas, costurando, catando retalhos. Um olhar tecido por diferentes fios e agulhas a encontrar-se com outros fios tecidos pela equipe. Um olhar. Parecia isso ser suficiente para incomodar muito. E fomos nos sentindo hostilizadas, excluídas, embotadas nesses mesmos fios de modo a não conseguirmos nos mexer muito. Coser então, nem pensar! Uma experiência de captura dos primeiros estriamentos.

Este tensionamento experimentado como hostil, retorna aqui para tramar as urdiduras de um campo se fazendo plano.

O clima era tenso com a equipe.

Ando angustiada nesse lugar. Estou sem lugar. Estão tentando me colocar num não-lugar. Conseguiram me colocar num não-lugar, mas não vou ficar sem lugar. Por que ficar nesse lugar de não-lugar? Conversar sobre essas coisas de lugares e deslugares sem lugares me ajudou muito. Foi muito potente. Pude me conectar e fazer ouvir outras histórias e ver outros lugares. LUGARES POSSÍVEIS. Algumas pessoas oferecem beirinhas, onde posso chegar e achar lugares. Preciso buscar parcerias naquele não-lugar, onde, afinal, estou!

Pensamos, conversamos, sentimos, choramos. IMPASSE.

Lindo momento de impasse. Agora sim, com a pesquisa, com o campo, com o que ali se coloca. Vamos seguindo. Sem saber exatamente para onde, mas vamos seguindo, conversando, pensando, sentindo, chorando. Encontrando lugares, mas que não sejam fixos, mas sim lugares de passagem, caminhos, buracos. Buracos como os dos ratos! Clandestinos. Podem ser sujos. Esquitos! Mas que deem passagem para outras tocas. Onde, enfim, possamos construir casas, mundos, LUGARES.²⁹

A angústia já era incipiente, quando a coordenação do setor nos convida para uma conversa e comunica que deveríamos estar mais submissas à equipe, estar ali na longa apenas observando, nem a porta deveria abrir se a campanha tocasse, e muito menos sair com os moradores, sem ninguém da equipe junto. Saímos dessa conversa experimentando uma sensação de “internada”. Era assim com a maioria deles, não podiam sair desacompanhados e não podiam fazer nada sem autorização da equipe.

²⁹ Trecho do Diário de Pesquisa (18 de maio de 2011 - Dia da Luta Antimanicomial).

Ainda atordoada, retornamos ao corredor interno da moradia/enfermaria, e Ana, moradora da Longa, puxa-nos pelo braço, olha bem nos olhos e diz: “meteram no meu, meteram no seu.”

Ali na hora, não pudemos elaborar muito. Sentíamos raiva, ainda tonta, sem saber o que fazer com aquela conversa. Mas Ana já dava a pista para entender que construímos um plano comum, uma habitação de um não-lugar, que era meu e dela efetivamente. Estávamos ali podendo compartilhar do horror daquela vida, naquele espaço, não identitariamente, mas podendo experimentar os efeitos de um “devir minoritário”. Ana, como paciente de longa permanência psiquiátrica, contrariando o lugar de alienada, alheia aos acontecimentos, traz a enunciação dos processos de mortificação de tudo que é vida naquele espaço.

Experimentar o alisamento realizado por esta enunciação de Ana possibilitou a tomada dessas hostilidades como impessoais, como acontecimento que faz falar movimentos coletivos. A devolução desse acontecimento ao plano de forças que lhe é constituinte possibilitou despersonalizar.

Muniz Sodré (2005) traz a discussão das minorias e do “devir minoritário” a partir de Deleuze e Guattari, afirmando o conceito de minorias não como quantidade, mas como lugar. Lugar – topológico – enquanto configuração de campos ou de forças. A minoria como lugar seria onde as tensões se reúnem como dispositivo com intencionalidade ético-política contra-hegemônica. E é nesse sentido que estamos entendendo esse plano de tensões que trazemos nesse texto como “devir minoritário”. Tomando a força mortificante da longa como potência analisadora de posicionamentos hegemônicos e ao mesmo tempo afirmando uma intencionalidade ético-política a favor de uma Vida.

E dizer disso aqui não é dizer que nenhum trabalho acontece ali, ou que haja qualquer esforço pra que aquelas vidas sejam piores, ou que sejam ali maltratadas. Mas, pelo contrário, afirmar que mesmo com toda uma construção para que aquele espaço seja melhor, todo um investimento de trabalho para abertura de portas e derrubada de muros, há um espaço ali, há forças manicomiais, que afirmam que os hospícios não têm chance de serem reformados, ou se tornarem melhores.

Amenizamos sim as mazelas, e não podemos não olhar para os avanços que temos, mas de fato, elas só acabarão quando esses espaços efetivamente fecharem.

Mais uma vez vale à pena ressaltar, afirmar e repetir isso enquanto força desse trabalho. Pela sua história, por tudo que um enclausuramento produz, não acreditamos na necessidade de um lugar específico só para loucos, mais uma vez separando-os da sociedade, é nessa direção que dizemos que os hospitais psiquiátricos não devem existir. Afirmamos com a política de saúde mental brasileira a criação de leitos psiquiátricos e equipe para atendimento em hospitais gerais e tratamento territorializado, como nas demais áreas da saúde!

Lembro-me quando começamos a cadastrar os moradores no Programa de Saúde da Família. A equipe começou a acompanhar os moradores da Longa e quando precisavam ir a uma consulta médica, fazer exames, saíam do hospital e iam até o posto de saúde. Dali eram encaminhados à rede de saúde quando necessário para procedimentos mais complexos. Como isso produziu outras coisas, como aqueles moradores puderam experimentar não ser só louco! Antes, um médico clínico os assistia dentro do próprio hospital. Agora, se arrumavam para ir ao médico, saíam para fazer exames sem necessariamente contar com ambulância do hospital.

Muitas vezes olhamos pra essas pequenas atitudes e não podemos ver a diferença que faz, mas há um encarnar da noção de Ser para além da loucura ali, nesses pequenos atos. Poder pegar um ônibus, um taxi, ou mesmo sentar em um banco para esperar a vez do seu atendimento. As coisas mais básicas de uma vida cotidiana que foram sequestradas dessas pessoas podem também começar a ser devolvidas nas práticas de saúde, ou talvez principalmente a partir de uma noção ampliada de saúde, que pode olhar os sujeitos em sua singularidade.

Nesse momento, convido o leitor a experimentar conosco o desvio das pedras que compõem as cenas de terror, dos corpos caídos no chão, que compõem o cenário da Longa, e nos acompanhar nas urdiduras dos caminhos da pesquisa-intervenção.

3. O ENCONTRO COM A CLÍNICA, UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO PARA PERDER TEMPO E GANHAR VIDA

"Os afetos são devires: ora eles nos enfraquecem, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (tristeza), ora nos tornam mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto ou superior (alegria)."

Deleuze e Parnet

As pesquisas/encontros têm efeitos. Temos falado dessa aposta até aqui e não podemos desconsiderar alguns dados. Às vésperas de nosso exame de qualificação no mestrado, Esmeralda saiu!

No dia 22 de abril de 2011, Esmeralda teve alta hospitalar. Foi para uma Residência Terapêutica e pudemos acompanhá-la um pouco nessa saída.

Foi um meio de caminho, certamente conturbado, onde as indicações dos desvios metodológicos aparecem. Esmeralda, figura importante, que produziu inúmeras questões dessa pesquisa, teve alta e foi viver em uma Residência Terapêutica.

A cada dia Esmeralda tem a potência de se colocar em nosso caminho para produzir esses desvios. Quando dizemos de um encontro com a clínica, dizemos desses desconcertos que nos fazem entender que fazer clínica-política é lidar com um não saber, com erros e acertos, com experimentações e apostas que se dão no encontro. Esmeralda nos ensinou isso.

Nesse dia chegamos à casa, em princípio Esmeralda não quer sair. Quando digo que é para o nosso café, ela topa.

Tínhamos um combinado com a cuidadora que depois do café eu a deixaria no Centro de Convivência, pois a cuidadora estaria em reunião. Tomamos nosso café e ficamos ali um pouco. Eu querendo conversar, forçando alguma coisa. Ela pede para ir embora, diz que eu estou demorando muito e que ela quer ir para casa.

Digo que vamos embora, mas temos um combinado de ir para o Centro de Convivência. Ela enfatiza que quer ir para casa. Explico que não posso descumprir o acordo feito com a cuidadora. Ela que já

estava bastante mal humorada e quieta, séria naquele dia, insiste que quer ir para casa.

Eu vou conversando com ela, dizendo que estou ouvindo seu pedido, entendendo o que ela quer, mas não posso atender a esse pedido.

Seguimos até o Centro de Convivência. Ela diz: aqui num é minha casa nada! Quero ir pra casa!

Entramos no Centro de Convivência e conduzo-a até uma sala onde há um grupo cantando, inclusive, sua amiga Pérola. Mas ela não queria saber. Sentou no primeiro sofá que viu. Proponho que ela sente ao lado de Pérola. Ela se recusa dizendo: tá bom aqui mesmo! Digo a ela para pedir uma música, ou cantar junto, mas ela diz que não gosta de cantar! Justo ela, que amava cantar.

Ela já estava muito brava. E eu insistia em puxar assunto. Estava me sentindo muito mal em ir embora e deixá-la ali, brava comigo. Tentei descontraí-la, explicar minha situação, mas ela ficou com o rosto sisudo e não me deu papo. Expliquei pela última vez que não poderia deixá-la em casa sozinha, mas que logo as cuidadoras viriam buscá-la. Mas não adiantava. Lembrou que eu tinha prometido levar Rosa para visitá-la e diz que Rosa “num tava ali nada”, que eu estava mentindo para ela. “Tá mentindo pra mim, quem tá aqui é Pérola, num é Rosa nada.”

Explico que levaria Rosa até a casa dela, mas que não seria naquele dia. Ela continua emburrada comigo, nem me olhava, tudo que eu falava, brigava comigo. Como última tentativa, resolvo brincar pra ver se lhe arrancava um sorriso. Mexo em sua orelha para ver se ela olhava para mim. Quando faço isso, ela se vira muito brava, tira meu cabelo da frente da minha orelha e faz a mesma coisa em minha orelha. Tomei um susto. A sensação é que ela ia me bater, puxar meu cabelo, sei lá. Foi tão assustador! Só pude pedir desculpas ali, ainda desorientada. Ao que ela respondeu: desculpa também! Desculpa também! Desculpa também!

Fiquei em choque ainda um tempo. Fui me acalmando mas tive muito medo. Medo que ela me agredisse por raiva, pelo tanto que a invadi hoje tentando puxar assunto, perguntando mil coisas, oferecendo mil coisas e ao mesmo tempo não a levando para casa quando ela queria.

É preciso ficar mais em silêncio, digo a mim mesma. Para ouvir o outro é preciso ficar em silêncio.

Depois desse evento, fico ali mais um pouco e vou embora dizendo que a cuidadora logo chegaria para buscá-la. Fiquei mal ainda um tempo. Pude falar disso no espaço de orientação e pensar também em como Esmeralda está mais livre, até em seus movimentos. Que força e que potência ela mostra. Eu nunca a tinha visto se mover daquela forma.³⁰

³⁰ Relato do Diário de campo em 16/06/2011.

É impressionante a força dos deslocamentos, desconsertos que esse encontro produz. E a partir de coisas tão simples. A intenção primeira não era acompanhar Esmeralda na Residência Terapêutica, mas com a crescente dificuldade na Longa, chegamos a pensar em desviar o objeto para as Residências Terapêuticas. Ainda sem saber muito bem onde esse caminho daria, insistimos em continuar na Longa e acrescentamos um dia de saída para conversas com Esmeralda. A idéia primeira era conversar com ela sobre esse processo de alta, de saída após tantos anos de “espera”. E aqui insistimos em lembrar sua fala que se repete “me trouxeram de tonóvel pra cá, disseram que vinham me buscar, tá demorando até demais.”

E passamos cerca de três meses saindo semanalmente. Acho que esse contato com a equipe das Residências Terapêuticas, a abertura, a recepção totalmente diferente foi oxigenando a estada na Longa. Foi ajudando a suportar o lugar de imobilidade que muitas vezes nos sentíamos colocadas. E mais uma vez o encontro com Esmeralda indica-nos que há o que fazer na Longa. Há vida no ‘lixo’.

Chegamos à cafeteria e pergunto se ela quer sentar do lado de dentro, ou fora. Ela diz que quer sentar dentro. Vamos pedir o café pergunto o que ela quer. Ela diz: um café!

Digo a ela que peça o café. Ela pede e a atendente pergunta: expresso ou carioca?

Ao que prontamente responde: café mesmo!

Esmeralda teve alta. Diferente da maioria conseguiu sair de uma internação de 27 anos. No primeiro dia que nos reencontramos, falamos sobre a pesquisa e saímos para tomar um café. Foi assim durante três meses que estivemos conversando. Nossos encontros eram quase todos num café. Esmeralda gosta muito de café. Mas não sai com qualquer pessoa, não topa facilmente qualquer programa. O que dava força para as nossas saídas era o vínculo que conseguimos estabelecer nas interpelações que o trabalho clínico fazia a ela e nos efeitos deste trabalho em nós.

Foi assim que nos reencontramos em cada café. Inicialmente prevalecia um tom queixoso, dizendo que o que ela realmente queria era ter ido para casa de seu pai.

Diz que está esperando que a busquem, que a trouxeram e disseram que buscaríamos, e está demorando muito. Repetia essas histórias, e mesmo nessas

repetições pudemos construir uma escuta para o que ali era signo de Vida, havia Vida ali. Em uma de nossas conversas ela traz mais uma vez o abandono. Chorava e em meio ao retorno dessas histórias e queixas, comparece uma fala, até então ausente, de que, contudo, está melhor que no hospital. Em nossa escuta, foi possível perceber um desvio nas enunciações até então produzidas.

A recusa de ir para a musicoterapia, única atividade que ficou mantida para ela no hospital, porque ela gostava muito, dizia de uma recusa por tudo que era de 'dentro'. Antes, parecia gostar muito, afinal cantava muito em todos os encontros. No entanto, tem dito, inclusive, que não gosta de cantar, além de se recusar a ir.

Nossos encontros para tomar café foram uma invenção de possibilidade, uma aposta num 'perder tempo' para ganhar vida. Um lugar inventado por nós e para nós. As conversas que podíamos ter ali, não aconteciam em nenhum outro lugar. Espaços outros que sinalizavam que "não é possível desconhecer esse entrecruzamento fatal do tempo com o espaço." (Foucault, 2009)

"Há, igualmente, e isso provavelmente em qualquer cultura, lugares que são delineados na própria instituição da sociedade, e que são espécies de contraposicionamentos, espécies de utopias efetivamente realizadas nas quais os posicionamentos reais, todos os outros posicionamentos reais que se podem encontrar no interior da cultura estão ao mesmo tempo representados, contestados, invertidos, espécie de lugares que estão fora de todos os lugares, embora eles sejam efetivamente localizáveis. Esses lugares, por serem absolutamente diferente de todos os posicionamentos que eles refletem e dos quais eles falam, eu os chamarei, em oposição às utopias, de heterotopias." (FOUCAULT, 2009, p. 415)

Seria possível fazer do caminho para as Residências Terapêuticas uma heterotopia?
Como garantir um fora, inclusive nas Residências terapêuticas?

3.1 E NÃO É DE PRODUZIR FORA QUE SE TRATA?

O importante não é a casa onde moramos, mas onde em nós a casa mora.

Mia Couto

A aposta clínica - ou do processo - é para fora, com saídas “para descansar o corpo”. A aposta final da desinstitucionalização é a saída do hospital. A aposta da produção de subjetividades é a do fora, das diferenças, da criação na diferença, da vida na diferença.

Na leitura delezeana de Foucault, as forças do fora são as do finito ilimitado, ou seja, as da manipulação de conjuntos finitos de elementos para combinações em número ilimitado. E isso diz respeito a qualquer conjunto finito de elementos, seja qual for a ordem: vida e materialidades. As forças do fora podem ser compreendidas como o plano das forças, do entre. (NEVES, 2002, p. 50)

Segundo a autora, o fora não é uma projeção fantasmática e imaginária, mas algo a partir do qual uma força é afetada, produzindo aberturas que não se findam, porque também não há começos, um porvir onde tudo se transforma. (idem, p.51)

A partir dessas forças do fora, nos entretempos e ‘entremomentos’ das saídas, podemos construir espaços de re-existência. Mas, essa discussão inclui a necessidade de um cuidado singular, que abranja a força dos processos coletivos na composição dos diferentes modos de ser. Este, entretanto, não pode prescindir de ambientes físicos adequados. Um quantitativo de moradores grande, espaços enormes, reaproveitamentos de antigos pavilhões e enfermarias, espaços hospitalares, que muitas vezes passaram apenas por uma pintura, mas que continuam estruturados como pavilhões ou enfermarias, se fazem inadequados.

Existe um Fora enquanto força de aberturas, mas afirmamos também o fora físico, fora dos espaços institucionais. Como nos traz Albuquerque (2006):

Outro aspecto está na descontinuidade que a instituição produz com o tempo e com o mundo. A casa, por sua inscrição no espaço urbano, na lógica da cidade, proporciona outra relação de dependência e de acesso,

ainda que não seja suficiente para a sociabilidade. (Idem, p. 96)

Inventar espaços outros se afirma como uma necessidade. Seja quando falamos em espaços subjetivos, seja quando fazemos referências a espaços físicos que privilegiem o cuidado, um cuidado qualificado, que possa acolher a singularidade.

Foucault traz uma aposta na mudança da sociedade, mas afirma que esta não se dará através de debates, discussões teóricas, mas através da criação de espaços.

Para Foucault, tais “espaços outros” seriam “localizáveis”, mas estariam fora de todas as outras espacialidades. O autor se referia ao fato de que nem o poder público nem outro ator são capazes de definir um arranjo coeso para o espaço heterotópico. (VALVERDE, 2009, p. 11)

O conceito de heterotopia foi pouco trabalhado por Foucault. Um início na introdução de “As Palavras e as Coisas” (1999) e depois, um pouco mais detidamente no texto “Espaços Outros” (2009), publicado em uma coletânea de textos do autor. Mesmo assim nos permitimos aqui usar o conceito a partir das pistas dadas e costurar com ele idéias que nos ajudem a pensar as questões que envolvem o Fora do manicômio.

É necessário a partir dessa idéia afirmar que não bastam outros lugares, mas queremos lugares inventados, heterotopias. Lugares onde a desinstitucionalização possa enfim ganhar campo, não só com os ex-moradores de um hospital, mas com a comunidade, com as pessoas com quem eles agora convivem. A heterotopia fala de um lugar real, mas construído. E essa é a aposta, de construção de lugares possíveis, diferentes do enclausuramento, que possam acolher essas diferenças, dando mais oportunidades a essas pessoas de serem mais que simplesmente “doidas”.

Convoco aqui a imagem já trazida na página 18. Um trecho do diário de campo, que nos faz pensar que a Residência Terapêutica tem podido ser uma heterotopia na vida de Esmeralda.

É ainda difícil falar, ou escrever depois dessa cena onde o corredor é um limite-passagem. Cena que merece muitas análises. Diz de uma delicadeza, de uma sutileza, de uma sensibilidade. Ficou claro para nós que a questão estava em não

entrar na Longa, mas em afirmar um desejo de encontro, afirmar uma saudade e principalmente, que há muitos modos e espaços de encontro. A força dos encontros forja um hall como invenção de espaços transmutados em sorrisos, novos modos de comunicação, abertos a produção de outros corpos e enunciados. Há também a afirmação intensiva de algumas memórias num lugar onde se viveu tantas experiências, onde se 'contou' muitas coisas, onde se viu e foi vista de muitos modos, invadindo e sendo invadida. Um lugar onde se fez laços, amizades e isso pôde ficar como memória dali. Qual a força dessas memórias 'espaço-abandono'/'espaço-construído', em Esmeralda?

Esmeralda hoje experimenta a construção de um espaço de mais vida, liberdade, privacidade. Um lugar onde é conhecida pelos vizinhos como uma senhora séria, de poucas palavras. Uma senhora que gosta de tomar café e ver televisão.

Seria esse espaço utópico para as pessoas que vivem há tantos anos internadas em hospícios? É possível pensar com Foucault que seria este um espaço heterotópico? Um espaço onde os posicionamentos hegemônicos estão colocados, contestados e invertidos, tudo ao mesmo tempo. Um espaço ainda híbrido, ainda paradoxal, pois é ao mesmo tempo residência e terapêutico, mas um espaço em construção e que certamente dá a Esmeralda novas possibilidades de lidar com as questões do abandono tão fortemente vivido em sua experiência.

4. DESDOBRAMENTOS DESSE POSSÍVEL DA CLÍNICA

Reorientar o modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil hoje é alavancar iniciativas que, há duas décadas, tentam reformar o modelo centrado na gestão das doenças mentais no interior dos manicômios, para a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde do país, sem estigmas e discriminação. (PITTA, 2001, p. 20)

Seria apenas uma limitação da doença que mantinha aquelas pessoas na Longa, como afirmam alguns? Seria apenas uma questão política, quando não se disponibiliza Serviços Residenciais Terapêuticos aos moradores? Há decerto uma tensão entre essas perguntas e os efeitos de nossa passagem pelo Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ). Mas entre os retalhos, afirmamos hoje que se trata de um trabalho clínico, mas não menos político, este que emerge tensionando e desafiando as questões da reforma psiquiátrica brasileira. Criamos um enorme impasse com a proposta do fechamento progressivo dos manicômios. As Residências Terapêuticas e os demais Serviços substitutivos andam superlotados. Mas também lidamos com pessoas que demandam uma intensividade de cuidado, o que exige trabalhadores disponíveis para tal. Chego a escutar de profissionais que os moradores de hospitais psiquiátricos são conhecidos como o lixo da Reforma Psiquiátrica, devido a seus maus prognósticos, a idade avançada e a cronificação.

Entendo que chamar de “lixo” é falar da impossibilidade de lidar com o que a prática psiquiátrica/psicológica produziu com os anos de asilamento. E especialmente com as imensas dificuldades, por parte dos profissionais, de suportar gestos, palavras e atitudes repetitivas, que parecem muitas vezes reverberar, ganhando um sentido de frustração frente ao esforço da equipe no desafio de produzir diferença. Mas muitas vezes trata-se de poder escutar e ver as diferenças nessas repetições, num exercício cotidiano de atenção e cuidado.

Podemos modular a idéia do lixo como aquilo que resta como insistência e persistência, um grito do intolerável que nos indica o que estamos fazendo, o esgotamento dos sentidos até então atribuídos e que urgem de outras laçadas, pontos de corte, bricolagens. Não enaltecemos o lixo, mas com certeza, podemos com ele inventar outras trilhas, modos, e talvez percebê-lo como índice de limite de

nossos dispositivos. Um desafio de fato. Mas que encarna quando podemos afirmar um encontro singular com a clínica despertado nesse lixo.

Deste modo, esse trabalho surge aqui como fundamental dentro do que chamamos de movimento de luta antimanicomial. Como refere Pelbart (1993), não adianta acabar com o manicômio (prédio, construção), mas precisamos combater o manicômio mental, que é o manicômio em nós. É preciso experimentar novos sentidos para esse lixo.

Impactante relato que recolhemos e trazemos aqui entendendo que ainda há uma força do “lixo” como o que não presta, ali instalada.

Hoje fiz algumas anotações de coisas que encontrei no livro de comunicação da equipe e que dizem também da dificuldade de inserção dessas pessoas nos outros dispositivos da rede de Saúde Mental. Mas que também imagino que haja na rede de saúde como um todo.

“Cirilo: o morador volta mais cedo do espaço onde tem feito oficinas terapêuticas. Somos informados de que isso ocorre, porque um dos pacientes, freqüentador do mesmo espaço, que não estava bem, xinga o morador e se apresenta agressivo.

Quando fui deixar Cirilo lá, este paciente (que já apresentou atitude semelhante há um tempo atrás, na época da Creuza) fala comigo: _ Isso é culpa sua, de vocês de lá. Trazem esse bando de bosta, esse tuberculoso, por quê?

Informo à responsável.

Relato de uma estagiária de psicologia no livro de comunicação interna da Longa

Isso fala de uma dificuldade que passa pelos técnicos, pelos usuários da rede e por todos nós que de alguma forma estamos ali. Que experimentamos de alguma forma um “nojo” – tuberculoso. São pessoas frequentemente associadas à sujeira, ao asco.

Isso também me faz pensar sobre as cenas que se montam ali. No quanto é difícil ver, estar, conviver em um espaço como aquele. Por isso esses espaços precisam ser pensados. O quanto “ser dali” estigmatiza.

Cena relatada também no livro de comunicação:

Cirilo, logo cedo, caído dentro do posto do setor. Falei com ele para levantar, ficando em pé e encaminhado ao banho todo urinado.

Relato da equipe de enfermagem³¹

³¹ Diário de campo (01/08/2011)

Junto a isso, acompanhamos inclusive a dificuldade que os serviços substitutivos e outros serviços de saúde criam para receber essas pessoas. Digo isso a partir de situações que presenciei quando tentávamos fazer os encaminhamentos dos moradores da Longa para esses serviços, pois fazia parte do trabalho de desinstitucionalização a referência de tratamento desses moradores ser no território e não no hospital³². Inclusive, podendo lembrar esse período com a coordenadora da época que iniciou esse projeto. É importante pontuar que as dificuldades perpassam as equipes dos serviços que vão receber os moradores, mas também a equipe da Longa e até os próprios moradores.

Podemos falar de um espécie de embarreiramento que era do serviço, da dificuldade em receber pacientes tão graves e crônicos, que lhes exigiria uma outra atenção. Também porque não entendiam o porquê daquele paciente ser inserido em um outro serviço, se já estava no hospital, se já tinha uma equipe que cuidava dele.

Mas tinha uma dificuldade que era da equipe da Longa. Muitas vezes sonegávamos informações, outras não estávamos tão certos de que esse tratamento externo era realmente necessário. Na primeira dificuldade – a Kombi do hospital quebrou – não levávamos ao CAPS. Esquecíamos de pegar a receita médica no CAPS e dávamos nosso jeito no próprio hospital. Íamos à emergência pedir ao médico pra mudar a medicação de alguém porque não achávamos que estava boa, sem sequer passar pelo médico que agora atendia aquele determinado paciente.

Isso indica um movimento que vamos chamar aqui de “invaginação” (PELBART, 1989, p.135). Esse movimento pra dentro, essa dificuldade de relacionar-se ou contar com o que é de fora, é que faz com que seja possível que a Longa continue sendo “lixo”. Aquilo que se quer esconder, jogar para debaixo do tapete ou até eliminar! Recorrendo à imagem da costura, podemos pensar na Longa como o avesso, o que está sempre por dentro. Falar da longa é fazer uma colcha pelo avesso, é trazer o avesso de histórias assentadas.

Segundo Pelbart (1989), essa invaginação seria uma dobra do fora, das forças, do *devoir*, que seria tudo aquilo que ainda não tem forma, o plano das forças, o intensivo. Essa invaginação, nada mais é que Fora. Mas existem alguns mecanismos que

³² Os tratamentos médicos, psicoterápicos, terapêuticos deveriam ocorrer nos CAPS e Ambulatórios.

produzem uma espécie de lacre nessa dobra, fechando essa invaginação em si mesma, obstruindo os fluxos do Fora.

Interessante pensar como Pelbart (1989) traz a imagem da loucura, a partir de expressões de uso corrente (foi para o espaço, está fora si) como uma conexão extrema com o Fora. E nessa pesquisa, percebemos que o que fixa a loucura é o enclausuramento, um conter desse Fora, mas que é tão forte que obstrui os fluxos de vida.

Localizamos nesse caso, que uma das formas de contenção o fluxo é o não tecer de redes. Muitas vezes chegamos com aquele paciente em crise na emergência e fomos tratados grosseiramente, mas muitas vezes trancamos a porta para todos os pacientes, querendo nós mesmos conter a crise de um paciente num espaço que se pretende “casa”.

Há um relevo na essencialidade da construção de rede quando nos propomos a pensar a desconstrução da lógica manicomial e, conseqüentemente dos dispositivos de longa permanência.

Ana Pitta (2001) explicita a noção de rede ao pensar a lógica substitutiva, propondo como desafio a articulação dos serviços e iniciativas que possam cuidar das demandas no território. Demandas trazidas pelas doenças ou limitações de usuário e/ou equipe e explicitando que a rede traz em si um modelo de compartilhamento de recursos, fundamental na estratégia da saúde mental, que envolve necessidades múltiplas.

Este tema das redes convoca a pensar nosso sistema de saúde de uma maneira mais geral. A Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, iniciada com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental que teve consolidada como lei uma parte de suas propostas em 2001³³, preconiza o tratamento de bases territoriais, evitando perdas de vínculos sociais, culturais e familiares. Mais notadamente no caso dos moradores institucionalizados há tantos anos, que já perderam esses vínculos, a efetivação de um apoio de uma rede consolidada é imprescindível.

³³ Lei 10.216.

Como pensar em desinstitucionalizar sem esse apoio? Como consolidar a Reforma e, portanto, a desinstitucionalização sem consolidar práticas de saúde mais integralizadas? São inúmeros os impasses com os quais vamos nos deparando durante esse processo. Seja com a própria rede de saúde mental, ou com a atenção básica e outros níveis da atenção à saúde em nosso país.

(...) entendemos que uma política pública, mais do que uma definição de um conjunto de diretrizes e ações, é uma direção de trabalho e, portanto, deve ser construída pela utilização de ferramentas conceituais e princípios orientadores. Especificamente na política pública de saúde mental, acrescentaríamos que sua coerência e potência interna dependem de ela sustentar um campo de tensão entre as proposições generalistas próprias a qualquer política e as estratégias singulares próprias à clínica com sujeitos em sofrimento. (CERQUEIRA *et al*, 2006, p. 121)

Entendemos que na manutenção desse campo de tensões, de problematizações, esteja uma chave para a desinstitucionalização. Costurar questões de diferentes texturas: proposições políticas generalistas e estratégias clínicas singulares.

As redes quentes, pensadas por Benevides de Barros e Passos (2004), discutidas anteriormente, nos possibilitam avançar no desafio desta experimentação, cujo signo que vibra é uma integração com Vida, produtora de ressonâncias.

(...) o conceito de território decerto implica o espaço, mas não consiste na delimitação objetiva de um lugar geográfico. O valor do território é existencial: ele circunscreve, para cada um, o campo do familiar e do vinculante, marca as distâncias em relação a outrem e protege do caos. É ao mesmo tempo material e afetiva. (...) O traçado territorial distribui um fora e um dentro, ora passivamente percebido como o contorno intocável da experiência (pontos de angústia, de vergonha, de inibição), ora perseguido ativamente como sua linha de fuga, portanto como zona de experiência. (ZOURABICHVILI, 2004, p.23.)

4.1 UM COSER DE TECIDOS ESBURACADOS: ESTRANGEIRANDO

A experiência da formação de buracos nos percursos e percalços da pesquisa nos aproximou ainda mais dessas vidas esburacadas pelos anos de aprisionamento em um hospital psiquiátrico.

Com elas, através delas e para além delas pudemos construir ou fazer desses ‘buracos’ “lugares de passagem” para Vida, para os devires. Na medida em que a dor da feitura de buracos ia se amenizando, as experimentações desses buracos em nós se transmutaram em lugares de passagem para Vida, a Escrita, a Pesquisa, a Profissão e o fazer clínico.

Compartilhamos da idéia de pensar o presente historicamente, nem antes e nem fora do tempo, com seus limites e possibilidades. Até porque o possível não é o que está dado e sim nossa ousadia de inventar sonhos e torná-los atuais. Isso implica arrancar a história de si mesma para dar visibilidade aos devires, para experimentar a relação com a alteridade, com o mundo, com a vida. (MACHADO; LAVRADOR, 2010, p. 123)

Segundo Deleuze e Parnet (1998), os encontros ou uma certa conversa, que podem acontecer inclusive na solidão, possibilitam devires. Algumas entrevistas, debates ou mesmo conversas nos colocam na cilada dualista, mas quando estas produzem encontros que deixam passar os devires é possível se deslocar e potencializar a vida. Como nos desembaraçarmos de um modelo de pensamento que coloca a verdade no lugar de algo dado, a ser descoberto? Como escapar do esquema pergunta-resposta que coloca a “resposta certa” no lugar da verdade, opondo falsos e verdadeiros problemas como dados a priori?

Muro branco e buraco negro³⁴. Deleuze e Guattari (2007) trazem essas imagens propondo pensar um certo modelo por onde justamente o *devir* não passa. Ao rebater no muro branco – rostidade, padrão homogêneo – aprisionamo-nos no binômio um ou outro, numa homogeneização do que é qualificado como inferior, menos, desviante.

³⁴ A esse respeito ver: DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs*, vol. 3. Ed. 34: São Paulo, 2007, p. 31-61.

Poderíamos pensar a Longa como um Buraco Negro. Um lugar que fixa pela extração das forças do *devoir*, fazendo subsumir os possíveis através de seus rebatimentos padrões no Muro Branco que poderíamos denominar de Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, em seu viés prescritivo e normalizador. Produção de Rostos encarnados numa promessa de um significante de humanidade primeira, já dada.

Explicando melhor, os autores trazem essa idéia falando da vida, das formas de vida, de desejo, de potência e escolhas. O muro seria o significante e o buraco negro a subjetivação. O muro estaria dentro do visível, do enunciável e o buraco negro do invisível. Mas um não existe sem o outro. E é por aí que afirmamos, que a Longa não existe sem a Reforma. Essa se faz no bojo da Reforma. Mas a Reforma também não existe sem a Longa, sem um olhar para a Longa, para as problematizações e impasses que ela traz.

Fazendo uso desta imagem-conceito ousamos afirmar neste trabalho que a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pela Reforma, implica entender a impossibilidade de sair do buraco negro apenas reformando-o, pintando suas paredes, mantendo-o dentro de hospitais. A longa como buraco negro requer um radical desfazer-se. Há que deixar de ser buraco negro, há que deixar de ser longa. Há que desaparecer como lógica naquilo que ela sustenta como funcionamento manicomial!

O que se faz ao asilar, prender, é limitar as possibilidades de agenciamento sugar a potência da vida, dos encontros ou pelo menos limitar suas múltiplas possibilidades. “É isso agenciar: estar no meio, sobre a linha de encontro de um mundo interior e um mundo exterior.” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 44).

É preciso criar dobras que possibilitem essa relação dentro e fora que me parece tantas vezes barrada.

E não é trivial que nesse processo de pesquisa tenhamos experimentado um certo emburacamento. Uma interiorização das questões que não conseguiam se ver coletivas, se relacionar com o fora. Um aprisionamento de uma forma rebatida num muro branco que produziu rosto, forma única, inclusive na pesquisadora.

Que força tem uma experiência de imersão em um lugar desses? Era disso que tanto queríamos dizer. E nos sentíamos gritando que um lugar como esse não pode ainda existir, mas a sensação era de que a voz já não tinha forças para sair.

Quais diferenças pediam passagem no surgimento desses mal-estares, desses intoleráveis?

4.2 PROPONDO NOVOS PONTOS

A complexidade do movimento de desinstitucionalização se faz devido às inúmeras esferas que convoca. Lidamos com a justiça, que muitas vezes demora anos para expedir uma Certidão Tardias para essas pessoas que se encontravam anos ali, sem nenhum tipo de documentação pessoal, embarreirando a retirada de benefícios como o BPC-LOAS, o que muitas vezes é o que viabiliza o projeto inicial da desinstitucionalização. São formas de um sujeito retornar a um certo espaço-tempo efetivamente perdidos dentro de um manicômio. A maioria não tem noção de qual seja a moeda corrente, afinal, não lidam com dinheiro há muitos anos, lidam com moedas de troca como cigarros ou relações sexuais que disponibilizam para conseguir o que querem.

Esses processos, modos, saberes e fazeres sobre a desinstitucionalização, tensionam a composição desse texto e nos desafiam na produção de um fazer clínico que se direciona para um fora.

Lembro-me de Pérola, umas das primeiras moradoras a conseguir o BPC-LOAS, que se referia ao dinheiro ainda como cruzeiros. Cruzeiros que dizia não serem dela. Por mais que disséssemos que era uma espécie de aposentadoria, que era dela e a ajudássemos a administrar, ela relutava. Nas idas e vindas dessas conversas, ela pôde ir se apropriando do dinheiro, falando das coisas que gostaria de comprar, escolhendo a cor dos seus sapatos ou vestidos. Gostava de tomar seu café: “aquela caneca cheia”, como dizia. E ir à padaria comer um pão com aquela carne esquisita, era como se referia ao presunto.

Passa por aí o detalhe e as delicadezas do trabalho da desinstitucionalização.

A discussão trazida por Oliveira e Passos (2007) nos ajuda a pensar sobre esse coser de um movimento que está se fazendo e não algo pronto. A Reforma Psiquiátrica, a desospitalização e a desinstitucionalização correspondem a experiências diversas, em diferentes países e regiões. É na Reforma Psiquiátrica Italiana que encontramos mais afinidade conceitual para falar de desinstitucionalização. Isso porque encontramos ali propostas de subversão do modo de funcionamento dos manicômios que subsidiaram o fim dos mesmos.

O primeiro passo da desinstitucionalização italiana foi desmontar a lógica do tratamento em saúde mental assentado na relação problema-solução, renunciando a concentrar seus esforços na busca de solução ou da cura. Rejeitar essa solução convencional possibilitou uma mudança de perspectiva que atinge o conjunto das ações e interações institucionais. Não se trata mais de estar diante de um problema dado em relação ao qual se formulam propostas e buscam-se soluções. Ao contrário, aqui se está implicado com o confronto de respostas científicas, terapêuticas, normativas e organizativas que se autolegitimaram como soluções racionais. (p. 10)

Dessa maneira, os autores seguem discutindo a Terapêutica em saúde Mental, diferenciando-a de um modelo que busque a “cura” e afirmando

como um conjunto de estratégias indiretas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. Se o foco de análise deixa de ser a doença e torna-se a existência dos pacientes e sua relação com o corpo social, a desinstitucionalização será o processo críticoprático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição. (p. 10)

Nesse fio condutor, que se foca na “existência dos pacientes e sua relação com o corpo social” queremos destacar a complexidade desse trabalho. Tratamos aqui designadamente da desinstitucionalização de pacientes crônicos, que passam/passaram por longuíssimas internações.

Sugerimos três eixos clínico-políticos como norte e que saliento como especificidades do trabalho com pacientes de longa permanência psiquiátrica. O primeiro é a **disponibilidade** para a complexidade dessa clínica, dessa atenção, desse cuidado, desse trabalho! O segundo, são as **saídas**. Mesmo ainda internados, ou depois da desospitalização, estar na cidade com essas pessoas faz uma

diferença para ela própria, no que tange ao cuidado de si. E o terceiro, seriam os **processos de ativação à produção de autonomia**.

Levantamos aqui questões, explicitadas em histórias e imagens que nos convocam a pensar uma peculiar exigência de disponibilidade para a atenção a esses usuários. Os chamamos muitas vezes “regredidos”, por terem o recurso de linguagem altamente comprometido e os que o tem um pouco menos, acabam por recorrer muito pouco à esta, afinal, durante anos não foram ouvidos e sim imersos em uma rotina de comboio, tipo: hora do banho, hora do remédio, hora da refeição. Enfim, estiveram depositados no manicômio.

Essas pessoas sofreram graves violações de direitos humanos, com choques elétricos como punição por comportamento agressivo, como agressões físicas, descaso. E hoje, estabelecer a confiança para fazer um vínculo também demanda tempo. É preciso suportar um silêncio longo, se sensibilizar com as sutilezas de uma comunicação que começa tímida depois de um grande investimento na relação e na criação de vínculo.

É dessa disponibilidade que falamos quando sugerimos como eixo clínico-político. Uma disponibilidade de tempo, disponibilidade afetiva. Um olhar minucioso para mudanças tão pequenas, mas que fazem tanta diferença. Há que se perder tempo (cronológico, linear) para abrir a possibilidade de experimentação de um outro tempo.

Lembramo-nos de nossos primeiros dias na Longa. Fomos aprendendo o nome de cada um, e numa bela manhã, chegamos e cumprimentamos Gilda dizendo: “Bom dia, Gilda!” Foi o suficiente para que ela respondesse: “Vai tomar no cu, mulher!” E ainda mais tarde nos desse um soco nas costas quando estávamos conversando na porta do quarto de um outro morador.

A estagiária que tinha mais tempo ali, e um ótimo vínculo com Gilda, começava a construir com ela outras possibilidades de se dizer o que se queria ou não. A cada atitude dessas, a estagiária marcava com Gilda a dificuldade desse tipo de reação e tentava mostrar outras formas de se dizer que estava mal humorada. Uns dois meses depois, recuperada do susto, chegamos, damos o mesmo “bom dia, Gilda!” e ela bastante brava responde: “Não é Gilda, é Vera! É Vera, mulher!”

Um trabalho imenso, longo! Durante muitos anos ninguém podia se dirigir a Gilda. A reação era sempre a agressividade. Diante disso poderíamos reagir simplesmente dizendo as pessoas para não falarem com ela. Mas nossa aposta não foi essa. Queremos ampliar as possibilidades relações sociais, as possibilidades de se estar na vida. E é assim que os eixos se costuram um ao outro.

Essa disponibilidade foi se construindo a partir das conversas, dos silêncios, mas principalmente das saídas com Gilda, esses outros modos de estar na vida!

E aqui vale realçar o encontro com a cidade. Vale marcar o efeito clínico das saídas. Falando sobre a desmontagem do Hospital do Carmo e a conseqüente mudança na relação da cidade com os antigos moradores do hospital e vice-versa, Cerqueira *et al* (2006) trazem uma importante reflexão:

Onde só havia lugar para internos, sintomas, doenças e cronificação, há hoje o reconhecimento de todos os vizinhos da cidade que ali nessas novas moradias residem novos cidadãos carmenses, com direito a voz, fala e compras; aos atropelos da vida quotidiana, aos mal-entendidos e tudo mais! (p. 125)

As autoras ainda seguem falando sobre a circulação dessas pessoas na cidade. Uma circulação que incita a criação de uma Vida para além de um diagnóstico que um dia lhes foi dado, criação de novas referências, de novos mundos. E é nesse ponto que o eixo da ativação da produção de autonomia conversa com os outros eixos. É preciso ampliar as redes de agenciamento.

O trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado precisa compor com os moradores na construção de possíveis e, no processo, interferir de modo a abrir passagem para uma outra relação de cuidado do morador consigo mesmo. Isto, inevitavelmente, implica a construção de uma outra relação, que inclui mas ultrapassa, a relação profissional-morador/morador-profissional. O desafio posto requer ao mesmo tempo inclusão e ultrapassagem do caráter relacional intersubjetivo. Passa-se no entre.

O cuidado, a partir dessa perspectiva, é co-emergente às práticas de produção do comum. O comum se constitui entre singularidades e não entre individualidades. (...) diferente das individualidades, que se caracterizam como entes independentes, que possuem uma essência que se

contrapõe ao conjunto. (SILVA E GOMES, 2008, p. 307-308)

Construir ferramentas para a vida com estes usuários para que eles desviem de uma relação de submissão (com seu sintoma, seu médico/terapeuta, sua vida) é romper com o instituído abrindo passagem para a singularização dos processos. Isto pode passar, inclusive, pelo paciente aprender a se vestir, construção de normas possíveis a partir dos dados de realidade colocados. Nesse caminho, a relação de cuidado é uma incitação à produção de autonomia.

Trata-se de agenciamentos com os processos afirmativos de vida, de singularização. O problema da autonomia coloca-nos no limiar desse cuidado, que muitas vezes nos aproxima de um cuidado pedagógico, infantil, maternal. Entretanto, trata-se como nos fala Fuganti (1990), de uma “pedagogia impiedosa com o corpo e com o espírito”, “não porque quer arruiná-los, mas, ao contrário, porque quer vê-los fortes, ousados e poderosos, deseja vê-los capazes de enfrentar qualquer acontecimento e de caminhar livre com a sabedoria alegre do riso.” (p.68). Como diferenciar no ato de acompanhamento para atravessar a rua, para se vestir, para comer, fazer higiene, etc, os agenciamentos com as linhas duras de infantilização, desqualificação e tutela.

A função da autonomia, para Guattari (2000), não é a de um simples grau de tolerância para adoçar o centralismo com uma dose de autonomia, é antes disso a de captar todos os impulsos de desejo, todas as inteligências, não para fazê-las convergir em um mesmo ponto central arborescente, mas para dispô-las em um mesmo rizoma, que atravessará todas as problemáticas sociais, tanto a nível local, quanto regional, nacional e internacional. (CAVALCANTE E FERRARO JUNIOR, 2002, p. 163)

É o fio da navalha entre o cuidado e a autonomia. O trabalho se faz mesmo sempre nesse fio. Não há respostas ou receitas, há sim escuta, reavaliação diária. Trata-se de um exercício, que requer experimentação e mutação subjetiva.

PARA NÃO TERMINAR: O AVESSE AINDA INSISTE

Sempre começamos nos perguntando sobre como concluir. Nunca sabemos o que escrever numa conclusão. A sensação é de que já dissemos tudo, esgotamos nossa capacidade de dizer e de juntar os fios dessa singular costura. Contudo também aprendemos e percebemos nos percursos e percalços da pesquisa que concluir, implica abertura para saídas múltiplas. Passa por nós a força da inconclusão como signo de que algo ainda pulsa.

Ainda são muitas as pessoas que permanecem com suas situações inconclusas, os moradores cronificados por práticas vis da psiquiatria brasileira. Presas sem terem cometido crime algum. Moradores de um hospital.

Nos dias em que concluíamos esse texto, tivemos a notícia de que a Longa no HPJ vai finalmente acabar. Experimentamos aí a força e potência da aposta na qual esse trabalho de pesquisa se construiu. O Albergue, um outro serviço de moradia intra-hospitalar do HPJ, permanece. Alguns moradores da Longa, que não vão para Residências Terapêuticas, serão transferidos para lá. Ainda que esse fechamento não signifique a saída de todos os moradores do hospital, podemos percebê-lo como índice de abertura, como uma pontinha fina de tesoura desfazendo pontos nodais que fazem insistir a longa permanência psiquiátrica, um começo de descostura.

No entanto, alguns ainda ficam. O fato é que ainda ficam. Difícil sensação de dar conta. Parece que enxugamos gelo. Um trabalho que nunca acaba. E a imagem que nos vem, diferente do tecer/coser que abre essa conversa, é a da costura da própria carne. Afinal, seria isso, a carne, que se costurou ao longo desse trabalho/acompanhamento/pesquisa?

Certamente que a carne esteve ali envolvida. Tomando socos, tapas, beliscões. Mas também ganhando abraços, sorrisos, olhares, Vida! Não se trata de fechar o parágrafo com: a vida sempre vence, é o maior disso tudo. Não! Preferimos dizer que Vida tem disso tudo e sempre vai ter. Tem a agulha que penetra a carne para dar os pontos em um corte aberto e profundo. Mas tem também a cicatrização. Os pontos que fecham o corte e secam até caírem.

De fato as palavras são fortes nesse texto. As críticas também. Mas é preciso abrir espaço aqui para uma solicitação: não há nada de ordem pessoal. Todos nós,

envolvidos nessa crítica, precisamos fazê-la retornar ao campo, ao plano do coletivo no qual ganha consistência e ressonâncias mútuas e singulares na bela tarefa de construção de comum cuja aposta radical é a desinstitucionalização efetiva da Saúde Mental de Niterói e no Brasil.

Ficam ainda muitas perguntas. No início desse trabalho falo que ele nasce de inquietações e pretende produzir não respostas, mas mais inquietações e perguntas. Trago aqui perguntas que nos fizemos inconformadas com a morte de uma moradora de uma outra instituição psiquiátrica que hoje trabalhamos: que SUS estamos construindo? Que projeto de Reforma Psiquiátrica estamos sustentando? Com que responsabilidade estamos desinstitucionalizando? Com a responsabilidade de um grupo de militantes que carrega uma reforma nas costas? Que adocece e padece em nome de um ideal, mas que não tem se indignado diante das precariedades, mas sim esticado daqui e dali para tentar cobrir os furos que a rede de saúde nos apresenta?

Como podemos nos indignar e produzir um outro SUS, uma outra Reforma? Quando teremos possibilidades de sair da labuta diária que nos esgota e poderemos trabalhar de modo a discutir cotidianamente esse novo paradigma de cuidado em Saúde Mental? Sabemos muito bem o que não queremos, mas para onde vamos com os cuidados em Saúde Mental? Precisamos de tempo e espaço para pensar nossos novos rumos e agir com responsabilidade frente a casos tão graves. Não, ainda insistimos! A longa permanência não é uma alternativa, mas qual seria? Temos tido espaço nos serviços para pensar isso?

A convivência com essas pessoas nos ensina muito, nos interpela, nos deixa sem respostas tantas vezes.

Por isso trazemos a discussão da clínica. Para acabar com a longa é preciso clínica, cuidado e afirmação de possibilidades clínicas em meio aos pacientes de longa permanência.

Nos encontros com o 'lixo', com as pedras-agulhas, esmeraldas, pérolas e margaridas, nos fizemos clínicos. Extrair a potência das Vidas que ainda insistem naquele lugar para distrair as durezas das pedras nas quais topamos. Do campo ao plano, fomos erguendo um trabalho com a força do campo, onde, estando porosos

às interpelações, somos levados do sedentarismo, dos estriamentos, às experimentações de nomadismos. Esse campo só se fez plano com gente e mundos!

Como dar força nesses espaços que insistem às forças que resistem?

Que nesse momento, mesmo sem respostas, sejamos impulsionados a outras ações clínico-políticas!

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Katia; ROCHA, Mariza. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, CFP, ano 23, n. 4, 2003.

ALBUQUERQUE, Patrícia. **Desinstitucionalização**: notas sobre um processo de trabalho. In: **CADERNOS DO IPUB**: n.22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. Vol. XII. Quadrimestral. 2006. p. 93-110.

ALVAREZ, Ariadna Patrícia. **Interfaces entre saúde e trabalho**: cartografias de uma oficina de geração de renda em Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2009. Mimeo

AMARANTE, Paulo (coord). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. G. **Protagonismo e Subjetividade**: a construção coletiva no campo da Saúde Mental. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.6 (1) p. 73-85, 2001. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232001000100006.
Acesso em: 10/09/2009.

BENEVIDES DE BARROS, Regina. **A psicologia e o Sistema Único de Saúde**: quais interfaces? In **Psicologia & Sociedade**, vol. 17(2), p.21-25, 2005.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. In **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

_____. **Clínica, política e as modulações do capitalismo**. Lugar Comum, 19/20, 2004. p. 159 -171.

_____. **A cartografia como método de pesquisa intervenção**. In: **Pistas do Método da Cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

CADERNOS DO IPUB: n.22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. Vol. XII. Quadrimestral. 2006.

CALIMAN, Luciana Vieira. **Dominando corpos, conduzindo ações**: genealogias do biopoder em Foucault. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002. Mimeo

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Trad. Maria Thereza Redig. de Carvalho. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CAVALCANTE, Ludmila Oliveira Holanda & FERRARO JUNIOR, Luiz Antônio. **Planejamento participativo**: uma estratégia política e educacional para o desenvolvimento local sustentável (relato de experiência do programa Comunidade Ativa). Educ. Soc. [online]. 2002, vol.23, n.81 [cited 2012-03-26], pp. 161-190 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002008100009>.

CERQUERIA, Paula; GAUDÊNCIO, Adriana; VIANNA, Leila; FONSECA, Luiza Petrucci; VENTURA, Cristina. **Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual**. In: **CADERNOS DO IPUB**: n.22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. Vol. XII. Quadrimestral. 2006. p. 121-127.

CUNHA, Leonardo de Santi Helena; PEIXOTO, Léo. **A Socialização de Egressos de Longa Internação Psiquiátrica a Partir de Uma Teoria Sociológica**. III Mostra de Pesquisa da Pós-graduação PUCRS, 2008. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIImostra/CienciasSociais/62044%20%20LEONARDO%20DE%20SANTI%20HELENA%20CUNHA.pdf>. Acesso em: 05/03/2012

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Trad. Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Vol.1. Trad. Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

_____. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. Trad. Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 2007.

_____. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

_____. **Kafka por uma literatura menor**. Trad. Julio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DELEUZE, G.; PARNET, C.. **DIÁLOGOS**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

EIRADO, Andre do; PASSOS, Eduardo. **A NOÇÃO DE AUTONOMIA E A DIMENSÃO DO VIRTUAL**. In: Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. **Espaços Outros**. In: **Ditos & Escritos III – Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema**. Org. Manuel Barros da Mota. Trad. Inês Aufran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 411 – 422.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Trad. Salma Tannus Muchail. 8ª ed. São Paulo : Martins Fontes, 1999.

FUGANTI, L. **A. Saúde, desejo e pensamento**. In LANCETTI, A. (org). Saúde e Loucura 2. São Paulo: Ucitec, 1990. p. 19-82.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONÇALVES, Sylvia; FAGUNDES, Paulo; Lovisi, GIOVANNI; Lima, ABELHA, Lúcia. **Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência**. Ciênc. saúde coletiva, vol.6, no.1 Rio de Janeiro 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n1/7029.pdf>
Acesso em: 05/03/2012

LAVRADOR, M. C. **Atenção Psicossocial em Saúde Mental: uma perspectiva clínico-institucional**. In: **Anais do VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição: Psicologia e Políticas Públicas**, 2006, Vitória, p. 44-48. Disponível em:
<http://www.prppg.ufes.br/ppgpsi/files/anais/Encontro%20Pr%C3%A1ticas%20Psicol%C3%B3gicas%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PSICOSSOCIAL%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>.

_____. A Psicologia e os Desafios Contemporâneos da Reforma Psiquiátrica. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; SATO, Leny. (Org.). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre, 2007. p.361-370. Disponível em: <http://www.prppg.ufes.br/ppgpsi/files/livros/A%20psicologia%20e%20os%20desafios%20contempor%C3%A2neos%20da%20reforma%20psiqui%C3%A1trica.pdf>. Acesso em: 08/04/2011.

LOURAU, René. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. UERJ, 1993.

_____. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C. **Subjetividade e Loucura: saberes e fazeres em processo**. In **Revista Vivência - Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco**. UFRN/CCHLA, nº 32, p. 79-95, 2007. Disponível em: <http://www.prppg.ufes.br/ppgpsi/artigos.html>. Acesso em 11/09/2009.

_____. *Políticas que incidem sobre a vida*. In Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 2010 n.1, p. 118-133. Disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a09.pdf> .

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119

SODRÉ, Muniz Araújo Cabral. **Por um conceito de Minoria**. In: Raquel Paiva; Alexandre Barbalho. (Org.). *Comunicação e Cultura das Minorias*. 1º ed. São Paulo: Paulus, 2005, v. 1, p. 11-14.

NEVES, Cláudia Elizabeth Abbês Baêta. **Gilles Deleuze e a Política: interferências nos modos de se estar nos verbos da vida (prelo)** In: **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulinas, 2009, p. 192-213.

_____. **Interferir entre Desejo e Capital**. Tese de Doutorado. Doutorado em Psicologia Clínica, PUC-SP. 2002. Mimeo

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo. **O Processo de Desinstitucionalização da Loucura em Serviços de Saúde Mental no Estado de Sergipe: um problema clínico-político**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2006. Mimeo

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo e PASSOS, Eduardo. **A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe**. In: Vivência (Natal). v.1, p.259 - 275, 2007.

PAIVA, Raquel; BARBALHO, Alexandre (Orgs.). Comunicação e cultura das minorias. São Paulo: Paulus, 2005. Disponível em: http://www.followscience.com/library_uploads/eea9111f70589c3d3dbcbe5896df4f23/345/por_um_conceito_de_minoria.pdf. Acessado em: 07/03/2012.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, Peter Pál. **A Nau do Tempo-Rei**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

_____. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011.

PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2012. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>

RAUTER, Cristina. **Oficinas pra quê? Uma proposta ético-estético-política para as oficinas terapêuticas**. In: AMARANTE, P. Ensaio: **Subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes; ABELHA, Lúcia. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental**. Rev. Saúde Pública v.41 n.2. São Paulo abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000200011&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 05/03/2012

ROCHA, Eduardo. **PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI**, 2001.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**, Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

SANTOS, Anna Cristina Cardoso Fontes dos. **Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras**.

2009. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2006.pdf

SILVA, Fabio Hebert da ; GOMES, Rafael da Silveira . **Cuidado, integralidade e ética**: em busca da produção do comum.. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

SILVEIRA, Luana da. **Para além de anjos, loucos ou demônios**: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia. Dissertação (Mestrado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008. MIMEO

TRINDADE, Marcelle. **Longa permanência hospitalar e os caminhos da desinstitucionalização**. Blog: Saúde Mental e Cidadania. Disponível em: <http://saudentalecidadania.blogspot.com/2010/06/longa-permanencia-hospitalareos.html>

VALVERDE, Rodrigo Ramos Hospodar Felipe. **Sobre espaço público e heterotopias**. In: Geosul, Florianópolis, v. 24, n. 48, p 7-26, jul./dez. 2009.

ZOURABICHVILI, François. **O Vocabulário de Deleuze**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br>. Acesso em: 06/02/2012.