

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL**

RAFAELA GOMES AMORIM

**AS TESSITURAS COTIDIANAS QUE COMPÕEM AS PRÁTICAS DE
CUIDADO NAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE
MENTAL E USUÁRIOS**

VITÓRIA
2014

RAFAELA GOMES AMORIM

**AS TESSITURAS COTIDIANAS QUE COMPÕEM AS PRÁTICAS DE
CUIDADO NAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE
MENTAL E USUÁRIOS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador.

VITÓRIA
2014

RAFAELA GOMES AMORIM

**AS TESSITURAS COTIDIANAS QUE COMPÕEM AS PRÁTICAS DE
CUIDADO NAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE
MENTAL E USUÁRIOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 26 de Junho de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo Orientadora

Prof^a. Dr^a. Leila Domingues Machado
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A524t Amorim, Rafaela Gomes, 1985-
As tessituras cotidianas que compõem as práticas de cuidado
nas relações entre trabalhadores da saúde mental e usuários /
Rafaela Gomes Amorim. – 2014.
154 f. : il.

Orientador: Maria Cristina Campello Lavrador.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Saúde mental. 2. Pessoal da área de saúde mental. 3.
Doenças mentais - Pacientes – Cuidados. I. Lavrador, Maria
Cristina Campello. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

AGRADECIMENTOS

Esses dois anos de mestrado foram bem intensos. O sangue percorreu quente nas veias pulsantes desta pequena militante que acredita numa sociedade sem manicômios. Fazer e escrever essa dissertação me exigiu um cuidado não só com a sobreimplicação, mas também com toda a ansiedade que tomou o meu corpo na luta e na prática dessa militância.

Nesse caminho, conheci e encontrei pessoas que foram muito importantes para a construção deste trabalho. A começar a minha orientadora Cristina que me apresentou ao Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo, o qual era desconhecido para mim. Junto com a mestranda (agora mestre) Fernanda Pinto, pudemos iniciar a nossa caminhada por esses espaços tão intensos. Ali, pude conhecer profissionais, familiares, usuários e pessoas que se sensibilizam com a saúde mental, e posso dizer que me encontrei e tive experiências das quais me lembrarei até o fim dos meus dias. E digo mais: não me afastarei desse espaço, dessa luta, desse caminho... se há destino, esse é o meu.

Os olhos brilharam e meu corpo se encantou com tanta potência na voz e nos atos desses militantes. Foram participações em fóruns, reuniões, atos contra manicômios e festas que me tocaram e fizeram pulsar o desejo pela vida e pela liberdade. Ah!! O Dia Nacional da Luta Antimanicomial e o Dia Mundial da Saúde Mental são dias de uma explosão cultural, dança e música com tanta alegria e força e mostra que sim: somos capazes de cuidar e viver fora dos muros manicomiais. Agradeço a todos vocês que me apresentaram essa potência na saúde mental e que resistem ao pensamento asilar que sonda a política, os serviços, as intervenções, a sociedade...

Pode ser estranho para muitos, mas, para mim, um agradecimento especial a um Ser que me deu muita força e que sempre cuidou de mim. Aliás, o cuidador também precisa de cuidados - e Deus sempre me acolheu e me ajudou em todos os momentos. Nos dias de enfrentamentos em espaços que se discutiam as práticas de saúde mental (seja ela para liberdade, seja ela para encarceramento), meu sangue fervia e Deus cuidou de mim, enxugou as minhas lágrimas e guardou o meu coração. Sim: Ele esteve presente em todos os momentos, nos tempos de alegria e de angústia. No Censo da Clínica Santa Isabel, no último dia, cai em prantos e questionava: como podemos tratar pessoas dessa forma? E Deus me deu muitas

forças. Além disso, todas as vezes que me sentava na frente do computador para escrever, tanto a qualificação quanto a dissertação, eu sempre pedia a Ele inspiração para fluir as palavras. Deus para mim é um porto seguro.

À minha família, uma instituição que sempre está comigo me apoiando em tudo o que faço. Sempre com sabedoria e com paciência, meu marido Douglas. Sempre amigo e companheiro todos os dias. Sempre com uma palavra sábia, com um gesto carinhoso e um olhar atencioso para mim. Obrigada, meu amor, por todas as vezes que você leu o meu trabalho e fez pontuações e intervenções importantes e ricas para ele. Obrigada porque soube me compreender quando tinha que me isolar para escrever e pensar. Obrigada pela sua compreensão nos momentos bons e ruins. Um grande companheiro sempre.

Aos meus pais Cecília e Robinson e à minha irmã Larissa, que sempre foram lindos e maravilhosos. Sempre dosaram no cuidado comigo, dando-me liberdade para escolher e seguir a vida. Neles, pude também encontrar ar para respirar, apoio nas minhas decisões e conselhos quando necessários.

Ao meu filho de quatro patas, o Bill. Mesmo quando precisava me isolar para escrever e pesquisar, este esteve deitado debaixo da cadeira em que eu me sentava na frente do computador. Um grande companheiro e amigo fiel em todos os momentos para sempre. Aliás, nesse exato momento, eu estou no sofá e ele se encontra deitado ao meu lado enquanto escrevo os agradecimentos.

Aos docentes que me ensinaram a filosofia, a prática e a sensibilidade de uma escrita. A aposta da minha orientadora, doutora e professora Cristina Lavrador e suas sugestões, seus toques, suas falas, suas pontuações que foram essenciais para a construção desse trabalho. À banca da qualificação com as doutoras e professoras Beth Barros, Leila Domingues e o doutor e professor Túlio Franco que trouxeram questionamentos e falas importantes também para o enriquecimento da dissertação. E à futura banca de defesa da dissertação, com a participação do professor e doutor Silvio Yasui, que lerão esse trabalho e trarão pontuações importantes também.

Aos companheiros de orientação do mestrado Fernanda, Anselmo, Daniel, Flávia, Mário e tantos outros - pudemos juntos trocar angústias, informações, afetos, leituras dos nossos trabalhos e muitos apoios.

Aos amigos do mestrado do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional da UFES: vocês foram e são demais. Sem palavras. Torço por cada um de vocês sempre e espero não perder o contato com vocês. São lindos e maravilhosos e, em especial a turma 06, que mostramos que é possível fazer um mestrado coletivo, apoiar uns aos outros e respirar juntos. Obrigada por todas as palavras, encontros, comemorações, viagens - por tudo, meus amigos.

Aos meus grandes amigos e irmãos para toda a vida, juntando os agregados que também são lindos: Marianne, Juliana, Iris, Lucas e Maik, vocês são maravilhosos e amo muito vocês. Obrigada pela força, pela compreensão e por acreditarem em mim. Por todas as vezes que vocês me emprestaram o ombro, o ouvido, a atenção quando precisava e falava sem parar. Quando não conseguia separar os sentimentos em mim da militância, da escrita e da vida, vocês ouviram atentamente, me acolheram. Sempre cuidadosos comigo.

Aos movimentos sociais, Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial e Movimento Cidadão em Defesa das Políticas Sociais e dos Direitos Humanos, espaços de acolhimento e de enfrentamento. E às amizades construídas nesses espaços: Camila Mariani, Euzilene, Niceia, Andrea Romanholi, Charles, Graça e tantos outros.

E às pessoas que me permitiram conversar para analisar e escrever a dissertação - os nove profissionais. A conversa foi riquíssima e digo que eu aprendi demais com vocês. Um agradecimento especial a vocês que abriram um espaço do dia para um bom encontro.

Agradecimento também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento da pesquisa.

Todos vocês foram importantes para compor a dissertação. Aprendi e continuo aprendendo cotidianamente com todos vocês.

Por fim, aos que lerão a dissertação: desejo uma boa leitura e um bom encontro. Que ela possa contribuir no conhecimento e nas ações de vocês, seja para a crítica, seja para o apoio. Que possamos (re)pensar nossas práticas de cuidado cotidianas.

RESUMO

Para pesquisar sobre as produções de cuidado pelos trabalhadores da saúde mental na relação cotidiana do trabalho e com os usuários, utilizou-se como ferramentas metodológicas: a cartografia - por considerar os processos descritivos de 'uma vida' e as multiplicidades que atravessam os sujeitos - e as narrativas propostas por Walter Benjamin, como forma de contar histórias sobre estes processos que se compõem na produção de cuidado. A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi marcada pela crítica aos modos asilares, que eram/são adoecedores e negam os desejos e os direitos das pessoas que passam pela experiência da loucura, internadas ou não. Com o olhar crítico a esse modelo hospitalocêntrico, vários atores antimanicomiais protagonizaram a criação de dispositivos que transversalizam essa forma de cuidado. O cuidado em saúde mental passou por diversas transformações como mostra Foucault (1982), principalmente com a entrada do saber científico que se apropriou do conhecimento e do controle dos corpos para lidar com a loucura, o que proporcionou o isolamento dos loucos. E, hoje, com a Reforma Psiquiátrica, temos o desafio de continuar o movimento de desinstitucionalização das práticas, dos saberes e dos manicômios mentais, que perpassam as relações de trabalho de cuidado por meio de capturas, sensíveis ou não, e que se presentificam nos corpos, nas falas e nas ações. Dessa forma, faz-se necessário que esses processos de rupturas ao modo manicomial se iniciem em nós, para que a produção de subjetividades e novos modos de existência do outro se expandam em suas (re)invenções. Por isso, o trabalho se cria a todo instante, não tendo um modelo único de cuidar na saúde mental. No entanto, é importante salientar que a intervenção seja pautada numa ética estética-política e na produção de autonomia dos sujeitos, para que o trabalho não seja tutelador, mas que permita as afirmações dos desejos dos usuários. As equipes multiprofissionais e transdisciplinares fazem toda a diferença no acolhimento, no acompanhamento e nas intervenções com os usuários, os familiares e os próprios trabalhadores da saúde mental. Como uma forma de dispositivo de trabalho para produzir cuidado, a arte e a cultura são vistas como transformadores dos modos de existência, bem como o lazer e a ocupação dos territórios e da comunidade em que os usuários estão inseridos.

Palavras-chave: Produção de cuidado. Trabalhador. Saúde mental.

ABSTRACT

To research about the care production for the mental health workers on the day by day relationship of the work and with the users, it was used as methodological tools: the cartography - by considering the describing processes from 'one life' and the multiplicity that goes through the subject - and the narratives proposed for Walter Benjamin, as the way to tell stories about these processes that compose themselves on the care production. The Psychiatric Reform on Brazil was marked by criticism to the asylums modes, that were/are sicken and deny the desires and rights of the people that pass for the madness experience, interned or not. With the critic sight to this hospitalocentric model, many anti-asylum actors staged the creation of dispositives that traverse this way of care. The care on mental health passed by many transformations as Foucault (1982) shows, mainly with the rise of scientific knowledge, that appropriated the knowledge and the control of the bodies to deal with madness, what provided the crazy isolation. And, today, with the Psychiatric Reform, we have the challenge to continue the movement for deinstitutionalization of practices, knowledges and mental asylums, that cross the care work relations by means of captures, sensitive or not, that presentify themselves on the bodies, words and actions. Thus, it's necessary that these processes of ruptures to the asylum mode start in us, so that the subjectivity production and new modes of existence of the others expand in their (re)inventions. That's why the work creates itself all the time, and don't have a only model to care on mental health. However, it's important to note that the intervention must be guided on a ethic aesthetic-political and on the autonomy production of the subjects, so that the work don't be tutelary, but permits the statement of user's desires. The multiprofessional and transdisciplinary teams make all the difference on reception, on accompaniment and on the interventions with the users, the family and the mental health workers themselves. As a way of work device to produce care, the art and culture are seem as transformers of the modes of existence, as well as the leisure and the occupation of territory and of community wherein the users are inserted.

Keywords: Care production. Worker. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Nos muros da Clínica Santa Isabel, escreve-se: “Por uma sociedade sem manicômios”.....	13
Figura 2	Flores: produção de encontros entre a arte e a saúde mental.....	17
Figura 3	As vozes ecoam os desejos por um cuidado em liberdade.....	29
Figura 4	As alegorias também esbanjam saúde mental na Praça Costa Pereira.....	50
Figura 5	Olhares curiosos e escutas atenciosas.....	59
Figura 6	No batuque, uma canção. No som, um cuidado.....	66
Figura 7	O direito de viver e de expressar a arte.....	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APEES	Arquivo Público do Estado do Espírito Santo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Calpsi/Ufes	Centro Acadêmico Livre de Psicologia da Ufes
CAPAAC	Centro de Atendimento Psiquiátrico Doutor Aristides A Campos
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CPF	Certidão de Pessoa Física
CRP 16	Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
ES	Espírito Santo
IAPI	Instituto de Aposentados e Pensionistas da Indústria
MG	Minas Gerais
MPES	Ministério Público do Estado do Espírito Santo
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
Naps	Núcleos de Atenção Psicossocial
Oscip	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RJ	Rio de Janeiro

Sesa	Secretaria de Estado da Saúde
SindPsi ES	Sindicato de Psicologia do Estado do Espírito Santo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Ufes	Universidade Federal do Espírito Santo
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	14
1	EXPERIMENTAÇÕES: CONTATOS COM A SAÚDE MENTAL.....	18
1.1	ANDANÇAS E ENCONTROS COM A LOUCURA.....	18
1.2	AOS NOSSOS PASSOS, CIRCULAMOS PELA CIDADE E CRIAMOS OUTRAS POSSIBILIDADES NA VIDA.....	25
2	O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E ALGUMAS REPERCUSSÕES.....	30
2.1	UMA BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL: HOSPÍCIOS DE LOUCOS A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	30
2.2	DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À POSSÍVEL DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA INTERVENÇÃO NA CLÍNICA DE REPOUSO SANTA ISABEL.....	40
3	DO OLHAR POR ENTRE GRADES AO DESEJO EM LIBERDADE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO(S) CUIDADO(S) COM A LOUCURA.....	51
4	A PESCADORA EM “NÓS”: CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA.....	60
5	MODOS DE CUIDADOS COM A LOUCURA: ANÁLISES E DISCUSSÕES.	67
5.1	CUIDADO(S): UMA CONVERSA COM OS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL.....	67
5.2	PUXADA DE REDE: OS PROCESSOS DE CUIDADO COTIDIANOS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL.....	94
5.3	O ENCONTRO COM AS ARTES: NOVOS OLHARES E NOVOS MODOS DE VIDA.....	118
5.4	DENTRO E FORA DOS MUROS DOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS MANICÔMIOS MENTAIS.....	130
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
	REFERÊNCIAS.....	146
	APÊNDICE A - Apresentação da dissertação.....	151

Figura 1 - Nos muros da Clínica Santa Isabel, escreve-se: “Por uma sociedade sem manicômios”.



Fotógrafo: Andre Alves (15 de Junho de 2013 - Segundo Ato contra a Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim-ES).

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objetivo pesquisar como os trabalhadores da saúde mental pensam e sentem o relacionamento com a Política de Saúde Mental, a partir de suas práticas de saúde e de cuidado cotidianas. Para tanto, pretende-se fazer num primeiro momento um levantamento histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e realizar uma análise de como este movimento afeta/afetou as relações de trabalho e as práticas de saúde e de cuidado. Depois, propõe-se realizar uma escuta com os profissionais da área da saúde mental para saber o que eles sentem ou pensam sobre o trabalho que desenvolvem, bem como saber o que tem sido feito no cotidiano, quais os desafios e as criações - e, por fim, analisar a relação entre trabalhadores e usuários, pensando nas práticas de saúde e de cuidado.

Ao falar sobre esse relacionamento do trabalhador com a Política de Saúde Mental, podemos nos deparar com questões que atravessam a construção dessa política e o envolvimento nela. Falo aqui dos movimentos sociais que, muitas vezes, foram e são fundamentais para a constituição dos modos de fazer saúde mental.

Os efeitos desses movimentos, muitas vezes, presentificam-se nas relações de trabalho, sendo apimentados pelo desejo de militância. Isso perpassa em determinadas práticas e falas de alguns trabalhadores da saúde mental, que levantam essa bandeira com muita potência. Além disso, essa luta também se alia nas redes e nos vários serviços, como assistência social, educação e outros, que também contribuem para o seu fortalecimento. É importante salientar que essas alianças foram afirmadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que se pautou numa discussão intersetorial.

A saúde mental é um assunto que me toca. É aquilo que me dá um brilho nos olhos. É aquilo que me movimenta para a luta. É aquilo que exala de mim um cheiro de sedução. É um jogo de desejo que me tira o fôlego. Se há um bom vício, digo que a loucura tem sido assim. No capítulo “**Experimentações: contatos com a saúde mental**”, falarei sobre esses encontros com a saúde mental e como isso tem me afetado. Também escreverei nesse capítulo uma experiência vivenciada por estagiários e extensionistas do Programa Hecciedades sobre a relação de cuidado e fortalecimento de autonomia. De forma sucinta, direi um pouco sobre um simples exemplo de cuidado que afirma o outro como protagonista de sua história. Foi um trabalho que se desenvolveu a partir de construções coletivas que se

comprometeram com a vida e que apostaram também nas muitas possibilidades de mudanças nos modos de existências.

Esse assunto é cheio de vida. São conquistas e desafios. E, como uma boa história, o capítulo **“O contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e algumas repercussões”** tratará sobre como foi/tem sido esse processo de luta no nosso país. Da batalha pela desinstitucionalização, foram vários caminhos percorridos. Foram muitas violações de direitos sociais e humanos. Foram muitos “nãos”. Não à vida! Não à saúde! Não ao cuidado! Porém, mesmo cercado com tantas negativas, há uma leve respiração ofegante e uma pulsação baixa, que surge nesse meio. Há uma vida. E ela tem sido cada vez mais cuidada. Vemos muitos avanços nas práticas de cuidado e nos serviços em saúde mental com a Reforma Psiquiátrica. Há um destaque nesse capítulo para a história de uma possível desinstitucionalização da Clínica de Repouso Santa Isabel. Um símbolo do manicômio no Espírito Santo, uma luz no fim do túnel e uma questão: seria esse o caminho para o fechamento de suas portas?

Cuidado: uma palavra que possui um longo percurso na loucura. Da tutela à liberdade, o cuidado se transforma cotidianamente com suas múltiplas faces. E, por isso, discutirei no capítulo **“Do olhar por entre grades ao desejo em liberdade: uma construção histórica do(s) cuidado(s) com a loucura”** sobre o que chamamos de cuidado. O poder dos corpos do outro e uma possível sentença de liberdade são questões que perpassam nesse processo de desinstitucionalização que nos encontramos atualmente e que caminham ao lado do cuidado.

Para escrever essa história, precisarei de algumas ferramentas. E, no capítulo **“A pescadora em “nós”: construção da metodologia”**, contarei sobre elas. Nas mãos, um caderno, um lápis, uma escrita, uma análise, com os sentidos humanos e inumanos aguçados e sensíveis para dar visibilidade às potências. Assim como um pescador que ao voltar do mar traz consigo inúmeros contos, eu procurarei a pescadora em "nós", uma contadora de histórias que narrará sobre os movimentos e processos criativos que passam no trabalho, nos trabalhadores...

Para entender a prática desse cuidado atual, convocarei a pescadora em "nós" para conversamos junto com os trabalhadores no capítulo **“Modos de cuidados com a loucura: análises e discussões”** sobre esse trabalho manual, sensível e criativo no dia a dia do trabalho. Para isso, exige-se um exercício que não

é fácil para não cair nas extremidades durante o caminhar dessa corda fina. A prática do cuidado convida a delicadeza e a sensibilidade com o outro e consigo para dar vozes aos espaços de criação potente e com vida. Porém, esse processo de desinstitucionalização e as práticas de cuidado esbarram em um pensamento manicomial. São marcas que estão em nossos corpos e curá-las são os nossos maiores desafios. As muralhas mentais são mais duras que as físicas. E, muitas vezes, elas se encontram em nós, nos serviços de saúde mental e na sociedade.

Por fim, para dar vida a esse trabalho e aos seus processos, disponho-me a afinar as escritas, aguçar os ouvidos, contar histórias e ouvir histórias...

Figura 2 - Flores: produção de encontros entre a arte e a saúde mental.



Fotógrafo: Rafaela Amorim (18 de Maio de 2013 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial que ocorreu na Praia de Camburi, Vitória-ES).

1. EXPERIMENTAÇÕES: CONTATOS COM A SAÚDE MENTAL

1.1 Andanças e encontros com a loucura

"O nosso som é o som da liberdade. A nossa voz ecoa nessa cidade. Se o manicômio é amargo como fel. Vamos fechar a Santa Isabel." ¹

Falar sobre as minhas andanças com a loucura é falar sobre as marcas que estão em meu corpo. Essas marcas fazem pulsar em mim um desejo² de luta pela liberdade³. É a voz que grita em mim por uma sociedade sem manicômios. O exercício da escrita é um modo de expressar essas marcas. Segundo Rolnik (1993), a escrita é conduzida pelas marcas e pode-se afirmar que são elas que escrevem. Escrever traz notícias das marcas e podem ampliar a escuta e suas reverberações.

Quando olho para essas marcas, percebo uma mistura de lutas, conversas, alegrias, tristezas, insatisfações, desejos e potências. É essa mistura que vai compondo essa escrita e dando visibilidade a essas andanças e esses encontros com a loucura.

¹ Ato realizado, no dia 25 de agosto de 2012, por várias instituições contra a Clínica Santa Isabel, com características asilares, que se localiza em Cachoeiro Itapemirim-ES. Estiveram presentes o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, o Conselho Regional de Psicologia (CRP-16), o Sindicato de Psicologia do Espírito Santo (SindPsi-ES), o Centro Acadêmico Livre de Psicologia da Ufes (Calpsi/Ufes) e os estudantes e professores do curso de psicologia de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Esse cântico foi criado pelos estudantes do Calpsi/Ufes, assim como: "*Vem, vem, vem pra luta vem. Sem Manicômio!*" e "*Vieram os homens de jaleco e me trancaram nesse inferno. E o louco o que é que diz: Quanto vale a minha vida?*", que estarão no início dos capítulos 3 e 4.1.

² Pode-se dizer que desejo "sempre foi, para mim, se procuro o termo abstrato que corresponde a desejo, diria: é construtivismo. Desejar é construir um agenciamento, construir um conjunto, conjunto de uma saia, de um raio de sol..." (DELEUZE, 1988, p. 18-19). E "todo agenciamento implica estilos de enunciação. Implica territórios, cada um com seu território, há territórios. Mesmo numa sala, escolhemos um território. Entro numa sala que não conheço, procuro o território, lugar onde me sentirei melhor. E há processos que devemos chamar de desterritorialização, o modo como saímos do território. Um agenciamento tem quatro dimensões: estados de coisas, enunciações, territórios, movimentos de desterritorialização. E é aí que o desejo corre..." (DELEUZE, 1988, p. 22).

³ O que se pensa sobre liberdade: "A sophrosome, o estado que se tende a alcançar pelo exercício do domínio e pelo comedimento na prática dos prazeres é caracterizada como uma liberdade. Embora seja tão importante governar desejos e prazeres, e apesar do uso que se faz deles constituir um alvo moral de tal preço, não é para conservar ou reencontrar uma inocência de origem; não é, em geral - salvo, evidentemente, na tradição pitagórica - para conservar a pureza; é para ser livre e poder permanecê-lo" (FOUCAULT, 1985, p. 73).

E nesse trabalho trago uma breve escrita desses momentos. Falo aqui das minhas implicações.

Tudo se inicia com a participação como extensionista no Programa 'Hecceidades Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental'⁴, vinculado ao Projeto de Extensão do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Era um trabalho realizado nas primeiras Residências Terapêuticas no Espírito Santo.

Esse projeto era composto por vários estudantes do curso de Psicologia e realizávamos um acompanhamento terapêutico ampliado com os moradores dessas casas, além de trabalhar com a comunidade outros modos de pensar a loucura.

Essas Residências Terapêuticas⁵ visam romper com o aprisionamento dos loucos nos asilos psiquiátricos e permitir a garantia de assistência na reabilitação psicossocial das pessoas que estão na longa internação hospitalar. Elas também devem permitir a construção progressiva da autonomia do cotidiano delas e ampliar a inserção social, bem como respeitar e (re)afirmar os seus direitos sociais enquanto cidadãos.

Entre idas e vindas a Cariacica-ES, onde foram abertas as primeiras Residências Terapêuticas⁶ em 2004, nós, grupo Hecceidades, construímos juntos com os moradores novas histórias e possibilidades de estar na vida. Dos passeios simples, como ir à praia ou conhecer o shopping, os moradores iam transformando a vida prisioneira em uma vida de liberdade. Aos poucos, eles também se afirmavam nos espaços daquela comunidade através das andanças pelo bairro, das idas à padaria para tomar um café e dos passeios pela praça. Com isso, aos poucos, aquilo que era estranho ia se dissipando entre as conversas e contatos com outros

⁴ Projeto coordenado pela professora e doutora Maria Cristina Campello Lavrador da Ufes. O Projeto de Extensão Hecceidades atuou nas duas primeiras Residências Terapêuticas do Espírito Santo, em 2004, uma feminina e outra masculina, com oito moradores em cada Casa.

⁵ As Residências Terapêuticas foram instituídas a partir da portaria/GM nº 106 - 11/02/2000, que define como deve ser estruturado esse serviço.

⁶ Em 2004, foram inauguradas no Espírito Santo duas Residências Terapêuticas, uma feminina e outra masculina. Logo depois, foram inaugurados mais três dispositivos-casas. Essas cinco Residências se localizam e permanecem atualmente no município de Cariacica-ES. Esses primeiros dispositivos foram coordenados por uma funcionária do Antigo Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho. Em 2012, foram abertas mais dez Residências Terapêuticas que estão distribuídas pela região da Grande Vitória-ES (Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra). É importante salientar que este serviço está sendo administrado por uma Oscip (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) denominada "Invisa". Esta Oscip foi contratada pela Secretaria Estadual de Saúde do ES a partir de uma licitação pública.

moradores do bairro. Daí, novos olhares eram construídos nessa relação: moradores dos dispositivos-casas⁷ e comunidade.

Escrever sobre esses encontros nas casas é dar visibilidade a vários momentos potencializadores (e outros não), mas que foram/tem sido importantes na composição desse corpo. Digo que sou atravessada por várias coisas e as afetações dessas experiências foram/são fortes e se atualizam na minha vida e nos meus desejos.

A todo instante, nós questionávamos o nosso trabalho e os princípios desses dispositivos-casa. Sentíamos que o pensamento asilar na equipe profissional sondava o serviço e isso se esbarrava num dos seus principais objetivos, a afirmação da autonomia dos moradores. Estávamos nesse campo de forças e, diariamente, tentávamos provocar a ruptura dessas práticas, que interferiam no processo de desinstitucionalização em nós e no outro.

Todos nós podemos cair nessas armadilhas asilares, por isso, precisamos problematizar como tem sido o desejo e a luta em nossa vida nesse processo. Para Lavrador e Machado (2002), a partir do momento em que afirmamos a indissociabilidade entre luta e desejo - os quais são atravessados por várias questões, multiplicidades - colocamos em cena o combate em relação à vontade de verdade e à vontade absoluta que persiste em nos visitar e que, muitas vezes, não conseguimos negar. Quando colocamos em análise como tem sido esse desejo e essa luta, podemos refletir nas questões que perpassam nesses anseios manicomialis, que podem nos seduzir e ser compactuados nas práticas, nas falas, nos olhares e nas posturas. A partir disso, talvez, esses pensamentos podem ser desconstruídos e afirmados na potência da vida.

Essa situação provocava em nós um sentimento de receio. Receio de que os princípios das Residências Terapêuticas não se efetivassem, já que elas estavam sendo contaminadas pelo movimento asilar. Estávamos presenciando a transformação delas em mini-hospitais. E questionávamos: como evitar isso?

⁷ Segundo Lavrador (2006), o dispositivo-casa pode “ser uma das possibilidades de afirmar outros modos de vida” (2006, p. 167). Para ela, a casa pode “funcionar como dispositivos, ou melhor, como disparadores de interferências, visíveis ou invisíveis, nos modos de vida de seus habitantes, dos cuidadores, dos vizinhos, do bairro, da comunidade e da cidade” (2006, p. 168). Além disso, Lavrador (2006) afirma que a casa não se remete somente a um lugar concreto e espacial, mas também num “plano de consistência singular, provisório, parcial, sensível às intensidades que pedem passagem e a produção de novos sentidos” (2006, p. 169).

(...) na luta dos contrários, o novo que surge não elimina o velho de forma absoluta. O novo significa um novo objeto, uma nova qualidade, mas o novo possui muitos elementos do antigo, os elementos que são considerados positivos na estrutura do novo e que, de acordo com as circunstâncias onde se desenvolverá o novo, continuam existindo neste (TRIVIÑOS, 1987, p.72, apud GRUNPETER; COSTA; MUSTAFÁ, 2007, p. 516).

Algumas posturas rígidas e endurecidas denunciavam um modo de funcionamento manicomial nesses dispositivos-casas, como, por exemplo, a construção das regras da Casa, que deveria ser realizada junto com os moradores, respeitando as suas singularidades. Porém, elas eram impostas e carregadas de valores moralistas por alguns profissionais envolvidos nesse serviço.

No entanto, havia um movimento de afirmação da vida, no qual as linhas de fuga⁸ encontravam espaços nesses tensionamentos e criavam novas formas de gerir a Casa, resistindo ao ideal dos bons-costumes num lar aos quais eles deveriam se enquadrar. “Cada vez mais, tanto os moradores como as cuidadoras, se sentem potentes para reivindicar mudanças no modo de funcionamento das Casas” (LAVRADOR, 2006, p. 175). E percebíamos que estávamos diante de sujeitos ativos. Sujeitos capazes de dizerem o que queriam, gostavam e pensavam. Apesar das tentativas de podas, a vida emergia com muita intensidade e questionamentos por parte deles. E isso era potente. Mas, entrávamos em outro embate, quem se responsabiliza pela vida deste louco? O louco ou o outro? Falo isso porque pairava um sentimento de medo e de insegurança caso acontecesse algo de ruim com esses ‘loucos sujeitos de direito’. Havia uma produção de responsabilização moralista pela vida deles, que gerava um ‘medo da fuga’ - mas eles estariam fugindo do que, de quem?

Quando era dito aos moradores que não poderiam sair sozinhos, havia o medo de que eles fugissem e, talvez, quisessem mesmo traçar linhas de fuga

⁸ Linha de fuga "é uma desterritorialização. Os franceses não sabem bem o que é isso. É claro que eles fogem como todo mundo, mas eles pensam que fugir é sair do mundo, místico ou arte, ou então alguma coisa covarde, porque se escapa dos engajamentos e das responsabilidades. Fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É também fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vazar como se fura um cano. (...) Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia. Só se descobre mundos através de uma longa fuga quebrada. A literatura angloamericana apresenta continuamente rupturas, personagens que criam sua linha de fuga, que criam por linha de fuga (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 30).

nômades. Esse medo contribuía para o aprisionamento deles nas Casas e, com isso, reproduzia o sistema manicomial no cotidiano. Então questionávamos: o que seria essa fuga, se há a 'liberdade' deles? Fugir de que, de quem e/ou para onde? Ou seja: o que estamos chamando de liberdade e de construção de autonomia nesse dispositivo, se a vontade de explorar os territórios é tolhida?

Sobre prisões, também há vida. Além dos questionamentos, algumas situações iam provocando rompimentos nesses endurecimentos. Das amarras asilares, atitudes de liberdade. Com uma boa prosa, os moradores iam construindo novos laços de amizade, sejam com a vizinhança, sejam conosco, sejam com os profissionais, sejam com outros.

Dessas amizades, novos convites. Convites para ir a festas da comunidade, para ir à igreja, para ir às casas, para conversas, para ir aos bares e outros. Portanto, o nó que segurava a liberdade deles aos poucos se afrouxava nessas relações.

E esse gostinho doce da liberdade ia se fortalecendo.

Trago aqui também as muitas comemorações, como aniversários, natal, ano novo, páscoa, festas juninas. Muita comida, muita farra, muita alegria, mas muita potência. Isso é vida, sendo simples e delicada, mas de grande desejo. Os moradores são vivos, ativos, protagonistas.

Dando uma pausa nas Residências, escrevo agora sobre o Projeto de Pesquisa Loucuras⁹, também vinculado à Ufes. Esse projeto se propõe estudar a história da loucura no Espírito Santo desde o período da Proclamação da República e, a partir disso, analisar quais foram as 'políticas de saúde mental' realizadas pelo Estado e como a loucura era tratada.

Olhar como se deram essas questões e esse processo na saúde mental permite entender como este assunto sempre foi lidado com bastante dificuldade e precariedade. Apesar das grandes vitórias no cenário estadual, como a criação das Residências Terapêuticas e a saída dos 'moradores' da longa permanência do Hospital Adauto Botelho, o tema saúde mental sempre foi tratado com muita indiferença e desrespeito pelo Estado.

⁹ Projeto coordenado pela professora e doutora Luciana Caliman da Ufes e pelo professor e doutor Alexander Jabert da UFS (Universidade Federal de Sergipe).

Nós, projeto Loucuras, realizamos um levantamento de textos históricos sobre temas como polícia e saúde pública do nosso Estado, que dão maior visibilidade a questões da saúde mental. Foram muitas visitas ao Arquivo Público do Estado do Espírito Santo (APEES) e muitos acessos ao site dessa instituição para ler as mensagens do Governo do Estado do Espírito Santo. Nessas idas ao APEES, voltávamos ao passado quando mergulhávamos nos documentos e nos microfilmes dos principais jornais do Estado durante a Primeira República do Brasil.

Para não entrar em detalhes do projeto Loucuras, pontuo aqui algumas situações que foram encontradas durante a pesquisa: a loucura era tratada como caso de polícia e os julgamentos do que seria loucura naquele período eram bastante confusos. Em muitos materiais encontrados, o louco era relacionado à ordem pública e, portanto, deveria ser preso em delegacias. Manter a ordem pública, principalmente desses loucos, era um dos deveres da polícia.

No período de 1889 a 1898, o Hospital Santa Casa de Misericórdia tinha um Asilo de Alienados que era para enclausuramento de pessoas tidas loucas. Com o fechamento, essas pessoas eram encaminhadas para cadeias e quartéis da capital Vitória-ES e demais cidades. Alguns eram encaminhados ao Asilo Nacional de Alienados que se localizava no Rio de Janeiro-RJ. O Espírito Santo deveria enviar uma quantia de dinheiro para auxiliar no custo dos gastos dessas pessoas, enquanto o Asilo deveria comunicar ao Espírito Santo sobre a situação do paciente. Mas, muitas vezes, não era isso que acontecia. Geralmente, as pessoas que iam para ao Asilo Nacional de Alienados ficavam por lá esquecidas e, por fim, morriam. Poucos retornavam para o seu local de origem.

Ao ler os documentos e jornais, vimos que o tratamento era basicamente voltado aos cuidados médicos e à internação. Enclausurar aquele que incomoda era comum, fácil - e, muitas vezes, isso se atualiza fortemente em algumas práticas e falas. Com a Reforma Psiquiátrica, começou-se a reivindicar um cuidado para além da internação e do uso medicamentoso. Lutou-se pela criação de outros dispositivos que afirmem a vida.

Quando olho para essas histórias, sinto uma angústia da/na atualidade. Esse confronto incomoda. Digamos o 'retorno do recalcado'. Podem-se passar os anos, mas as histórias se atualizam e, às vezes, com outros atores.

Apesar das lutas e discussões sobre essa prática de cuidado, há ainda insistência sobre uma 'eficácia' dessas internações. E esse discurso tem ganhado força, principalmente sobre os usuários de drogas, que estão sendo assujeitados a internações compulsórias. Por isso, lutamos. Gritamos por liberdade. Exigimos por cuidados com dignidade. E consideramos que trancar não é cuidar.

Nessa força de luta, costuramos e fortalecemos as alianças. Digamos que esses são movimentos que se aliam com o compromisso ético pelo cuidado em saúde mental. E escrevo aqui um movimento que me chama atenção, do qual tenho participado e me envolvido. Falo do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo¹⁰.

Em defesa da saúde mental, nós nos encontramos para discutir várias questões que perpassam o tema. Os encontros têm sido sempre recheados de força e de potência. No entanto, é importante dizer que o Núcleo apresenta as suas fragilidades. Sejam elas na comunicação, sejam elas na participação das pessoas, sejam elas na luta, enfim. Porém, posso afirmar que os militantes são muitos e eles estão em muitos espaços. Há militância no trabalho, nas universidades, nas famílias, nos serviços e nas conversas. Há um coletivo que compartilha um desejo de luta e de respeito pelos direitos na saúde mental, que não necessariamente compõem fisicamente esse Núcleo.

E quando falo em militância, trago para a discussão a questão do cuidado. Cuidado que está para além dos aprisionamentos, da tutela. Um cuidado que pode ser afirmador da vida e que pode permitir outros modos de estar nela. Isso é o que me move. Vivenciar isso me provoca arrepios. Brilham os meus olhos. Flui desejo.

Daí a proposta dessa pesquisa, em que poderei falar dessas marcas que estão no meu corpo e no campo social. Trabalhadores da saúde mental, como tem sido esse cuidado? Fica um convite a eles e a nós para conversarmos sobre isso.

¹⁰ O Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial é uma organização que não consta um respaldo jurídico. Não há uma lei que o institui como um Núcleo, direcionando funções e regras. Não existe uma hierarquia organizacional. No entanto, isso não impede que o Núcleo se posicione aos assuntos referentes à saúde mental e que seja respeitada como tal. Os encontros são mensais, não há um local fixo. Ele é aberto e é formado por trabalhadores, usuários, familiares, gestores, estudantes e outros que têm o desejo de lutar pela liberdade, autonomia e afirmação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

1.2 Aos nossos passos, circulamos pela cidade e criamos outras possibilidades na vida

“Eu gosto de ser livre, com certeza!”, afirma. “É ótimo o sabor da liberdade”. E, segundo ela, essa liberdade se complementa quando há uma vida respeitada e sem rejeições, principalmente por parte da família. “Isso é ser livre, sentir-se numa vida normal”, fala com sabedoria.”¹¹

Atrevo-me aqui a narrar sobre uma pessoa boa de conversa, cheia de desejo, curiosa e exploradora, o Silva¹². Dentre muitas caminhadas, muitas produções desejanter e muitas criações.

Em seu olhar, vontades de circular pelos espaços. Andar pela cidade, conhecer pessoas, novas amizades, produções de desejos. Em nossas conversas, sempre um convite feito por ele. Convite para ir à praia, ao cinema, passear. Querer explorar as possibilidades ao máximo diante do tempo que lhe foi roubado. Aos passos, afirmação de sua autonomia.

No entanto, as divergências se esbarravam entre a proposta do dispositivo-casa e as práticas de tutela advindas com os manicômios mentais. Se ele é louco, não pode andar sozinho pelas ruas. Havia uma produção de 'medo da fuga' bem intensa nas relações de trabalho. E isso contaminava. Contaminava a construção da autonomia, o desejo de se libertar, as iniciativas dos moradores, os trabalhadores, os moradores... Mas como assim? Fugir de que/quem se não há prisão? Simplesmente a prisão estava sendo fortalecida através dos manicômios mentais e estava presente nas tais práticas de cuidado.

No entanto, faz-se necessário diferenciar o cuidado que se passa por entre os manicômios mentais e outro cuidado que é potencialmente libertador. O primeiro é

¹¹Fala retirada do Jornal A Gazeta e acessada no link: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2013/01/voce_ag/revista_ag/1388279-cuidar-sim-excluir-nao.html, no dia 16 de janeiro de 2013. A reportagem foi escrita por mim e publicada nesse jornal.

¹² Nome fictício dado ao morador da Residência Terapêutica. Ele era ex - morador do antigo Hospital Aauto Botelho e, atualmente, reside na Residência Terapêutica. Relato aqui uma experiência no Projeto Heccedades.

aprisionador e escravizador do outro, em que o cuidado se passa por uma prática moralista e tuteladora. O último lida com a liberdade de estar na vida e que, muitas vezes, soa como potencializador para criações.

Vale ressaltar que o cuidado proposto nesse trabalho relaciona-se com o cuidado idealizado pela Reforma Psiquiátrica - portanto, em liberdade. Essa forma de cuidado pode se entrelaçar com o cuidado de si estudado por Foucault, que necessariamente se envolve com o outro e reflete em práticas de liberdade. Para Mattar e Rodrigues (2001),

No mundo greco-romano, para praticar a liberdade de forma refletida, portanto ética, era imperioso cuidar de si; já em nossas sociedades, a partir de um momento difícil de precisar, o cuidado de si passou a estar sob suspeita, a ser denunciado como uma forma de egoísmo, em contradição com o interesse que se deveria ter pelos outros ou com o necessário sacrifício de si mesmo (MATTAR; RODRIGUES, 2011, p. 23).

Sendo assim, para os antigos, “Ser livre era cuidar de si, conquistar o domínio de si, particularmente dos apetites e inquietações passíveis de escravizar o sujeito” (MATTAR; RODRIGUES, 2011, p. 15). Ou seja, o cuidado de si e do outro pode provocar rupturas nas armadilhas paralisantes e escravas, que visam dominar o sujeito por meio de discursos e práticas morais.

O Programa Heceidades visa provocar uma ruptura nessa estrutura enrijecida e, por considerar que a Reforma Psiquiátrica, iniciada no final da década de 1970, não está consolidada e que a cada dia, desde então, vivenciamos a transição do período dos manicômios para a desinstitucionalização, nós precisaríamos aprender a construir outros modos de lidar com a loucura. Assim como Foucault (2006), a aposta desse programa era

mostrar às pessoas que elas são muito mais livres do que pensam, que elas tomam por verdadeiros, por evidentes certos temas fabricados em um momento particular da história, e que essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída. O papel de um intelectual é mudar alguma coisa no pensamento das pessoas (FOUCAULT, 2006a, p. 295 – Grifo nosso).

A partir dessas inquietações sobre o que seria um cuidado com o outro e pensando na perspectiva da produção da autonomia, escrevo nesse capítulo uma breve história de possíveis encontros e intervenções afirmadores nesse processo de cuidado. Contarei um pouco sobre os desejos de Silva.

Havia nele um desejo de explorar a vida. Ele falava em voltar a estudar, fazer um 'bico', realizar passeios e fazer compras. Nós precisávamos construir junto com ele formas possíveis para que esses processos desejantes pudessem permitir a criação de outros modos de existência.

Junto aos convites de Silva para circular pela cidade, vinha uma sombra de dependência de nós. Seria isso talvez pelo longo tempo de asilamento ou pela insegurança de andar sozinho ou simplesmente medo de se perder? São muitas inferências. Mas o que nós sabíamos era que o Silva precisava se sentir seguro para tomar suas próprias decisões e poder caminhar pela cidade livre do enclausuramento psiquiátrico. Coube a nós apostar nessas possibilidades.

Nós tentamos aguçar a autonomia de Silva e isso faz parte da arte de cuidar do outro. Aliás, isto fazia parte das nossas análises de implicações, ao mesmo tempo em que os moradores expressavam vontade de circular pela cidade. E, em conversas corriqueiras que tínhamos com eles, tentávamos mostrar a importância de se permitir experimentar a liberdade. Desse modo, propomos a Silva de circularmos pela cidade de forma que ele se sentisse o próprio navegador.

Assim, nós apenas o acompanhávamos nas caminhadas e ele nos guiava aos rumos dos quais ele desejava ir. Aos poucos, Silva foi conquistando a confiança e saía perguntando aos motoristas dos ônibus de transporte público e às pessoas na rua informações que pudessem o levar onde gostaria.

O Silva falava cada vez mais das suas vontades. Um dia ele queria comprar uma cômoda nova para o seu quarto, no outro um rádio, uma roupa. Ele também falava sobre os passeios, como ir à praia. O desejo de retornar aos seus estudos e de ter um trabalho também se afluía. A cada momento, ele se apropriava das suas falas e de suas escolhas e isso afetava potencialmente as produções e afirmações de autonomia. O Silva se fortalecia na construção de sua história, tornando-se, dessa forma, o protagonista de sua própria vida.

Com isso, ele entrava nos comércios, pedia seus lanches, informava-se dos preços dos produtos que gostaria de comprar e, dessa forma, Silva sentia aos poucos confiança em si, afirmando os seus anseios, as suas vaidades e os seus espaços.

Hoje, a partir de relatos de profissionais que trabalham com ele, o Silva circula sozinho pela cidade, sem depender de alguém para direcioná-lo a algum lugar ou para lhe dizer o que deve ou não usar. Sem falar por ele o que tem que comprar e como deve ser isso. Sem dizer por ele o que deve sentir e desejar.

Figura 3 - As vozes ecoam os desejos por um cuidado em liberdade.



Fotógrafo: Andre Alves (15 de Junho de 2013 - Segundo Ato contra Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim-ES).

2. O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E ALGUMAS REPERCUSSÕES

2.1 Uma breve história da loucura no Brasil: hospícios de loucos a reforma psiquiátrica

"Vem, vem, vem pra luta vem. Sem Manicômio!"

Século XIX. Brasil. Primeiro hospício de loucos. Decreto assinado em 18 de julho de 1841 pelo Imperador Pedro II (Jabert, 2001). Os problemas sociais já justificavam a criação de espaços de exclusão daquilo que incomodava, que não produzia. Em nome da moral, a criação desse espaço se conecta com a necessidade de se garantir a ordem social, com a função de controlar e assistir os alienados.

Quem são os alienados? População marginal. Bêbados, arruaceiros, mendigos e loucos. 'Casta de Vadios' (JABERT, 2001, p.18).

Esses vadios eram reprimidos pela polícia e pelas instituições de loucura. Prisões, casas de correção, asilo de mendicidade e porões da Santa Casa de Misericórdia se tornaram locais para internações e reclusão social dos marginais.

À medida que a 'loucura' era justificada por infração de conduta moral e se afirmava como uma intervenção estatal no país, ampliava-se a necessidade de se construir locais de exclusão. Esses espaços se expandiam aceleradamente, bem como as negligências com a vida.

São muitos abandonos. Os hospitais psiquiátricos se tornaram depósitos humanos. Não há vida pulsante e movimento. Indiscriminadamente, as pessoas foram sendo lançadas nessas instituições e receberam o diagnóstico: Doença Mental. E os anos se passam. E nada. Ninguém sai, somente entra. E esse depósito vai se enchendo. Enche de pessoas, enche de morte. Quem não era 'louco', transformava-se em um. Noites em claro. Violações de todo tipo. Estupros, violência física, fome, miséria, sujeira... Sem educação, sem saúde, sem assistência, sem ver

o nascer do sol, sem respirar o ar livre. Respirar? Respirar a podridão que infesta o manicômio.

Aprisionamento: 'O que eu fiz?'. 'Você é louco'. E se negou o outro por longos séculos, bem como a privação de seus desejos, seus sentimentos, seus gostos, suas escolhas, sua liberdade.

'Mas você está sentindo?'. 'Sentindo o que?'. 'A respiração. Ela está ofegante. Pensava que não houvesse mais isso.'. Num levíssimo e bem distante, um suspiro. Uma tentativa de respirar. Mas isso está se fortalecendo. Há quem não concorde com essa loucura. E eles gritam: libertem os loucos!

Colônia de alienados. Nas direções da rosa dos ventos, muitas colônias se proliferaram em todo o país. Em cada canto, via-se representado por um Juliano Moreira ou um Adauto Botelho. São vários os campos de concentração, e, aqui, destaco o Hospital Colônia em Barbacena-MG, promovendo um verdadeiro holocausto brasileiro¹³ com mais de 60 mil mortes.

A multidão na Colônia em Barbacena crescia. A entrada era aberta aos vários loucos, ou melhor, a todos que não se adequavam com as regras morais da sociedade. A saída era fechada para os 'sãos'. O que restava para os internos era a morte. "Qualquer pessoa que fosse enviada à Barbacena no "trem-de-doido", no meio mais comum na época, ou por qualquer outro meio, dificilmente sairia de lá" (FASSHEBER, 2009, p.40).

Brasil. Final da década de 70 (1970).

O momento era de Ditadura Militar. Perseguição política. Regime endurecido. Muitas mortes, torturas, violências.

Situação da doença mental. Hospitais psiquiátricos lotados e indignação social. Nessa década, houve uma grande mobilização social com relação a esse assunto no país. Questionava-se a doença mental e lutava-se por saúde mental. Esse movimento teve forte influência do movimento de desinstitucionalização da Itália, tendo como militante Franco Basaglia.

¹³ As mais de 60 mil mortes no Hospital Psiquiátrico de Barbacena foram nomeadas de Holocausto Brasileiro pela jornalista e escritora Daniela Arbex, em seu livro Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil, 2013, editora Geração Editorial.

Com esse pensamento de liberdade, iniciou-se a caminhada pela Reforma Psiquiátrica, questionando as práticas de cuidado e de saúde com as pessoas que apresentavam um sofrimento mental - na sua maioria, resumiam-se em manicomialização dos sujeitos.

Os manicômios eram/são adoecedores, enrijecidos e tuteladores, uma vez que os loucos tinham seus direitos negados e a sua autonomia 'roubada'. Eles não eram vistos como protagonistas da sua própria história, sendo colocados em lugares de incapacidade de escolhas, de gestão da vida, de sentir desejos.

Esse movimento de desinstitucionalização passou a discutir essas práticas duras e foi abrindo caminho para novos modos de cuidado com a saúde mental. Começou o processo de libertação das pessoas desse sistema manicomial. Os loucos poderiam sentir a possibilidade de escrever a sua própria história. Pensava-se no fortalecimento da autonomia dessas pessoas. Novos dispositivos eram criados, pensados, avaliados e que afirmavam a vida e os direitos sociais. Instaurava-se um grande jogo de forças e de poder que se enfrenta até os dias atuais. É possível tratar a loucura para além dos muros hospitalares?

Em um caminho árduo, a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresentou (e ainda apresenta) suas conquistas e suas derrotas. Visualizamos um 'cabo de guerra' que é um 'cabo de força'. Nas extremidades, estão os grandes lutadores que se interessam na saúde mental. De um lado, estão os militantes que batalham pelos direitos dos loucos e pelo fim da desinstitucionalização e, do outro, encontram-se aqueles que são contra a esse movimento. No entanto, as tensões produzidas nesse 'cabo de guerra' não intimidam o processo criativo e afirmativo da vida, que se encontra nos espaços de fuga nas relações com a saúde mental.

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Com o enfraquecimento da ditadura militar (que finaliza em 1985), houve um processo de redemocratização dos movimentos sociais que foram reprimidos violentamente por esse regime. Segundo Vasconcelos (2008), esses movimentos puderam se fortalecer e contribuíram para os fortes questionamentos aos pensamentos asilares, destacando-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), influenciado pelas reflexões de Basaglia. Esse movimento discutiu e propôs muitas mudanças no campo da saúde mental nesse momento, como:

- Não criação de novos leitos psiquiátricos especializados e redução onde possível e/ou necessário;
- Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- Controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados mediante centralização das emissões de AIH¹⁴ nos serviços de emergência do setor público;
- Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2008, p.33-34).

É importante salientar que esse MTSM e os demais movimentos populares e sociais ganharam força a partir da garantia da saúde como um direito constitucional e da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Isso garantiu o dever do Estado em participar, financiar e promover a qualidade da saúde para a sociedade, inclusive na saúde mental.

O direito à saúde se deu a partir do movimento sanitário, que também foi muito importante para a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Sanitária tinha como bandeira cuidados que considerassem a integridade dos cidadãos e, por isso, lutava:

em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p.6.).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, configura a reformulação das bases e das estruturas da saúde pública e coletiva do nosso país nesse processo sanitário. Essas reformulações tiveram suas repercussões positivas na saúde mental, contribuindo nos enfrentamentos e na abertura de novos dispositivos de cuidado em liberdade.

Nessa conferência, houve discussões sobre o conceito de saúde e direito a ela, sendo uma conquista social. O direito à saúde deveria, então, ser compreendido

¹⁴ AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

na liberdade, livre organização e expressão das pessoas, bem como o seu acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis, já que o modelo assistencial naquele momento era excludente, discriminatório, centralizador e corrupto (BRASIL, 1986).

A partir dessas mobilizações, houve uma abertura para novas experimentações na saúde mental na tentativa de substituir o tratamento hospitalocêntrico. Em São Paulo, de acordo com Vasconcelos (2008), houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) com equipe multiprofissional, cujo objetivo era um cuidado ampliado e fora das instituições asilares. Ocorreu também a primeira intervenção pelo fechamento de um manicômio privado no Brasil, a Casa de Saúde Anchieta, em 1989. Sob a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos-SP, essa instituição reduziu os seus leitos com a finalidade de fechar as portas para o aprisionamento. Amarante (2013) diz que essa intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi um marco histórico na Reforma Psiquiátrica, pois possibilitou que outros serviços fossem criados e implantados em substituição ao modelo manicomial.

Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc (AMARANTE, 2013, p.83).

A política e o jurídico também se abriram para os novos caminhos da Reforma Psiquiátrica. Em 1989, houve a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado, que visava à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e à sua substituição por outras formas de assistência aos portadores de sofrimento mental, protegendo os direitos de cidadania desses contra as arbitrariedades e as internações involuntárias. Amarante (2013) diz que esse Projeto de Lei provocou uma enorme polêmica, mas que foi muito importante para se discutir a temática da loucura, da assistência e dos manicômios.

Outras iniciativas essenciais ocorreram nesse processo de desinstitucionalização. Segundo Vasconcelos (2008), no decorrer da década de 90, houve maior controle e redução dos leitos psiquiátricos, abertura de novos leitos em

hospitais gerais¹⁵ e financiamento de novos serviços de atenção psicossocial. No entanto, o contexto político-econômico era muito conservador no Brasil, o que dificultava um maior avanço dessa reforma. As novas políticas davam novos rumos ao país - as políticas neoliberais.

Dessa forma, as iniciativas se esbarraram com essas políticas, provocando uma barreira para a continuidade e avanços da reforma, afetando todas as esferas de governo - federal, estadual e municipal - devido às mudanças significativas no quadro socioeconômico. Com isso, aumentaram-se a miséria, o desemprego, a violência social, a ansiedade, o estresse, o número de dependentes químicos e outros. Consequentemente, produziram-se impactos negativos na sociedade, elevando as demandas e os desafios nos programas de apoio à saúde mental (Vasconcelos, 2008).

Apesar dessa mudança no quadro político do país e de seus impactos na saúde mental, o movimento da luta antimanicomial ganhou forças e teve um avanço significativo na sua organização. Foram realizados vários encontros, congressos e conferências com uma grande participação de usuários e familiares. Os trabalhadores também se fortaleciam e reivindicavam melhores condições de trabalho e salário, bem como maior qualidade e cuidado nessa área.

O trabalhador de saúde mental precisa romper o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional, lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 12).

Esses encontros e essas conferências citadas acima foram/são fundamentais nessa luta e nas conquistas. Configuram um movimento em que reúnem várias categorias, entidades e pessoas numa tentativa coletiva para a construção de uma nova forma de lidar com a saúde mental. Nesse processo de luta, pode-se afirmar um diálogo ampliado de muitas questões complicadas que caminham dentro de um contexto histórico de poder e de resistências. Nesse diálogo, ouvem-se as vozes de usuários, de entidades religiosas, de partidos políticos, de instituições de ensino, de

¹⁵ Apesar de terem sido abertos leitos em Hospitais Gerais na década de 1990 no Brasil, encontra-se muita dificuldade na liberação desses leitos durante todo esse percurso e na atualidade, devido aos impedimentos dos diretores desses hospitais. Sendo assim, são poucos os lugares no país que conseguiram efetivar esse serviço.

instituições privadas, de trabalhadores de diversas áreas e demais segmentos da sociedade.

No entanto, uma voz chama atenção. Ela pôde falar com propriedade de si mesma e isso é libertador das amarras manicomiais. Destaco a voz dos usuários. Ela ecoava nos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e nas tribunas livres. Elas tinham/tem vida. Tem força. E soavam/soam como disparador para se (re)pensar outras formas de intervenções.

Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p. 4-5).

Por um lado, o movimento social contribuía com discussões que remetiam ao cuidado pautado na liberdade e na garantia dos direitos sociais das pessoas com transtorno mental. Por outro, para Vasconcelos (2008), a instituição médico-industrial avançava com o surgimento de novas medicações e de abordagens neuroquímicas e genéticas, colaborando para o fortalecimento do conservadorismo profissional e do corporativismo na psiquiatria.

Além disso, toda essa movimentação pela desinstitucionalização era tida pelos conservadores como uma desassistência aos 'doentes mentais'. Simplesmente para eles o que importava era retirar essas pessoas dos hospitais e deixá-las desamparadas. Porém, a luta antimanicomial visava um trabalho de substituição ao modelo hospitalar por outros serviços. Amarante (2008) analisa que esse questionamento conservador seria uma tentativa de enfraquecer essa luta que se intensifica e que, para esta visão aprisionada,

Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo que está em jogo (AMARANTE, 2008, p.19).

Embora haja essa discussão sobre assistência ou desassistência da loucura, que persiste até os dias atuais, a consolidação da ideia reformista e da rede de atenção psicossocial segue a passos lentos, sendo legitimada pela aprovação da Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001. Com o objetivo de permitir outros modos de

cuidado no tratamento em Saúde Mental que potencialize a vida e privilegie o convívio familiar, a Reforma Psiquiátrica passa a ser uma política de Estado.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Para que esta política de saúde mental se efetivasse, era necessário investimento nos serviços substitutivos, nas condições de trabalho e na formação dos profissionais, mas isso esbarrou nas propostas neoliberais impregnadas nos governos posteriores à ditadura. De acordo com Vasconcelos (2008), a saúde recebeu pouco investimento para garantir a qualidade dos serviços, provocando um avanço tímido nos serviços de atenção nesta área e apresentando um quadro reduzido de profissionais e pouca estrutura. O neoliberalismo ainda continuava atrapalhando o desenvolvimento e o fortalecimento dos dispositivos substitutivos na saúde mental, embora alguns serviços tivessem sido inaugurados a passos lentos, como as Residências Terapêuticas, os Caps (I, II, III, infantil e AD - álcool e drogas), o Centro de Convivências e Cultura e o Programa de Volta para Casa.

Diante de muitos fatores que atrapalhavam esse processo de desinstitucionalização, sejam os baixos investimentos, sejam as posturas conservadoras contrárias, a judicialização da vida deixava uma marca na Reforma. Por meio das internações compulsórias e involuntárias, a loucura encontrava obstáculos para a liberdade. Ao sair dos muros dos manicômios esbarrava com ações judiciais.

Essa prática judicial se atualiza a cada instante e, às vezes, com protagonistas diferentes. Atualmente, essa prática tem se tornado comum principalmente aos usuários de drogas, alegando que eles não são capazes de decidirem por si mesmos a escolha de se tratarem.

Ao mesmo tempo em que essas internações desrespeitaram todo um movimento e discussão da Reforma Psiquiátrica, também houve um aumento das denúncias de maus tratos e morte nos hospitais psiquiátricos pelos militantes, pela imprensa e por outros órgãos. No exercício de cidadania, várias instituições, como

os conselhos profissionais, e militantes realizaram fiscalizações e vistorias nesses hospitais e identificaram muitas violações de direitos humanos.

Nesse jogo de forças, há embates de posicionamentos políticos e de saber sobre a saúde mental. São muitos movimentos que se entrelaçam e/ou que se confrontam. Enquanto há movimentos com um mesmo discurso, há outras falas que destoam do discurso homogêneo. Desse modo, o MTSM não se propunha em ser unitário. Nesse sentido, para Amarante (2013), trata-se de movimentos

(...) no sentido mesmo de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas. Por isso, partindo das próprias definições surgidas no interior do movimento, é correto considerar as suas várias expressões no tempo ou no espaço, como expressões típicas desta forma de organização política que opta por uma não institucionalização (nos moldes das instituições tradicionais) e por uma mobilização em relação a outras formas de conceber e lidar com a loucura, em permanente deslocamento teórico e prático (AMARANTE, 2013, p.107).

Nessa mistura, houve uma crise e uma cisão no movimento da Luta Antimanicomial. Segundo Vasconcelos (2008), a partir de 2001/2002, este movimento se dividiu em dois grupos: A Rede Internúcleos e o Movimento da Luta. Essa divisão dificultou ainda mais as articulações das propostas e das iniciativas comuns devido às tendências divergentes.

Apesar da ruptura do movimento da Luta Manicomial, as conversas dos militantes estavam acaloradas. Essa efervescência do coletivo podia ser sentida nos encontros. E mais do que nunca, o desejo de vida pulsava nas falas e nas decisões.

Havia ainda um discurso forte. E se levavam com ele modos potentes de autonomia e de protagonismo das pessoas com transtorno. Apresentavam-se outras apostas a partir das vivências na saúde mental. Os autores dessa reforma falavam sobre a importância de outros setores das políticas públicas para garantir a qualidade de vida dos cidadãos e daqueles que vivem o processo de exclusão social. Não dava para ver a saúde mental somente como saúde. O homem é atravessado por várias questões. Ele é social, educação, saúde, lazer, cultura, moradia... Por isso, a necessidade de

desenvolver programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento visando os processos de autonomia, de construção dos

direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 21).

Atualmente, somados à precariedade dos serviços, baixo investimento e outras situações citadas acima, deparamo-nos com uma conjuntura bastante complicada na saúde mental, que é a 'epidemia' do crack e o aumento dos problemas sociais provocados pelas drogas.

Diante dessa situação, o Governo Brasileiro tem promovido muitas discussões sobre esse tema, além de investir em políticas no combate às drogas. É um tema delicado que passa nas diversas áreas, como saúde, segurança e assistência social. No entanto, percebe-se o uso da repressão no tratamento dos usuários de drogas e algumas medidas tomadas pelo Governo, como decretos para internações compulsórias e involuntárias, têm sido muito criticadas por vários atores da Saúde Mental e dos Direitos Humanos, pois retrocede às discussões realizadas sobre a institucionalização das pessoas como prática de cuidado e de saúde.

As memórias da Reforma Psiquiátrica escritas sucintamente nos levam a reflexões cotidianas sobre as nossas práticas de cuidado com o outro. Entre conquistas e derrotas nessa reforma, há um grande desafio. O desafio que está em nós, no nosso corpo, nas nossas relações com o outro. São as marcas que perpassam no nosso trabalho, nas práticas de saúde, nos nossos discursos. Em alguns momentos, somos capturados e envolvidos por essa mancha. São os manicômios mentais. E Pelbart fala sobre isso de forma clara. Ele diz que:

[...] é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente "esticado" através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão (PELBART, 1993, p. 106).

Assim, como afirma Pelbart (1993), libertar-se desse pensamento carcerário é tão urgente quanto a libertação das nossas sociedades dos manicômios. O processo de desconstrução se inicia em nós. A desinstitucionalização dos cárceres manicomial. Sair das masmorras do pensamento manicomial que se reflete em práticas adoecedoras. Quebra das correntes. Respirar a vida. Deixar o outro escrever a sua história. Permitir a liberdade em nós e no outro.

2.2 Da institucionalização à possível desinstitucionalização: uma intervenção na Clínica de Repouso Santa Isabel¹⁶

“Escreve-se sempre para dar a vida, para liberar a vida aí onde ela está aprisionada, para traçar linhas de fuga.”¹⁷

Atualmente, o Espírito Santo vive um momento histórico na saúde mental. Em julho de 2012, o Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES) concedeu uma Notificação Recomendatória¹⁸ à Clínica de Repouso Santa Isabel (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2012) para que medidas fossem tomadas por essa clínica, visando ao cumprimento dessa notificação que exige mudanças estruturais e na forma de atendimento aos pacientes. Como não houve o cumprimento dos prazos e das exigências, em fevereiro de 2013, o MPES concedeu outra Notificação Recomendatória¹⁹ à Secretária Estadual de Saúde e ao Governo Estadual do Espírito Santo (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2013) solicitando a intervenção do Estado na Santa Isabel.

Mesmo essa outra notificação não sendo cumprida pelo poder público, a movimentação que se configura é de um processo longo para o desligamento do financiamento público pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa). Para isso, em 2013, foi realizado um Censo nessa clínica psiquiátrica. Além disso, ocorreram/ocorrem muitas manifestações dos movimentos sociais contrários ao modo asilar de se cuidar da loucura.

Apesar das manifestações contrárias a esta clínica, mobilizações favoráveis a ela agem nos bastidores da política capixaba com a aprovação da Lei Estadual nº

¹⁶ É importante afirmar que foi solicitada à Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo a autorização para a utilização desse texto nessa dissertação. Esta coordenação autorizou a publicação desse texto.

¹⁷ Deleuze, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 176.

¹⁸ Notificação Recomendatória nº 008/2012, cujo Inquérito Civil é de nº 011.12.12.093570-5. Uma ação da 2ª Promotoria de Justiça Cível de Cachoeira de Itapemirim do Ministério Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁹ Notificação Recomendatória nº001/2013, cujo Inquérito Civil é de nº 011.12.12.093570-5. Uma ação da 2ª Promotoria de Justiça Cível de Cachoeira de Itapemirim do Ministério Público do Estado do Espírito Santo.

56/2014 pelos deputados estaduais, que autoriza o executivo, através da Sesa, a repassar recursos financeiros a Santa Isabel para complementar os valores das diárias das internações atendidas pelo SUS.

Para situar um pouco, apresentarei brevemente a história da Clínica de Repouso Santa Isabel. Um dos únicos manicômios existentes no estado do Espírito Santo, essa clínica psiquiátrica se localiza em Cachoeiro de Itapemirim-ES e acolhe demandas para internações de pessoas com transtorno mental e para dependentes químicos do Espírito Santo e adjacências. Essa instituição é privada e recebe financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Sesa.

Até o início de 2013, eram aproximadamente 400 leitos financiados pelo SUS, sendo a diária num valor de R\$ 39,00 por cada paciente (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2013). Apesar da Sesa regular os leitos dessas internações e dos serviços públicos de saúde solicitarem esse encaminhamento, no censo, verificou-se um controle enfraquecido para as entradas das pessoas que requerem internação. Em muitos prontuários, não há nenhuma documentação pessoal, como número da Carteira de Identidade, CPF ou Cartão do SUS. Enquanto uns registravam encaminhamentos solicitados pelo Centro de Atendimento Psiquiátrico Doutor Aristides A Campos (CAPAAC) e por outros hospitais, outros prontuários não possuíam qualquer encaminhamento solicitando vaga para a internação.

Na parte alta da cidade e rodeada pela periferia, essa instituição estabelece seus muros manicomiais. Dentro desses muros, inúmeras denúncias de todas as formas de violência, torturas, negligências e, até mesmo, mortes. Em 2009,

O Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região/ES (CRP-16), juntamente com os conselhos de Medicina, de Enfermagem, de Fisioterapia e de Nutrição, além de dois representantes do Ministério Público do Espírito Santo (MPES), realizou uma vistoria em um hospital psiquiátrico em Cachoeiro de Itapemirim, Sul do Estado, no mês de dezembro de 2009.

Várias irregularidades foram encontradas na Clínica de Repouso Santa Isabel, que recebe repasse do SUS para tratar de mais de 460 pacientes portadores de transtornos mentais graves e dependentes químicos. O MPES já recebeu um relatório com as denúncias que apontam, entre outras questões de saúde, para abordagens que vão de encontro ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Conselho Regional Psicologia 16ª, 2009).

O CRP-16 realizou novamente uma vistoria²⁰ em 2012 neste local. Ao ler esse relatório e olhar para a experiência vivida por mim, pode-se perceber que não houve quaisquer modificações e/ou melhoras no atendimento. E, principalmente, vê-se que essa instituição persiste em manter suas estruturas manicomiais.

Essa instituição apresenta uma área grande, dividida em particular e pública. O censo, de que eu participei, se efetuou somente na parte pública, por isso, o que está em meu corpo se refere ao que foi presenciado nesse espaço. Na entrada da clínica, há várias salas, que se dividem em serviço social, psicologia, recepção e outros. Ao adentrar essa instituição nos deparamos com mais salas, tais como: auditório, direção, psiquiatria, reunião e enfermagem.

Um pouco mais à frente um portão de ferro somente com maçaneta para fora: deparamo-nos com o impedimento para a liberdade? Um sinal de aprisionamento de vidas? Saída somente com autorização? Entra-se pelo portão de ferro e, logo, tem seus desejos silenciados? Aliás, 'quem são eles' para se autorizarem a sair?

Ao passar por esse portão, observamos, ao lado esquerdo, um corredor que leva a quatro alas masculinas e, ao lado direito, uma rampa que direciona a duas alas femininas. Em todas as saídas das alas, os portões de ferro sem maçaneta impedem a passagem de quem quer entrar e daqueles que almejam sair, e a chave permanece com um profissional - podemos chamá-lo de carcereiro. Em cada ala, há dormitório, banheiros e algumas salas da enfermagem em que se localizam os prontuários dos pacientes. Essas salas se encontram num estado um pouco precário.

Na primeira ala feminina encontram-se também o refeitório e a cozinha. A comida de toda a instituição, inclusive da parte particular, é feita ali. No entanto, para os pacientes há uma grande diferença no cuidado com a alimentação entre o setor público e o privado. Segundo uma pessoa que estava internada lá: "A comida da particular é bem gostosa, sabemos pelo cheiro"; (...) "Por causa dessa comida estragada, quase todos os dias tem alguém com diarreia nesse lugar".

²⁰ O CRP -16 realizou várias vistorias na Clínica de Repouso Santa Isabel. No entanto, este conselho permitiu que eu visse o Relatório de Visita feita no dia 20 de junho de 2012 por ser o mais atual. Ao lê-lo e ao observar a conclusão de relatório, observa-se que as estruturas hospitalares dessa clínica continuaram asilares. Não há diferenciação no que foi experienciado no censo e no relatório produzido por esse conselho. Portanto, as negligências persistem. Não fui autorizada a divulgar os resultados desse relatório por questões de sigilo institucional, somente poderei expor as minhas impressões.

Há também um pátio grande, mas não foi conhecido por nós, participantes do censo. Não ultrapassamos as alas psiquiátricas. Então, para além delas, continuará sendo um lugar desconhecido.

Denúncias, manifestações, ação do MPES e outras questões motivaram a realização desse censo, cujo objetivo seria um levantamento de todas as pessoas que estariam internadas na Clínica Santa Isabel na parte financiada pelo SUS. Utilizamos como instrumentos de intervenção as análises de prontuários dos pacientes e as 'entrevistas'²¹. Essa ação teve parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o MPES e, a partir daí, seriam levantadas propostas e ações para a desospitalização desse manicômio abrangendo todo o território do Espírito Santo.

Depois da avaliação do PNASH (Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares) em 2012, marcaram-se os dias para a intervenção naquele lugar. Começaram-se as mobilizações para ver quem participaria desse momento histórico no nosso estado. Foram aproximadamente 60 estudantes e profissionais que aceitaram esse desafio.

Dias 19 a 21 de março de 2013: dias históricos para a saúde mental. O censo na Clínica de Repouso Santa Isabel.

Entre idas e vindas todos os dias e debaixo de muita chuva e de muito frio, seguimos para Cachoeiro de Itapemirim-ES com um único objetivo: fortalecer a Reforma Psiquiátrica. Foram três dias acordando pelas madrugadas e chegando tarde da noite em casa. Dias intensos. Muitos impactos. Mas muita determinação.

Para a realização do censo, foram divididos grupos, contendo no mínimo um trabalhador com registro no seu conselho profissional e vários estudantes. Isso foi exigência da direção da clínica, assim como não deixar os estudantes sozinhos nos momentos das análises dos prontuários e das conversas com os pacientes.

Já na clínica, todos foram direcionados a uma sala onde foram instruídos sobre o censo e como proceder. Em alguns momentos, falas rígidas fundamentavam o trabalho a ser realizado, mas, depois, as flexibilidades deram outras formas de

²¹ As 'entrevistas' realizadas com os pacientes no Censo na Clínica de Repouso Santa Isabel foram conversas para conhecer a história das pessoas internadas. Foi entregue pela Sesa aos interventores um questionário com perguntas fechadas e abertas para ser preenchido e devolvido. Nós tentamos preenche-lo o máximo possível, visto que o prontuário estava incompleto. As 'entrevistas' colaboraram para compreender melhor o prontuário dessas pessoas, bem como a situação delas na clínica. Toda a 'entrevista' foi anotada no questionário e repassada à Sesa.

atuação, como maior autonomia aos estudantes nos grupos de trabalho e nas conversas com os profissionais da clínica.

Essa instituição disponibilizou para nós todos os prontuários dos pacientes ali internados. No entanto, esses registros eram somente do atual período da internação, ou seja, cada retorno das pessoas gerava um novo prontuário e a equipe do censo não teve acesso aos registros antigos. Desta forma, nos prontuários havia sido registrada somente a quantidade de retornos daquele interno, mas ainda assim foram observadas muitas contradições.

A leitura dos prontuários e as conversas com os pacientes deixaram muitas marcas em nós. Todos ficaram sensibilizados com a situação e olhavam curiosos para todas as afetações. Quando penso nessas marcas, lembro-me do que Rolnik (1993) diz sobre isso: elas são capazes de produzir devires, de nos desestabilizar, de nos tirar daquilo que é cômodo e de compor com outras significações.

Ora, o que estou chamando de marca são exatamente estes estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir (ROLNIK, 1993, p.242.).

Não foi um encontro fácil. Muito pelo contrário. Essas marcas provocaram um desassossego muito forte em todos nós. Todos ficaram perplexos com a situação. Muitos choraram, outros se desesperaram e não conseguiram acreditar em tamanho descaso. Mas fez surgir em nós um desejo de luta pela liberdade e pela vida. O fechamento daquele manicômio passou a ser o desejo de todos que participaram do censo.

A experiência na Clínica Santa Isabel foi tão intensa que tudo é muito sensível e está muito forte em meu corpo. Tentarei, através da escrita, dar uma forma a tudo isso que se movimenta em mim. Que não tem nome e é tudo muito estranho. Um estranho que habita o campo da sensibilidade e que a escrita se desafiará em tentar me apresentar. Mas, ponto aqui, me emociono muito quando me lembro de tudo isso e em todos os momentos. Por muito tempo, o cheiro daquela clínica ficou nas minhas narinas. Aquele odor fétido ficou em mim por todos os lugares que caminhei após essa intervenção. Tamanha intervenção em mim foi estar naquele manicômio.

'Deambulando', 'confusa', 'desconhece a sua patologia', 'comportamento que condiz que os sintomas da patologia' são algumas denominações encontradas na parte da evolução dos prontuários. Essas palavras se repetem ao longo desse registro das pessoas ali internadas e não se vê nenhuma forma que remeta à 'mudança'.

O que se percebe realmente são pessoas caminhando por um lado e para o outro num ócio cotidiano. Os relatos e os prontuários mostram que não há atividades, seja terapêutica, seja de lazer. O tratamento é basicamente medicamentoso, com consultas semanais com os psiquiatras, conforme registros nos prontuários. Também não há registros de atividades extrahospitalares, de ressocialização e de reinserção na comunidade, caracterizando um tratamento pautado no aprisionamento da liberdade.

Há relatos de que o uso excessivo da medicação e as contenções são utilizados em pacientes como forma de punição. Segundo um paciente que afirma: "Eu quero saber se depois de falar eu vou tomar injeção, porque aqui a gente fala a verdade e toma injeção". Outra paciente em voz bem baixa nos relatou que "tem uma mulher contida hoje aqui na clínica, vocês querem vê-la? Ela está lá, porque xingou uma enfermeira". Ameaças, também recorrentes nas falas, foram reafirmadas nas palavras de uma enfermeira: ela nos pediu que não contássemos aos internos sobre a desativação do Hospital Adauto Botelho, pois, como forma de coação, os enfermeiros ameaçam levá-los para aquele hospital.

Sobre essa mulher contida, solicitamos a permissão para vê-la, mas nos foi dito que ela estava muito violenta e, caso viesse a nos machucar, não iriam se responsabilizar. Relatamos para os responsáveis pelo censo a situação, mas a investigação se pautou somente no prontuário dela, em que realmente estava prescrita a contenção, e não houve nenhuma conversa ou contato com ela por parte dos recenseadores.

Uma situação muito estranha aconteceu na ala feminina da clínica. No segundo dia, houve um momento de revolta por algumas internas. Elas entraram na sala, gritaram, bateram na mesa, puxaram o cabelo de uma profissional do censo, falaram mal e ameaçaram. Causou-se uma estranheza em todos da equipe do censo.

Aos poucos, essa estranheza foi se esclarecendo. Algumas pessoas falaram que elas foram induzidas por profissionais da clínica para tomarem aquelas atitudes. Disseram que muitas pessoas encenaram todo aquele desconforto, pois no cotidiano elas eram calmas. Aproveitaram também para relatar que a clínica passara por algumas mudanças uma semana antes da nossa ida. Havia lençóis e fronhas novas, roupas para os pacientes, banheiros limpos e mais técnicos de enfermagem.

Tudo o que estava maquiado foi sendo revelado. Uma paciente nos disse: "A comida daqui é muito ruim e hoje está boa, temos até linguiça", referindo-se à refeição daquele dia que, segundo ela, estava mais bem feita. O mau cheiro das alas não permaneceu disfarçado nos três dias de censo. Se no primeiro dia o cheiro de podre era um pouco tolerável, nos demais dias esse cheiro foi se tornando insuportável.

Sobre o contato com os familiares, a maioria ali apresentava um contato muito restrito e, para outros, inexistente. Percebe-se que muitos estão abandonados naquelas situações. Existem pessoas que estão em alta há muito tempo, mas não saem dali porque a família não quer buscá-los. Descaso. Abandono. Havia uma senhora muito ressentida por essa situação. Ela foi encaminhada para lá pelo marido, mas acredita que seus filhos não sabem do paradeiro dela. A dor e a mágoa estavam tão à flor da pele que ao falar mais sobre isso, ela olhou para mim, se levantou e se retirou da sala. Lógico, uma atitude totalmente compreensível e que me afetou profundamente.

Outra paciente chorou ao conversar conosco com saudades da família. Ela disse que pede aos profissionais para ligarem para seus familiares e, no entanto, isso é negado. "Eu peço, mas eles não me deixam falar com minha família. Sinto muitas saudades".

Como no passado, ainda podia se ver na clínica um caso um tanto curioso e assustador, pois nos faz questionar certos métodos punitivos na nossa atualidade. Internação por desordem pública. Sim, um juiz determinou a internação compulsória na Clínica de Repouso Santa Isabel de sete rapazes de uma cidade litorânea do Espírito Santo por motivo de desordem pública, pois não trabalhavam, ficavam bebendo e poderiam vir a cometer algum crime. Um rapaz disse que foi internado por ter sido um 'adolescente problema' na cidade. Um tanto assustador, pois a

privação da vida se deu aqui por um motivo de ordem moralista e não por questões de saúde.

Os motivos para internações nessa instituição eram diversos, reafirmando o caráter de depósito humano. Atualmente, a maioria das internações tem sido por causa da dependência de álcool e/ou outras drogas. Outros motivos são: transtornos mentais (esquizofrenia, bipolar ou depressão) e falta de opções de outros espaços para ficar (como o caso do pai idoso). Além disso, é importante salientar que muitos pacientes não passam pela regulação de leitos da Sesa, dificultando o monitoramento e acompanhamento das internações e das pós-internações.

Apesar dessa instituição ter leitos financiados pelo SUS, não há uma rede que conecte este serviço com os da rede em saúde mental no estado. Muitos pacientes entraram ali, encaminhados pelo CAPAAC, e desconhecem as políticas públicas em saúde mental, as lutas pela desinstitucionalização e os serviços substitutivos, como a Residência Terapêutica e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Não sabem que podem ser cuidados de outras formas e em liberdade. Desconhecem os seus direitos sociais, como a garantia de benefícios.

Nessa intervenção, percebemos que alguns pacientes 'moram' na clínica e têm medo do fechamento dessa instituição, pois não conhecem outras alternativas para estar na vida - e isso é constantemente alimentado pelos profissionais. São tantos desconhecimentos e negligências que os 'moradores' desse manicômio acreditam que esse lugar seja o único modo de habitar e de viver. Enquanto a maioria manifesta o desejo de sair dali, uns poucos falam que ali é a casa deles e que não têm outra opção. Provavelmente, a cronificação da vida e das possibilidades permitiu que aquele espaço fosse afirmado como moradia, por mais adoecedor que fosse. Uma paciente nos relatou: "Vocês vão me tirar daqui. Mas eu quero ficar, aqui é a minha casa. Olha, eu sou bem tratada aqui. Olha o meu prato de comida, está gostosa".

Ao nos despedirmos daquele espaço e trabalho, um senhor 'fugiu' de sua ala e ficou conosco na frente portão de ferro com a maçaneta para o lado de fora. Ele queria ir embora conosco a qualquer custo. Gritava por liberdade. Isso nos tocou. Ficamos sem reação. Uma profissional veio conversar com ele para convencê-lo a retornar para sua ala, mas ele negava insistentemente. Ela usou de vários argumentos e ludibriações, como "vamos pegar as suas coisas que você deixou no

seu quarto" e ele dizia: "Pode deixar tudo aí, eu quero sair daqui!". Realmente o desespero para sair era muito maior que qualquer apego a suas coisas ali. A questão era: ele queria sua liberdade. Vendo que a situação não seria contornada, essa profissional o pegou pelo pescoço com o braço e saiu puxando-o pelo corredor. Ficamos pasmos. Pedimos para ela não fazer isso, mas não nos ouviu. Ficamos gritando: "está enforcando ele". Mas não adiantou, ele foi para a ala arrastado com muita brutalidade. Toda a equipe do censo ficou com receios de que algo pudesse acontecer a ele.

Nesse período de intervenção, presenciamos a falta de respeito com os pacientes por parte de alguns profissionais. O que vimos foram práticas manicomiais e o controle dos corpos daquelas pessoas com barreiras para as produções desejantes e criações. No entanto, as condições de trabalho também denunciavam de certa forma as práticas de trabalho estabelecidas ali.

Além do modo asilar de lidar com as pessoas institucionalizadas, a clínica em si era potencialmente adoecedora para os trabalhadores, contribuindo para as reproduções das práticas asilares e limitações para outras formas de cuidado. O grande número de pessoas internadas, o baixo quadro de profissionais, a sobrecarga de trabalho e a ausência de espaços para os atendimentos e atividades terapêuticas já apontavam para uma dificuldade numa possível construção de cuidado pautado na ética estético-política. Outras questões percebidas e que também afetam o trabalho foram os excessos de barulhos, as pessoas enclausuradas e o cheiro insuportável de podre. A pressão sobre o trabalhador se observava nas correrias e nos avisos nas paredes, que diziam que eles não poderiam faltar, pois teriam pontos cortados. E ficou em mim um questionamento: como ampliar os espaços de criação com condições tão insalubres no trabalho? Como não se capturar pelos modos tão duros e manicomiais daquela instituição?

Mesmo sabendo da necessidade urgente de fechamento dos leitos psiquiátricos da Clínica de Repouso Santa Isabel, sabe-se que esse processo não é fácil e nem rápido. A Rede de Atenção Psicossocial no estado do Espírito Santo se encontra muito fragilizada e precisa ser fortalecida para que haja uma intervenção efetiva nesse manicômio, principalmente nos municípios do interior do estado que ainda encaminham muitos pacientes para essa clínica.

Enquanto isso, vidas gritam por liberdade. Pessoas permanecem na negligência. O cuidado se desfalece. Dessa forma, continuamos na luta e denunciemos as violências. Aos vários espaços, na rua o som:

*"Abaixo a Santa Isabel. O manicômio não cura ninguém.
Queremos Rede de Atenção Psicossocial, que é para a saúde
mental funcionar bem.²²".*

²² Cântico do Segundo Ato realizado no dia 15 de junho de 2013. Estiveram presentes o Centro Acadêmico Livre de Psicologia da UFES, o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, Fórum de Defesa da Saúde Pública e estudantes da faculdade de psicologia de Cachoeiro de Itapemirim/ES.

Figura 4 - As alegorias também esbanjam saúde mental na Praça Costa Pereira.



Fotógrafo: Theo Wentz²³ (15 de Março de 2014 – Bloco Que Loucura pelas ruas do Centro em Vitória-ES).

²³ Fotos de Louis Emil Theodor Wentz - Theo Wentz - publicadas no link: <https://www.flickr.com/photos/theowentz/>. Acesso em: 23 abr. 2014.

3. DO OLHAR POR ENTRE GRADES AO DESEJO EM LIBERDADE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO(S) CUIDADO(S) COM A LOUCURA.

"Vieram os homens de jaleco e me trancaram nesse inferno. E o louco o que é que diz: Quanto vale a minha vida?"

Verdades. Muitas verdades sobre o louco e a loucura. Um saber científico subjulgava os desejos e as subjetividades dos loucos. O médico, com o seu conhecimento sobre o corpo, alma e espírito do outro, formalizava uma metodologia de tratamento e de cura da loucura. Mas qual seria essa metodologia? Em que e como ela se constituiu? O que a história nos mostra é um intenso relacionamento médico-louco, principalmente a partir do século XVIII, e uma grande transformação do cuidado com a loucura.

Segundo Foucault (1982), antes do século XVIII, a loucura ainda não era internada, não existindo a necessidade da hospitalização. Na Idade Clássica, a loucura só era separada em caso de perigo extremo, fora isso, seguia e vivia pelo mundo das ilusões. Como indicações terapêuticas, a ocupação dos territórios e o contato com a natureza se revelavam como um cuidado para lidar com as alucinações.

Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade (FOUCAULT, 1982, p.120-121).

Até então, via-se a possibilidade de um cuidado em liberdade, nas criações de múltiplas possibilidades e na habitação dos vários espaços. Acreditava-se que os delírios se dissipavam com essas alternativas para além do enclausuramento e do domínio dos corpos. A artificialidade das cidades poderia provocar as quimeras, dessa forma, sair delas poderia romper com essas estruturas delirantes da loucura.

Os anos se passaram. Muitas outras produções de verdade. Com o crescimento e desenvolvimento social, político e econômico, outros modos de lidar com a loucura foram surgindo. O saber científico começou a se afirmar nos corpos,

principalmente do louco. Concomitantemente, passou a se estruturar e a erguer paredes para tratar o doente mental. Em meados do século XVIII, iniciaram-se o reconhecimento e a institucionalização dos hospitais como espaço terapêutico, de cuidado das doenças e de conhecimento dessas produções de verdades: "o hospital, estrutura de acolhimento da doença, deve ser um espaço de conhecimento ou um lugar de prova" (FOUCAULT, 1982, p. 119).

Segundo Foucault (1982), as internações dos alienados em hospitais psiquiátricos foram justificadas por Esquirol²⁴, dizendo que este isolamento se dava por causa da segurança do louco e de seus familiares; do afastamento das influências externas; da garantia de resistência às suas paixões; da submissão ao médico e da aquisição de novas condutas morais. Em resumo: o controle estaria nas mãos dos médicos para "dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento" (FOUCAULT, 1982, p.126).

A princípio desse momento, o contato com a natureza como processo terapêutico foi se misturando com as novas tecnologias, se podemos afirmar assim, que se constituíram junto com as estruturas hospitalares. Em seus estudos, Foucault (1982) aponta recomendações terapêuticas por Esquirol de que os quartos dos hospitais psiquiátricos deveriam ser abertos à vista de um jardim. Além disso, outras formas de tratamento deveriam ser adequadas para sua eficácia, como

Outro lugar terapêutico usual era o teatro, natureza invertida. Apresentava-se ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia, fazendo de conta que era verdadeira por meio de cenários e fantasias, mas de forma que, caindo nesta cilada, o engano acabasse por estourar diante dos próprios olhos daquele que era sua vítima. Esta técnica por sua vez também não tinha desaparecido completamente no século XIX. Esquirol, por exemplo, recomendava que se inventassem processos aos melancólicos, para que sua energia e seu gosto pelo combate fossem estimulados (FOUCAULT, 1982, p.121).

²⁴ Esquirol (1772-1840) foi um psiquiatra reformador de asilos e hospícios na França. Fundou o primeiro curso para o tratamento das doenças mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. Seu trabalho influenciou para a criação do Hospício Nacional de Pedro II no Brasil, sendo a primeira instituição para lidar com os doentes mentais. Acreditava que o hospital psiquiátrico poderia curar essas enfermidades mentais. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/esquirol.html>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Já no século XIX, essas práticas terapêuticas desapareceram dos espaços hospitalares e outras formas de tratamento passaram a ser consideradas no cuidado com o louco. Este modo de cuidado provocou um sufocamento da loucura, silenciando-a para dentro dos muros dos hospícios e dominando-a para a submissão às condutas morais dos médicos. A loucura não sentia mais a natureza, o retiro, o teatro, o repouso... A vida ainda pulsava lentamente, mas aprisionada por entre grades e paredes e pelo saber científico. Como este louco poderia repousar? Não se sabe: seu descanso se aliava ao medo dos experimentos médicos e do aprisionamento nos asilos.

Este período se caracterizou por grande desenvolvimento econômico e social devido aos crescimentos industriais e populacionais. Com isso, padrões morais de modos de vida foram se enrijecendo e ganhando cada vez mais formas. Fortaleciam-se também as necessidades de produção. A força e a mão de obra do ser humano passaram a ser uma grande máquina de produção dentro do mercado de trabalho. Mas e o louco? Ele, por sua vez, não cabia nessa constituição de sociedade. E o que fazer com ele? Via-se na internação uma possibilidade de salvação da perversão. Mas por que internar o louco? Tudo pela ordem e pela moral de uma sociedade cristã e em intenso desenvolvimento das cidades.

Para além do sofrimento psíquico, a loucura deveria se enquadrar numa conduta regular, normal e moral desta época. Não haveria mais o julgamento perturbado, "mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade" (FOUCAULT, 1982, p.121).

Para isso, caberia ao hospital psiquiátrico essa conversão moral. Silenciar as paixões delirantes. O louco deveria caminhar dentro das regras duras de comportamento. Enquadrar-se nas paixões ortodoxas era a única possibilidade de libertação para a sua imoralidade e perversão. Foucault (1982) afirma que, nessa intervenção, poderia haver dois caminhos: o da dominação ou da resistência. Ou o louco poderia se opor ao anseio do médico e da sociedade (que tentam o converter para um modo de vida moral) e se deleitar às suas paixões pervertidas e aos seus delírios; ou deixar-se conduzir pelos caminhos da salvação, renunciando aos seus próprios desejos e se submetendo a essa conversão.

A dominação do outro retrata produção de verdades, justificada pelo saber científico, a partir do conhecimento do sujeito-objeto e pela confissão dos seus crimes, nesse caso do louco. Isso são as relações de poder-saber que se configuram no outro, na nossa sociedade, na política, na economia e que

Como podemos ver, esta grande transformação dos procedimentos de saber acompanha as mutações essenciais das sociedades ocidentais: emergência de um poder político sob a forma do Estado, expansão das relações mercantis à escala do globo, estabelecimento das grandes técnicas de produção. Mas também podemos ver que, nestas modificações do saber, não se trata de um sujeito de conhecimento que seria afetado pelas transformações da infra-estrutura. Trata-se sim de formas de poder-e-de-saber, de poder-saber que funcionam e se efetivam ao nível da "infra-estrutura" e que dão lugar à relação de conhecimento sujeito-objeto como nome do saber. Norma esta que é historicamente singular (FOUCAULT, 1982, p.117-118).

Dessa forma, o médico do hospital psiquiátrico é aquele que detém o saber sobre a verdade da doença do louco, submete o outro numa certa realidade pelo poder que ele exerce sobre o paciente. O louco não tem o direito de desejar, sentir, apaixonar-se. Não lhe é permitido viver o seu corpo. Não pode escolher, trocar. Não sabe de si. O médico o conhece mais que o próprio sujeito. E esse conhecimento, pautado no poder-saber, garante a esse profissional a verdade das normas que serão submetidas ao doente.

Para alcançar o seu objetivo, esse médico dispunha de técnicas morais e rigorosas. O louco sentiu em sua pele como elas podem ser dolorosas, calejantes. Um cuidado de caráter punitivo. Um cuidado que deixou/deixa marcas. Um cuidado que prende, que domina, que catequiza. Um cuidado que faz do médico o conhecedor e detentor de verdades.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX - isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico - tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o "mestre da loucura"; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 1982, p.122).

Essa relação médico-louco passou a ser questionada. Um movimento de resistência a esse domínio e domesticação vai começando a ganhar formas. O

poder-saber e as formas de conhecimento passaram ser interrogados. Quais verdades são essas do psiquiatra? Como elas se consolidaram? O que elas produziram? Alguns questionamentos foram colocando em xeque o modo pelo qual essas verdades tomaram formas a partir da relação de poder do médico. Para Foucault (1982), o que passa a ser "questionado é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder" (FOUCAULT, 1982, p.124).

Eis uma questão: Seria esse o princípio da Reforma Psiquiátrica? Há indícios. Porém, o importante é que essas estruturas de poder começaram a ser interrogadas e outras formas de cuidado puderam ser (re)pensadas – por exemplo, um cuidado para além de muros e grades. A psiquiatria, então, passou a ser (re)avaliada no seu papel, na sua prática e nas suas produções. Eis um movimento: Antipsiquiatria.

No findar do século XIX, esse poder psiquiátrico se deparou com o movimento antipsiquiatria. Enquanto esse poder institucional capturou os desejos e negou os direitos dos alienados, a antipsiquiatria queria que o sujeito experimentasse a sua própria loucura, garantindo-lhe esse direito de vivência sem invasão do poder-saber médico. Portanto, a antipsiquiatria

pretende desfazer, dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX (FOUCAULT, 1982, p.127-128).

Esse movimento da antipsiquiatria foi ganhando espaço e formas. Ele foi se fortalecendo em meio à bifurcação de pensamentos com relação à metodologia de cuidado e de tratamento com os loucos. Uns acreditavam num cuidado no encarceramento das masmorras manicomiais e outros viam na liberdade uma possibilidade de cuidado e de reorganização das estruturas delirantes.

Duas formas distintas de pensar o cuidado. Dois caminhos extremos - a privação e a liberdade. Isso permite uma reflexão sobre os efeitos desses modos de cuidados: o que eles produzem? Para Rotelli (2001), não há troca nos manicômios

por ser um lugar de privação. A internação funciona como um dispositivo de tutela, de relações de dependência, de subtração de trocas. Um lugar pobre de meios para que novos modos de existência sejam criados. Um lugar impotente para (re)invenções, um espaço de escravidão do corpo e dos desejos.

As relações sociais são vistas como potentes para a libertação das amarras da servidão nos hospícios. Estar fora do manicômio, relacionar-se, afetar-se, ter encontros, surgem como possibilidades de livrar-se da pobreza que o ambiente propiciava. Rotelli (2001) diz que

Na "evidente pobreza dos meios" estes anos serviram para descobrir estas simples verdades e então lutar contra aquelas relações, contra aquela exclusão de relações sociais, recolocá-las gradualmente em discussão e lutar contra aquela privação que era o seu fundamento instrumental: os escravos dos manicômios, gradualmente "libertos" e reinseridos fora da tutela nas trocas sociais, com dinheiro e as possibilidades materiais de participar do contrato social (ROTELLI, 2001. p.61 e 62).

Mas como pensar um cuidado que não seja sufocador e nem abandonado? Como se preocupar com o outro e permitir a criação? Promover o cuidado tem se tornado um desafio cotidiano que necessita de uma postura ética para não cairmos nas extremidades do descaso e do aprisionamento, principalmente com a vida do outro. Essa preocupação se faz necessária, pois, por muitos anos, o tratamento foi pautado na dominação, na dor, na violação de direitos, na humilhação e na exclusão. Como cuidar da loucura sem permitir a invasão nas singularidades? Como não silenciar as produções de subjetividade? Como pensar um cuidado que seja libertador? Para Foucault (2006),

O cuidado de si é ético em si mesmo; porém implica relações complexas com os outros, uma vez que esse êthos da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros; (...) Mas acredito que, no pensamento Greco e romano, o cuidado de si não pode em si mesmo tender para esse amor exagerado a si mesmo que viria a negligenciar os outros ou, pior ainda, a abusar do poder que se pode exercer sobre eles (FOUCAULT, 2006, p. 270 e 273).

Com a Reforma Psiquiátrica, as práticas de cuidado com a loucura tentam se desvencilhar do modo asilar e buscam novos dispositivos para lidar com ela em liberdade. Dessa forma, o cuidado vai se construindo a partir das relações que se estabelecem com o outro, na perspectiva de que o louco possa respirar, sentir, inventar, escolher, gozar da sua própria vida. Exercitar esse pensamento libertador

exige um desprendimento moral de um saber *a priori* da vida alheia, e que também não é nada fácil.

Esse saber sobre o outro silenciou, negou direitos e privou os desejos dos loucos. Sufocou as potências criativas na tentativa de engessar o outro num modo de viver. Foram muitas decisões tomadas por ele, pensando no que seria bom ou não para a sua vida. Ao pensar pelo outro e fazer por ele, tratamos de práticas de tutela que se fizeram bem presentes nos muros manicomiais.

Com as formas de um cuidado em liberdade (re)surgidas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, há a preocupação de que o modo tutelador se presentifique nos serviços e nas relações de trabalho. Dessa forma, o pensamento crítico e ético sobre o trabalho a ser realizado se torna fundamental para o exercício desse cuidado em liberdade. Ver o outro como protagonista de sua história e, portanto, capaz de tomar decisões na vida e se responsabilizar por elas.

Nossa preocupação é a de que essas idéias manicomiais ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços em saúde mental e se atualizem em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretação violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois o manicômio, em lugar de promover trocas e construções de outros modos de existência, produz ainda, submissão, infantilização e culpa. Claro que como uma nova roupagem. O que poderíamos caracterizar como sendo uma forma de controle contínuo no qual o usuário pode ser dissimuladamente tutelado e controlado ao longo dos dias e a cada instante, uma vez louco sempre louco ou portador de doença. Esse poder de gerir a vida do outro, de administrar a vida do outro, se traduz na expropriação da autonomia e da criação (LAVRADOR; MACHADO, 2002, p.46 e 47).

No entanto, mesmo com o discurso de permitir ao louco que ele experimente a sua vida, o saber científico sobre ele ainda continua o subjulgando. De formas sutis ou não, talvez esse saber se configure nas novas tecnologias de cuidado na loucura e nas relações com o louco. Provavelmente, com uma nova roupagem, como afirma Lavrador e Machado (2002). Daí, pensamos: qual tem sido o envolvimento dos loucos nas criações de novos dispositivos? Como tem sido a participação deles nos processos de cuidado? Com relação à produção científica: como tem sido o diálogo? E para qual finalidade a produção intensa de novos transtornos e de novas medicações psiquiátricas?

Enfim, entre os vários questionamentos sobre a implicação deste louco na construção do cuidado e no ato de gerir a sua vida, é necessário entender que os

processos de dominação, constituídos pelo saber-poder, são passíveis de reversões. Ou seja, a reversibilidade desses processos pode ocorrer nas relações entre profissional-louco, sendo que a pessoa com o transtorno nem sempre estará numa relação de submissão. Dessa forma, a vida ainda pulsa para o louco, podendo ser fraca ou forte, e seu poder sobre suas escolhas e seus desejos continua presente, bem como o seu processo criativo sobre a própria vida.

Então, por fim, como lidar com a loucura? Há uma forma para isso? O ser humano, na sua imprevisibilidade, não se comporta numa fórmula de cuidado. A loucura, com o seu processo delirante, também não se encaixa num modelo adequado de cuidado. Mas podemos refletir em possibilidades de cuidados e questionar o que seria um possível tratamento, uma cura e uma prevenção.

Tratar? Talvez apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo de um percurso que vise um valor, mas que reconstitua ou crie a complexidade e lhe restitua um seu sentido. Cura? Talvez apenas reconstituir-se a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; também e sobretudo como impossível de se controlar; ampliar aquele resíduo irreduzível e ameaçador para o sistema; manter em aberto o suspeito; evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade.

Prevenir? Talvez apenas prevenir a cronicidade como única possibilidade de prevenção primária. Talvez estejamos ainda na pré-história; talvez não seja ainda tempo de falar de prevenção – senão, evidente, como crítica teórica/prática da prevenção (LEONARDIS; MAURI; ROTELLI, 2001, p.86).

Figura 5 - Olhares curiosos e escutas atenciosas.



Fotógrafo: Douglas Jacob (15 de Junho de 2013 - Segundo Ato contra a Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim-ES).

4. A PESCADORA EM 'NÓS': CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA

*"Às vezes, tenho a impressão de que escrevo por simples curiosidade intensa. É que, ao escrever, eu me dou as mais inesperadas surpresas. É na hora de escrever que muitas vezes fico consciente das coisas, das quais, sendo inconsciente eu não sabia que sabia."*²⁵

Por considerar que o homem é atravessado por diversas escolhas, situações, caminhos - e que a partir disso vão dando formas em uma vida - propõe-se nesse trabalho em utilizar como recurso metodológico a cartografia.

Quando se fala em uma vida, pensamos em um corpo rico, ampliado e aberto para as possibilidades múltiplas que perpassam nele. Um corpo de multiplicidades e de conexões. Um corpo poroso e capaz de se permitir sentir as afetações. Fluir de sentimentos, diferenças que compõem esse corpo. Aquilo que constrói, desconstrói, reconstrói. As teias que se contornam e recontornam e se conectam em infinitos caminhos. Processos que se atualizam. Por isso, uma vida. Para Deleuze (2002),

Uma vida está em todos os lugares, em todos os momentos que atravessa esse ou aquele sujeito vivo e que mede tais objetos vividos: vida imanente levando os acontecimentos ou singularidades que só fazem se atualizar nos sujeitos e nos objetos (DELEUZE, 2002, p. 41).

Pensar cartografia é considerar esses processos descritos de uma vida e como eles perpassam nas pessoas. O homem é um ser indivisível e múltiplo. Ele leva em seu corpo marcas de encontros que se atualizam e se constituem. Assim, vê-se a cartografia, segundo Rolnik (2006), como um relevo constituído por essas marcas, "feito de vozes reminiscentes das mais variadas origens, sintonias, estilos misturando-se e compondo-se - relevo de algumas paisagens contemporâneas" (ROLNIK, 2006, p. 24).

Como diz a autora, "um cartógrafo é antes de tudo um antropófago" (ROLNIK, 2006, p. 23). Ou seja, um cartógrafo codifica os afetos que atravessam o campo de

²⁵ Lispector, Clarice. **Crônicas para Jovens: De escrita e vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco Jovens Leitores, 2010, p. 85.

uma vida. Ele mergulha nas intensidades dos encontros, delicia-se com as pluralidades e é cuidadoso com as linguagens que flutuam, correm, andam, navegam... Os gostos dessas pluralidades são incontáveis. A degustação passa pelo doce, caminha pelo azedo, escorrega no salgado, corre pelo amargo, mistura-se entre eles, (re)inventa outros sentidos paladares e chega na amplitude do infinito. Quando ele percebe elementos possíveis para a construção das cartografias, abocanha-os. Os sabores das cartografias... Multisabores... "O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias" (ROLNIK, 2006, p. 65).

Para longe de julgamentos morais do que é certo ou errado, falso ou verdadeiro, o cartógrafo quer dar visibilidade às potências, o que é vital ou destrutivo. No caso desta pesquisa, é dar expressão ao que movimenta esses trabalhadores da saúde mental. Quais os sabores, as marcas, os processos que se passam no corpo intenso de um trabalho, trabalhador, instituição... Isso está para além de explicações e revelações.

Um cartógrafo carrega consigo a ética nas suas relações. Mergulha na intimidade, mas é prudente. É tolerante nos encontros com os afetos. Protetor da vida. Um exercício ético nas práticas, nas intervenções, nas palavras, nas conversas. E, diante disso tudo, permite a criação de novas existências.

Ele nunca esquece que há um limite do quanto se suporta, a cada momento, a intimidade com o finito ilimitado, base de seu critério: um limite de tolerância para a desorientação e a reorientação dos afetos, um 'limiar de desterritorialização'²⁶. Ele

²⁶ Os movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização são movimentos que ocorrem na existência. De acordo com Guattari e Rolnik (1986), "a noção de território é entendida aqui num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios "originais" se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais.

sempre avalia o quanto as defesas que estão sendo usadas servem ou não para proteger a vida.

[...]trata-se, aqui, de avaliar o quanto se suporta, em cada situação, o desencantamento das máscaras que estão nos constituindo, sua perda de sentido, nossa desilusão. O quanto se suporta o desencantamento, de modo a liberar os afetos recém-surgidos para investirem outras matérias de expressão e, com isso, permitir que se criem novas máscaras, novos sentidos (ROLNIK, 2006, p. 68).

Desenhando com a cartografia, pensa-se em utilizar a ferramenta da narrativa. A arte de contar histórias desses encontros com os profissionais da saúde mental acionará o artesão em mim. Criar uma escultura do barro. Um barro em minhas mãos e a arte de moldurar. A forma da escultura das palavras. Das palavras, uma história. Da pepita de ouro à joia. Do processo de derretimento à forma. Do puro ao remexido. Como diz Benjamin sobre a narrativa: “Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele” (BENJAMIN, 1994, p. 205).

Para além de transmitir informações, a narrativa é simplesmente contar histórias. Isso permite que flua a reflexão e ela nunca se esgota. “Ela não se entrega. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver” (BENJAMIN, 1994, p. 204). Não há um fim para a narrativa. Está aberta a outras criações. Ela não quer uma explicação do por que, quando e onde, mas se sensibiliza para as tensionalidades que navega no plano das experiências, que são vivas. “Metade da arte narrativa está em evitar explicações” (BENJAMIN, 1994, p. 203).

Imaginemos uma pescadora, que sai todos os dias ao encontro com o mar, dia e noite, para buscar os peixes. Esses dias são de sol, chuva, nublado, frio, quente, com névoas, estrelado, lua cheia etc. Cada momento é um encontro diferente com o mar. Nessas viagens, há brisas que sopram em seu corpo e deixam marcas. Cada marca, cada viagem, uma aventura. Histórias de uma vida. Histórias de pescadora. Chegando à terra repleta de sonhos, desejos, experiências...

A reterritorialização consistira numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante" (1986, p. 323).

Desapegada de explicações e cheia de transformações. Essa pescadora contadora de histórias somos nós. 'Nós' que podemos estar contaminados com a correria contemporânea, mas há um nó na garganta e que quer se desprender. Seria esse nó uma linha de fuga? Talvez. Mas há o desejo de soltar as palavras e contar histórias. Narrar uma vida.

Quando falamos em narrativa, damos conta da riqueza que se envolve nela. Falamos em uma construção coletiva. O 'nós', a que me refiro acima, fala disso também. Que a arte de contar as histórias não diz de uma forma individual. Muito pelo contrário, o 'nós' reflete uma experiência coletiva. Tecer uma história é uma construção. O contador de histórias, ou seja, "O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes" (BENJAMIN, 1994, p. 201).

E, assim, vamos tecendo as histórias. Histórias de luta pela saúde mental. Histórias sobre o trabalho, sobre os trabalhadores, sobre os movimentos, sobre as questões que perpassam nesse tema: Saúde Mental.

Contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas. Ela se perde porque ninguém mais fia ou tece enquanto ouve a história. Quanto mais o ouvinte se esquece de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é ouvido. Quando o ritmo do trabalho se apodera dele, ele escuta as histórias de tal maneira que adquire espontaneamente o dom de narrá-las. Assim se teceu a rede em que está guardado o dom narrativo. E assim essa rede se desfaz hoje por todos os lados, depois de ter sido tecida, há milênios, em torno das mais antigas formas de trabalho manual (BENJAMIN, 1994, p. 205).

Durante a construção dessa pesquisa, houve o desejo de manter o discurso vivo das conversas com os profissionais da área. A aposta desta pesquisa é poder dar visibilidade aos processos criativos do trabalho em meio às dificuldades e aos desafios. É ouvir dessas pessoas seus pensamentos sobre o seu trabalho e criar, juntos, se possível, outras formas de luta cotidiana nele. E, a partir disso, refletir sobre o cuidado e as práticas de saúde que perpassam nas relações de trabalhadores/usuários.

A partir disso, o campo de pesquisa foi bastante amplo. A pescadora em 'nós' caminhou por vários espaços que perpassa a saúde mental. Foram muitas histórias sobre o trabalho e sobre as lutas. O envolvimento foi intenso e, em alguns momentos, não contive a emoção. Em alguns momentos chorei. Mas também senti

esperança. Sorri e compartilhei junto com os loucos e os trabalhadores momentos de alegria. Escrever me faz reviver esses sentimentos e essas emoções. Traz à pele o sensível processo da arte de cuidar e que foi experienciado das diversas formas.

A participação ativa nos movimentos sociais - Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial e Movimento Cidadão em Defesa dos Direitos Humanos e das Políticas Sociais (composto por profissionais, usuários dos serviços, familiares, estudantes e demais pessoas que se sensibilizam pela luta das políticas sociais) - despertou em mim, nesta pequena pescadora, o desejo de lutar a favor dos direitos humanos e sociais. E posso dizer que as lutas foram e estão sendo das mais intensas e, algumas vezes, perigosas. Pude compreender um pouco sobre os embates e os interesses que perpassam e que, em determinados momentos, sobrepõem as políticas sociais e que refletem diretamente nos processos e práticas de cuidado.

Esse desejo de luta aguçou em mim a vontade de ouvir, investigar, compreender, aprender, batalhar no campo da política dos direitos, mais especificamente da saúde mental. Para isso, esta pescadora andou por diversos espaços de formação e de debates. Foram muitos fóruns, seminários, reuniões, conferências. Confrontos, militâncias, estudos. Houve tempos em que tudo isso se misturou na construção desta pesquisa.

Cito aqui dois espaços coletivos de debates que julgo serem importantes na efetivação das políticas sociais e nas práticas de cuidado da qual participei com voz ativa. São eles a Conferência Municipal de Saúde de Vitória e a Conferência Estadual de Assistência Social do Espírito Santo: o discurso vivo sobre a saúde mental se fez presente em ambas as ocasiões. Foram também momentos de embates a favor da Política Nacional de Saúde Mental, que atualmente está sendo atropelada por ações equivocadas pelo Governo do Estado do Espírito Santo com a Rede Abraço, cujo projeto está sendo executado pela Coordenação Estadual sobre Drogas. É importante salientar que, hoje, essa coordenação não se relaciona com a Coordenação Estadual de Saúde Mental. Então, há dois projetos paralelos no enfrentamento da questão sobre drogas neste estado.

Nessas andanças durante a pesquisa, houve uma experiência que deixou muitas marcas no meu corpo. Uma experiência que eu vou levar comigo todos os dias da minha vida. Enquanto eu respirar, haverá lembranças desse episódio, o

Censo na Clínica de Repouso Santa Isabel, que já foi narrado anteriormente nessa dissertação. Essa Clínica é um manicômio privado e financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em que há diversas denúncias de negligências com os pacientes. Um exemplo de cuidado pautado no aprisionamento da vida. Foram três dias de censo, entre os dias 19 e 21 de março de 2013. Foram escutas dolorosas. Foi uma vivência que está na pele. Nunca mais deixarei de ouvir os gritos daquelas pessoas.

Por fim, foram realizadas conversas abertas com nove profissionais, alguns com ensino médio e outros com o superior, que atuam nos serviços de saúde mental da Grande Vitória-ES. Foi usada uma frase disparadora para iniciar a conversa: 'Fala-me sobre o seu trabalho', e, a partir dela, pudemos dialogar e refletir sobre o trabalho e as práticas de cuidado. Para a análise, identificaram-se as falas como Profissional 1, Profissional 2, ..., Profissional 9, e foram criados nomes fictícios para os usuários citados durante as conversas.

Quando contamos histórias, podem-se abrir possibilidades de exercer um pensamento crítico sobre algo. Esse pensamento não é um julgamento moral, mas um cuidado ético com a vida. Não é afirmar certo e errado, mas é analisar a nossa postura profissional e (re)conhecer se elas tem ou não se pautado num modo engessador da liberdade de viver e, assim, construir outros caminhos possíveis de cuidado e de práticas de trabalho.

Dessa forma, esta pescadora adotou como postura o rigor ético, estético e político. Ético porque não se trata de um conjunto de regras como um sistema de verdade. Permite escutar as diferenças que passam nas relações que se cruzam na vida. Fala-se de uma afirmação de vida. Estético por causa do processo de criação que se dá a partir desses encontros com as diferenças, com a vida. E político por se tratar de uma luta de forças em nós e que podem obstruir os devires (ROLNIK, 1993).

E, pensando nesse cuidado e nesse rigor, foi se construindo uma história. Realizar o exercício de ouvi-las e de contá-las. Deixar falar em 'nós' aquela pescadora cheia de histórias. Aguçar o sentido da arte e do narrar.

Figura 6 - No batuque, uma canção. No som, um cuidado.



Fotógrafo: Theo Wentz (15 de Março de 2014 – Bloco Que Loucura pelas ruas do Centro em Vitória-ES).

5. MODOS DE CUIDADOS COM A LOUCURA: ANÁLISES E DISCUSSÕES

5.1 Cuidado(s): Uma conversa com os trabalhadores da saúde mental

"Mas aquele que estivesse completamente livre de soluções convencionais e utilitárias veria o mundo, ou melhor, teria o mundo de um modo como jamais artista nenhum teve. Quer dizer, totalmente e na sua verdadeira realidade."²⁷

Numa conversa com os trabalhadores da saúde mental, ampliamos a escuta para compreender sobre o que é o cuidado para eles e qual o sentido disso no trabalho cotidiano deles. Sabendo que essa arte do cuidado pode atravessar caminhos cujos limiares são sensíveis à liberdade ou à tutela, esses profissionais falam sobre as afetações, histórias que compõem o seu entendimento sobre lidar com o outro.

Com argumentações psicanalíticas, os profissionais 1 e 2 desenvolveram uma conversa sobre quem é esse louco que apresenta uma estrutura de psicose e que é capaz de incomodar. O Profissional 2 nos lembra das duas estruturas na psicanálise: a neurótica e a psicótica. Segundo ele, se a pessoa

(...) for de uma estrutura psicótica, ele vai funcionar de uma maneira psicótica, então, pra vida inteira e se ele tem um rombo muito grande na questão neurótica dele, ele vai tentar fechar isso com álcool e drogas, ele vai tentar, enfim. Nesse sentido, a gente não cura, não conserta o defeito. Tem um mito na sociedade muito grande de que conserta esse defeito igual você quebra um braço. Você engessa e, daí a pouco, [es]tá consertado. Quando a gente fala de psiquismo, de, sei lá, de saúde mental, a gente [es]tá falando de um campo muito aberto, que não comporta unicamente esse defeito orgânico. Não é uma questão de neurotransmissor, é regular a dopamina do sujeito, a noradrenalina, a serotonina. Você [es]tá falando da vida dele, então, enfim, é muito mais ampla a questão e não sei como passar isso pra sociedade ou até que ponto a sociedade pode ouvir isso ou qual o papel da psiquiatria nisso, na mídia, enfim... de tentar incluir a questão da loucura unicamente na questão de doença, de

²⁷ Lispector, Clarice. **Crônicas para Jovens: De escrita e vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco Jovens Leitores, 2010, p. 69.

psiquiatria, de organicidade e não de modos de vida... Que a gente vê muito louco solto por aí. Muito louco vivendo por aí numa boa, que ninguém pensa em interná-los, por que que alguns caem nessa rede de internar (Profissional 2)?

A Profissional 1, que concorda com a fala do Profissional 2, pontua: "a caracterização. A caricatura cai sobre alguns igual sobre aqueles loucos que ficam lá", referindo-se aos loucos internados em hospitais psiquiátricos. E o Profissional 2 continua nas suas análises dentro dessas estruturas trazidas por ele:

eu penso que tudo isso descompensa. O próprio neurótico descompensa também, mas o psicótico quando descompensa o negócio fica mais sério, faz mais barulho, não sei. Assim, eu vejo indivíduos claramente psicóticos, mas que tem uma certa organização de vida, que não surta, vamos dizer... que não chega a chamar a atenção. Você vê que o cara é meio confuso, desorganizado, meio atrapalhado, que tem uma esquisitice ali, mas consegue viver do modo esquisito dele sem romper muitos laços... sem romper os laços sociais... e, às vezes, alguns rompem e rompem de uma maneira muito grave, vamos dizer assim, e ali precisa desse cuidado mais intensivo em saúde mental. É estranho. É a mesma coisa de álcool e de drogas. Alguns conseguem tomar uma cervejinha sem ficar viciado em álcool, outros não, tem um buraco no negócio que vai embora. Vamos dizer, a estrutura psíquica não consegue se reorganizar e aí precisa de uma intervenção profissional. Agora, o porquê de cada um, eu acho que [est]á nas questões sociais, culturais, na comunidade, no território, e por isso que a gente tem de trabalhar de uma maneira ampla. Não pode trabalhar no foco: a doença ou o diagnóstico, enfim...

O foco do cuidado realmente não deve ser pautado na doença ou no diagnóstico. Ao diminuir o sujeito nisso pode-se interromper um processo de subjetivação para novos modos de existência na vida e nos espaços que ele ocupa. E esses modos de existência ultrapassam os moldes de cura que muitos desejam impor no cuidado à loucura.

A loucura não é defeito que precisa ser consertado. Não se cola os 'cacos' dos delírios no momento de 'descompensação da psicose', como diz o Profissional 2, como um braço quebrado que se engessa para colocá-lo no lugar. Para o Profissional 2, ainda existe um mito enorme de que a loucura é uma questão unicamente de saúde e, que, portanto, o hospital e o remédio vão resolver, porque se tem que corrigir o distúrbio. O louco

vai sair da internação, vamos dizer, trocou a peça, recauchutou, sei lá. Quando você corrigir, (...) ele vai sair normal, vai acabar a doença dele. Acho que tem um mito, assim, de alguma maneira, a gente não consegue ampliar que a questão da loucura não é unicamente um

distúrbio biológico, orgânico que você corrige com hospital, com remédio... (Profissional 2).

Olhar para o louco como algo defeituoso impede a nossa percepção dele como um sujeito que ocupa territórios, como um ser social. Ele não é somente saúde. Há uma rede de desejos e afetações que o constituem como um ser. Uma produção desejante que constrói e que desconstrói formas de ocupar territórios e, assim, vai modificando e criando outras possibilidades, pois, de acordo com Deleuze e Guattari (2010, p. 386), esse desejo que não tem pessoa ou coisas como objeto, mas possuem meios inteiros que ele percorre, vibrações e fluxos de qualquer natureza que ele esposa e introduz cortes, capturas, desejo sempre nômade e migrante.

E o cuidado em saúde mental também se constrói entre as relações de afetos. A Profissional 7 diz que o cuidado

(...) é permanente, porque, assim, existe um fio condutor nesse cuidado que ele passa na afetividade, mas ele passa também pela verdade. De você... para poder vencer uma limitação, você tem que assumir essa limitação. Então, passa também por uma divisão de corresponsabilidade. Então, eu quero te ajudar, mas eu preciso que você me ajude a te ajudar. Reconhecendo que você tem esse e esse limite, mas também tem essas e mais essas possibilidades. Nessa mescla de coisas é que a gente vai caminhar. Então, quer dizer, é preciso ter um vínculo afetivo, precisa ter confiabilidade, precisa contar nesse planejamento com as recaídas que são muitas. (...) Então, assim, é uma vivência que ela é construída junto e passo a passo. Eu falo que ela é lenta, gradual, contínua, tem retrocessos, mas, aí, quando você consegue chamar atenção desse paciente do ato, assim, tirar ele desse papel de ser cuidado, mas trazer ele para um papel onde ele também é o cuidador. Nossa, é fantástico.

Para Franco e Merhy (2013, p. 165), "o cuidado em ato é dado mais pelos afetos que circundam os encontros entre trabalhadores e usuários". Por isso, as Profissionais 3 e 4 discutem a importância de um olhar diferenciado e de igual para igual, que faz toda a diferença nessa relação. Um olhar que, em algumas vezes, é muito difícil para trabalhadores mesmo que apresentem uma formação - para trabalhar em saúde mental é preciso ter desejo.

A Profissional 4 considera que

quando alguém realmente se preocupa, quando olha de igual pra igual, tenta uma aproximação com essas pessoas, (...) realmente é esse olhar de uma forma, sabe, do cuidado mesmo, da preocupação, de não saber exatamente o que, como ajudar. Se colocar nessa disponibilidade (...) e que é muito (...) dessa aproximação, (...) fala que tem uma diferença. Não tem muita vivência com a questão de

usuários de drogas, mas eu acho que a questão da psicose e da loucura tem uma [diferença]. Percebe muito, claramente, essa questão do cuidado (...) dessa coisa de por quem realmente se preocupa com o sujeito (...). Essa coisa... apontar pra instituição, fala de tensão... apontar para aquele sujeito que realmente [es]tá com medo, que não se preocupa com ele, entendeu? Parece que tem um olhar e parece uma coisa que penetra... entendeu? Não sei o que que é... Então, eu acho que isso sempre facilitou, pelo menos a minha vivência, assim, sabe dessa coisa da espontaneidade e da coisa do cuidado, que eu acho que isso é que faz realmente a diferença.

E a Profissional 3 complementa afirmando que há trabalhadores com formação, mas que não possuem esses afetos e esse olhar, descritos pela Profissional acima, pois

era tão um olhar fechadinho, que não era muito afetável como pessoa, de maneira nenhuma, e achar que a medida é essa também. A coisa vai ser espontâneo, a afetação que a gente tem pelas emoções e paixões, e uma certa distância pra também você não embarcar puramente.

E, às vezes, nos surpreendemos com o que os encontros em saúde mental podem nos proporcionar. Quando esse olhar desejoso e essas atitudes espontâneas surgem de profissionais sem formação ou prática nessa área, mas permite um bom encontro, aguçando o afeto e se sensibilizando com o outro. A Profissional 3 relata um caso de uma trabalhadora que é fisioterapeuta, e que nunca teve contato em saúde mental, mas teve um gesto e um ato de grande afeto e acolhimento do sofrimento do outro. Essa profissional diz que o trabalhador na saúde mental precisa ter disposição para ouvir o sujeito para ter uma relação genuína.

a gente conheceu uma fisioterapeuta que trabalhava em outra área e começou a pedir umas ajudas. Ela entrou antes de ter aberto o centro de especialidades. Então, ela ficou na área técnica e ela [es]tava ajudando um monte de gente. E onde ela colou, que a gente adorou e ela adorou, foi na saúde mental. Ela dava apoio nas residências terapêuticas, mas, assim, ela conteve crise, ela pegou paciente fugindo da residência correndo na rua, sem nunca ter estudado, pensado... depois que ela veio falar: “Ah, você vai ficar chateada...” [disse a Fisioterapeuta]. “Aconteceu alguma coisa, o que que foi?” [disse a Profissional 3]. “Não sei quem fugiu, eu fui lá, no meio da rua, aí eu dei um abraço, e fui conversando, levando ele pra casa...” [disse a Fisioterapeuta]. Eu falei: “Chateada, porque?”. Aí foi ela e o cuidador, psicólogos e outros profissionais, foram ver, teve que chamar ambulância, não sei o que, porque o cara [es]ta em crise. Então, acho que tem essa questão de não ter formação, mas não é só isso, a disposição, a possibilidade de abertura... a possibilidade de conhecer, de se abrir, e de enxergar um sujeito, e não um louco, cheio de sintomas. Isso pode ter em qualquer um, e a gente teve... e os artistas tinham... A gente teve artista e professor de

educação física. Que também depois [a educadora física] falou: "gente, eu morria de medo, eu não sabia nada, tinha prepotência e eu fui me surpreendendo, me surpreendendo, e foi ótimo... Fantástico..." (Profissional 3).

No entanto, esse cuidado pode tomar rumos distintos, que, às vezes, se misturam ou não, e que podem ou não até mesmo nos confundir quanto ao que se construirá nos processos de subjetividade do usuário. Por isso, a importância de refletir sobre as práticas de cuidado compostas pelos trabalhadores de saúde mental e questionar até que ponto elas se pautam na autonomia dos sujeitos e na tutela e na infantilização dos loucos. Ou seja: o que está sendo construído? Quais são os objetivos?

A Profissional 1 fala, em seu duplo sentido, algo que pode nos provocar alguns questionamentos sobre o por quê colocar o louco no colo:

Eu acho que o trabalho em saúde mental também, lógico, às vezes você tem de pegar o caso e colocar no colo, pra não falar coitadinho, mas é de colocar no colo no sentido de vai desbravar o caso, sabe?, porque tem situações em que não tem ninguém pra cuidar da pessoa, ou a família não quer, ou pior até que esteja junto, sabe? Então, a gente tem de saber que é a profissional [do serviço] que vai no banco, que pega o dinheiro, que vai pra casa, que vai comprar móvel, entendeu? Por que sozinho não dava conta, e com o vizinho ele estava sendo roubado. Então, às vezes, é necessário que o profissional faça essa ação: de profissional e de amigo e de cuidador (Profissional 1).

Dessa forma, para que esse colocar no colo não seja para fazer por ele e sim um disparador para novas possibilidades, a Profissional 8, com seus muitos anos de trabalho no serviço de saúde mental da Reforma Psiquiátrica, diz que o cuidado não pode ser paternalista. Essa mesma Profissional, que se preocupa com a alimentação, com a higiene pessoal e com a saúde dos usuários, fala que essa prática de cuidado precisa produzir independência, pois eles já são engessados pela sociedade: não pode fazer isso ou aquilo. Então, para ela o cuidado

é isso aí. É ver se eles estão bem. Se eles estão bem com as suas famílias. Se eles vão se alimentar direito, se estão passando mal. Quando eles estão no [serviço], sempre conferimos a pressão deles. E, se eles estiverem passando mal, acionamos o socorro. Daí, a ambulância vem e busca eles para serem cuidados num pronto socorro. A família também precisa de cuidado para ela cuidar bem deles. Eles precisam de uma palavra, um carinho, um abraço. Às vezes, é necessário, mas não devemos ser paternalistas e precisamos de ter um cuidado com eles. Se eles chegam ao [serviço], vemos se está tudo certinho, se precisam de um banho. É que, às vezes, eles precisam de um banho e a gente dá para eles

não ficarem sujos durante a estadia aqui no [serviço]. (...) é deixar ser independente. Eles já são engessados pela sociedade de que eles não podem fazer isso ou aquilo. É isso, o nosso trabalho é ensiná-los a serem independentes. Às vezes, chegam aqui deprimidos e bem debilitados e a gente oferece o cuidado para eles caminharem. A gente oferece oficina, mas às vezes, eles não querem e só querem vir para cá por causa da convivência e eles melhoram. Eles vêm acompanhado ou não pelos familiares. Muitos familiares trazem eles, por acharem que eles não podem andar sozinhos, pegar o ônibus sozinhos, pois vão sumir. Mas, geralmente, eles vem com os familiares, mas quando a gente percebe que eles podem vir sozinhos, a gente conversa com a família. Teve uma usuária que ela está aqui há uns dois meses. Ela não estava bem e vinha sempre acompanhada com os familiares. Com um tempo, nós percebemos que ela estava bem para andar sozinha e conversamos com os familiares. Hoje, ela vem sozinha ao [serviço] (Profissional 8).

Questionada sobre o que seria o paternalismo para ela, a resposta dessa Profissional nos deixa com mais dúvidas sobre até que ponto os direitos também podem ser uma forma ou não de fazer pelo louco. Afirmo a Profissional 8 que

Paternalismo é fazer por eles o que eles podem fazer. Por exemplo: Um usuário pode trabalhar, mas aí a gente faz as coisas por ele, dá cesta básica e tal. Se tem um remédio, eles já vêm até aqui, mas não dá para fazer tudo para eles. A gente tem que deixar eles serem independentes. É isso que eu acho que é paternalismo

Historicamente, e como já foi abordado nos capítulos anteriores, o louco, por muitos anos, teve seus direitos sociais negligenciados. Com a Reforma Psiquiátrica, há uma tentativa de resgatar a cidadania e a dignidade desse louco. No entanto, essas ações sociais (por exemplo, acesso à medicação e à cesta básica) são direitos conquistados e trazem consigo toda uma história de luta para a sua efetivação. Por outro lado, cabe a nós, e sem entrar no mérito do certo ou do errado, questionar se atualmente esses direitos também, de certa forma, podem provocar uma comodidade nesse louco e lhe causar uma determinada dependência dos serviços e dos trabalhadores em saúde mental. E se houver essa relação de dependência, como provocar rupturas para que ele seja independente e que, ao mesmo tempo, não lhe sejam negado os seus direitos novamente?

As ações de tutela pelo trabalhador em saúde mental com o portador de transtorno pode se dar tanto de forma consciente como de forma inconsciente. A Profissional 1 diz que, em certos momentos, o trabalhador passa a mão da cabeça de um usuário sem se dar conta do que a sua ação pode estar (re)produzindo para o outro. E o Profissional 2 acrescenta que, por isso, é importante uma formação teórica para não dar ouvidos aos instintos maternais de proteção excessiva ao louco,

que "entram de um modo muito pessoal na coisa e isso até virava uma espécie de fetiche, de bibelô de alguém" (Profissional 2). Para ele, o louco deve ser liberto, solto dessa forma de cuidado que perpassa na tutela, considerando que o aprisionamento atrapalha o sujeito no seu processo de transformação, criação subjetiva.

A gente tem, também, profissionais, que embarcam como mãe. Aí fica no lado mal da mãe também, que espera em troca muita coisa, que tutela, que é uma pedagogia por bom comportamento, e tal. Então eu temo, quando a gente tem muita gente sem o desejo de estar no [serviço], por mais que ela tenha boa vontade. Se acabou a vontade materna, que não é boa, que é tutelar, que aí não tem autonomia, aí você pode ter gente estabilizada e sem autonomia, é melhor ter alguém como [Maria²⁸]. A estabilização tem crises, tem afrontações pra cá e pra lá, mas é o jeito dela viver e ela consegue viver e dar conta das coisas... eu acho que tem se produzido autonomia sim, espero que continue, e acredito até que continua assim, né (Profissional 3).

A pedagogia por bom comportamento, falada pela Profissional 3, pode ser analisada por algumas possibilidades divergentes, ou seja, pode percorrer caminhos tanto para o mau uso, quanto para o bom uso. De certa forma, é importante refletir que o ato de gerir a vida do outro é carregado de valores morais que impedem a construção, a formação do conhecimento (DELEUZE, 2002) e, nessa situação, impossibilita o outro de construir novas formas de existência. Esses valores morais são pautados num certo modo de vida, naquilo em que se julga certo ou errado, mas não, necessariamente, é acolhido por todos de tal maneira. Dessa forma, é preciso pensar num cuidado também que se remete a não se apropriar dos desejos e das vontades alheias e, simplesmente, afirmar ao outro um modo de viver duro e padronizado.

O problema é privá-los, a priori, de bens materiais e simbólicos, humanos incorporadamente humanos, sejam eles quais forem. Já foram destituídos, pelo modelo hospitalocêntrico, de tantas coisas, principalmente da experimentação cotidiana da potência singular de cada ser vivo, no caso de uma vida 'humana' própria. Agora tentam juntar os cacos para criarem para si uma nova vida, calcada nessa experiência singular que potencializa o agir. O problema é não permitir que façam uso das regras facultativas, que não possam selecionar o que desejam e o que não desejam mais, que não possam experimentar, que não possam afirmar hábitos próprios e mudar de hábitos, sejam eles quais forem. Muitas vezes, moraliza-se tudo, pedagogiza-se tudo em nome dos supostos 'bons hábitos', desvalorizando a própria vida (LAVRADOR, 2006, p.178).

²⁸ Maria é um nome fictício dado a uma usuária de um serviço de saúde mental. No próximo capítulo, será conversado brevemente sobre o caso dela.

Por outro lado, na saúde mental, há muitas pessoas com um longo histórico de internação e que foram privadas de fatores mínimos, como a higiene pessoal. O ato de comer com as mãos, na correria e num instinto de proteger a sua comida, fazer necessidades fisiológicas no chão, por exemplo, foram e continuam sendo realidades em muitos manicômios. Com o passar do tempo, esse paciente vai perdendo esses costumes de cuidado com o seu próprio corpo, com a sua vaidade e com o espaço que habita.

Ao sair desses espaços manicomial, o louco se deparará com um mundo em que a sociedade rejeita certos tipos de comportamento, como fazer as suas necessidades fisiológicas no chão, andar sem vestimenta. E daí, ele precisará reaprender alguns comportamentos e regras para manter um bom convívio com a sociedade, com a comunidade em que ele vive.

A Profissional 9 fala sobre esse trabalho de (re)educação e de pedagogia para o bom comportamento. Ela faz uma comparação do seu trabalho como uma educação infantil e diz o seguinte:

O negocio é ensinar. Igual criança. Uma criança, você vai ensinando e, aos poucos, eles vão pegando. E assim é eles. Então, eu não acho que é tanta dificuldade não. Arrumar a cama mal arrumada. Vai lá e arruma mal arrumada. Eu não gosto de arrumar por eles. (...) Depois que eles viram as costas, eu vou e dou mais uma ajeitada. Mas não para eles verem. Porque eles fazerem, e eu vou lá e faço novamente, ele vai falar: 'Então, eu não vou fazer de novo.' Porque a gente tem que entender que eles não são tão assim... Eles tem um pouquinho de noção (Profissional 9).

Durante a conversa, essa Profissional relembra vários casos do seu trabalho experienciados diariamente. Das situações mais simples às mais complexas, ela tenta disparar neles, ao seu estilo, um cuidado tanto pessoal quanto nos espaços de vivência. Uma profissional simples e sem formação na área de saúde mental vive na pele o que é cuidar de um familiar com transtorno mental. Ela encontra na sua própria história modos de lidar com os loucos e atribui à preguiça o fato deles não quererem realizar uma orientação dada por ela.

Tem uns que faz. Você fala: faz tal coisa. Comeu, lava o seu prato. Vai lá e lava. Agora, tem aqueles que não fazem por nada. O [João]²⁹, acho que tem trinta anos, vinte e nove anos, ele não lava o copo que ele bebe água, mas ele é preguiça. Não é problema não, é preguiça. Porque ele gosta da melhor fruta. Ele gosta da melhor

²⁹ João: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

roupa. Viu, ele gosta das coisas boas. Então, por ele não lavar o prato e não lavar o copo, não é pelo problema, é preguiça. Eu falo com ele que ele é cheio de preguicite. O outros fazem. O seu [Marcos]³⁰ não deixa de lavar um prato. Mas ai você: 'Não, não... Passa a bucha' [fala a Profissional 9]. Ai você fica ensinando ele. Mesmo que não faça cem por cento. Lavou o prato, deixou o prato limpo. É isso ai, parabéns, tá bom. Quando ele vira as costas, eu vou lá e lavo novamente. O seu [Ricardo]³¹, ele já acaba de comer, vai lá, lava o prato dele, colher e copo, (...) não passa uma bucha ou um sabão, mas já foi lá e lavou. Ai, vou lá e lavo de novo. Agora, eu falo com o seu [Ricardo]: 'Quando ele for lavar o prato, você passa o sabão e bucha. Você pega e passa. Tá bom.' 'Tá bom' [fala Ricardo]. O [José]³² também. Tomou o café, lava o seu copo. Comeu, lava o seu prato. Agora, tem dia que nem nada e nem santo que faça fazer. Mas não é complicado, não é impossível, você ensinar (Profissional 9).

A questão que precisa ser olhada com cautela não é somente o ato do ensino em si, mas de como se dá esse processo, o que é ensinado para os usuários e para qual finalidade, para que este ensino não seja para o impedimento dos processos inventivos do outro. Como a Profissional 1 diz, é muito difícil lidar com essa pessoa quando está em crise - e, mesmo quando não se encontra em crise, há as suas dificuldades. Às vezes, a pessoa não toma banho, suja todo o banheiro, não sabe usar roupas limpas, não toma as medicações no horário certo, e, assim,

tem que ficar mandando tomar banho na hora certa, tomando remédio e a pessoa não quer. Tem que ficar insistindo, mas tem outros prazeres, (...) mas às vezes de tanto desgaste que já tiveram eles não conseguem mais enxergar aquela utilidade (...) e faz parte do trabalho lembrar isso (Profissional 1).

Logo, esse ato de ensinar, esse encontro com o outro deve respeitar a livre produção subjetiva da realidade social com o rompimento ou não do lugar de origem em que o outro está inserido através dos tensionamentos contínuos e sucessivos dos processos de mudança. E esses processos se dão pelos movimentos de desterritorialização, reterritorialização e territorialização dos espaços existenciais. Para Franco e Merhy (2013, p. 161)

Esse processo é intenso, dinâmico e tensionado por sucessivos e contínuos processos de mudança. A produção subjetiva da realidade social se dá através de movimentos de desterritorialização e territorialização dos próprios sujeitos que produzem o cotidiano, o funcionamento social. E nesse processo, os sujeitos operam em intensidades diferentes para cada movimento, podendo desterritorializar, o que significa romper com o lugar de origem e

³⁰ Marcos: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

³¹ Ricardo: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

³² José: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

podem portanto adotar novos territórios existenciais, ética e politicamente identificados com a produção de uma nova realidade social; por outro lado, podem não reterritorializar, retornando ao lugar de origem e assim não produzir mudanças sociais, eternizando um *status* conservador de funcionamento social. A desterritorialização pode se dar por "coeficientes" diferentes, respeitando uma certa gradação de sentidos para as rupturas a serem realizadas.

E quando o cuidado se mistura na parte dura de um programa? Destaco aqui também um cuidado que se encontra nos protocolos e nas burocracias do trabalho e que está dentro das salas, nas rotinas do atendimento. Para a Profissional 6, o cuidado segue um modelo rígido, que passa pelo acolhimento feito na anamnese e, a partir disso, há a marcação de consulta ou inserção em algum outro dispositivo que o serviço ofereça, respeitando a ordem de prioridades a serem atendidas, já que há um limite super saturado de vagas.

Ao perguntar à Profissional 6 sobre o que é cuidado, ela já inicia a sua fala se remetendo ao programa:

Acho que o programa tem que ser... Na verdade, o objetivo do programa é ser porta aberta. Se a porta está aberta, ele tem que atender. E ele não pode escolher o que ele atende. Ele tem que atender tudo. Na verdade, ele tem que ser... o atendimento tem que ser oportuno, tem que ser na hora que a pessoa precisa. Como que uma pessoa vai chegar... se ela está procurando um serviço de saúde, é porque ela realmente está precisando. Como que os usuários vão estar daqui a dois meses? Que cuidado é esse? O atendimento, ele deveria ser: 'tudo bem, eu não tenho tempo para te atender, eu não posso te atender agora, fazer aquele atendimento, aquela anamnese, mas vem cá vamos conversar um pouquinho. Deixa eu tentar entender o que está acontecendo, que de repente, eu não tenho condições de fazer a sua anamnese agora, mas, sei lá, eu vou conhecer um pouquinho da sua história e saber o que você está demandando, eu consigo te agendar para amanhã' [fala da Profissional 6]. Não vai ser hoje, mas vai ser amanhã, não vai ser daqui a dois meses. Isso a gente não consegue fazer. Não (Profissional 6).

Franco (2013) faz um questionamento, que talvez seja pertinente, sobre a liberdade do trabalhador nos processos de trabalho, que se encontra com as estruturas prescritivas do modo de organização dos trabalhos, pois "a gestão tem as suas normas, portarias, regras, protocolos, que definem o comportamento a ser adotado pelos trabalhadores, formas de padronizar seu trabalho, isto não lhe tira a liberdade?" (Franco, 2013, p. 244-245). Para ele, a liberdade do trabalhador é fundamental para a produção de cuidado no seu trabalho e no encontro dele com o usuário. Esta liberdade "lhe dá a condição de produzir o cuidado da forma como lhe

convém, ou seja, no momento do seu encontro com o usuário ele decide sobre o processo de trabalho, agenciado pelos afetos do próprio encontro" (Franco, 2013, p. 244).

Esta fala da Profissional 6 traz um modo de pensar o cuidado que perpassa em muitos dos serviços de saúde mental. Mas se o trabalhador for livre como proposto por Franco (2013), como não ser capturado por essas formas duras e permitir um encontro afetuoso com o usuário? É importante se atentar que

Estas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar, mas que ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido (Franco, 2013, p. 245).

Então, a partir do contato que o trabalhador constrói com o seu trabalho e com o outro, ele poderá transformar as prescrições para modos flexíveis de um trabalho potente, vivo e não capturado, que se dará numa postura ética-estética-política.

Além disso, precisamos nos atentar também quando essa organização de trabalho pode influenciar na relação trabalhador-usuário. A Profissional 6 afirma como os usuários que participam dos grupos têm uma atenção muito mais próxima do trabalhador do que o que não está inserido no grupo. E como essa organização atinge também na construção do Projeto Terapêutico Singular pelos trabalhadores, já que inicialmente, por falta de vagas no serviço, após a anamnese, o usuário é encaminhado ao psiquiatra para a medicação, focando o cuidado nela, até o momento que houver outras oportunidades de tratamento no serviço.

Mas a gente não consegue dar conta de todos. Principalmente, os casos que estão nos grupos. Tem muito paciente que deveria estar no grupo e não está. E aí querendo ou não, o paciente que está no grupo, ele fica mais próximo da equipe. Você conhece aquele paciente, você sabe toda a história de vida dele. Você acaba conhecendo melhor. O paciente chega e você que vê ele está meio tristonho, você já pergunta o que é, já conversa, já tem mesmo uma intimidade com aquele paciente. Só que assim, os pacientes que estão mais próximos da equipe, são poucos. E, aí, a gente prega tanto aquela coisa que não é só o remédio, não é só a consulta médica. Mas, tá, eu não tenho vaga no grupo, eu não tenho para onde encaminhar, eu vou fazer o que? Você vai encaminhar para o médico. Já que ela está reclamando que ela não consegue dormir, que não sei o que, mas eu sei que ela não consegue dormir, porque ela está com problemas... hum, sei lá, no trabalho, com o marido, com o filho. Mas eu não tenho como colocá-la no grupo. Eu não

tenho como colocá-la no atendimento individual. E, aí, ela vai continuar sem dormir? Não. Então, vou encaminhá-la para o médico, porque para o médico tem vaga e por incrível que pareça. Entendeu?! E, aí, assim, a gente vai pregando uma coisa e vai fazendo outra. E, depois, quando surge a vaga no grupo, eu vou chegar com cara para essa paciente: olha só, hoje você não precisa mais desse remédio. A partir de hoje, vamos para a terapia de grupo? Entendeu?! É mais ou menos... como pelo menos assim, não posso falar pela equipe, mas como eu estou me sentindo hoje dentro do programa (Profissional 6).

Diante disso, é possível neste instante refletir sobre duas questões que perpassam na conversa com a Profissional 6 e que fazem toda a diferença no encontro que se constrói com o usuário: O acesso universal dos serviços em saúde mental e o cuidado que está sendo construído com a precarização dos serviços.

Estas duas questões não estão dissociadas uma da outra e, por isso, se entrelaçam na relação serviço-trabalhador-usuário dos processos de cuidado. O acesso universal à saúde é um princípio fundamental do SUS. No entanto, hoje, é uma realidade brasileira ainda o não acesso imediato do usuário, quando ele necessita. Há longas filas de espera a procura de vaga nos serviços de saúde, o que não é diferente na saúde mental, ferindo com a lógica principal desse sistema público e constitucional. Franco e Merhy (2013, p. 165) relatam que

(...) os serviços ainda convivem com grandes esperas, filas e na maioria dos serviços dispositivos racionadores como a triagem, senhas para procedimentos, etc... Observa-se ainda processos de trabalho partilhados, embora haja um discurso do trabalho em equipe; saberes técnicos pretensamente onipotentes, mas pouco eficazes na satisfação das necessidades do usuários; relações hierárquicas na equipe de saúde; enfim, as contradições revelam fortes estranhamentos nas redes de atenção à saúde.

Ao fazer esse recorte dentro da saúde mental, esses fortes estranhamentos também se dão nessa rede de atenção. E, com isso, refletimos sobre qual é o cuidado que está sendo construído com essa precarização dos serviços. A Profissional 6 menciona um fato preocupante que seria sobre um cuidado inicial medicamentoso para que a pessoa não fique desassistida totalmente pelo serviço, já que ela não tem um amplo atendimento necessário, até a existência de uma vaga para este usuário participar de outras possibilidades, sejam elas terapêuticas ou não. Depois, ao entrar num outro espaço, há o trabalho de desconstrução nela com relação a sua dependência com a medicação, dizer que não será somente esse método que irá disparar nela outros modos existenciais e afirmar que essa e essa alternativas podem ter efeitos mais significativos para ela. Tudo isso após um longo

tempo de espera por, primeiro, uma consulta médica, e, posteriormente, por outros dispositivos de cuidado no serviço de saúde mental. Com isso, essa forma/ organização traz muitas inquietações aos trabalhadores e a nós sobre as (re)produções no processo terapêutico e de cuidado no outro. Como permitir uma postura ética-política no acolhimento ao usuário? Como serão as afetações entre trabalhador-usuário e como isso afetará as produções de cuidado? Como não sustentar o processo criativo de um trabalho vivo e a liberdade de agir?

Das formas mais duras às mais flexíveis do trabalho, o cuidado vai se constituindo nos encontros da relação trabalhador-usuário e verifica-se que esse tensionamento, normativo e liberdade, provocam rupturas e criações importantes no trabalho vivo. Pois, para Franco (2013, p. 245)

Convive-se o tempo todo com esta tensão o que resulta em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres, que operam por fluxos entre os próprios trabalhadores e usuários, e com formas mais rígidas de controle dos mesmos. Os fazeres, as práticas de cuidado, vão se assumindo assim configurações diferentes em espaços e tempos distintos.

Essa tensão pode ser vista na fala da Profissional 5, que acredita que o trabalho não é um protocolo, mas parte de uma sensibilidade e de um olhar diferenciado com o outro. O cuidado é singular e não é rotineiro.

Cuidar. Então, aqui... não é aqui. Se você fala assim, o que é cuidado no setor da saúde, as pessoas vão pensar que é tratar. Tipo você tem técnicas e tem algumas coisas que podem te ajudar, então, o cuidar é você ir tratando, aplicando linhas técnicas que podem te... é mais fácil para pensar. Mas eu acho que vai muito além disso. Como se cuidado exige olhar para o outro de verdade. Tanto que para cuidar tem que ter um encontro. Tem que acontecer esse encontro de alguém que precise de cuidado, seja lá qual for, e uma outra pessoa que está disposta, aberta a cuidar. E aí, vê essas, não sei, vê muito essas necessidades desse outro, que é esse outro. Eu penso que o cuidado, ele não é meramente técnico e não é um protocolo. Eu penso mesmo que o cuidado é muito singular, se não vira uma rotina. Então, eu penso que é diferente. Na rotina, numa instituição de saúde, que não necessariamente significa um cuidado em saúde. Então, é mesmo olhar essa pessoa que precisa de ajuda de uma forma muito única e se abrir e estar disposto a ajudar, seja com normas técnicas, seja com a sua boa vontade, seja com a sua escuta, seja com a sua companhia, seja com o seu silêncio. Acho que tudo isso é uma forma de cuidado. (Profissional 5)

E, nesse cuidado, há riscos em lidar com a loucura? Das mais diferentes formas, muitos profissionais falaram: há sim um risco em lidar com a loucura. Mas que risco é esse? Como lidar com isso?

Talvez o louco seja perigoso, pois o seu processo delirante se expande de tal forma que não se encaixa num molde rígido de vida. E isso faz com que alguns tenham medo. Sair das estruturas fechadas em que vivemos e ouvir o delírio do outro não é fácil. Manejar com essas produções delirantes não é simples. Mas os trabalhadores trazem outras questões importantes e inerentes ao cotidiano do trabalho.

Os trabalhadores relatam em suas falas vários modos de agressão sofrida, e, também de modo muito curioso, falam sobre a importância de um cuidado pela equipe com o profissional para que este não estacione no delírio alheio.

Por ser pequena, reflete a Profissional 9: "Pensar em me agredir e me dar um empurrão é capaz de matar, porque o 'homão' e olha para meu tamanho". Mas ela, em seguida diz: "Uns armários, mas eu não demonstro medo. Não tenho medo, converso. Se está tudo bem a gente senta lá no sofá, conversa". Ela afirma que é um trabalho perigoso, pois nunca se sabe quando os loucos vão agredi-la. Em contrapartida, ela fala que nunca sofreu qualquer tipo de agressão, mas já ouviu casos: "Eles me respeitam mesmo. Nunca me agrediram, nunca me bateram. Já bateram em outra, já xingaram e tudo, mas a mim não" (Profissional 9). Para ela, o trabalhador "tem que ser muito firme, senão a gente não fica não. Tem pessoas que não aguentam não. Minha parceira mesmo fica meio assim e eu falo assim: 'está precisando de trabalho, faz ai' [diz a Profissional 9], porque fica com medo, porque, às vezes, tem aquele que é agressivo, tem aquele que é traiçoeiro".

Diferentemente dela, a Profissional 1 sentiu na pele:

(...) já aconteceu comigo uma situação, por exemplo, de que teve uma... Ela [es]tava em crise, uma usuária do [serviço]. Aí, ela veio me agredir e eu me lembro que eu me preocupei em não bater nela, ela veio, puxava cabelo muito forte, durante algum tempo até a equipe conseguir tirar o sujeito. Mas eu me lembro que eu sentia a mão na minha cabeça em cima, eu sabia de quem era, mas eu não tinha... Eu pensei em não beliscar, eu pensei em não morder, eu pensei em não puxar o cabelo de volta, pra não fazer isso fisicamente contra ela. Doeu, sofri, chorei, fiquei arrasada um tempo.

Num outro momento, essa mesma usuária quebrou uma televisão do serviço e provocou outras situações, fala a Profissional 1. E, diante disso, teve uma postura firme com ela: "olha, agora você vai pegar essa vassoura e essa pá e vai limpar" (Profissional 1). E, de acordo com essa trabalhadora, a usuária: "pegou a vassoura e pegou a pá e foi limpar".

A agressão aos trabalhadores é uma situação que é vivenciada em vários ambientes de trabalho, não somente na saúde mental. No entanto, ela é diferenciada em serviços de saúde mental, pois, primeiramente: falamos de pessoas que carregam em si o estigma de serem perigosas. Há na nossa cultura uma ideologia bastante presente de que os loucos são perigosos e, por isso, necessitam de isolamento. Além disso, nós não temos controle sobre o desenvolvimento da crise em si do outro. Ou seja, não podemos mensurar como será a reação do louco em seu momento de crise, mas podemos trabalhar de forma que não haja culpabilização dos atos do louco durante esse processo, até mesmo porque nem todo processo de crise do louco apresenta atitudes violentas.

O manejo da crise pelos trabalhadores de saúde mental deve levar em consideração as individualidades e o processo subjetivo do outro. Segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007, p. 38)

valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente e também não apenas como sujeito em crise; significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão de encontro com a expectativa da equipe.

Sem uma fórmula de como lidar com a crise, os trabalhadores (re)inventam a cada momento o seu trabalho devido à multiplicidade do ser humano. A relação afetiva entre trabalhador-usuário é muito importante durante esse momento para a construção de outras possibilidades nas intervenções. Faz parte desse contato o ato de respeitar esse momento de crise do louco e saber ouvir os delírios que estão sendo produzidos intensamente.

Durante esse encontro, o trabalhador amplia a sua sensibilidade para compreender e analisar esse cenário que ali se constrói e toma decisões importantes para sua ação. A Profissional 1, juntamente com a sua equipe de trabalho, encontraram numa determinada intervenção a responsabilização da

usuária por ter quebrado cadeiras como forma de procedimento terapêutico. Para ela,

(...) tem a questão do limite, da vida, da autonomia passa por aí também. então, uma outra quebrou a cadeira, ela não tinha dinheiro pra pagar as cadeiras que ela quebrou, mas foi dada uma punição à ela. (...) a menina que quebrou a cadeira, ela teve uma tarefa no [serviço], ela tinha a obrigação de organizar as cadeiras de todas as oficinas durante uma semana, eu acho... era ela que arrumava tudo, pra ela perceber a importância. Então, ela não era uma escrava do [serviço]. (...) assim, aquilo a equipe pensou que era terapêutico pra ela naquele momento. Às vezes parece pequeno, talvez, pra alguns, pra quem tá de fora que vê: "não, não faz pra fulana... então ela é empregada aqui? Não, ela não é empregada aqui!" [diz a Profissional 1], mas hoje faz parte do processo terapêutico dela, e pra outros pacientes não adiantaria (Profissional 1).

A Profissional 3 e a 4 nos chamam atenção para os efeitos da reação das pessoas com a loucura nos serviços e a preocupação da saúde pública de como isso pode alterar o foco do cuidado em liberdade para "levar uma mordida, então devo fazer um treinamento em contenção" (Profissional 3) ou "chama a polícia" (Profissional 4).

Num determinado espaço que a Profissional 3 trabalhou, havia questionamentos de alguns profissionais da equipe em relação ao perigo do trabalho e de como agir diante disso. Os trabalhadores do serviço julgavam a necessidade de receber o benefício de periculosidade pela sua exposição aos 'possíveis atos agressivos' dos usuários. A Profissional conta:

temos que ver periculosidade, fazer um boletim de ocorrência e vir ganhar periculosidade, porque o paciente pode morder, cortar a gente com copo quebrado" [questionamentos dos profissionais]. Se for por aí já se torna difícil, por que aí você vai discutir o cuidado e fica o embate, como se você não estivesse cuidando do profissional, "e eu?" [questionamento dos profissionais]. Diversas vezes, os profissionais do [serviço] falavam mais isso, alguns, não todos, tipo assim: "Ah, e o paciente pode tudo, e a gente não pode por limite nenhum?" [questionamento dos trabalhadores]. Então parece que os profissionais ficam às vezes com um certo ciúme. Como se quisesse que... É tutelar mesmo, a coisa da criança, parece pedagogia na escolinha, que você está formando crianças pra ser bem educadas, e isso pode tirar coisas da autonomia. Realmente, você criar um monte de gente muito bem educadinha, mas que não consegue se portar com a vida.

De certa forma, a Reforma Psiquiátrica, com os dispositivos em saúde mental, visa lidar com a desconstrução da figura do louco como um agente criminoso. Assim como noutros ambientes de trabalho, a agressão é um ato possível, independente

de ser um espaço de saúde mental. Essa é uma preocupação que precisa ser colocada sempre em análise nos espaços de discussão e de formação, para que a criminalização do louco não volte a ser o foco da saúde mental, mas sim o acolhimento, o cuidado, a atenção e afetividade que se estabelecem com o outro.

Ao mesmo tempo, todas as angústias e os medos dos trabalhadores precisam ser ouvidas, acolhidas de modo que não haja pessoalizações e/ou culpabilizações desses tensionamentos presentificados nos trabalhos e sentidas por eles. Também não é fácil para o trabalhador lidar com a loucura, que por séculos foi colocada como algo perigoso. Hoje, mais intensamente a partir de 1970, se discute uma possibilidade de cuidado em liberdade. Esse processo de desconstrução da figura do louco perigoso é gradual, e romper com os ideais imaginários não é fácil. Talvez uma forma de acolher essa angústia do trabalhador seja por meio da formação, mas que não seja esta o único espaço para isso. A educação é importante, pois contribui para transformações dos processos de subjetivação e para a autoanálise dos trabalhadores. Para Franco (2013, p. 187),

Ao mencionarmos que é possível a educação operar no mundo das relações de ensino/aprendizagem como dispositivo, sugerimos que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação, associados aos de cognição. A aposta que se faz é a de que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la.

O outro possível risco trazido pelos profissionais se relaciona com o fato do trabalhador mergulhar na loucura e poder sair dela. A Profissional 1 destaca um autor, Peter Pelbart, para falar sobre a importância do trabalhador tomar cuidado com o Fora. Para Pelbart (1989, p. 121), o "Fora é essa pluralidade de forças. O Fora, que é o exterior da força, é também sua intimidade, pois é aquilo pelo que ela existe e se define". Considerando o Fora como um espaço de linhas de fugas, há um processo constante de desterritorialização, que pode levar o sujeito a loucura, já que não há uma estratificação, uma forma dessas forças.

E o fato do plano do Fora ser uma "região de singularidades selvagens, ainda não ligadas, que borbulham justo acima da fissura central, que embaralham os diagramas, que são uma tempestade de forças, impetuosa e violenta" (PELBART, 1989, p. 134), a Profissional 1 diz que ao ter contato com o Fora do outro, "a gente tem de voltar, tomar distância do fora, do que é exterior, no turbilhão de coisas que é

desorganizado como a loucura, mas que a gente tem que conseguir voltar, se não a gente fica lá preso a gente fica preso na loucura também". Ou seja, o trabalhador precisa também ter o cuidado de saber lidar com a loucura do outra de forma que isso não o afete a ponto de não saber sair dessa situação.

De acordo com o Profissional 2, os tensionamentos com a loucura também se dão na equipe quando há uma grande exposição do trabalhador no caso. A equipe precisa ser um suporte para os trabalhadores nas intervenções, pois tratar com a loucura, por ser um movimento intenso de rupturas com a realidade, pode provocar tensões entre trabalhador-usuários e entre trabalhador-trabalhador.

é uma coisa que eu vi assim na equipe do [serviço]. É que tem hora que precisava meio que fazer uma simbiose. Todo mundo virar um organismo só, ter uma certa tensão entre as pessoas, um certo amparo. Muita gente ali não tinha feito análise, não tinha estudado e se expunha de uma maneira muito arriscada. Então, você precisava ter uma equipe muito grudada e, às vezes, isso gerava conflitos, intrigas. É coisas pessoais, assim, muito imaginárias entre as pessoas, até que você precisava ter uma consistência de equipe pra poder suportar isso, suportar esse mergulho na loucura.

Dialogar com delírio exige certo tipo de cuidado do profissional e uma postura ética para lidar com isso. Esse mesmo Profissional 2 relata que seus atendimentos não cabiam somente dentro da sala do consultório. Para ele, a psicose não cabe no divã. Inferimos que, se não cabe no divã, logo, não cabe entre quatro paredes do consultório. Essa entrada dele no delírio do outro exigiu dele, além de um conhecimento teórico-prático, uma sensibilidade com o usuário e o suporte da equipe, mesmo que tenha sido estranha, a princípio, tal metodologia adotada por ele.

porque a psicose não cabe no divã, como dizia, é uma coisa que vai além da questão discursiva que no neurótico dá pra trabalhar. E, então, o campo pra eu exercer o saber, quando eu cheguei no [serviço], eu falei: "gente, é o meu parque de diversões" [disse o Profissional 2]. Tudo que eu estudei, eu posso fazer aqui. Aí o cara surtado queria, levava um monte de carrinho pro [serviço] e, então, ele não queria entrar no consultório. Então a consulta era eu brincar de carrinho com ele lá no [serviço]. A equipe, no início, me achou meio maluco, assim porque lá não... Então, vamos lá pra debaixo da árvore. (...) A forma de acesso que eu tinha àquele cara que estava surtado. Ele levava um monte de carrinho para o [serviço]. Carrinho que criancinha brincava, então, (...) o objeto transicional dele era aquele carrinho. Por ali que eu entrava, pra eu poder conversar com a atenção dele e enfim, com vários pacientes (Profissional 2).

O cuidado da equipe e na equipe: Cuidando do louco e do cuidador.

No trabalho cotidiano nos serviços de saúde mental podemos perceber ramificações do cuidado. O cuidado se amplia, se espalha, se movimenta. Ele não é unilateral, em que somente o louco tem acesso. A construção do cuidado se constrói na relação de afeto dos encontros e é recíproco. Imaginemos uma rede de cuidado, em que cada nó representa um agente de cuidado. O agente de cuidado é composto por trabalhador, usuário, gestor, familiar, serviço, equipe e, assim, outras sucessivas multiplicações de outros agentes. O fluxo de cuidado transita por todos os nós em vários sentidos, pois não há uma direção única de produção de cuidado.

Então, assim como há uma preocupação de se fortalecer essa rede de cuidado com o louco, também se deve ser para o cuidador para continuar esse movimento de produção de cuidado. E isso ativa na rede de cuidado outros atores para contribuir nessa relação, ou seja, convoca outros sujeitos para dar suporte nesse cuidado, para que ele não seja individual e sim uma construção coletiva, porque, segundo a Profissional 1, "pra trabalhar com equipe um tem que saber o que o outro está fazendo". Isso faz parte para o fortalecimento dessa rede de cuidado.

Trabalhar em dispositivos de saúde mental não é fácil. Para o Profissional 2, às vezes é cansativo, pois um usuário pode te sugar até a última gota e, por isso, o trabalhador tem que ter respaldo para isso, ou seja, tem que saber o que está fazendo. E isso volta para a equipe, que pode fazer saúde mental sem ter uma formação teórica, mas

essa equipe que faz a saúde mental sem ter formação teórica pode adoecer com essa exposição. Eu acho que precisa de uma formação teórica, e na minha época a primeira coisa que se falava era: "vai fazer análise!". Antes de você atender um paciente você vai fazer análise. Isso nos anos 70, hoje em dia, não está muito em moda o assunto, mas eu acho que, você precisa ter um suporte e um cuidado de si pra você cuidar do outro desse modo arriscado que pelo menos o psicótico exige (Profissional 2).

Para o fortalecimento dessa rede de cuidado, encontra-se na equipe um modo para que esse cuidado seja ampliado não somente ao usuário, mas que alcance também os trabalhadores que compõem este espaço. O Profissional 2 traz a ideia do suporte, como se um tivesse que suportar o outro não só na discussão dos casos nos espaços coletivos do serviço - que são importantes, como diz a

Profissional 1 - mas também de "dar um suporte, dar um acolhimento pro seu colega" (Profissional 2).

O interessante é que esses profissionais trazem uma questão sobre a relação de trabalho dessa equipe, que cabe uma reflexão. Para eles, o trabalhador "precisa que você discuta o caso com ele, que você compartilhe. E tem hora que você tem que suportar a diferença, que o outro [es]tá fazendo diferente, [es]tá fazendo o que você acha que não deve ser" (Profissional 2). Faz-se necessário que a equipe tenha um mesmo modo de pensar o cuidado? Será necessário que todos concordem com a intervenção que propõe o trabalhador? Como discutir isso na equipe? Isso nos faz pensar que a relação de cuidado entre a equipe também se passa por certa confiabilidade e aposta nos trabalhos do outro.

E, dessa forma, compreende-se a afirmação da Profissional 4 sobre a importância dos espaços de supervisão e discussão dos casos. Para ela, como a crise é algo assustador que deixa a equipe tensa, esses momentos de debates, pelo menos para as pessoas mais envolvidas na situação, servem para que não haja um retrocesso da equipe. Ou seja, entendo que esses espaços sejam para análises que visem potencializar o trabalho em equipe e perceber que isso não significa encontrar uma unidade, mas como lidar com as diferenças, acolher o trabalhador e as questões emergentes dos casos e ampliar as possibilidades de intervenção e de cuidado.

Entendendo a necessidade de acolher o trabalhador e dar voz às angústias produzidas no trabalho cotidiano, a Profissional 7 se sensibilizou para realizar uma intervenção com as enfermeiras, porque a enfermagem lida diretamente com a medicação, as injeções e a dor, sem contar com as correrias dos outros trabalhos, como plantões em hospitais, provocando um estresse muito grande no enfermeiro.

Com certeza, esse é um momento que foi criado para que elas possam se cuidar e está sendo muito gratificante. [As enfermeiras] estão super entusiasmada com isso, porque, assim, é um outro público alvo, mas que também traz questões e, assim, a dor vai endurecendo o profissional de saúde. E aí então, já tenho trabalhado com elas a linguagem do desenho, da pintura, da expressão corporal. E também, estão, assim, radiantes porque estão descobrindo em si também outras possibilidades. Não só para fazer o objeto, mas a possibilidade de poder falar de si, escutar e ser escutada. Isso é bastante interessante, porque provoqueei sem querer uma comoção geral entre elas. E aí uma delas falou assim: Nossa, quanto tempo que eu não sei o que é chorar, como que chorar faz

bem. Então, as pessoas vão ficando embrutecida. (...) Lógico que tem outras possibilidades, outros recursos que são igualmente maravilhosos, mas eu estou falando daquilo que eu tenho domínio. E, assim, eu fico muito encantada. Cada vez para mim, é um trabalho novo, é uma nova possibilidade que se configura ali. E, assim, quando você toca a alma de uma pessoa, isso vai gerar um multiplicador. Então, não é só cuidar de quem cuida, mas é cuidar de quem cuida para essa pessoa continue cuidando melhor do outro. E se ele vai ser sensibilizado para isso, lógico que isso vai se desdobrar de uma maneira melhor (Profissional 7).

Além dessas questões trazidas até o momento, o cuidado ao cuidador também se passa na relação gestão e trabalhador. Segundo Franco (2013), para haver a produção de cuidado, os trabalhadores precisam ter bons encontros nas relações de trabalho e, às vezes, a própria gestão provoca encontros tristes que despotencializam essa possibilidade. Para ele,

Ao conduzir um tipo de gestão que não produza as condições ideais de trabalho, segurança, conforto, perspectiva de futuro, opera na sua relação com os trabalhadores produzindo tristeza, e esta tem sido a marca da gestão do trabalho na saúde, quando não prioriza o que são questões fundamentais para o cuidado do cuidador, produção de bons encontros. Estes poderiam estar vinculados com a ideia concreta de carreira profissional, remuneração suficiente para o bem-estar, Educação Permanente que possibilite análise e autoanálise do trabalho e da vida no SUS, trabalho multiprofissional e em redes, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu processo de trabalho e no cuidado em saúde, linhas ativas de liberdade e utopia ativa (Franco, 2013, p. 249).

A precarização do trabalho e a desvalorização profissional também podem causar o adoecimento do trabalhador e da equipe. A Profissional 6 relata que toda a equipe do serviço em que ela trabalha está sobrecarregada, pois a demanda aumenta e a quantidade de trabalhadores que compõem a equipe e os recursos continuam os mesmos. Isso tem contribuído para o adoecimento dos trabalhadores.

Com isso, a expectativa de valorização e o crescimento profissional diminuem, enfraquecem, permitindo o confronto entre o desejo pelo trabalho e as necessidades financeiras, afetivas e profissionais do trabalhador.

Muita gente, que estava a fim de ficar e tal, teve que sair. E, aí, o salário não é muito bom. A insalubridade, a gente começou a ganhar tem pouco tempo. E, aí, tudo indica que a gente está correndo o risco de perder, porque já tiveram dois peritos [no serviço] entrevistando pelo menos um profissional de cada categoria para saber a que risco ele estava exposto e porque ele está recebendo insalubridade. Então, assim, não te dá muita condição, estrutura física, financeiramente falando. Por mais que a pessoa queira muito ficar, não fica. Eu preciso sobreviver, eu preciso pagar conta, eu preciso cuidar da própria saúde. (...) Às vezes, a gente fica... eu fico olhando

assim... até, pensando um pouco assim, na minha relação com os pacientes. Tem dias que eu estou tão estressada, que dá um sorriso para alguém, seja um colega de trabalho, seja um paciente, é muito difícil. Você já chega com isso aqui doendo [apontando para os músculos do ombro e das costas]. Os ombros doendo (Profissional 6).

Todas essas questões do adoecimento da equipe afetam diretamente o serviço a ser realizado, o cuidado proposto na autonomia e nos bons encontros entre trabalhador-usuário. Segundo a Profissional 6, o que ocorre "é um pseudocuidado, porque na verdade a gente não consegue cuidar como deveria".

Então, assim, como é que você cria grupo? Como? Como você tenta desenvolver outras ações? Você não pode estar fora da unidade, porque não tem gente para ficar lá. Entendeu?! Então, a gente acaba esbarrando muito nisso. Não adianta também o profissional querer, assim. Querer, a gente quer fazer muita coisa. E de certa forma também, isso acaba desanimando um pouco. O profissional entra no serviço com um gás total, com a corda toda, e, com um tempo, ele vai murchando. É como se toda a estrutura fosse minando aquela vontade, aquele desejo de fazer a coisa acontecer, porque, às vezes, você se sente enxugando gelo. Às vezes, o sentimento é esse. Estou ali enxugando gelo e apagando incêndio (Profissional 6).

Com relação ao cuidado entre equipe-usuário, alguns trabalhadores falam que as equipes precisam ser multidisciplinares e outros falam em transdisciplinaridade. Para os Profissionais 1 e 2, a multidisciplinaridade é muito importante na discussão dos casos. Esse espaço é visto como importante para avaliar as práticas de cuidado para que não sejam tutelares, ouvir as opiniões, intervenções do outro e compartilhar conhecimentos e sugestões sobre uma determinada situação.

- Por exemplo, se eu percebo que a TO [Terapeuta Ocupacional] [es]tá fazendo esse trabalho tutelar e não sente que [es]tá tutelando, ela precisa ouvir. Ela tem que ouvir que não é uma crítica ao trabalho dela profissionalmente (Profissional 1).

- Não pode ficar ofendida com isso (Profissional 2).

- Exatamente. Numa discussão de caso você encontra sugestão, né?! E os espaços coletivos, de diferentes lugares, tem sido minados, pela necessidade de atendimento. (...) Pra esse limiar de cuidado e tutela, tem que ter uma visão maior, não basta só a minha, por que a minha visão do cuidado daquele paciente, só o que eu estou vendo não é o suficiente, certo, entre aspas: "o que deve ser" (Profissional 1).

- Eu tenho meus pontos cegos, vamos dizer, que os outros podem ver (Profissional 2).

- Todos nós, exatamente. E aí precisa dessa interação com a equipe. Então, a equipe de um serviço multidisciplinar dever ser muito coesa. É muito difícil acontecer, se é que é possível, na verdade, mas, assim, sempre [es]tá junto pra cuidar do caso. Existem profissionais, muitos profissionais que lidam isso como se fosse individual mesmo, como se fosse pessoal no trabalho (Profissional 1).

- Ou gosto ou não gosto (Profissional 2).

- E tem que ser uma equipe multiprofissional em qualquer espaço, acredito. Tem que haver o espaço da equipe trabalhar junto o caso e não se sentir criticado pessoalmente pela forma de trabalhar, mas, às vezes, não consegue. Às vezes, acha que [es]tá fazendo o melhor, mas eu acredito que ninguém ali faça o trabalho pra prejudicar o outro (Profissional 1).

Já a Profissional 5 diz que precisa haver transdisciplinaridade no trabalho e que o cuidado não comporta estar somente dentro dos serviços. Necessita-se dar voz às singularidades dos usuários, acolher o outro no processo de invenção da vida.

É um cuidado que tem que ser muito amplo, porque se fica um cuidado só de um neste serviço aqui, não comporta. Aí a pessoa não é cuidada. Então o cuidado é só meu, a intervenção é só minha. Você só é “cuidado” entre aspas no momento que eu sou, então o espaço é o dá para esse cuidar. Então, nesse serviço, o cuidar [da equipe que] ainda faz é multi. Multi não, sei lá, acho que é transdisciplinar. E todo mundo muito, aí seria tão lindo, todo mundo com a mesma visão de cuidado, com a mesma abertura para o cuidado, seria tudo perfeito. Mas é por aí. Para mim o cuidado é isso. Voz, abertura, singularidade (Profissional 5).

Por sua vez, entende-se que há uma diferenciação no significado dessas práticas multidisciplinares e transdisciplinares. De acordo com Filho (1997), a primeira se relaciona a um conjunto de disciplinas que lidam simultaneamente com uma determinada questão, sem que os trabalhadores estabeleçam entre si relações no campo científico ou técnico. Já a transdisciplinaridade, para Feriotti (2009), visa uma constituição da unidade ou integralidade sem perder a multiplicidade, pressupondo a vivência com a diversidade, já que há uma comunicação entre as diferentes formas de descrever, analisar, explicar e intervir na realidade. Digo, então, que o grau de comunicação é a grande diferença entre as duas práticas. Enquanto as práticas transdisciplinares ampliam o saber e o diálogo entre os diversos conhecimentos profissionais, técnicos, científicos, culturais e outros, as multidisciplinares mantêm uma certa distância dessa relação, desse saber, dessa vivência.

Essa diferenciação, muitas vezes, causa uma confusão no entendimento entre alguns trabalhadores, visto que, durante as conversas realizadas e na vivência nos espaços de formação e de diálogo sobre saúde mental, foram percebidas estas confusões conceituais com relação a essas práticas nas falas e nas posturas de profissionais.

Nessa relação equipe-usuário, abro um parêntese sobre o vínculo que se cria e se estabelece entre eles e, por isso, convoco a pensar sobre um trabalho que não proporcione dependência do usuário à equipe. A Profissional 6 nos atenta para uma intervenção que promova autonomia no sujeito e dispare nele outros modos de subjetividade na relação dele com o outro, com os trabalhadores, com o serviço e com o mundo. Ficar atento a esse movimento perpassa numa postura e reflexão ético-estético-política do trabalho que tem sido promovido junto ao usuário. Essa trabalhadora relata uma situação em que usuários estão há sete ou oito anos vinculados a um grupo terapêutico desenvolvido num serviço. Segundo ela, isso tem sido uma relação total de dependência com a equipe, o que não é saudável nem para própria equipe e nem para os usuários. Ela não consegue perceber uma promoção de saúde e uma intervenção que produza outras relações deles com o mundo. Há usuários que só veem esse grupo como espaço de convivência, de relacionamento e de tratamento. E, dessa forma, é pensar: durante os encontros com os grupos, quais têm sido as intervenções, produções e ampliações de possibilidades desse usuário? Mas, também, se perguntar: quais são as outras possibilidades que a rede de serviços como um todo do território em que ele vive são apresentadas a ele? E quando eu digo serviços como um todo, refiro-me não somente à saúde, mas as outras áreas como assistência social, educação, cultura, habitação...

A gente chegou a ver alguns casos, que a gente, no caso, poderia estar dando alta ou encaminhando para algum outro tipo de atendimento. E as pessoas falam: não, eu não vou sair, eu vou fazer o que agora, se não vou ter mais o grupo. Porque realmente criou uma total relação de dependência (Profissional 6).

Então, como diz a Profissional 1, "o cuidado em saúde mental não pode ser uma coisa forçada, não pode ser uma coisa seguindo o modelo, não pode ser uma coisa, num deu certo vai dar certo com esse", pois ele precisa ser experimentado, (re)inventado. Para ela, esse cuidado não pode estar fechado nos consultórios, nos Caps, na Unidade Básica de Saúde. Ele precisa ser desenvolvido com as políticas,

com as propostas que estão sendo construídas e ter atenção com as propostas que não conversam com a Reforma Psiquiátrica. "A gente esbarra com isso o tempo todo, porque a reforma psiquiátrica não está consolidada. Está pra alguns, pra outros não. E a sociedade não sabe sobre isso" (Profissional 1).

O Profissional 2 diz que o trabalhador precisa ver o sujeito inteiro e não pode ver um pedaço aqui e outro ali. É estar atento à vida, à cidade e ao território em que ele vive. É ampliar o cuidado e (re)inventar soluções em cada caso, ou seja, cada novo caso "te exige uma invenção dessa nova vida que você vai trabalhar" (Profissional 2). E mesmo se encaminhá-lo a outros serviços, não se pode esquecer o sujeito, pois como afirma o Yasui (2012, p.13), "o cuidado é produção de vida, criação de mundos. Temos um imenso desafio: reativar nos encontros a nossa capacidade de cuidar...".

Logo, é importante a equipe avaliar como se dará esse acompanhamento após o encaminhamento dele para outros serviços. No caso de alta, isso exige uma maior atenção ainda, já que o cuidado em saúde mental precisa ser diário, cotidiano. Não há curas, mas há reacomodações dos processos subjetivos que permitem outros modos de existência. Mas isso não significa que as recaídas não sejam possíveis durante a vida daquela pessoa. Pelo contrário, há instabilidades e lidar com a saúde mental é saber das imprevisibilidades do corpo e da vida. A Profissional 1 diz que encontra no matriciamento uma forma de acompanhar o usuário que, muitas vezes, não frequentam mais o Caps, por exemplo, mas continuam seu tratamento nas Unidades de Saúde. Para ela,

o número de pessoas que precisam de tratamento de saúde mental não diminui, só aumenta todo dia. A cada um que morre, tem três novos ali. E essa estatística é invenção minha. Isso porque é uma doença crônica que precisa de cuidado o tempo inteiro. (Profissional 1).

E, então, um desfecho curioso de dois casos: Vamos pensar sobre eles?

Os Profissionais 1 e 2 entram num debate curioso sobre a ideia da generosidade do trabalhador e o Profissional 2 conta alguns casos do seu trabalho. Até onde a generosidade dele alcança diante de alguns enfrentamentos entre trabalhador-usuário e a hostilidade do louco? Até que ponto esses enfrentamentos são importantes para o processo terapêutico?

O Profissional 2 traz situações cotidianas do seu trabalho sobre os usuários - sendo que alguns deles, cronificados e em seus delírios, o xingavam e o hostilizavam. Segundo ele, há uma ideia de que você precisa ser gentil com os usuários, mas, com alguns, ele fazia enfrentamentos. Sem pessoalizar a situação, o Profissional 2 afirma que sabia o que estava fazendo e que era uma maneira de responder à questão psicótica dele, apesar de a equipe achar tudo aquilo muito estranho: "é, ser mais duro... ele xingava, eu xingava também. Enfim, lógico, eu sabia o que eu [es]tava fazendo. Não era uma coisa cega assim não, não era uma coisa... Mas ficava estranho às vezes".

Este profissional relata sobre dois casos que ocorreram em seu serviço, num dispositivo em saúde mental. Dois casos que podem ser entendidos ou como uma ação de violência ou como um processo terapêutico. No entanto, não os escrevo aqui para um julgamento moral das situações, como se o leitor fosse um juiz que desse o resultado final das intervenções dos casos. Muito pelo contrario. Como já foi falado aqui, a proposta desse trabalho é analisar processos e refletir sobre práticas de cuidado. E, ao trazer esses dois casos, entendo que tento mostrar um pouco de algumas situações reais que podem acontecer no trabalho, os desafios dos casos e o desenrolar deles, mesmo que seja da forma mais estranha. A proposta é mostrar como o cuidado está sendo desenvolvido cotidianamente nos espaços do trabalho.

Caso 1: O Profissional 2 fala de uma senhora, mãe de um usuário do serviço de saúde mental que comparecia a todas as consultas e participava junto com o filho de todas as atividades desse serviço. Esse trabalhador identifica a mãe como um modelo de simbiótico, e percebia que essa relação mãe-filho atrapalhava o tratamento dele. Ela se recusava a sair do serviço, "ela não queria sair da oficina, ficava do lado dele. E, na consulta, ela criticando ele o tempo inteiro, e eu [Profissional 2] comecei a fazer assim: 'minha senhora, agora eu converso com a senhora e ele, e agora eu quero só conversar com ele' ". Com o tempo, ele foi tirando essa senhora um pouco da cena e ela não admitia isso. Certo dia numa consulta,

eu tranquei a porta do consultório e ela pegou uma cadeira e botou do lado da porta e eu conversando com o paciente lá dentro. Na hora que eu abri a porta do consultório, ela tava na cadeira do lado da porta. Ela não conseguia nem separar fisicamente dele e, assim, eu comecei a brigar com a senhora, que era uma velhinha, tadinha. Mas brigar nesse sentido de dar um corte que precisava ser dado. "Pô,

deixa o filho em paz, deixa ele se tratar" [disse o Profissional 2 à Senhora]. (Profissional 2).

Para o Profissional 2, quem está de fora o julga dizendo que ele ofendeu e mal tratou esta senhora, sendo ele mal compreendido nas suas intervenções. Porém, ele entende que, no

manejo clínico às vezes você tem que ser duro, você tem que encarnar uma certa lei, uma certa resposta, que não é ser bonzinho, ou ser caridoso, ou tutelar. Mas tem hora que clinicamente você precisa botar uma certa ordem, enfrentar certas coisas. É difícil, às vezes, as pessoas entenderem isso (Profissional 2).

Caso 2: Este mesmo trabalhador fala de outro caso: um jovem usuário, que apresentava certo retardo e psicose. Morava com seus pais, que eram muito idosos, e com seus irmãos. Este jovem batia nos seus pais e quebrava a casa inteira. Ele também tinha epilepsia e a medicação não estava adiantando. Ele continuava a quebrar, bater, e a família pressionava, pedindo a internação dele - sempre com o relato de agressividade. Para este profissional, a situação era muito grave e muito ruim. O pai ia ao serviço para conversar, era bonzinho e parecia que não dava limite nenhum ao filho. A mãe não comparecia ao serviço, mesmo a pedido deste trabalhador. O Profissional 2 tentava fazer uma intervenção com o pai e este dizia: "mas eu não aguento com ele, ela joga o banco em mim, não sei o que...".

Um dia, a irmã dele foi ao serviço. E esse trabalhador atendeu este jovem e a irmã, que era uma moça forte. E, durante o atendimento, o Profissional 2 trabalhou com a irmã e ele pensava: "Alguém tem que entrar e dar um limite pra ele. Ele não pode continuar batendo no pai e na mãe. Vão na delegacia, denuncia, ou dá um jeito".

Quando eles estavam saindo do serviço, o jovem ficou nervoso com a irmã, foi do lado de fora e pegou uma pedra. O Profissional 2 continua a narração desse caso, dizendo:

A irmã voou em cima dele e jogou ele no chão lá no pátio do [serviço] e segurou o pescoço. Ai, o pessoal da equipe ia chegando assim, tipo pra tirar, e eu falei: "não, peraí, deixa...". Aí a irmã segurou ele pelo pescoço e falou: "você nunca mais vai bater na mamãe e você nunca mais vai bater...", apertando e sacudia ele assim. Mas uma coisa que tinha um impacto, meio uma colocação da lei ali na hora, que eu achei a cena perfeita. Eu segurei, tipo assim, o pessoal que: "Não... vamos intervir" [disse o Profissional 2]. Isso é coisa da família,

a irmã ficou assim... Lógico que ela não [es]tava sufocando, mas ela [es]tava segurando ele, pondo um limite e falando, assim, bem claro: "Você nunca mais vai bater na mamãe, você nunca mais vai bater no papai..." [fala da irmã]. Enfim... foi, assim... o estalo terapêutico do caso foi essa atuação da irmã. Aí ela meio que soltou, ele levantou de lá, largou a pedra. Enfim, aí a gente entrou pra conversar com ela, pra dar água, pra conversar com ele. Enfim, mas foi assim, um momento que foi decisivo pro caso andar. Foi a partir daí parou essa agressão, mas a irmã, assim, teve uma atuação perfeita pra hora. Se a gente entrasse pra separar a briga... mas me deu esse estalo assim...

Escutando atentamente o caso, a Profissional 1 reflete e diz que essa irmã precisava dessa permissão. Talvez se esse Profissional 2 tivesse ido embora e outro profissional (que não tivesse participado do atendimento e não acompanhado de perto esse caso) presenciasse a cena, iria separar e não teria efeito - pensaria que ela era a malvada.

O Profissional 2 concordando com a fala da Profissional 1 reafirma: "ela colocou a lei, colocou uma novidade. Na hora, eu falei assim: "Gente, vamos deixar. Não vamos entrar não. De acordo com ele, a irmã "[es]tava colocando a ordem ali e a lei ali na história". Embora, não queria interromper aquele momento, pois considerasse uma intervenção necessária, este trabalhador estava atento para uma possível entrada da equipe para a separação dos dois, caso a situação piorasse. Ele diz que o efeito desse caso foi "muito engraçado que, a partir daí, deu uma deslanchada muito bacana. Interessante..." (Profissional 2), sendo importante para a questão do projeto terapêutico.

Por fim, para a Profissional 1 há "coisas que seria uma agressão e um horror, uma não liberdade do usuário... que maltrata o usuário, que naquele momento não era isso", "ou seja, nem tudo o que parece".

5.2 Puxada de rede: os processos de cuidados no cotidiano do trabalho pelos trabalhadores da saúde mental

*"Não se faz uma frase. A frase nasce."*³³

Assim como na puxada de rede, quando volta do mar com inúmeras histórias sobre o período da pesca, a pescadora em "Nós" traz aqui narrativas dos trabalhadores que falam sobre os processos de cuidado no cotidiano, bem como os seus desafios, as suas conquistas no trabalho.

Os cuidados em liberdade na saúde mental são um desafio proposto pela Reforma Psiquiátrica. Um desejo, um sonho... A libertação dos loucos de suas celas físicas e mentais. O controle dos corpos, a cura do delírio, um modo de lidar com a loucura. Sair desses espaços manicomiais, respirar um bom ar de liberdade e seguir a vida.

Maria. Essa personagem foi apresentada a mim pelas Profissionais 3 e 4. Uma história real de uma mulher que mostra que é possível um cuidado em liberdade. Sim, é possível criar outros modos de vida para além dos hospitais. Uma história de muitas apostas dos trabalhadores, da família, da própria personagem. Foram muitas dificuldades e aprendizagens para todos. Sob a narrativa destas Profissionais, apresento-lhes, Maria, muito prazer.

Parecia uma personagem de jogos e a mais surtada. Muitas brigas, pancada e quebradeira. O batom destacava o seu rosto. Quem poderia imaginar que conseguiria? Está na vida. Maria, que até foto com prefeito do município em que vive tem, fez história na vida de muitos trabalhadores em saúde mental.

Maria tem uma irmã, que foi acolhida num serviço de saúde mental. Essa irmã a apresentou para todos os trabalhadores, contou histórias sobre ela e causou muita curiosidade. Ela ficou muito admirada dos cuidados nesse serviço e dizia que precisava levar a sua irmã, Maria, a esse lugar. Foram tantas histórias contadas pela irmã, que os trabalhadores passaram a imaginar: quem é Maria? Como será Maria?

Maria passou 30 anos na Clínica de Repouso Santa Isabel, praticamente morou nesse lugar. Foram internações que se intercalavam num curto espaço de

³³ Lispector, Clarice. **Crônicas para Jovens: De escrita e vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco Jovens Leitores, 2010, p. 89.

tempo. Digamos, foram 4 meses internada e 1 mês fora. E assim era a vida dela, entre idas e vindas nesta clínica.

Ela não tinha limites para nada. Queria transar no meio da rua. Uma mulher com muita potência de vida, de muita energia. Ela revolucionou todo mundo. O difícil foi os trabalhadores não reproduzirem o mesmo aprisionamento que ela viveu por anos. Mas, por algum tempo, eles acabaram reproduzindo e a deixaram presa dentro do serviço, pois quando ela saía, sem quaisquer limites, queria transar com todo mundo. Ao ser contrariada, ela pedia um 'sossega leão'. Maria deu muito trabalho. Irritou muitos trabalhadores.

Maria andava atrás dos trabalhadores o tempo inteiro e sempre pedindo qualquer coisa. Era picolé, bala... Enfim, qualquer coisa. Tinha muito desejo nela. A vida era intensa. Ela estudou o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e foi estudar inglês na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Esse inglês não era curso superior. Houve muita tensão, crises, nesse período.

Na universidade, ela frequentou muito a biblioteca. Tinha muita facilidade em fazer vínculos. Porém, as pessoas não sabiam como lidar com a Maria. A bibliotecária da UFES, preocupada, ligava para o serviço e perguntava sobre como lidar com ela. E assim foi: frequentou de fato a biblioteca até concluir o ensino médio, que foi no ano passado (2012).

Após isso, Maria passou a frequentar a Unidade de Saúde de seu bairro e conquistou os trabalhadores de lá com o seu jeito. Teve até festa de aniversário para ela promovida pela Unidade. E ainda se matriculou na faculdade de direito, mas não conseguiu permanecer. A faculdade era muito cara e não tinha condições financeiras de continuar o seu estudo. Até porque ela recebe um benefício que é o BPC (Benefício de Prestação Continuada) e vive dele. No entanto, Maria está aí. Continua aprontando e circulando pelo território. "Alguém que passou 30 anos da vida dela praticamente na Santa Isabel, então, é uma mudança, e se você... todo mundo conhece [Maria] no território..." (Profissional 4).

Maria é um dos exemplos reais que ocorrem nos serviços de saúde mental, onde cada usuário constrói a sua própria história juntamente com os apoios e as redes de cuidado, não podendo generalizar e afirmar um mesmo modo de vida para todos os portadores de transtorno. Mesmo com um histórico de vida de longo

período de internação numa clínica manicomial, ela buscou na autonomia e no acolhimento do outro uma forma de se relacionar com seus desejos, suas escolhas, suas possibilidades. Maria, uma vida desejante com muita intensidade, que não aceitou para si uma forma de vida estruturada na vivência manicomial, ou seja, rotulada de impossibilidades.

Para compor essa história, outros personagens se fizeram presentes, além de um roteiro fascinante com muitas discussões desse caso, de muitas rupturas de um modelo de cuidado, de muita arte de criação para outras possibilidades de lidar com ela, muitas emoções e tensões, enfim... Foram muitas composições e atores na construção dessa história, tendo Maria como a protagonista nessa arte de cuidar.

Ao olhar para esse roteiro, percebe-se que, na sua construção, foi muito importante a realização de uma clínica coletiva em que esses atores estiveram presentes. Sustentar essa clínica numa forma libertária e de produção autônoma foi um grande desafio dessa equipe de trabalhadores, que estavam num tensionamento entre o modo manicomial e libertário de cuidar, por ser essa protagonista uma mulher expansiva, intensa e de energia.

Esses atores são os trabalhadores em saúde mental. Falo da importância do desejo nas implicações sobre o trabalho. E chamo atenção para o prazer no trabalho como um potente dispositivo para uma produção intensa de cuidado e de vida. Segundo Merhy (2013), a alegria é uma manifestação interessante, já que um corpo alegre está em plena produção de vida e só um coletivo em plena produção de vida, em si e para si, pode ofertar a produção de novos viveres não dados em outros – ou, pelo menos, instigá-los a isso. O Profissional 2 fala sobre esse modo de trabalho, que não seja um carma, depressivo, mas que se possa fazer dele uma clínica divertida.

Então, acabava, assim, que era uma clínica divertida. Eu, às vezes, falava isso lá no Adauto que a gente precisava ter mais alegria no trabalho, não ficar com aquele carma de "vou trabalhar com saúde mental, com a loucura, com aquela coisa depressiva, isso é difícil..." [fala o Profissional 2], mas, a gente podia meio que ter uma maneira alegre de lidar com a loucura. Uma maneira de brincar também (Profissional 2).

O desejo no trabalho é fundamental para a ampliação das possibilidades de intervenções, de criações e de produção subjetiva. Quando se fala em alegria, não se desconsidera o sofrimento produzido no trabalho ou das dificuldades nele, mas

se propõe não permitir que isso determine a sua ação, o seu encontro com o usuário, a construção da relação trabalhador-usuário. Como o Merhy (2013, p. 220-221) diz:

Isto é, trago como indicador analítico a noção de exaustão do trabalhador, para se agregar ao de alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não produzi-la o tempo todo, exaure. Ou seja, provoca combustão total de sua energia vital. (...) Vejo que os trabalhadores, que procuram caminhar por aí interrogam de modo bem produtivo o seu próprio fazer manicomial, interrogam o que lhes entristecem e exaurem, e com estas interrogações abrem oportunidades de se re-situarem em relação a novas possibilidades antimanicomiais.

Diante disso, fica a questão: como não se paralisar por causa das tristezas? Como as interrogações nos apontam outros caminhos a serem seguidos pelo trabalhador? Como transformar a tristeza em alegria diante das dificuldades que perpassam esse trabalhador e promover uma criação potente para novas possibilidades? Como não reproduzir o modo manicomial no trabalho com a exaustão da vida? Como já foi trazido no capítulo anterior, isso é cuidar de quem cuida. Extremamente importante para as práticas de cuidado pelos trabalhadores da saúde mental é também cuidar de si para cuidar do outro. Produção de vida em si para ser um agente de produção de vida no outro.

Trabalhar na saúde mental necessita um desejo, e nem sempre o trabalhador que se encontra nessa área tem a vontade de estar nesse espaço da loucura. Às vezes, o trabalhador se insere nesse trabalho sem qualquer conhecimento ou vontade de lidar com a loucura, o que também faz diferença na implicação no trabalho. Alguns profissionais relataram que realizar o concurso público nem sempre favorece o desejo do trabalhador. Ele realiza o concurso, sendo uma prova bem diversificada e ampla, tem certa expectativa, já que o concurso te permite trabalhar em diversas áreas... E quando chega para trabalhar em saúde mental, depara-se com um trabalho que não tem conhecimento e/ou que não gosta e/ou não consegue transferência.

Como realizar uma seleção num concurso público que valorize também o desejo do trabalhador para o local de trabalho? Como ampliar a escuta com relação aos trabalhadores e seus desejos? Como não impor ao trabalhador um espaço de

trabalho numa seleção que é tão ampla e diversificada? Seria o momento de reinventar algumas práticas dos concursos públicos para os serviços públicos?

Nas memórias, lembranças... A Profissional 4 conta uma história de anos atrás, sobre quando o serviço de saúde mental em que trabalhava ainda não era muito institucionalizado e havia uma grande relação com o desejo. Sem negar os tensionamentos e sofrimentos da equipe, principalmente sobre as diferenças no trabalho entre efetivos e contratados temporários, que perpassam no serviço, nos trabalhadores e nos usuários. Todos sentiam. Havia muito desejo dos contratos temporários de estar ali, porque houve um vínculo muito forte com o serviço, com o trabalho. Isso é um desafio, pois existe muita perda nesse processo para muitos lados. Perda para o usuário, perda para o trabalhador, perda para o serviço.

Mas é importante deixar bem claro que eu não estou aqui fazendo apologia e nem defendendo contratos temporários. Somente estou questionando um modo de seleção atual em vários departamentos públicos do nosso país, que não considera o desejo no momento do concurso - fator de grande diferença para a realização do trabalho. A efetivação do servidor público é de extrema importância para enfrentamentos no trabalho e na gestão para se afirmar as políticas públicas e buscar garantir a qualidade do serviço a ser prestado. No entanto, não considerar o desejo do trabalhador nesse processo pode ser um tiro do próprio pé para o serviço público.

Então, trago aqui duas possibilidades de sofrimento no trabalho: quando a alegria no trabalho, diante das dificuldades, torna-se uma tristeza e o modo de seleção que não compreende o desejo do trabalhador na área em que ele atuará. Fiz somente um recorte de duas possibilidades em que a tristeza pode provocar uma exaustão na produção de vida do trabalhador e, para a saúde mental, como isso pode vir a reproduzir as técnicas manicomialis. Entendo que há outras produções de sofrimento no trabalho, que não se resumem a essas duas questões que trago aqui.

O cotidiano na saúde mental: Da burocratização a invenção no trabalho.

No capítulo anterior, os profissionais falaram sobre a importância da equipe multidisciplinar ou transdisciplinar no cotidiano dos serviços em saúde mental. No entanto, durante as conversas com esses profissionais e nos outros diversos espaços sobre saúde mental em que estive durante essa pesquisa, o que se

percebe é uma intensa divisão e burocratização do trabalho, além de uma individualização do cuidado. Mas há pulso de vida e de processo criativo no trabalho, mesmo que seja uma linha bem fina e delicada no cuidado cotidiano.

Nos serviços, deparamo-nos com uma diversificação de trabalhadores com profissionalização ou não para estar nesses espaços e ser um agente de cuidado. São auxiliares de administração, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cuidadores, oficinheiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, arteterapeutas e outros... Enfim, são vários trabalhadores que compõem essa rede de cuidado em saúde mental.

O que se percebe é que há uma grande divisão do trabalho, como se cada trabalhador tivesse o seu lugar definido a ser exercido. Algumas vezes, há uma mistura no trabalho, porém, em muitas vezes, há uma definição bem desenhada sobre a função dos trabalhadores na rotina do trabalho.

O diálogo vem se resumindo em prontuários e os espaços de conversa de equipe têm sido mais para falar sobre as burocracias do trabalho. Os trabalhadores realizam o trabalho e, muitas vezes, não discutem com o outro trabalhador sobre o que se passa nele. A Profissional 5 traz essa angústia em suas falas e uma expectativa de mudança nessa relação de trabalho.

Então. Na prática mesmo, atualmente, está mais dividido do que eu gostaria. Até porque por conta do processo de trabalho no [serviço] que está mudando muita coisa. A gente está tendo muito, tipo assim, está muito burocrático, está muito, esses tempos agora. Enfim, então a nossa reunião de equipe que era um momento importante para a gente discutir, compartilhar coisas, falar dos usuários, falar das oficinas, dos grupos e como isso tem acontecido. Isso não está sendo pauta. Então, sendo mesmo um espaço para a gente repensar o processo de trabalho, estruturar o processo de trabalho. E aí tem muita coisa se perdendo. E ontem, eu estava até me questionando sobre isso. De me sentir um pouco sozinha mesmo nessas atividades que eu compartilho com os outros profissionais que estão comigo. Mas, assim, um diálogo entre essas atividades que é para a gente ter, acompanhar a pessoa. Tem uma pessoa numa atividade responde de um jeito, se mostra de um jeito, na minha, às vezes, já tem um jeito... então, é para gente poder saber, pensar, fazer PTS [Projeto Terapêutico Singular]. Então, tem que ser uma coisa muito integrada e não está acontecendo. Então, assim, eu tenho me sentindo, assim, um pouco ilhada. Apesar de que a gente tem uns momentos, assim, que a gente sempre tem em equipe. Está uma coisa meio sofrida atualmente, sabe. Existe uma equipe, existe uma proposta de trabalho integrado, sabe, não vou dizer que não. São várias pessoas intervindo na mesma pessoa, em momentos diferentes. Então, se eu tenho uma referenciada, eu sou a técnica de

referência, mas tem uma outra que cuida da família, que acompanha mais de perto a técnica de família, ou faz grupo de familiar, ou está em outro espaço e está em diversas oficinas. Tem muitos cuidados. Tem várias pessoas escutando, tem... então, a gente acaba que troca. Tem trocado muito por prontuário e, por não ter esse espaço na reunião também. Mas, dá para ter um diálogo, dá para saber que tem alguém cuidando junto com a gente. Não está sozinho. E, por isso, dá para ter certos tipos de evoluções muito legais. Mas está mais separado do que deveria. Deveria ter ainda mais, ter mais diálogo. Precisam ser mais integradas. As atividades mais... ter um mesmo objetivo ou não ter o mesmo objetivo, mas caminhar para mesma coisa, rumo a esta reabilitação psicossocial. Não sei se fui muito clara assim. Mas tem hora que sinto por essa falta mesmo de por essa coisa de... que cada um fica na sua. Umás coisas se perdem. Alguns objetivos se perdem também. Eu espero que seja por um período, até esse processo de trabalho se reorganizar. Então, eu estou com essa expectativa, de que isso vai melhorar. Entendeu? Que a gente vai voltar a dialogar mais e ser mais integrado e mais equipe e mais, mais (Profissional 5).

A Profissional 6 apresentou detalhadamente, durante a conversa, a rotina de trabalho do seu serviço - e mostrou como essa divisão do trabalho é bem definida. É possível perceber também que a precarização do trabalho e a equipe bem reduzida cooperam para essa definição enrijecida de funções que, juntamente com a correria diária, também afetam diretamente a troca do trabalho. Isso compromete a construção do cuidado coletivo, tanto dos usuários quanto da própria equipe. Segundo a Profissional 6, os momentos de reunião de equipe geralmente são mensais e servem para discutir a organização e o fluxo do serviço. Quando ocorre, a discussão dos casos é bastante pontual. Quando chega um ofício da justiça, por exemplo, a equipe de referência dessa pessoa vai procurar saber o que está acontecendo. Porém, é muito difícil - quase impossível - ter momentos para discutir os casos. Geralmente quando alguma profissional está livre, outra está num grupo e outra num atendimento individual. Então, tirar um momento na agenda para sentar discutir, conversar, construir junto está sendo quase impossível. Às vezes, a equipe tenta conversar nos intervalos, mas não dá para discutir muito pela falta de tempo.

Então, eu pergunto, como fica o processo de cuidado do usuário? Como fica a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)? A construção do PTS tem sido individual ou coletiva? Quais são as interferências desse modo de trabalho nos usuários e na própria equipe?

As equipes de saúde estão sendo engolidas pela correria do dia a dia por causa dessa precarização do trabalho. A demanda tem sido crescente, no entanto,

as equipes não têm acompanhado com a mesma velocidade das demandas. Como analisar o seu próprio trabalho e suas práticas? O trabalhador, muitas vezes, tem se confrontado exaustivamente com esse cotidiano em que pouco se respira, pouco se troca, pouco se conversa diante de tantos protocolos, burocracias, encaminhamentos, crescimento de atendimento. Essa Profissional 6 relata uma situação que diz muito sobre essa comunicação diminuída entre os trabalhadores, dinâmica acelerada e precarização do trabalho.

A gente conseguiu ter uma reunião na semana passada. Na hora, eu até parei: Gente, isso aqui tem que tirar até uma foto, porque, assim, tem muito tempo que a gente não para conversar. Muito tempo. E a gente sente isso. O usuário acaba sentindo isso também. Igual esses dias, me ligaram... a gente fica meio que engolida pela dinâmica da coisa. Uma agente de saúde me ligou: "Eu preciso que você agende um atendimento ai para fulana, uma paciente daqui da nossa área, que não está legal e que não sei o que". Aí eu falei: "Não tudo bem" e agendei. Quando eu fui ver, eu já tinha atendido e já estava em acompanhamento com o médico, já estava bem. E eu fiquei pensando: nem a agente de saúde sabia que ela já tinha vindo aqui e que já estava nesse estágio, nem eu me lembrei de que já havia atendido e essa falta mesmo da conversa. A gente tem os encontros de matriciamento, era para ter mensal com todas as equipes. Na verdade, a nossa proposta inicial era quinzenalmente e não durou muito tempo. Passou a ser mensalmente com todas as equipes. Só que eu não dou conta de ir e de sair da unidade três vezes no mês para fazer reunião com cada equipe. Então, está sendo um mês com uma e outro mês eu faço com as outras duas, que são próximas. Então, acaba sendo de dois em dois meses com cada uma das duas equipes (Profissional 6).

E isso produz uma ansiedade no trabalhador, que se vê numa situação de impotência por não conseguir realizar o acolhimento num usuário que está em sofrimento, que precisa ser ouvido ou até mesmo de uma orientação. Esse caos atinge a todos envolvidos nessa implicação. Os usuários sentem. Trabalhadores sentem. A gestão sente. A política de saúde mental sente. Há um processo intenso de tristeza no trabalho: como transformá-lo na produção de vida? Como ter alegria no trabalho? Ativar o processo criativo e de transformação das tristezas para alegrias torna-se um desafio para o trabalho. Um desafio muito necessário para a produção da vida.

Na verdade, acho que isso causa um estresse geral, assim. Por exemplo, no dia do atendimento da clínica geral, são quarenta pacientes do tamanho dessa aqui [apontando para a sala em que conversamos que tem aproximadamente 4m x 4m], a gente tem que remarcar os quarenta e só temos uma auxiliar administrativo. Então, acaba que todo mundo tem que fazer marcação de consulta.

Os usuários ficam extremamente agitados. Isso quando não é o médico que falta, querem a receita, falta de medicamento no município. Ah, pela equipe mínima, o nosso acolhimento agendado fechou esse ano. Não tem vaga. Não tem vaga. O certo seria, não tem vaga, mas eu vou te acolher. Vem cá que eu vou te atender, mas como? Que horas eu vou fazer isso? E, aí, assim, a gente fica preocupado por às vezes não ter dado conta de atender, de estar deixando essas pessoas voltarem para casa e pedindo que elas retornem na segunda semana de janeiro do ano que vem [2014]. Eu não sei o que vai acontecer com essa pessoa até lá. E aí? Eu teria que atender, mas eu não tenho condições (Profissional 6).

Pensando em toda essa situação apresentada em muitos serviços de saúde mental, como ficam as práticas e as produções de cuidado? A demanda e a responsabilidade do trabalhador nos espaços de trabalho são crescentes de forma diretamente proporcional. E os cuidados perpassam em vários dispositivos que foram enumerados pelos profissionais, como atendimentos individuais e de grupo com o usuário e com o familiar, acolhimento, visitas domiciliares, matriciamento, oficinas terapêuticas, geração de renda, passeios, cultura, arte, conversas e outros. Uma rede complexa de cuidados nos serviços de saúde mental.

Na dinâmica intensa cotidiana, a Profissional 8 diz que exerce um pouco de cada função no serviço que trabalha. Por estar numa equipe muito reduzida, que um dia já teve vinte pessoas e atualmente se encontra num número bem menor, ela se torna múltipla no serviço. Porém, prefere estar nas atividades de oficinas, além de estar junto com os usuários nos serviços para acompanhar a alimentação deles - para ela, um olhar de cuidado passa pelo acolhimento, mas também se o usuário está bem alimentado.

A Profissional 9 encontra nos cuidados com a higiene pessoal dos portadores de transtorno uma forma de produzir cuidado. Para ela, ensinar ao outro como ter uma boa higiene e ter uma relação saudável com o seu próprio corpo são importantes nesse processo de cuidado.

Ajudar na higiene, auxiliar no banho. Tem aqueles que tomam banho sozinho, vai lá, mas você tem que estar na porta: Passa o sabão, lava o cabelo, de baixo do braço, auxilia nessas coisas. Tem aqueles que vai, mas tem dificuldade de lavar o pé. (...) cortei a unha, faço a barba, corto o cabelo e passo a máquina no cabelo. Eu não tenho isso não. Não tenho nojo não. Não tenho, porque se você tem nojo você nem fica (Profissional 9).

Por entre grupos de família ou de usuário, atendimentos individuais, oficinas terapêuticas, a Profissional 5 acredita que o trabalho deve ser priorizado nas

atividades externas - os passeios - por acreditar que as pessoas precisam se apropriar do território em que elas vivem, dos seus desejos. As saídas são formas de disparadores de autonomia no outro, para que este explore, amplie seus desejos e saia de suas rotinas serviço-casa, que é frequente em muitos usuários. Ocupar outros espaços também faz parte dessa produção de cuidado, mas deve-se estar atento e sensível aos detalhes que transparecem no outro, os desejos que fluem nas veias do louco.

(...) foco mais até em coisas externas do que internas. Então, sempre que eu posso eu sair com os usuários, estar lá fora, mais dentro do território, indo em outros espaços que eles não conhecem, eu vou. Então, assim, no mínimo, uma vez por semana a gente sai, porque toda quarta tem uma oficina que é cotidiana, de vida cotidiana. E aí a gente vai pra fora e faz coisas que as pessoas fazem. E como disparador mesmo, não só pra estar com a gente do [serviço] lá fora, naquele momento vivendo aquilo, mas pra disparar que eles também podem estar lá e incentivar que eles vão sozinhos e precisar leva família, leva amigos, para dar aquilo de vamos conhecer pra deixar com um gostinho bom e fala pode voltar e eles tem feito. Vou ao shopping e encontro com eles lá. Então, assim, eu foco muito nisso. Sair do [serviço]. Romper o muro aqui também, porque é bem forte até aqui por ser substitutivo ao manicômio. Acaba que vira uma instituição também. Se a gente não se tocar, não ficar atento, as pessoas vão ficando dentro do [serviço] e vai só trocando um pelo outro e enfim. Eu sempre foco muito em saída, mas também tem atividade aqui dentro com os usuários, com as famílias e, então, sempre também focada na pessoa, na sua necessidade (Profissional 5).

Essas práticas de cuidado, muitas vezes, são atropeladas pelas partes duras do trabalho. As burocracias, as normas e os protocolos afetam os trabalhadores e, conseqüentemente, os usuários também. Como afirma a Profissional 5 “O serviço todo mexe, cada um com sua loucura aqui dentro. E essa burocratização está enlouquecendo mais ainda. [Es]Tá muito difícil. Eu estou crendo que é por um período, por uma necessidade mesmo de uma reorganização”. E quando há um envolvimento muito grande com essas questões duras, percebe-se que a sensibilidade com o outro não tem sido o foco principal na produção de cuidado. “O nosso foco aqui acaba sendo desviado, o foco principal no cuidado das pessoas que estão aqui, as necessidades deles, e não do trabalho, pois o trabalho tem que ser feito do lado deles” (Profissional 5).

Apesar das burocracias e protocolos terem sua importância para o funcionamento do trabalho, o foco principal que é o cuidado em saúde mental não pode ser desviado. Não se pode afetar negativamente a relação trabalhador-usuário.

Lógico: qual é o objetivo de um serviço substitutivo em saúde mental, senão acolher as pessoas com algum sofrimento mental? Mas, na prática, o que prevalece e tem sido mais importante atualmente nesses serviços? Que acolhimento é esse quando a prioridade é respeitar protocolos e normas? E, mais uma vez: o que se tem produzido com isso? E o cuidado?

Na tentativa de respirar um pouco disso tudo, os profissionais encontram algumas fugas potentes e criativas para continuar nessa rede de cuidado com o outro. A Profissional 5 diz: “Eu continuo aí com um cuidado nas minhas saídas”. Uma simples saída pode envolver, para ela, até mesmo uma breve pesquisa pelos usuários sobre o local e a cultura que serão conhecidos. E deixa claro que nem todo passeio envolve uma pesquisa prévia:

Quando tem as externas as visitas. A gente vai falar sobre música e, aí, a gente vai falar sobre o congo. A gente pesquisou o que é o congo... taram, taram, taram. E a gente pesquisa lá na casa de congo na Serra [município do Espírito Santo, que tem como tradição o congo]. Então, a gente faz essas visitinhas para ir até lá conhecer, conversar com as pessoas, pegar as informações. Simples e legal (Profissional 5).

A Profissional 7 encontra na livre expressão e na arte um modo de sair das burocracias e continuar a produzir cuidado. Para ela, mesmo que seja um processo lento e gradual, é importante criar vínculo afetivo com o outro, apostar no seu trabalho e confiar para que a própria pessoa também se engaje nesse processo de cuidado.

Então. É um trabalho, assim... que me dá muito prazer, quando eu consigo, através do meu trabalho, estar tirando esse paciente da invisibilidade e estar propiciando para que ele possa se ver fazendo alguma coisa de útil, alguma coisa na qual ele se reconheça, na qual ele resgate a sua identidade. Apesar da medicação, apesar das limitações da doença, é muito gratificante. E, ao mesmo tempo, é também muito inquietante quando, no próprio local e trabalho, a gente, às vezes, não tem condições de fazer essa proposta. Porque tem outros entraves, seja burocrático, institucionais, e, assim, não é sempre que temos um espaço diferente para trabalhar outras perspectivas. A gente vai driblando e vai fazendo dentro do que pode e vai fazendo. E o que me deixa mais feliz é quando eu sinto que o meu trabalho resulta numa transformação na vida desses sujeitos (Profissional 7).

Mesmo com tantas dificuldades e burocracias, há trabalhadores que conseguem produzir cuidados pautados na liberdade e na produção de autonomia. No entanto, há aqueles em que as práticas são capturadas pelo modo

estigmatizante e manicomial. O desprendimento dessas práticas vem com uma postura ética reflexiva do seu trabalho e de suas apostas. Daí, a Profissional 6 faz uma reflexão de uma preocupação sobre os atendimentos grupais do seu trabalho, que são divididos em: transtorno leve, transtorno grave e usuários de álcool e outras drogas. Para ela, isso incomoda, pois reafirma a estigmatização dos sujeitos com o seu transtorno e sofrimento. A integração desses grupos somente acontece em momentos específicos, como "em datas comemorativas. São bem pontuais. É final de ano, Dia Mundial da Saúde Mental, Festa Junina" (Profissional 6).

Seus incômodos e seus questionamentos sobre essas práticas vêm permitido uma abertura para novas possibilidades de intervenção e daí tem se pensado em grupos misturados para a geração de renda ou outras oficinas e grupos que tenham objetivos genéricos e não específicos e rotulantes. Outras invenções vêm surgindo e acontecendo também, como passeios (que antes não existiam nesse serviço) e, com isso, ampliando a sensibilidade e a escuta com o outro. Descobre-se que há usuários que não conhecem a sua própria cidade.

Recentemente, há três meses, a gente deu uma proposta de estar fazendo visitas monitoradas, assim, passeios com eles. O primeiro aconteceu há dois meses aqui no Parque da Pedra da Cebola e a gente misturou os grupos. Foram dois dias de passeio. O primeiro dia foi um grupo de mulheres, transtorno leve e familiares. No segundo, transtorno grave, usuários de álcool e outras drogas e familiares. E foi uma experiência bem bacana. Assim, a gente já tem outro passeio programado para o dia vinte e três e vinte sete de novembro para o Parque das Águas. São experiências que a gente está vendo, assim, que a gente fala tanto naquela coisa de que o usuário tem que ter acesso, direito ao território, circular pelo território, se reconhecer como parte daquele território, e a gente só oferece serviço dentro [do serviço]. Então, assim, a gente tem tentado explorar mais isso, assim, fazer com o que de fato eles saiam. A ideia é essa. Hoje tem usuário que mora aqui há trinta, quarenta anos, não sabia que existia o Parque da Pedra da Cebola. Então, assim, a gente tem tentado fazer essas... na verdade, a gente começou agora. Ainda está em experiência. A gente está aprimorando ainda (Profissional 6).

O trabalho cotidiano precisa ser inventivo para que haja respiros e, a partir daí, crie-se e pense-se em possibilidades. Em saúde mental, há o tensionamento contínuo de um fazer cuidado que passa pelo modo manicomial e antimanicomial. Limiares sensíveis e processos delicados. Para Merhy (2013, p. 217),

Façamo-lo entre nós, ampliando, desta forma, nossa capacidade de inventar muitas maneiras de ser antimanicomial. Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que

não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir "escutas" do nosso fazer cotidiano para captar estes ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou com seus equivalentes.

E essa construção do cuidado vivo e ativo vai se tecendo nas invenções do cotidiano e nas relações do trabalho, que se misturam aos questionamentos, às apostas, aos modos, às possibilidades, aos afetos, às liberdades. E vai se encontrando com a singularidade e se sensibilizando com o outro.

O trabalhador atua assim, ele vai desenhando o cuidado, como trabalho artesanal, e operando seus processos de escuta, os atos de fala, a clínica analítica, ou peripatética, ou na dos afetos, impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, e dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular (FRANCO, s.d., p. 2).

O Profissional 2 fala sobre esse lado inventivo da saúde mental:

O trabalho em saúde mental sempre teve um lado que eu acho que é de invenção. Que é muito grande, né?! E que, no caso, eu me divertia horrores porque eu podia inventar coisas. (...) Eu podia inventar um monte de moda por que era um espaço que permitia isso. (...) Às vezes eu dou um palpite maluco, eu faço alguma coisa maluca qualquer assim e dá super certo. É até engraçado isso. É uma coisa que eu acho isso, saúde mental é um risco, eu sempre falo que você trabalha arriscando coisas.

E narra ainda como foi iniciar o seu trabalho na saúde mental há muitos anos aqui no estado:

Cheguei lá e encontrei gente que não tinha estudado tudo o que eu tinha estudado. Não tinha, vamos dizer, o percurso teórico que eu tinha, mas fazia coisas extremamente avançadas. Assim, assistente social pegava o benefício do paciente, alugava uma casa pra ele e administrava a moradia e arranjava vaga na casa de alguém que era cuidador, enfim, eu dizia: "Caramba". Assim, tudo que eu ouvia lá do pessoal do estrangeiro fazendo o povo [es]tá fazendo aqui em Vitória. Não tem o contexto teórico disso e a informação até de que isso já acontece em alguns lugares, mas o pessoal [es]tá fazendo uma prática, [es]tava desativando o hospital e fazendo arranjos assim, de moradia, de coisas de vida que eu fiquei impressionado. Eu falei: "Caramba, vamos, vamos juntos, né?!". E tentei, assim, dar uns toques teóricos na equipe sempre que eu podia também e aprender um pouco da prática deles, mas eu achei extremamente inventivo, assim, você tirar alguém do hospital, alugar um quarto, ou uma casa e administrar essa casa até o sujeito ter autonomia pra isso. Aí um usuário casou com outro, aí vamos lá arranjar uma casa (Profissional 2).

E esse agir inventivo não é um aprendizado que está nas formações e nem em burocracias. Não está nos protocolos e nem nas formações-receitas para

criações no trabalho. Está na sensibilidade do trabalhador com o outro para a produção de novos modos de existência. E para a Profissional 1, "a prática da saúde mental, a gente não aprende em curso nenhum. Então, pra trabalhar na saúde mental não dá pra dizer: 'isso não faz parte do meu campo de conhecimento', 'isso não faz parte da minha profissão'...".

Ela afirma ainda que esse trabalho criativo se dá tanto com os usuários quanto para os familiares, que também necessitam de um acolhimento, de uma escuta, de cuidado.

As pessoas inventam outras formas de oficinas, por exemplo, que, às vezes, é muito tempo para um e não dá pra outros. Agora, a gente já teve teatro. Lanternagem, agora, [es]tá reiniciando de novo com outro grupo. Então, acho que isso fala de invenção, é a forma de você abordar a família, como você fala com um, como você fala com o outro, até você entender que aquela família não quer mais o paciente de jeito nenhum, porque isso existe. Ou aquela família que quer, mas tem medo. São formas diferentes de abordar a família e aquilo ali vai ser pautado no cuidado, acaba você conhecendo e ouvindo. Então, aquelas ideias de que você tinha de medo que você fala: "oh, esse paciente tem transtorno. Você tem que tratar ele desse jeito, não pode existir mais. É o que você pensa, o que você sabe, o que você conhece do seu filho ou dessa doença, ou desse transtorno, ou dessa relação aí". [Que] a partir daí, a gente [vai] saber como a gente vai intervir (Profissional 1).

Merhy (2013) nos diz que não há fórmulas e sim apostas, pistas. Devemos resguardar essas experiências inventivas para não se tornarem receitas de como fazer saúde mental. O trabalho criativo não pode estar endurecido em protocolos. E as experiências são singulares àquele momento, considerando a multiplicidade, a vivência, o território daquela pessoa. Por isso, o receio em não tornar em regras essa vivência que permite um trabalho rico e com grandes bifurcações.

Por isso, para todos aqueles que estão implicados com estas apostas, imagino, que mesmo que tenhamos pistas sobre como isso foi feito em algum lugar, como algum coletivo já exercitou e realizou isso, devemos nos proteger de tornar estas experiências em paradigmas e receitas, em guias de nossas práticas; e, sabiamente, considerá-las como pistas, como momentos e lugares para mirarmos, como alimento para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nossos mundos concretos (MERHY, 2013, p. 217).

A capacidade criativa está muito ligada à liberdade do trabalhador. Franco (s.d) faz uma discussão sobre a diferença entre subjetividade nômade e capturada do trabalhador. Para ele, a subjetividade nômade é dinâmica, viva, conecta-se às diferenças, permite a criatividade e é capaz de um agir-libertário. Já a subjetividade

capturada vai se ligar às práticas duras e mecânicas do trabalho, fixar-se no padronizado sem considerar as potencialidades do outro.

Mas como passar por esses caminhos de liberdade e captura e produzir saúde? Como se afirmar na diferença e na potência criativa? É um exercício que perpassa no compromisso ético com as relações de cuidado. O trabalhador é também um protagonista dessa produção de cuidado e desenha suas atividades num conjunto que passa pelo desejo, projetos, expectativas... Segundo Franco (s.d.), “a forma como ele significa o seu lugar de trabalho, o cuidado e as relações produtivas no campo da saúde mental, vão definir em muito a sua forma de agir.” (FRANCO, s.d., p. 4). Com isso,

No plano do trabalho cotidiano e na relação de cuidado, o trabalhador implementa novos dispositivos aos serviços de saúde, muda as práticas, aciona novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto que, do seu desejo de fazer. E para se conseguir isto em cada um, é necessário pensar que, formas de intervenção em serviço, para a reorganização dos seus modelos produtivos do cuidado, dos processos de trabalho, requerem um método que considere a dimensão subjetiva de cada um, sua imersão no seu próprio microcosmo de produção do cuidado em saúde mental. A construção de novas práticas só se faz a partir de processos auto-analíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída, para no lugar produzirem-se novas possibilidades de cuidar (FRANCO, s.d., p. 3).

Na sua experiência, a Profissional 3 fala um pouco sobre essa liberdade, principalmente no serviço público, que é o caso dela. E ela traz um questionamento de que isso pode ser tanto usado para o bem ou para mal, no entanto, o bem dessa liberdade permite construções muito importantes até mesmo para reverter problemas.

A prefeitura não sabia o que era isso - Saúde Mental, mas se é por isso ou não, eles deixaram a gente construir muitas coisas e, assim, o serviço público pra mim, dá muita liberdade, dá muita possibilidade, que pode ser bem usada ou mal usada. Bem usada pra construir, mal usada pra se acomodar e fazer o que quer de qualquer jeito. Tem muita contingência também, muito problema, muita dificuldade, muitas coisas muito lentas, é... mas muito mais espaço para construir e pra reverter os problemas do que o problema ser obstáculo pra fazer (Profissional 3).

Então, num cuidado potente, o desejo e a produção criativa no trabalho são importantes nas relações trabalhador-usuário-família. A liberdade torna-se um ingrediente fundamental para usufruir desse novo que emergirá desse encontro.

Expansão da vida se dá quando há apostas para novos modos subjetivos e deixa fluir os desejos de corpos intensos.

A rede

Muito se fala em rede e da sua importância para a produção de cuidado e para a evolução do caso. Mas gostaria de fazer algumas reflexões sobre o que é rede. Rede seria encaminhar alguém? Fazer junto numa construção coletiva? E, para isso, convido Deleuze e Guattari com o conceito de rizoma para pensarmos brevemente um pouco sobre isso.

Falar sobre rizoma nos permite pensar em múltiplas conexões que se dão da vida. Às vezes, me pego pensando numa teia de aranha para imaginar um rizoma. Nela, não existem pontos, mas muitas linhas com diversas ramificações, que se bifurcam e se expandem.

Deleuze e Guattari falam em princípios que caracterizam aproximadas de um rizoma e, ao pensar em rede, são importantes para pensar esse tema. Os princípios enumerados são: conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura a-significante, cartografia e decalcomania.

Para esses autores, o princípio da conexão é "qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e de sê-lo" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p.15). Ou seja, é a capacidade de se ligar a vários pontos e permitir o fluxo dos desejos e do trabalho. Pensar em conexões na rede de trabalho é convocar um coletivo para a construção de um cuidado. Franco (2013, p. 239), ao discutir também o conceito de rede e rizoma, diz que a rede não deve ser pensada na mesma lógica da burocracia que define a hierarquia das conexões ou direção dos fluxos, mas deve ser considerada a ação cotidiana do trabalhador na relação com o outro, que age na alteridade.

O princípio da heterogeneidade pressupõe que "não existe uma comunidade linguística homogênea" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p.16), assim a "língua é, segundo a realidade de Weinreich, "uma realidade essencialmente heterogênea"" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p. 16). Deleuze e Guattari (2009, p. 15) discorrem que "na linguística, mesmo quando se pretende ater-se ao explícito e nada supor da língua, acaba-se permanecendo no interior das esferas de um discurso que implica

ainda modos de agenciamento e tipos de poder sociais particulares". Ou seja, a heterogeneidade estabelece conexões com as diversidades e com os diferentes no mundo. Na saúde mental, consideram-se os diversos modos de compreender o outro e sua realidade.

A heterogeneidade pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de autoanálise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção em relação à realidade (FRANCO, 2013, p. 240).

O princípio da multiplicidade não tem "nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p.16). A expansão da multiplicidade não se conecta ao uno, como se ou aquilo ou isso, mas numa dimensão rizomática de múltiplas possibilidades. No campo da rede, ao olhar para a multiplicidade, a exclusão não se torna viável na produção de cuidado. Assim, a relação com o outro precisa apresentar várias direções, várias possibilidades.

É associado à ideia geral de não exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos-conectivos, o que permite a linha de cuidado se realizar. (FRANCO, 2013, p. 240).

O princípio de ruptura a-significante diz que um "rizoma pode ser rompido, quebrado, em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p. 18). Num processo de desterritorialização e reterritorialização, as redes podem quebrar, fazer diversas outras conexões e criar possibilidades de cuidado. Para Franco (2013), essa possibilidade de ruptura pode significar uma abertura para as linhas de fuga e ter outros sentidos que não foram previstos. Isso aumenta a potência de invenção no trabalho, permitindo que novos modos de existência sejam (re)afirmados.

Os princípios de cartografia e da decalcomania afirmam que "um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda" (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p. 21). Deleuze e Guattari (2009), afirmam que um rizoma não é um decalque e sim um mapa, que é capaz de realizar conexões e está em modificação constante,

além de apresentar múltiplas entradas, sendo diferente do decalque que sempre volta ao mesmo.

Se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Ele atribui para a conexão dos campos, para o bloqueio dos corpos sem órgãos, para sua abertura máxima sobre o plano de consistência. Ele faz parte do rizoma. O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente (DELEUZE E GUATTARI, 2009, p. 22).

A cartografia se conecta com as singularidades que compõem a vida e está junto com a construção dos processos, que se modifica a cada instante. Na rede, o trabalho acredita na potencialidade do outro, não buscando encontrar fórmulas de cuidado para encaixá-lo. Para Franco (2013, p.241), ela "é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade".

Pela explicação rizomática, a rede, então, deve compor com a diversidade e a multiplicidade (do outro e de quem está implicado nessa produção de cuidado), permitindo que o desejo flua pelas linhas - que vão se ramificando e se conectando a outros possíveis. Logo, o enrijecimento da rede são rupturas necessárias para que outros modos existenciais e práticas criativas sejam produzidos.

Com isso, fico me questionando que rede é essa que estamos construindo no nosso trabalho cotidiano. Seria para a expansão da vida ou para cumprir protocolos? A Profissional 6 fala de um acionar a rede para garantir direitos e, dessa forma, ela procura se informar sobre como fica a questão do transporte, da assistência social, tenta conhecer os serviços que são oferecidos no território do usuário para tentar desenvolver possibilidades, mas também fala como forma de aliviar o excesso de trabalho no serviço por conta da precarização do trabalho e da equipe reduzida. Ela diz: "De fato, a gente não pode absorver tudo também. A gente não pode querer abraçar o mundo, se a gente não está dando conta de abraçar o que a gente tem que abraçar. O processo tem sido cruel. Acho que com todo mundo" (Profissional 6).

No entanto, essa Profissional também reconhece que há espaços de respiros, onde a equipe consegue pensar um pouco sobre que modo de trabalho é esse que está produzido ali e como provocar rupturas. As conversas rápidas nos tempos livres

são tidas como forma de manter a rede conectada, mas ela sabe que ainda não é o ideal para manter e promover a fluidez da produção de cuidado.

Mas assim, tem também, eu só falei do lado ruim, mas tem o lado bom. Pelo menos, as pessoas da equipe não estão tentando se matar, e matar um ao outro. A gente ainda consegue se ajudar. Pelo menos nesse sentido, a equipe é muito unida, assim. São raros os momentos que a gente está conseguindo sentar para conversar de fato, mas se eu tenho um tempinho aqui, eu vou ali e converso com um, ele me ajuda, a gente tem umas ideias legais. A gente tenta aí disseminando para os outros, para tentar no final... se não a gente não conseguiria fazer nada do que a gente tem feito também. Então, de alguma forma, a gente tem conseguido conversar, mas a gente sabe que ainda não é o ideal e está um pouquinho longe de ser (Profissional 6).

A Profissional 1 relata dois casos em que a equipe se conectou a outros serviços para tentar que o fluxo criativo e a multiplicidade produzissem outros modos de existência.

Olha só, no [serviço], a gente [es]tava no [serviço] agora, por exemplo, de uma pessoa que estudou, deu aula e [es]tá num momento muito difícil, assim, querendo voltar ao que era antigamente, mas não vai ser possível voltar ao que era antigamente. E aí a gente sem estratégia mágica, toda hora ela tava sendo recolhida no [serviço], foi pra lá ficava bem, em casa tal. A família disse que ia ajudar, mas daquele jeito que ela não consegue estar lá no [serviço], por exemplo. [Ela] não consegue ouvir o que a gente tem pra dizer, porque já está cansada. A gente tem de pensar nisso também. A nossa estratégia agora foi trabalhar com o CRAS, para que ela possa ir no CRAS fazer coisas, tentar viver útil e capaz, a partir dali, porque a queixa dessa moça é: "eu vejo vocês trabalhando e eu não faço nada, eu vejo você produzindo aí nessa correria e eu estou nessa pasmaceira". É uma estratégia, e isso não dá certo com outros. Uma outra possibilidade de um rapaz que a gente [es]tá acompanhando também que morava aqui em Vitória, mas a mãe dele mora em Cariacica e a aproximação com essa mãe não deu certo. Ela disse que não vai cuidar, que ela tem medo e várias coisas. A gente levá-lo para Cariacica, sair com o carro da prefeitura pra fazer visita em outro município é muito difícil, então, foi um trabalho todo com a gestão do transporte de Vitória. É um caso nosso, mas tem família lá, e precisa ir, demorou um pouco até que a equipe conseguiu, eu não fui, mas que a equipe conseguisse ir até lá não foi uma coisa simples, não pode ir em outro município (Profissional 1).

Tanto nas falas da Profissional 1 como nas da Profissional 6, percebe-se uma rede possível de conexões com outras possibilidade como um baixo grau de conectividade, mostrando como os processos de trabalho podem ter vários tensionamentos entre aquilo que já está dado e aquilo que pode ser construído, reformulado, revertido, criado. Como pode seguir um protocolo de encaminhamentos

para a prestação do serviço, como pode promover uma escuta ampliada das singularidades que perpassa nas relações de trabalho e com o outro.

Nesse sentido, o importante é questionarmos que tipo de rede está se estabelecendo, se construindo a partir da autoanálise que

pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes, valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e capacidade criativa, retornando a esses coletivos uma capacidade que geralmente lhes é tirada pelo aprisionamento que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe (FRANCO, 2013, p. 238)

e da autogestão, que está associada ao

conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos seus usuários (FRANCO, 2013, p. 237-238).

Assim, o Profissional 2 faz uma reflexão sobre que rede é essa que tanto se fala nas reuniões e nos encontros de trabalho. Ele fala que

o pessoal fala muito em rede. Rede de pesca? Eu falei: Gente, em algum momento a saúde mental tem de ser a rede de baiana também, uma rede onde você deita e balança. Não é só uma rede que pesca todo mundo, mas também rede num sentido de uma rede pra você descansar, pra você balançar ali, ter um acolhimento... (Profissional 2).

O controle e o uso da punição: a tutela ainda desafia o trabalho em saúde mental

Uma grande preocupação no trabalho em saúde mental é a promoção da tutela como forma de cuidado entre trabalhador-usuário. E a tutela é uma forma de controlar os corpos dos outros e seus desejos, que esbarram na construção do processo de subjetivação dos sujeitos. Carregado de valores morais na perspectiva de si do que é certo ou errado na relação com o mundo, a tutela simplesmente vai escolher e ditar normas e atitudes que o outro deva seguir. Nada mais que desconsiderar o processo desejante vivido pelos corpos.

A punição, de certa forma, fala de um suposto erro que precisa ser corrigido, adequado, consertado, numa atitude alheia que não pode voltar acontecer. Pode ser considerado como forma de tutela, já que há uma negação dos desejos daquele que sofrerá a punição. E pensar esse método de trabalho no serviço de saúde mental,

como projeto terapêutico, nos levará a questioná-lo dentro da perspectiva de um cuidado que alimente a autonomia dos sujeitos. O que de bom podemos produzir com a punição? Quando se acredita num cuidado afirmado na liberdade e na criação, pensa-se que esse não é um caminho adequado a ser utilizado no processo de cuidado.

Quando lidamos com casos de pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, infelizmente vemos vidas roubadas. Uma cronificação dos desejos e das posturas na vida e nas relações com o outro, com o território. Uma vida que pulsa, mas pulsa devagar. E a saída delas dos manicômios, muitas vezes, significa retomar a própria vida, reaprendizagem.

E a Profissional 9 fala de como o seu trabalho significa cuidar. Um cuidado que passa pela higiene pessoal, da (re)educação, das (re)aprendizagens, enfim, um cuidado que está num limiar tênue e delicado entre a produção de autonomia e a tutela. No capítulo anterior, dialogamos sobre a 'pedagogização' dos bons comportamentos e o cuidado que se deve ter para que isso não permita a privação dos desejos.

Para tentar manter uma boa relação entre as pessoas com transtorno nesse serviço, ela tenta criar regras sobre como eles devem se comportar neste ambiente. Para o seu funcionamento utiliza-se da metodologia da punição.

O fumo é uma ação muito comum na saúde mental, principalmente com aqueles que tiveram histórico de internação. Há um prazer no fumo e isso não necessariamente leva em consideração os malefícios ou não desse ato, porém de um desejo que se expressa nesse ato. Atualmente, há discursos e estudos sobre o fumo e seus efeitos, que perpassam desde a sua liberação, o gozo no ato, a sua legalização e utilização nos espaços públicos e privados. Logo, um discurso moral sobre o ato de fumar tem sido afirmado para justificar a minha saúde ou do outro. Sou um fumante ativo ou passivo.

Essa pequena introdução sobre o fumo é para entender a instituição no serviço de regras sobre o fumo e a utilização dele como punição. E isso não constitui um ato dela em si, pois é um discurso que tem uma construção histórica-social-biológica e de controle de corpos também na sociedade atual.

A Profissional 9 descreve a sua rotina de trabalho em torno do fumo, "cheguei de manhã, dou o café da manhã, acabou o café da manhã, dou um cigarro, oito horas dou um medicamento. Aí eu falo: quem tiver que tomar um banho, vai tomar banho, quem não quiser e dar uma voltinha, volta". Daí se percebe o rígido do fumo, justificado que somente há poucos fumantes no local e que isso incomoda. Durante o dia, o fumo é usado como um reforço ou punição para moldar comportamentos. "Só vou dar se se comportar, dez horas eu dou outro cigarro. (...) eles ficam fazendo bagunça, confusão" (Profissional 9).

Para manter uma organização no serviço, essa Profissional também utiliza do café como forma de controle e punição, mas deixou muito claro que não seria capaz de deixar alguém sem uma refeição.

Eu já não gosto, eu gosto de ensinar que tem que ser limpo. Ah, sujou, pegou copo demais e sujou, por favor, lave o seu copo e bote na bandeja. Entornou água no chão, o pano de chão está ali, por favor, vai lá e pega e limpa. Aí, tem uns que fazem e saem reclamando, reclamou vai ficar sem o café da tarde, vai ficar de castigo. Aí o café é duas horas, aí, viu, todo mundo tomar café e aquele que está de castigo eu não deixo de dar, depois que todo mundo toma, eu vou e dou o dele. Falo: "Eu estou te dando café, mas você não fez por merecer, você fez por merecer? Não fez, né, mas eu estou te dando café." Aí, depois do café da tarde, eu dou outro cigarro. Aí, depois eu só dou outro cigarro na hora que eu ir embora. Então, assim, eu controlo o máximo para eles fumarem quatro a cinco cigarros por dia. Seguro o que eu posso, viu. E tem aqueles que é mais quietinho, tem aqueles que é mais agitado, que agitam o dia todo (Profissional 9).

Outra situação está relacionada à aprendizagem dos usuários com o ambiente em que vivem. A Profissional 9 tem tido essa preocupação de disparar nessas pessoas o cuidado com a limpeza, a organização desse espaço, bem como alguns bons costumes e de convivência com o outro.

Ele está com uma mania de sair escarrando no chão. Escarrou no chão. Fábio³⁴, faz o favor. Ele vem. "Pega o papel higiênico, vai lá e limpa o seu escarro e está aqui o pano de chão e o cloro. Vá limpar" [fala da Profissional 9]. E ele vai lá e limpa. E ele: "Você é enjoada hein". Eu falei assim: "Não. Seu quarto tem que ficar limpo, porque quem dorme nele é você. Eu vou embora para minha casa, que a minha é limpa, e você vai ficar aqui no sujo". Ele falou assim: "É, tá bom". Aí esses dias, eu estava limpando [o serviço]. Aí ele: "Quer ajudar, quer ajudar". Então tá. "Pega o pano aí e vamos passar. Pega a vassoura e venha me ajudar" [fala da Profissional 9]. E daí

³⁴ Fábio: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

vai indo assim. Graças a Deus não deu coisas ruins ainda não (Profissional 9).

Intrigante é ouvir dela sobre mudanças dessas pessoas com essa metodologia de cuidado, que ela mesma diz: "em vista do que era, também estão bem educados". Mas como seriam essas tais mudanças ditas por ela? O que e como se tem afirmado nos usuários como cuidado de si? Quais são as produções de autonomia que se engendram nessa relação e na punição?

Outros casos possíveis de um cuidado em liberdade

A história da Maria é somente um exemplo, entre vários, que compreende um cuidado para além do modelo hospitalocêntrico. Sempre muito desafiadora, a (re)invenção no trabalho é um importante ingrediente para alcançar um cuidado que produza novos modos de existência. Tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, (re)conhecer em si e no outro um potencial para mudanças não é fácil e faz dos encontros entre eles formas potentes para disparar em si e no outro este (re)conhecimento de múltiplas possibilidades de vida.

Além da Maria, as Profissionais 3 e 4 narram brevemente duas histórias de vida - Joana³⁵ e Cláudio³⁶. Duas histórias reais que falam de um processo difícil, mas de muita potência, de muito desejo.

Joana passou por algumas vezes no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, onde recebeu alta administrativa e foi para um serviço substitutivo em saúde mental para dar continuidade ao seu tratamento. Ela chegou nesse serviço muito angustiada, foi muito trabalhoso: muita quebradeira e muita reprodução de crises de loucura. Muitas marcas tanto na vivência quanto nos corpos físicos. "Eu posso mostrar uma marca aqui dela, no corpo, entendeu? Assim, mas, que me deixou uma marca que eu tenho até orgulho, entendeu? (Profissional 4).

Marcas que falam de uma sustentação de um lugar da clínica, no sentido do empoderamento, num momento extremamente difícil. Houve muita discussão desse caso nesse serviço, sendo um exemplo. Hoje, ela está tendo o cuidado na Unidade Básica de Saúde, indo uma vez ao mês ao serviço de saúde mental. Está tendo um relacionamento sério e sonha em construir uma casa. "Então, é um percurso muito

³⁵ Joana: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

³⁶ Cláudio: Nome fictício dado ao usuário do serviço em saúde mental.

grande dessa história, de uma história que, sem estar ali no manicômio mesmo. Acredito que ela completa a vida" (Profissional 4).

Cláudio é outra história. Ele mora sozinho. Perdeu muitos familiares próximos. Perdeu a mãe, a madrasta e a avó. Ele recebe ajuda de uma pessoa que o visita. "Não andava sozinho, nem dentro de casa" (Profissional 3). Hoje ele vai e vem de ônibus, circula pelos territórios, faz caminhada no calçadão.

Apesar de difícil, a questão do projeto terapêutico dos usuários precisa ser mais debatida no sentido de promover avanços nas intervenções dos trabalhadores. A Profissional 4 acredita que "de certa forma precisa se pensar mais na execução, nesse processo", e "que poderia ter mais ganhos, a partir do momento também, de trabalhar mais em conjunto com o território e tudo".

E, além disso, os direitos sociais precisam ser mais trabalhados com os usuários, para que eles se apropriem desses como direitos e deveres do Estado e não favores a serem prestados. Para a Profissional 3, "os usuários são muito pouco... vou usar esse termo: "politizados", ou seja, não adquirir essa autonomia pra brigar por seus direitos. Eu acho eles muito agradecidos a nós ainda, muito subserviente nesse sentido".

5.3 O encontro com as artes: Novos olhares e novos modos de vida na produção de cuidado

Que a arte por si só, ela já tem esse caráter terapêutico, mas como tem tudo na vida (Profissional 7).

Arte, música, corpo: manifestações culturais trazem à alma um prazer. Alimentam o desejo e o fazem fluir nas veias e nas artérias pulsantes do ser. Energia potencialmente produzida como um dispositivo de transformação. Mudanças e mutações dos sujeitos num intenso processo de criação que, na ocasião da loucura, permite dar visibilidade ao olhar desse louco e explorar as suas subjetividades. Pensando nesta perspectiva, aqui falaremos sobre esses encontros artísticos e suas produções nos corpos vivos.

Em algum momento da história da humanidade, a prática artística partiu para a exploração do exterior, buscando funcionar entre o limite da linguagem artística e do sistema da arte. Assim, afirmam Lima e Pelbart (2007) que esse campo de exterioridade permitiu que a arte explorasse a loucura, tanto no processo de criação do artista quanto no interesse daquilo que os loucos produziam nos interiores das instituições psiquiátricas.

As relações entre arte, clínica e loucura passaram a se esboçar a partir da confluência entre dois deslocamentos: de um lado, buscando conquistar uma linguagem, alguns habitantes do mundo da loucura faziam um movimento quase imperceptível – já que oriundo de um espaço de exclusão e silêncio – em direção à criação artística; de outro, alguns artistas, ao se debruçarem sobre a alma humana e suas vicissitudes e buscando ampliar os limites de sua linguagem, voltavam seu olhar para o mundo da loucura (LIMA E PELBART, 2007, p.714).

Arthur Bispo do Rosário, um grande artista, viveu por muitos anos enclausurado num hospital psiquiátrico. Nas linhas dos lençóis, uma obra de arte era gerada. Dali, um encontro para lidar com todo aquele sofrimento ao qual estava exposto, já que "os atos de pintar, escrever e desenhar estavam presentes, talvez como necessidade vital, na existência de muitos dos que habitavam esses tristes lugares que eram (e são) os hospitais psiquiátricos" (Lima e Pelbart, 2007, 715). Ao mesmo tempo, dava visibilidade à sua loucura e ao seu potencial criativo, que perpassava nas sensibilidades de cada traço e de cada forma de seus objetos.

Para Fonseca (2007), na produção artística na saúde mental encontramos a arte-pensamento, arte-resistência, arte espelho e arte-testemunho. Uma arte que não está preocupada em representar, mas sim em buscar no vazio a potência de novas cenas.

Arte-pensamento, diferente da arte-inteligência, espécie de contorno depois da explosão, arte-resistência ao esquecimento de si imposto pelos muros psiquiátricos, arte-espelho que reflete um outro, do lado de lá, e que nos olha, ainda vivo, apesar das dormências quase catatônicas. Arte-testemunho de um desamparo e de uma longa história de normalização do anômalo. (...) Produção de imagens de resistência e de criação, eternizadas por um sofrimento que nunca cicatriza, por um abismo jorrante cujo magma é absorvido pela obra, como uma espécie de curativo do vazio (FONSECA, 2007, p.143).

A sensibilidade da arte promove bons encontros para a vida, sendo um agente de transformação de si e do outro cujo atravessamento se dá por aquele objeto, criação, movimento. Com isso, trago aqui uma situação relatada pela

Profissional 7, que demonstra cuidado, gestos finos e delicados na construção de uma arte: o Edifício Presidente Vargas, o antigo IAPI (Instituto de Aposentados e Pensionistas da Indústria) do Centro de Vitória-ES.

Sobre as telas e as tintas, um usuário de um serviço de saúde mental rabiscou o IAPI, que se localizou no Centro de Vitória. Num olhar atento, ele foi até lá para contar quantas janelinhas possuem o edifício. Já posso adiantar que, para um prédio com mais de 10 andares, são muitas janelinhas. Foram vários quadros do IAPI que se diferenciavam, sendo detalhista nas janelinhas, chegando a ir até ao local só para conferir a quantidade de janelas. Em um quadro, atentou-se em pintar a banca de revistas que fica à frente do prédio. E, dessa forma, seus passos exploravam os territórios e seus olhares se sensibilizavam para aquilo que habita nesse mundo.

Essa exploração dos territórios por esse usuário foi disparada num passeio promovido pela Profissional 7, que diz:

Olha, é muito comum a pessoa portadora de transtorno achar que não é mais capaz nada. E isso interfere diretamente na baixa autoestima, a pessoa se acha incompetente para fazer as coisas, o descrédito da família, o próprio descrédito por achar que não aprende, não tem condições de aprender. E quando eu vejo que aquela criatura, (...) aonde aquelas pessoas mal conseguiam pegar no lápis, não tinha sequer um coordenação motora, eu comecei, eu criei uma metodologia e comecei a trabalhar com eles o ponto e a linha, da maneira que se vê, de que ângulo que se vê, é... vencer o medo da folha em branco, do lápis, enfim... se apossar da sua livre expressão. E, no final, nós chegamos a um resultado, assim, fantástico, porque eu saí com eles num trabalho de campo e eu descobri que a maior parte dos pacientes nunca tinha saído dessa trajetória: Aduino Botelho, [serviço de saúde mental] e casa. Então, muitas vezes, não tinham consciência de que Vitória é uma ilha. Então, eu me lembro que quando eu parei com o transporte lá da secretaria cheio de paciente ali na Ilha do Boi, causou um frisson, assim, todo mundo praticamente saiu correndo, se evadiu da praia, que viram aquela pessoa diferente. E, assim, a felicidade de alguns que não tinham visto o mar, só conheciam o mar pela televisão. E, aí, eu sempre chamo o paciente, apesar de qualquer limitação que ele possa ter, trabalhando exatamente essa percepção de si, do mundo e do outro, para que ele seja o participante ativo dessa transformação que ocasionou nele. Então, eu falo, olha como que é importante você romper a sua invisibilidade, quando você sai, quando você vem e conhece um local da sua cidade que você não conhecia. Igual a praia: muita gente pode vir à praia? Claro que sim. A praia é um bem público. Não tem nada que impeça de você vir à praia. E, aí, eles começaram, então, nesse exercício de cidadania, vamos chamar assim, de conhecer o próprio território onde habita. Eles se encantaram com isso e começaram a fotografar, alguns

tinham celular, e isso depois virou uma amostra de pinturas, que a gente denominou 'a terra que a gente ama do jeito que a gente vive'. E foi muito legal, porque, assim, o fato de sair daquela invisibilidade, o fato de criar esse pertencimento desse espaço público. E mais que isso, dá a isso uma forma, uma plasticidade que acabou virando uma amostra de pintura. E, aí, teve gente que fez roupa para esse momento. E, assim, poxa, nunca pude imaginar que era capaz de fazer isso. E, aí, as diferenças e aí o que eu chamo de terapêutico foi exatamente a mudança de comportamento dessa pessoa, pessoa que, às vezes, vem para o [serviço] sem tomar banho, sem penteado, começaram a ir arrumadinhos, com a melhor roupa e a ter cuidado nas palavras, como é que eu falo isso, como que eu escrevo isso aqui, eu quero escrever um coisa. Então, você vê por esses sintomas que a coisa está se dando de dentro para fora. E isso é muito gratificante. Para mim é o sal da vida e o que faz a gente acreditar e vou continuar. Para quem está de fora pode ser pouco significativo, mas para quem já perdeu a própria identidade e que vem se arrastando em um longo tratamento, muita medicação, muito desacreditado, qualquer janelinha é uma grande oportunidade. E, aí, é muito interessante, porque eu me lembro de um paciente que fotografou o IAPI, o antigo IAPI ali do lado do teatro Carlos Gomes, e, aí, ele começou a aprender a usar régua e essas coisas. E, aí, ele foi vendo que podia pintar aquele IAPI e ficou muito interessante, porque ele começou a vender. Os próprios psiquiatras, os enfermeiros começaram a comprar dele esse IAPI ali, o antigo IAPI do lado da praça Costa Pereira ali. E ele ficou muito envaidecido com esse fato de começar uma coisa e além de tudo transformar isso num objeto que trouxe retorno para ele financeiro. E, aí, ele já começou a ficar todo envaidecido. 'Nossa, já vendi cinco IAPI, vou fazer mais um' [Fala do usuário] (Profissional 7).

A arte pode ser considerada com uma forma de prática de cuidado no campo da saúde mental. Na liberdade das produções e das intervenções, o autor (o louco) não precisa se preocupar com as formalidades e se enquadrar em protocolos de como criar. Para a Profissional 7, "não existe feio, não existe bonito, existe o seu livre fazer, que vai fazer por você muito mais do que aquilo que você vai fazer com isso" (Profissional 7). Além disso, a arte ultrapassa as barreiras do "não consigo" e do "não sou capaz": permite transformações, até mesmo nos pequenos detalhes, traços, linhas...

É preciso acreditar, é preciso considerar todos os pequenos detalhes dessa trajetória. E aquilo que pode parecer muito pouco para quem está de fora, para ele é muito, muito, muito, muito importante. E, assim, nessa caminhada tenho muitas histórias, muitas transformações que a gente acompanhou com soluções, assim, mediadas por iniciativas muito simples, do livre fazer mesmo, da livre expressão, de poder entrar em contato, inclusive, com as suas limitações. 'Poxa, eu queria apontar esse lápis e não sei como fazer' (fala do usuário). 'Vamos embora aprender?' (fala da Profissional 7). 'Mas a minha mão treme' (fala do usuário). 'Mas devagarzinho você vai começar a firmar esses movimentos' (fala da Profissional 7).

Então, é todo um trabalho de acreditar mesmo. Acreditar, insistir e destruir o medo, o medo de que eu não sei, o medo de que vai ficar feio (Profissional 7).

As produções artísticas também podem transversalizar e exteriorizar o contato desse usuário consigo e com o outro. Fonseca (2007, p.142) diz como através da arte podemos "buscar reconhecer os elementos loucos que há no trabalho de criação e como este pode existencializar algo interior, fantástico e desconhecido". Talvez, como reflexo desse contato, esse usuário poderá criar outros modos existenciais na relação dele com o mundo, com o outro e com ele mesmo. A Profissional 8 fala de dois casos: um seminarista e um divorciado. Um jovem seminarista da Igreja Católica surtou. Ele ficava sentado no canto, quieto e triste no serviço de saúde mental onde ela trabalhava. Ela o convidava para estar nas oficinas e ele não queria. Um dia, ela estava realizando uma oficina de madeira e o convidou para participar. Ele disse que não sabia fazer essas coisas e, portanto, recusou. Essa profissional falou que lá ninguém sabia fazer esses trabalhos de madeiras também, todos estavam aprendendo durante as oficinas. Daí, ele foi: começou a interagir e, depois de um tempo, pediu para lixar a madeira. Começou a tomar conta da contabilidade da venda desses produtos com muita responsabilidade e a dividir corretamente o dinheiro com demais usuários. Atualmente, ele participa de outras oficinas, como as de pintura, e começou a se relacionar abertamente com as pessoas.

O outro homem divorciou-se e ficou muito mal: acabou tendo crises. Foi morar com seu irmão, que é padre. No serviço, ele interagiu muito pouco e passou por um processo lento e gradual para ampliar o seu relacionamento ali com as pessoas. Às vezes, dependendo de como os usuários estavam no serviço, a profissional 8 deixava que levassem os trabalhos para serem feitos em casa. Este rapaz tinha uma visão privilegiada de sua casa. Ele morava em Porto de Santana, de frente para o mar e para a Basílica de Santo Antonio. E, com isso, ele passou a explorar essa paisagem por meio das pinturas.

Essas formas de trabalho, ditas "oficinas" pelos profissionais durante as conversas, permitem ao trabalhador de saúde mental elaborar uma abordagem potencialmente criativa quando se há liberdade no seu desenvolvimento. Tal liberdade, portanto, promove bons encontros na relação entre trabalhador-usuário a partir da sensibilidade que se constrói com o outro, ampliando a capacidade de

escuta e contribuindo para uma clínica aberta, múltipla, diversificada e diferenciada. Tudo isso nos mostra um modo de cuidado atento às singularidades dos sujeitos e que (re)territorializa outros modos de existência.

O Profissional 2 sempre falou nas conversas sobre a necessidade de se ter prazer no trabalhar em saúde mental e não tratar isso como se fosse um carma a ser resolvido. Com posturas estéticas, ele compartilha conosco sobre o seu trabalho:

Eu achei aquilo tão criativo assim e a coisa das oficinas, eu sempre adorei. Eu gosto de desenhar, eu fiz teatro, eu gosto de fotografar, então, assim, eu falei: "Gente é um parque de diversões aqui". Vamos fazer teatro aqui, vamos fazer coral, vamos fazer bordado. Então, eu achei muito legal que, era sempre uma coisa juntos. As pessoas pegavam um pouco dessas coisas e iam junto também. (...) O lazer, a cultura é muito legal. Quer dizer, eu adoro música, então, vamos fazer um coral com o pessoal do [serviço], foi uma experiência muito engraçada. Eu me via em situações inusitadas e me divertia pra caramba por mais que eu pagasse um mico. Às vezes: 'mas como é que tinha coragem de fazer isso...' (fala do Profissional 2). Eu dizia gente: 'Eu já fiz teatro, cara de pau eu tenho a vontade pra várias situações, então...' Mas é engraçado, porque eu falava isso e a gente não precisa sofrer pra trabalhar. Eu vejo muitas vezes na saúde mental essa coisa deprimida, pesada de: 'ah, isso é difícil, isso é duro, isso não tem cura...' (fala do Profissional 2). Assim, eu acho que tem propostas de... ter mais vida no trabalho, de ter mais vida na clínica, que são interessantes... A gente deveria investigar mais, investir mais, às vezes... E eu acho que um [serviço] tem que pensar por aí, nisso. Os novos serviços tem que ser mais viv[os] do que o que a gente observa. Ou, sei lá, qualquer serviço, até um hospital psiquiátrico pode ser divertido (Profissional 2).

Cotidianamente, nos serviços, as falas queixosas têm encontrado cada vez mais espaço e o trabalho tem sido tomado pelas questões duras da burocracia. Essa alegria e essa inventividade compartilhada pelo Profissional 2 têm sido sufocadas por tais questões. O endurecimento da vida dentro dos serviços de saúde mental, muitas vezes, rouba a cena do que deveria ser da própria criação e do fluxo dos desejos. Talvez, por isso, a Profissional 3 fala que precisamos de mais cultura, sendo isso um dispositivo de mudança da cidade. E eu penso: seria a cultura uma forma de se desmanchar os manicômios mentais que ainda se encontram nos serviços e na sociedade?

As Profissionais 3 e 4 relataram a transição da arte e da cultura no serviço de saúde mental, do seu ápice ao seu declínio, num período em que estavam ainda se constituindo os serviços de saúde mental na Grande Vitória-ES. Digamos que isso foi no princípio da Reforma Psiquiátrica no Espírito Santo, quando as pessoas, a

gestão, os trabalhadores ainda não conheciam especificamente os dispositivos de saúde mental na prática e o seu modo de funcionamento. Onde tudo ainda era experimentação, depois de um momento em que a vida foi tomada pela exigência da burocracia da gestão e o que se perdeu com isso - quando o serviço de saúde mental foi institucionalizado e, portanto, tornou-se duro.

No início de um dos primeiros serviços substitutivos de saúde mental na Grande Vitória-ES, as intervenções eram feitas em formas de parcerias e de convênios devido ao pouco tempo de inauguração e da grande necessidade de se promover atividades com os usuários. Houve um convênio com um projeto de extensão da UFES, 'Cada Doido com sua Mania'. Apesar de alguns tensionamentos por conta desse convênio, gostaria de enfatizar a importância desse projeto nos primeiros anos do serviço: como foi riquíssimo para os usuários, para o trabalho! Nele, também havia artistas plásticos, músicos: ou seja, esse projeto tinha o viés da arte e da cultura muito forte. Com o dia a dia do trabalho, esses artistas acabaram se apaixonando pela loucura e pela militância, de acordo com as Profissionais 3 e 4, e, durante o tempo que estiveram ali, se envolveram bastante no trabalho pautado na responsabilidade e no compromisso estético-ético.

Com o rompimento desse convênio, elas relataram que houve uma tentativa de sustentar a presença dos artistas nos espaços da saúde mental com contratos individuais, mas a gestão não pode sustentar isso por muito tempo por causa das questões burocráticas e da prestação de contas da prefeitura. Então, foi feito um outro convênio com a Fafi (Escola de Teatro, Dança e Música), que foi bastante questionado por um momento, porque tinha o pagamento do cachê aos artistas. Esses realizavam duas oficinas por semana e participavam das reuniões de equipe. Eram pintores, atores, escritores, poetas, músicos, ceramistas.

Essa relação teve um movimento muito interessante, segundo a Profissional 4, pelo fato de serem artistas e terem o que colocar para dar o movimento de muita de riqueza artística e cultural. De acordo com ela, por ser um trabalho movido pela arte, eles traziam muita gente de fora, faziam oficinas no serviço e, muitas vezes, com convidados (como de literatura, pinturas, exposições) havendo uma grande troca cultural nesses espaços.

Em meio a essas produções artísticas, as peças de teatro nasceram a partir da rede das artes que se formavam ali. Era uma oficina de literatura que fez surgir

uma peça, depois na oficina de música, criou-se uma música para essa produção e assim sucessivamente. As oficinas se comunicavam entre si e se percebia a porosidade desses encontros.

Por falar em teatro, a Profissional 4 cita uma peça sobre camisinha que foi memorável: a apresentação foi fora do espaço do serviço e para um público que não eram usuários da saúde mental. Ela foi realizada em um fórum no Dia Mundial contra AIDS. Essa atividade era sobre a temática dessa doença, e foi de uma riqueza muito grande.

Essas trocas com a arte eram muito importantes, principalmente no momento de trazer os casos para serem discutidos. A forma era diferente. E essa inserção e essas intervenções culturais proporcionaram isso. Mas tudo isso teve a sua passagem com a necessidade das formalizações regulares.

Eu me lembro do [serviço] falar: Uma moça aprendeu a fazer macramê. Ela fazia e vendia pra colega. Então, não era uma geração de renda instituída, ela viu um negócio, achou bom... ao mesmo tempo as cerâmicas do [serviço], as festas que a gente fez, [o] livro... é... e depois, a Secretaria de Saúde, com isso de ter formas regulares de contratação, fez o concurso pra tudo, e foi parada com essa forma de contratação, que a gente [es]tá tentando resgatar agora... e realmente, assim, se perdeu, tira essa coisa de mais livre, da produção, das trocas culturais entre... (Profissional 4)

A Profissional 3 concorda dizendo:

Tira... E nossa! E morreu muito! A coisa da arte, então, pra você ver, nunca mais compramos argila, ninguém mais trabalha com cerâmica... cerâmica ou argila, pelo menos são de barro. Foi um pouquinho de tempo que trabalhou, depois foi parando, parando... ninguém mais trabalha... pintura muito pouco, pintura pra sair quadros e tal... (Profissional 3).

E essa relação com os artistas que passaram pelo serviço deixou marcas.

Esses artistas que passaram pelo [serviço], tipo assim, eles não voltaram. Assim, eles tem até hoje, foi algo que marcou profundamente, eles, assim, a gente ficou amigo assim, unido, por essa experiência que eles vivenciaram no [serviço]... com o [André]³⁷, também, quando chegou, como poeta, morria de medo, e falava também dessa questão, e já fazia esse trabalho junto com o [outro serviço], tinha lá... quando chegou, assim... no [serviço], e ele ficou uns cinco anos, assim, é, eu acho que ele ficou uns cinco anos... foi uma experiência que marcou, sabe, até hoje. Tipo assim, no ano passado, hoje ele está na Secretaria de Estado, divulgando a Biblioteca Estadual lá, ele no ano passado fez um debate para falar, chamou alunos, escritores, pra falar da experiência dele com a loucura e falou, passou experiências do [serviço] (Profissional 4).

³⁷ André: Nome fictício dado ao artista que trabalhou no serviço de saúde mental.

A arte tem uma plasticidade. Ela pode ter movimentos flexíveis e importantes na composição da vida e que, para saúde mental, tem um retorno singular na produção de cuidado. No entanto, levanto duas questões que precisam ser discutidas e pensadas para que essa maleabilidade não seja perdida: quando a profissionalização entra em campo utilizando do dispositivo da arte e quando o produto artístico se institui num viés financeiro.

Considerando a importância das profissões para lidar no cuidado em saúde mental, o que eu trago aqui é uma discussão sobre a especialização dos espaços e dos dispositivos - nesse caso, falo da arte que se ramificou em várias divisões profissionais (como arteterapia ou musicoterapia) no sentido de capturar o teor terapêutico que, por si só, a arte já dispara. Sem qualquer intenção de desmerecer, pois já há um reconhecimento da importância terapêutica e de cuidado dessas profissões, o que falo aqui é que não há intencionalidade da arte em ser terapêutica e, talvez, por isso há essa porosidade na afetação dos encontros entre a arte, o usuário e o trabalhador. E é justamente isso que a Profissional 3 nos convoca a pensar: "Porque a gente quer a arte, a gente não quer uma terapia que vai fazer uma produção artística para ver o sentido da arte" (Profissional 3).

Ou seja, é provável que, quando profissionalizamos o trabalho artístico, se perca um pouco dessa riqueza da arte que não procura efeitos terapêuticos, mas ela por si só pode produzir encontros potentes e criativos nas pessoas. Isso é diferente das terapias com as artes, pois há uma intencionalidade e uma preocupação de usar a arte como dispositivo terapêutico, o que pode endurecer um pouco nas intervenções e nos encontros com o outro. Como nós, trabalhadores, devemos tomar cuidado para que não seja uma terapia pela arte, porém uma vivência da arte, que promove rupturas e se conecta as multiplicidades?

Da mesma forma, quando o produto artístico é capturado pelo sistema capitalista para obtenção de lucros: a produção artística se dá pelo prazer e pelos fluxos dos desejos que exteriorizam as singularidades das pessoas que manuseiam essa produção. Com isso, não há preocupação de produzir o que é belo, o que é certo, uma técnica do traço e da pincelada para ser esteticamente correto e, muito menos, da produção ativa para ter retorno financeiro. E, talvez, a institucionalização da geração de renda pode ter esses encontros, que não são tão potentes quando

falamos da arte quanto a vivência e a transformação de vida, de um corpo - a necessidade de produzir para gerar renda.

Por vivermos num mundo capitalista, o programa de geração de renda nos serviços é fundamental para contribuir no orçamento mensal daquele usuário que sobrevive com um salário mínimo do benefício e tem muitas responsabilidades financeiras para prestar conta mensalmente: muitas vezes, somente o valor do benefício não é o suficiente para isso. Além disso, trata-se de um ofício que lida com o fato de estar produzindo algo e ter um retorno, um financeiro com isso, podendo trabalhar com autoestima do usuário e de certa forma a autonomia dele também. Mas o cuidado que se deve ter é querer transformar o encontro da arte numa possibilidade rentável para os usuários, o que também descaracteriza a definição de arte como um dispositivo livre de regras e um agente de mudança.

Um exemplo é o que diz a Profissional 6, sobre como o trabalho de grupo somente aprimorou e aflorou as habilidades que as mulheres tinham e, com isso, permitiu que elas produzissem em casa. Nesse caso, se não houver a cautela e a sensibilidade do trabalhador, os trabalhos com os grupos podem caminhar para desenvolver habilidades com viés financeiro. Aqui, o grupo apenas disparou nelas essa possibilidade de retorno financeiro diante das habilidades delas, mas este não era o objetivo do grupo.

Foram três pacientes do grupo, que acabaram, na verdade, elas não aprenderam isso no grupo. Elas já tinham habilidades e o grupo fez só aflorar essas habilidades. Acabou aguçando essas habilidades, esse potencial que elas já tinham de trabalho com arte, bordado, pintura, artesanato. E, aí, o grupo acabou estimulando que elas desenvolvessem isso. Aprimorassem, assim, esse lado. E, hoje, elas produzem em casa, de até como forma também de terapia, mas de geração de renda. Vendem os produtos. Estão se mantendo hoje, complementando a renda familiar com o trabalho que elas estão fazendo de artesanato. Então, assim, percebe-se, assim, que elas estão até mais soltas. Às vezes, tem faltado inclusive o grupo, porque já estão comprometidos com outras atividades. Então, a gente vê que o grupo foi bom. Elas estão criando asas. Estão indo (Profissional 6).

Por isso é fundamental que o trabalhado – e, nesse caso com a arte, principalmente o que utiliza dela como uma ferramenta de transformação e de intervenção - tenha a sensibilidade de não procurar encaixar a terapia pela arte, mas, a partir da vivência dela, poder produzir outros modos de estar na vida, sem apontar para o que o certo ou o errado, ou o belo e o feio. Deixar o outro sentir e

viver a arte, aquele encontro múltiplo e tão singular que é capaz de intensificar a produção de subjetividades. Com esse olhar, a Profissional 7 narra um momento que para ela foi de grande emoção durante um ensaio para uma peça de teatro:

Foi um ensaio e em um dado momento lá no final do ensaio, uma paciente [disse]: 'Eu posso falar uma coisa que não está na fala do teatro'. Eu falei: 'Pode, você pode falar o que você quiser'. Aí ela falou: 'Então o que eu gostaria de dizer é que a arteterapia vem me mudando de dentro para fora, mas é uma coisa que não dá para ser dita em palavras, mas dá para ser percebida em atitudes, e está muito bom para mim, está sendo melhor que Rivotril, Carbamazepina'. E ela foi falando um monte de remédio e eu achei interessante isso, porque ela fala assim: 'Sabe uma das coisas que a arteterapia tem feito por mim, tem me feito aceitar como eu sou e, aí, quando eu começo a me aceitar como eu sou, eu começo a ver que eu sou bem melhor do que eu pensava'. Eu cheguei a ficar com lágrimas nos olhos. Eu fiquei, assim,... na, não... foi uma coisa super espontânea a fala dela e, para mim, muito gratificante. Tipo assim, que bom. Então estamos no caminho certo (Profissional 7).

Outro contato tão significativo no campo da arte é o baile dos corpos e suas expressões corporais. O corpo fala e é plural. Ele respira e se movimenta. Precisa de nutrientes para a sua sustentação. O corpo tem marcas, muitas marcas. Os encontros com e dos corpos são capazes de provocar rupturas e emergir subjetividades. E, por isso, a Profissional 5 decidiu trabalhar com os usuários as experiências e os movimentos do corpo, pois, segundo ela, há pessoas que não conseguem se expressar verbalmente devido a algumas dificuldades. Também os momentos de crise são muito corporais, como visto nos sinais de agressividade.

Essas intervenções com o corpo também são uma forma de cuidado, quando há a intenção de produzir novas possibilidades para estar na vida. E, nessa tentativa, essa profissional busca um espaço fora do serviço de saúde mental, mas que seja voltado para a cultura e para a arte para que, durante a intervenção, experiências corporais possam emergir e ter trocas para o entendimento de si e do outro quanto ao corpo. Para ela, "O próprio corpo, você percebe que não tem essa coisa do limite do meu, do outro, não tem o espaço a que pertence, não tem..." (Profissional 5).

Essas opções ao modo tradicional de cuidar, como o uso da fala, medicamentoso e abordagens científicas, no campo da saúde mental, pode não ter tanto efeito para certos usuários quanto a vivência com a arte, com o corpo e com outros modos alternativos, já que, como afirma essa Profissional, há usuários que

são muito comprometidos e que nenhuma abordagem funciona, nenhuma. E, assim, o que eu vejo que funciona, que tem funcionado é por essas outras vias. Quando eu pego ali pelo fazer ou pela própria arte que interesse e que chama atenção de alguma maneira, eles se aproximam, sabe. E dali, coisas começam acontecer. Então, tem doido aqui que inclusive, por serem muito comprometidos e não interagirem com nada, ninguém. E um deles quando sai, sai de forma muito desorganizada e está lá em outro planeta. Então, sai, percebi que não dá, não é escuta, não adianta. Não é que um não fala e outro fala, fala, fala nada. Não é disso, tanto que você começa a olhar cada um para ver que cada um demanda. E é muito diferente. E aí, esses, você pega pelo corpo que é o que eles tem. O recurso que eles tem até para a gente se comunicar com eles e eles respondem. Então, outra coisa muito da arte, da música, que um tempo atrás, eles se relacionavam como amigos e não eram tão comprometido assim, como eu sei da história. Então se a gente for lá pra traz, lá no... e pega alguma coisa daquilo que eles viviam, naquela época, de música, os dois gostam de música e de músicas antigas, que era o que eles escutavam. Eles vem e dão respostas muito legais. Então, assim, o que as pessoas forem usar ou colocar técnicas tradicionais e focar muito no tratamento e terapia no que eu tenho para oferecer, vão perder essas duas pessoas. Dai não vão dar respostas, não vão ser estimulados. Não sei, esses dois é que são daqueles muito, assim, daqueles que as pessoas daqui mesmo falam: 'O que a gente faz com eles?' Porque não dão respostas. E eu tenho percebido que pelo corpo, pela música, pelo fazer, pela pintura, eles, de alguma maneira, vem e dão um retorno e eles ficam aqui nesse mesmo lugar que a gente está, nesse mesmo tempo que a gente está durante um período, mesmo curto, mas fica. Coisa que não acontecia e de outra maneira tão bem (Profissional 5).

Reconhecendo que os modos tradicionais de cuidado também têm suas virtudes, porém também levando em consideração o teor de transformação das produções artísticas, o foco do cuidado deve ser o sujeito e, dessa forma, a Profissional 5 diz:

coloca o outro primeiro que o tratamento vai junto com, desculpa eu falar, as medicações, as intervenções mesmos dos profissionais de saúde. Só que assim, o foco. O foco é na pessoa, na necessidade da pessoa, tem necessidade de tratamento, mas antes disso tem a necessidade de voltar a ser sujeito. De voltar a ser alguém respeitado. Que ele se respeite, que ele se enxergue. Então, assim, é muito junto. E aí quando você fala da arte, da cultura, da educação no meio disso, se eu quero resgatar um sujeito, né, eu não estou pensando só na doença dele. Então para mim, se eu o vejo como um sujeito, eu o vejo como um ser social, que precisa circular, que precisa ter uma família, se relacionar bem com essa família, ele precisa aprender, vai ter que se inserir, vai ter que aprender algumas coisas, conseguir circular bem nos lugares. Então, tudo isso tem a ver. A arte ajuda muito pra própria pessoa, pra gente, a gente que se constitui quanto pessoa, lidando com tudo isso. Então, quanto mais contato com a arte, mais contato com cultura, com outras pessoas, com outras vivências, a gente se constitui um sujeito mais completo,

mais forte, mais crítico. Então, não sei, eu acho que não tem como separar as coisas, está tudo aí. Tudo faz parte do cuidado. Tudo faz parte do tratamento (Profissional 5).

E com isso, no encontro com as artes:

Como eles tem despertado para isso e nem só isso, mas como tem gostado de estar meio a essas pessoas que eles consideram cultas e querer saber daquilo e, até mesmo, dentro na sensibilidade, você percebe que vai tendo mais. Estão se colocando melhor nos lugares. Respeitando os lugares. Respeitando as pessoas. Está sendo muito legal. Tem dias que tem evoluções bacanas. Que antes você não tinha quase nenhuma e hoje tem muita coisa legal (Profissional 5).

5.4 Dentro e fora dos muros dos serviços em saúde mental: o processo de desinstitucionalização e os manicômios mentais

Então, para mim, isso que é muito complicado ainda. Esse manicômio mental mesmo. Essa lógica manicomial de estar dentro dos profissionais. O que a gente também... é outra coisa. A gente foca muito lá fora. Estigma lá fora. Muito difícil estar lá fora e isso é colocado por muitos, muitos (Profissional 5).

Um grande desafio na saúde mental é lidar com os manicômios mentais que perpassam nas relações de trabalho e na sociedade. E aqui será um espaço para dar visibilidade aos tais manicômios que nos aprisionam num determinado modo de vida e que podem estar no nosso corpo, nas nossas expressões e no nosso trabalho diariamente.

Durante as conversas, a Profissional 5 narrou duas histórias sobre dois passeios, em diferentes momentos, em que houve uma estranheza entre os usuários e o mundo fora do serviço de saúde mental e pudemos visualizar uma abertura de possibilidades na relação deles com o outro e com o mundo.

Os usuários queriam muito conhecer o Aeroporto de Vitória-ES (Eurico Salles). A equipe sentiu num primeiro instante certa estranheza: o que fazer no Aeroporto? Apesar de a equipe conversar com eles sobre outros lugares mais atrativos para a realização do passeio, os usuários mantiveram e reafirmaram o seu desejo de

conhecer o Aeroporto, até que uma pessoa falou: "Nunca vi um avião". E a equipe, então, disse: "Então vamos lá ver o avião".

Os usuários, a Profissional 5 e os estagiários foram ao passeio no Aeroporto de ônibus, pois houve um problema para disponibilizar o carro para este evento. Ao chegar, todo mundo que estava lá olhava para eles e houve uma pequena preocupação da equipe sobre o que essas pessoas poderiam fazer. Mas, esses olhares não atrapalharam o passeio, que caminharam tranquilamente no Aeroporto e conversando. No início, os usuários se fecharam um pouco e ainda falaram que todo mundo estava olhando para eles. A Profissional 5 acolheu a angústia deles e disse: "Olha para eles. Se estão olhando, vocês olhem de volta, dá tchau, ri, faz alguma... cumprimenta". A resposta veio unânime dos usuários: "Não". E ela perguntou: "Mas por que não? Eles estão olhando para vocês, vocês olham e dão tchau".

Com um tempo, eles começaram a se sentir mais à vontade e uns foram às pessoas, davam a mão e cumprimentavam. E as pessoas se surpreendiam. Foi tudo tranquilo. Em seguida, todos do passeio foram à parte de cima do Aeroporto para ver os aviões e houve uma grande comoção deles. A Profissional 5 disse durante essa conversa: "Foi tão bonitinho, que eles ficaram muito emocionados de ver o avião. Que quando desciam, subiam, alguns choravam. Precisava ver. Foi tão legal. Coisas que a gente não dá valor".

Na volta do passeio, todos tiveram que retornar de ônibus e aconteceu um imprevisto: a Profissional 5 não sabia voltar de lá. Quem conhece o Aeroporto de Vitória sabe que há uma dificuldade de acesso de ônibus municipais nesse local. Realmente, dá para se confundir, o que não foi diferente com essa profissional: "Eu não sabia mesmo voltar de ônibus, qual era o ônibus, onde passava o ônibus. Tinha que entrar numa rua assim lá para dentro [do bairro]".

Assim que souberam que ela não sabia voltar, os usuários a questionaram: " - Como assim você não sabe voltar?"; "- Não sei voltar"; "- Não, mas tem que saber"; "- Mas eu não sei. O que a gente faz quando não sabe?". Num ponto próximo (e que não era o ponto certo para eles retornarem), havia muitas pessoas: os usuários começaram a perguntar, a interagir com essas pessoas. A partir daí, descobriram como faziam para pegar o ônibus. No final deu tudo certo e conseguiram voltar para o serviço.

Para essa profissional, esse passeio foi muito interessante, pois era a primeira vez que eles estavam ali e tiveram uma grande emoção. Depois desse dia e com demais passeios, percebeu-se uma transformação neles: se tornaram mais ativos. Os passeios são importantes, pois, segundo ela, os usuários retornam e levam consigo pessoas queridas. Quando há passeios para a praia, por exemplo, divertem-se, entram na água, fazem uma festa e depois relatam que retornaram à praia e levaram seus familiares.

A outra história se deu num grande shopping do estado. A equipe e os usuários foram passear nesse local e alguns cumprimentavam as pessoas. Quando eles se aproximavam e saudavam "Oi, tudo bom?", essas pessoas se afastavam deles com receio de serem perigosos. Atualmente, para a profissional, isso ocorre bem menos do que antes, pois,

A sociedade está mais aberta do que a gente pensa. E ainda mais, pelo que eu tenho percebido que a gente sempre pensa assim: "Que o problema é lá". Claro que tem muitas dificuldades. Não vou dizer que não. Mas, o que eu tenho encontrado, é muita abertura lá fora. E eles têm percebido isso. Muita abertura e cada vez mais. Antes, era muito estranho. (...) Enquanto aqui dentro [se referindo ao serviço], que é lugar de saúde, de saúde mental, é muito mais difícil, às vezes. Então, é isso que tinha que registrar (Profissional 5).

Nesse dia, os usuários queriam comer e pagar um salgado num quiosque (no interior do próprio shopping). Eles foram a esse quiosque e pediram: "Ei tia, eu quero esse salgado aqui. É de que?". A atendente ficou olhando com a boca aberta para eles e não respondia. Eles insistiam: "De que?". Ao assistir toda a cena, a Profissional 5 ficou se questionando: "A pessoa está ali pra pagar, a mulher não pegava o dinheiro e esperava eu ir até o lugar para ver que era para dar mesmo. Que ela estava comprando com dinheiro na mão". Essa profissional acredita que isso não tem mais acontecido com frequência: as pessoas os têm recebido e tratado melhor; às vezes, têm dado tanta atenção que até oferecem coisas de graça para eles.

Nesse passeio, os usuários não tinham tanto dinheiro para se divertir com algumas opções do shopping. Lá, há um espaço com vários brinquedos de diversão e eles ficaram com muita vontade de conhecer e experimentar. O dono do espaço, percebendo a situação e também se divertindo com os usuários, permitiu que todos eles utilizassem aquele espaço com acesso liberado aos brinquedos. Os usuários se

divertiram bastante e, segundo a Profissional 5, vivenciaram um momento que não tiveram na infância, sendo tudo aquilo um paraíso para eles.

Essas saídas permitem que as pessoas com transtorno ocupem, apropriem-se dos territórios que habitam, sendo fundamentais para o processo de transformação e conhecimento delas consigo e com o mundo. Isso faz parte de um dos objetivos do processo de desinstitucionalização que não é simples e nem fácil: muito além de revolucionar estruturas, a desconstrução dos manicômios deve se iniciar em nós. Desfazer-se dessas marcas é um aprendizado diário e que necessita de muita reflexão. É pensar no impensável e permitir que o delírio saia das camisas de forças, tornando-se público. A partir daí, começamos a pensar num cuidado de fato, aquele que primeiramente nos liberta dos manicômios mentais.

O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da Verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável. Libertar-se do manicômio mental é isso tudo e muito mais (PELBART, 1993, p. 108).

Essa libertação se dá pela transformação das relações com o outro. Abrir-se para novos ares, novos olhares, novas apostas na vida. E isso se (re)cria nos bons encontros por meio das afetações entre pessoas, situações e outros. E, assim, vemos essa mudança nesse processo antimanicomial doloroso e árduo. Pelbart (1993) fala de um pensamento que perpassa na diferença e na intensidade, que implica na invenção de "uma nova relação entre a linguagem e o corpo, entre a subjetividade e a exterioridade, entre devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar" (PELBART, 1993, p. 108).

Os manicômios mentais estão em todas as partes, sejam os serviços públicos e privados, sejam os trabalhadores, sejam os familiares, sejam entre os próprios usuários, seja até mesmo a sociedade.

Embora nós vivenciássemos um momento de Reforma Psiquiátrica com abertura de serviços substitutivos, as dificuldades para a consolidação desse processo esbarraram, muitas vezes, com a própria manicomialização desses serviços. A Profissional 3 relatou: o serviço em saúde mental no qual ela trabalhou não conseguiu suportar a crise da loucura, "quando eles começam [o tratamento],

podem começar mal, mal... entram em crise e vão se estabilizando, ficando bem. Quando chega um em crise, quebrando de novo, aí 'esse é do Adauto, esse não é do [serviço] não...' ". É provável que essa fala não seja somente de um determinado serviço e que isso esteja acontecendo em outros espaços que deveriam apresentar uma proposta de cuidado em liberdade e voltada para a produção de autonomia. Uma dura realidade que vem sendo vivenciada diariamente e que freia, de certo modo, o caminhar da Reforma Psiquiátrica.

Então, uma das coisas que é muito interessante. Assim... Território é lá. Se você for falar, é lá fora, lá no território, lá no [serviço] até parte. Até no discurso, você percebe que o [serviço] não faz parte do território. [serviço] é uma instituição. Então tem dentro do [serviço] e tem fora do [serviço]. Até aqui. E eu demorei para conseguir romper a barreira do [serviço], a parede do muro do [serviço]. Fui muito barrada antes nas saídas que não podiam ser semanais, que não podia ficar solicitando carro para levar a gente para passear. Entendeu? Da própria instituição, da própria prefeitura, de como funciona a prefeitura, sabe. Tudo muito complicado. Sair era muito complicado, era muita responsabilidade. Era muita.... do medo que se colocava, inclusive. Porque eu saia com um grupo de 20. Entendeu? Eu com um grupo na rua, eu e mais técnico, às vezes. Porque não tinham outros para acompanhar. Então, é assim, muita barreira para sair, entendeu?! Aí tinha uma exigência. Não... tem que ter um número mínimo de profissionais. Aí esse número mínimo não aparecia. Aí eu não podia sair. Aí depois... era uma série de coisas que não tinham que ir... não vai sim, arrumando solução para tudo. Então é cansativo. Ih, aí hoje, posso dizer que consegui muita coisa. Sim, hoje é fácil. Sair é muito fácil. Já entenderam que não é só fácil, mas é necessário. Mas, assim, outras dificuldades aparecem diariamente. Principalmente com relação a uma lógica manicomial que está na cabeça, não está no muro, que é mais difícil de passar. (...) O problema faz parte lá fora. É fácil dar essa desculpa. O problema está lá fora. Sair é muito difícil. Quando você vai, você descobre que não é assim. Está bem mais fácil do que romper aqui. Foi mais difícil sair daqui, desse manicômio aqui do que chegar lá fora (Profissional 5).

Não somente nos serviços que acolhem saúde mental, mas demais serviços públicos também encontram dificuldades em promover acessibilidade aos portadores de transtornos mentais. Para a articulação de uma rede de cuidados ampla, acessível e de qualidade, essas dificuldades promovem rompimentos com essa estrutura de cuidados que visa um acolhimento e uma produção subjetiva, compondo com múltiplas possibilidades de vida. Além disso, atrapalha um dos objetivos da desinstitucionalização: desenvolver estratégias de cuidado para que o usuário encontre na sua comunidade o acolhimento para o seu sofrimento.

O município em que a Profissional 3 trabalha começou a descentralizar os cuidados em saúde mental e passou a ofertar medicações psicotrópicas de usuários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, priorizando uma parte do cuidado, pelo menos o medicamentoso, nos territórios dos usuários. No início, foi bastante complicado, pois usuários diferentes passaram a circular nas UBS, provocando muitas queixas pelos trabalhadores de lá. A estranheza se dava até mesmo quando "aquele usuário esquisito, na fila junto com os outros, e o cara da recepção, o guarda, que antes mandava para o São Lucas³⁸, para o CAPS, ficavam falando: 'Ah esse cara não aguenta esperar meia hora, e começa a fazer tumulto, e tal...'".

Apesar das queixas e das resistências em permitir a circulação da loucura nas UBS, atualmente há, segundo a Profissional 3, um trabalho construtivo entre os serviços de saúde em geral. Por exemplo, há usuários que acessam a rede de saúde mental pela educação física e pela odontologia da UBS. E o que há de desafio é discutir a loucura para além da medicação nessas unidades, pois os trabalhadores ali ainda ficam focados em quem vai prescrever, se todo médico pode prescrevê-lo. Dessa forma, com a atenção voltada para a medicação, muitas questões, detalhes sobre o sujeito acabam se perdendo e, conseqüentemente, enfraquecem a produção de cuidado.

Há um fato curioso com essa questão de manicômios mentais - é quando isso afeta e perpassa até mesmo entre os usuários. Há uma divisão nos serviços de saúde mental entre transtornos mentais (ou seja, loucura) e dependentes de álcool e/ou outras drogas. De certa forma, isso pode provocar uma rachadura entre os serviços, na forma de acolhimento e de cuidado e também entre os próprios usuários, afetando, diretamente ou não, no modo de lidar com as questões relacionadas à saúde mental. Então, pode haver uma diferenciação nos olhares, nos modos de cuidados e de promoção de autonomia, podendo ou não se enrijecer, na relação serviço-trabalhador-usuário.

Enquanto usuários, essa diferenciação produz certo preconceito, já que muitos dependentes de álcool e/ou outras drogas não se sentem à vontade de se misturar com os loucos. A Profissional 3 relata um caso em que é possível ter uma

³⁸ O Hospital São Lucas atuou como pronto socorro e porta de entrada para crises em saúde mental na região da Grande Vitória-ES.

visualização dessa situação. Muitas vezes, a própria equipe de saúde acolhe esse movimento de diferenciação, de segregação, de não mistura entre os corpos. Ela conta que, num momento, foi trabalhar em um serviço cujo acolhimento é para usuários de álcool e/ou drogas. Era período de carnaval e os serviços de saúde mental estavam preparando uma festa de confraternização. De acordo com ela, houve muita resistência para a junção dos loucos e dos dependentes, pois

a equipe fala que é os pacientes [usuários de álcool e/outras drogas] que dizem que não querem estar na rua vestidos de carnaval com os loucos, porque não querem ser vistos como loucos, porque, ou seja, o preconceito deles com a loucura, anulando o preconceito que eles sofrem como dependentes, como usuários de drogas. E a equipe acolhendo isso. Então é estranho, muito estranho... esse incômodo e essa dificuldade que tem, e quando você vai falar da semelhança, quando você vai falar de saúde mental em geral e atenção psicossocial sempre tem algum que fala: "Mas é diferente com álcool e drogas e tal..." É... mas a gente quer falar primeiro do que é junto, depois a gente pode falar das especificidades clínicas de cada um... (Profissional 3).

Os familiares das pessoas com transtorno também sentem com os manicômios mentais. Talvez seja pela dificuldade em lidar com essa situação, seja pelo sofrimento que também está na relação familiar, seja até mesmo uma forma enrijecida e de senso comum de se pensar as questões que perpassam a saúde mental. Daí fica uma questão: como o serviço tem acolhido os familiares na produção de cuidado? Isso faz muita diferença nesse processo de desconstrução dos medos e receios sobre a loucura, bem como no modo do familiar lidar com o seu sofrimento e do outro.

Muitas vezes, a reclamação insistente do familiar impede a abertura de novos olhares para o usuário e para suas potências. No entanto, essa queixa também fala de um modo manicomial de enxergar o problema e da dificuldade de pensar e produzir um cuidado em potencial com a autonomia dos sujeitos. O Profissional 2 problematiza aos familiares essa queixa recorrente aos serviços:

"Agora você me conta alguma coisa boa" [fala o Profissional 2 ao familiar], porque quando você ia atender uma família era cada uma desgraceira, uma atrás da outra. Então tá, vamos parar aqui, agora me conta uma coisa boa de seu filho, que era uma queixa assim em relação ao usuário: "Ele fez isso, ele fez aquilo, ele quebrou...". Aí você dava um basta nesse queixume e falava: "Agora você me conta uma coisa boa...". [Respondia o familiar] "Ah... esse mês ele pagou uma conta de luz". Pô que bacana né! A gente tinha que achar algum desvio naquela coisa (Profissional 2).

Da mesma forma, a Profissional 1 também tenta realizar algumas provocações nos familiares no sentido de ampliar a visão deles com relação aos usuários e disparar invenções, potencialidades e bons encontros nesse relacionamento. Para ela, o usuário e seus familiares precisam se divertir e explorar outros espaços que deem vazão aos desejos. Isso é também o ato de cuidar.

Acho que a questão da saúde mental que... trabalhar tem que ser um espaço de alegria, de prazer, tanto pro profissional quanto pros usuários que a gente tem. Uma coisa que eu falo com os familiares é: O que você faz junto com seu parente que tem transtorno, você se diverte com ele? Você sai? E falam: "não, não dá..." Tem que dar! Não é assim que se fala com eles, mas deveria dar, porque eles também tem esse direito, assim, apesar de todo o sofrimento que ele causa, ele também tem vontades, também tem desejos, também tem... então é devagar que a gente vai conseguir chegar na comunidade, na família desse paciente que sofre para que ele possa também ser um pouco cuidador (Profissional 1).

Então, a lógica dos manicômios mentais atravessa setores e personagens - de maneira geral, podemos dizer que se encontra enraizada na sociedade como um todo. A Profissional 7 acredita que ainda há muito preconceito e desinformação sobre o que é transtorno, que ainda se vê a pessoa em sofrimento mental como alguém muito perigoso. Segundo ela,

é todo um trabalho de formiguinha que você vai... eu falo que é como se fosse um novelo de lã embaraçado, aonde você tem que ir desfazendo os nós, né, e começando a tecer de novo para que a coisa possa fluir. Não só com eles, mas com todo o entorno, família, sociedade, enfim. Eu acredito que é preciso ter capacitação, sim, mas é preciso ter afetividade, é preciso ter fé, é preciso acreditar que ali existe um ser humano cheio de possibilidades que precisa ser tocado (Profissional 7).

Esses pensamentos asilares afetam essas pessoas, colocando-os em uma caixinha com um carimbo escrito: sou um transtorno mental. O rótulo diz ao outro quem ele é, potencializa a dor, amplia a exclusão. Quando se tem esse carimbo, as impotências ganham espaços, se agarram nos corpos e impedem transformações. Isso podemos perceber numa intervenção promovida pela Profissional 7 que diz:

E inclusive tem uma fala do teatro que ela [a usuária] fala assim: Eu sou bipolar. E aí, a gente fez uma conversa e eu disse: Vamos mudar esse verbo: Eu tenho o transtorno bipolar, mas eu não sou bipolar, porque você não é só isso. Então, despertar essas consciências daquele... realmente, ele tem um transtorno, mas existem muitas outras coisas. E eu acho que é isso que liberta, porque realmente não é só a doença, mas o preconceito, a maneira como a própria pessoa se vê, a maneira como a sociedade vê a pessoa (Profissional 7).

Além disso, esse estigma também contribui para uma produção de inferioridades do usuário diante das demais pessoas que não apresentam transtornos. Ele precisa ser acolhido e tratado de forma a transformar isso, que saia das inferioridades e permita a aceitação das diferenças. Esse ato autoexcludente dos usuários mostra marcas históricas de um processo de negação do outro e de suas diferenças, estabelecendo barreiras entre o doente e o mundo, impedindo a transição nos espaços públicos. A afirmação de si se faz importante para a desconstrução dessa barreira para a ocupação dos territórios, bem como todo um processo de luta e de intervenções. Num passeio, os usuários falaram para a Profissional 5 que o lugar ao qual estavam indo não era para eles, pois eram pessoas ricas e não doidas.

Quando eu comecei a querer sair com eles. Sai para qualquer lugar. Para onde vocês querem ir? [Perguntava a Profissional 5]. [Eles responderam:] No Shopping Vitória. A primeira vez que eles foram ao Shopping Vitória, eles ficaram assim: Não. Não é lugar pra a gente. Não. Eu falei: Por que não? Aberto, de graça. Todo mundo vai, por que vocês não podem ir?. [Eles responderam:] Não. Não é lugar para doido. Não. Eles vão rir da gente. Não quero passar por isso. É lugar pra gente rica. Não é lugar pra gente pobre. Hoje, é muito comum, vê... eu vou ao Shopping com a minha filha no final de semana e encontro lá comendo Big Mac, encontro outro no Zé coxinha. Circulando. Hoje, a gente vai ao Shopping e eles entram dentro das lojas, perguntam os preços, interagem com as pessoas (Profissional 5).

Quando falamos em manicômios mentais, por vezes, entramos no conceito de normalidade. A Profissional 9, ao falar dos usuários, não deixou claro o que é normal para ela: há momentos em que a mesma diz que eles são normais, outras vezes se refere a eles como quase normais ou anormais.

Às vezes, a tarde eu abro o portão, tem aqueles que saem e vão lá fora um pouquinho, fico com eles lá um pouco, converso. Aí vem aqueles encenqueiros [alguém da comunidade fala sobre os usuários] e eu falo: Não, eles são ser humano, só não é normal igual eu, igual a você. Aí eu falo: São pessoas, não precisa ter medo deles, eles são normais, são pessoas, ser humano, porém são pessoas normais com problema de cabeça, tem problema mental que pode ser eu, você, da minha família (Profissional 9).

(...)

Não, as pessoas tem que entender que eles são um ser humano, mas não são normal, o normal deles não é igual a mim e igual a você. E tem aqueles que abusam um pouquinho. Eu conheço e vejo que estão abusando também. E você fala: Não vem bancar de doido para mim não, porque aqui não tem ninguém doido, não tem

ninguém doente aqui, todo mundo é normal aqui e falo: A única doida que está aqui sou eu, estou aqui cuidando de vocês (Profissional 9).

Mas o que é ser normal? Segundo Canguilhem (2009), a palavra "normal" acabou se naturalizando e se popularizando através das instituições sanitárias e pedagógicas, sendo este conceito ligado à norma que "é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar" (Canguilhem, 2009, p. 109). No entanto, ele reflete sobre outro sentido de normal: ser capaz de normatizar, ou seja, criar outras possibilidades diante de uma situação. Assim, ser sadio ou ser doente, ser normal ou patológico, estaria associado a normas - regras que instituem sobre um modo de vida, que podem ser ou não transformadas a partir da normatização.

Portanto, devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é conseqüência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (Canguilhem, 2009, p. 72).

(...)

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. Permanecemos normais, com um só rim, em determinado meio e em determinado sistema de exigências. Mas não podemos mais nos dar ao luxo de perder um rim, devemos poupá-lo e nos poupar. (Canguilhem, 2009, p. 77).

Mas o ser normal também pode se tornar patológico, caso o processo normativo permaneça inalterado. Não podemos afirmar a eternidade do normal ou do patológico, pois estes estados dependem de como a pessoa lidará com as adversidades e outras situações que lhes serão impostas. Ou seja,

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa

transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (Canguilhem, 2009, p. 71).

No caso da loucura, os seus sintomas são considerados por um coletivo ou por um senso comum como normas inferiores daquilo que é dito como fisiologicamente normal. Então, a partir de conceitos morais, julga-se que os loucos são anormais numa sociedade em que os delírios e as alucinações não se enquadram na vivência cotidiana de certa população. Daí, o que presenciamos é uma estigmatização desses sujeitos, sendo capaz de produzir um endurecimento na relação com eles. No entanto, vemos que os loucos também podem normatizar as suas dificuldades e as suas diferenças e criar e/ou transformar normas superiores para estar na vida. E, diante disso, eles são pessoas normais, já que podem ser capazes de produzir intensamente outros modos de existência. Mas, da mesma forma que são capazes de normatizar a vida, os loucos também podem se transformar num estado patológico e isso vai depender de como eles passarão por determinadas circunstâncias.

Na convivência da Profissional 9 com os usuários, ela pode perceber esses processos de normatização quando afirma que eles são normais - já que, diariamente, eles têm mostrado muitas mudanças na relação com o outro, com eles próprios e nos cuidados deles com os espaços coletivos, conforme foi conversado nos capítulos anteriores. Quando ela diz sobre “quase normais” ou “anormais”, podemos sugerir que essa profissional ou esteja tentando protegê-los de quaisquer ações violentas da comunidade, ou compartilha de um pensamento do senso comum sobre a anormalidade e a psicose, ou de fato ela compreende que, em alguns momentos, os usuários podem ser patológicos.

Faço essa discussão entre normalidade e manicômios mentais, pois se percebe que o conceito de normalidade ainda está muito ligado ao que é dito fisiologicamente diferente e não ao conceito de vida e de normativo do sujeito que está lidando com essa diferença. Associa-os, assim, ao que é paralisante e negativo quando se diz que os usuários não são normais, sendo que eles possuem uma vida ativa de constante transformação e produção subjetiva. E os manicômios mentais tendem a encarcerar o sujeito louco em modelos morais e hospitalocêntricos, cujas estruturas são ditas como anormais pela sociedade. Isso mostra a difícil aceitação do que é diferente e a insensibilidade de ver a vida pulsante no outro.

Por fim, o nosso desafio cotidiano é desconstruir em nós os manicômios mentais que existem e permitir que a libertação desse pensamento se transforme em ações de liberdade e respeito às diferenças, conhecendo as limitações do outro e não o enquadrando num rótulo de existência. Deixar fluir os desejos, potencializar as criações - apostar, principalmente, que as produções de cuidado são constantes e podem promover outros modos de estar na vida.

Figura 7 - O direito de viver e de expressar a arte.



Fotógrafo: Rafaela Amorim (18 de Maio de 2012 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial que ocorreu no espaço do Saldanha em Vitória-ES).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se iniciou na década de 1970, não está consolidada, pois vive um impasse - tanto de poucos investimentos nos dispositivos e nos trabalhadores de saúde mental, quanto nos jogos de forças por aqueles que defendem o modelo hospitalocêntrico como modo de cuidado.

O processo de desinstitucionalização ainda enfrenta grandes embates para afirmar o cuidado em liberdade como uma forma de tratamento e de respeito à dignidade e aos direitos sociais e humanos dos usuários na saúde mental. Um dos maiores desafios deste processo é o manicômio mental que perpassa os serviços, as práticas, a sociedade: libertar-se desse pensamento que afeta as práticas e as relações com o outro exige certo exercício ético-político, um comprometimento com a política pública e social de saúde, com os direitos negligenciados dos usuários - sejam com transtornos mentais, sejam com dependência de álcool e outras drogas.

Apesar de a sociedade estar um pouco mais flexível com as diferenças, ainda se encontra muita resistência na convivência e no respeito com aquilo que é estigmatizado. É preciso romper com essa barreira do que é dito como biologicamente ou moralmente normal para pensar e discutir esse conceito de normalidade enquanto processo normativo, sendo a capacidade de criar outros modos de existência para lidar e habitar o mundo ao redor.

Historicamente, o cuidado com o louco passou por transformações com a apropriação do saber científico. Até o século XVIII, segundo Foucault (1982), não havia a necessidade de internação dos loucos, sendo que a loucura só era excluída em situações de extremo perigo. Considerava-se como terapia, nesta época, a ocupação dos territórios e o contato com a natureza. Com isso, acreditava-se que os delírios se dissipavam.

O enclausuramento da loucura vem junto com o conhecimento científico, aliado ao desenvolvimento urbano, social e econômico. Com isso, o processo de institucionalização começa a ter força como espaço terapêutico e de cuidado para as doenças mentais. A captura dos corpos e dos desejos passa a ser uma prática de dominação pelos possuidores do saber. Concomitantemente a isso, as práticas de violências foram se afirmando nestes espaços de exclusão.

A hospitalização e os métodos invasivos como práticas de cuidado foram questionados pelo movimento antipsiquiatria, que propôs outros modos de lidar com as doenças mentais, nos quais os loucos pudessem experimentar a sua própria loucura, garantindo-lhes o direito de vivência sem a invasão do poder-saber médico. Este movimento foi ganhando forças e espaços nas discussões sobre a reorganização das formas de cuidado com a doença mental.

Anos depois, os questionamentos ao modo asilar foram dando voz às Reformas Psiquiátricas no mundo: em cada lugar, houve uma experiência singular desse movimento. Assim, influenciado pela reforma italiana, o Brasil trouxe essa discussão para o nosso cenário.

Assim como no mundo, os nossos manicômios não se diferenciavam nas práticas de violência. O descaso e as mortes somavam a cada dia números vergonhosos que refletiam os asilos psiquiátricos. Que o diga Barbacena, o holocausto brasileiro, com seus milhares de mortos. Não há o que se comemorar com essa situação de tortura e de negligência.

A reforma se iniciou nesse sentido, de dar voz e visibilidade a essas produções de morte nos hospitais psiquiátricos, de propor alternativas a elas. Por isso, temos uma política de saúde mental apresentando vários dispositivos que propõem um cuidado em liberdade, na produção de autonomia e nos processos criativos.

No entanto, essa política corre o risco de se tornar institucionalizada por diversos motivos, mas faço um recorte com muita cautela (por considerar que os processos não são separados, mas se relacionam), para propor uma pequena discussão sobre o assunto.

O cuidado perpassa num limiar bastante tênue entre a liberdade e a tutela e isso pode provocar tensionamentos no trabalho sobre o que é cuidar e como produzir cuidado. A arte do cuidado proposta pelo movimento Antimanicomial envolve as relações de afeto entre os protagonistas da saúde mental e, a partir desses encontros, dispara e promove subjetivações e criações no processo de transformação e afirmação dos sujeitos.

Há situações nas relações de trabalho nas quais a tutela se confunde com essa proposta inventiva do cuidado e se mistura nas intervenções e nas práticas

profissionais. Além disso, as condições de trabalho também afetam essa produção de cuidado e a relação trabalhador-usuário, tendo em vista que o trabalhador, muitas vezes, não consegue lidar com o sucateamento do trabalho e demonstra certa despotencialização aos processos criativos.

Mesmo diante de algumas pedras no caminho, muitos trabalhadores encontram possibilidades para fazer a diferença nesses processos difíceis. Encontram nos passeios, nos artesanatos, nos grupos, nas ocupações dos territórios formas de produzir cuidado libertário. E diante disso, muitas vezes, o trabalhador consegue sair das amarras daquilo que despotencializa e produz outras formas de lidar com a saúde mental, com o trabalho, com as pedras no caminho. Mas isso não é fácil e não há um modelo receitual de ações e de práticas: ainda é um desafio.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. **Loucos pela Vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Secretário fala sobre o fechamento de hospitais**. Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo. 2013. Disponível em: <<http://www.al.es.gov.br/portal/frmShowContent.aspx?i=23255>>. Acesso em: 08 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021011cnsm.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 11 jul. 2012.

_____. Portaria/GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119>. Acesso em 11 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em 06 jan. 2014.

BENJAMIN, Walter. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. cap. 13, p. 197-221.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 16^a. **Relatório de Vistoria na Clínica de Repouso Santa Isabel**. Vitória, 2012.

_____. **Mais de 400 pacientes sofrem em hospital psiquiátrico em Cachoeiro**. Conselho Regional de Psicologia 16^a Região – ES. 2009. Disponível em: <http://www.crp16.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=546&Itemid=43>. Acesso em: 15 ago. 2013.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: Filosofia e Prática**. 1. ed. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

_____. A imanência: uma vida. **Revista Ethica**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 39-43, 2002.

_____. **O Abecedário de Gilles Deleuze**. Transcrição integral do vídeo, para fins exclusivamente didáticos. Entrevista com Gilles Deleuze. [S.l.: s.n.], 1988. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O Anti-édipo**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

_____. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. 1. ed. 6^a reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2009.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta. 1998.

FASSHEBER, Vanessa Barreto. **"O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da "Cidade dos Loucos"**". 2009. 94 f. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G. S. O Atendimento à crise em saúde mental: Ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo: v.6, n.1, p. 31-44, 2007.

FERIOTTI, Maria de Lourdes. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Revista do NESME**. São Paulo: v. 2, n. 6, p. 179-190, 2009.

FILHO, Naomar de Almeida. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.11, n.1, p. 1-18, 1997.

FONSECA, Tania Maria Galli. Cartografias da arteloucura: A insurgência de um outro espaço. In: FONSECA, Tania Maria Galli; ERGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia, Maria. **A Difícil Reconciliação: Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. Porto Alegre: Editora Sulina e UFRGS Editora, 2007. cap. 6, p. 141-151.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal., 1982.

_____. **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade e Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

_____. **História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FRANCO, Túlio Batista. Gestão do Trabalho em Saúde Mental. s.d. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>> Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 2013. p. 183-198.

_____. As redes da micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 2013. p. 226-241.

_____. O trabalhador de saúde como potência: Ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 2013. p. 243-251.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 2013. p.151-171.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GRUNPETER, Paula Veloso; COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da; MUSTAFÁ, Maria Alexandra Monteiro. O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e os Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos Mentais. In: II Seminário Nacional – Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007, Florianópolis, **Anais Eletrônicos do II Seminário Nacional – Movimentos Sociais, Participação e Democracia**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: NPMS/UFSC, 2007. p. 511-520. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v_grunpeter.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

JABERT, Alexander. **DA NAU DOS LOUCOS AO TREM DE DOIDO: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo**. 2001. 144 f. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2001.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello; MACHADO, Leila Domingues. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Texturas da Psicologia – Subjetividade e Política no Contemporâneo**. 1. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2002. cap. 03, p.45-58.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e Vida na Contemporaneidade**. 2006. 165 f. (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2006.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: Um território em mutação. **História, Ciências Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.709-735, jul.-set. 2007.

MATTAR, Cristiane Monteiro; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. O Cuidado de Si como Prática da Liberdade: Contribuições para uma Discussão sobre a Ética em Michel Foucault. In: LOPES, Kleber Jean Matos; CARVALHO, Emílio Nolasco de; MATOS, Kelma Socorro Alves Lopes de (Org.). **Ética e as reverberações do fazer**. 1ed. Fortaleza: Edições UFC, 2011. p. 15-32.

MERHY, Emerson Elias. Os Caps e seus trabalhadores: No olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 2013. p.213-225.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Notificação Recomendatória nº008/2012 Inquérito Civil nº 011.12.12.093570-5**. 2ª Promotoria de Justiça Cível de Cachoeiro de Itapemirim do Ministério Público do Estado do Espírito Santo. 2012. Disponível em: <http://www.crp16.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=963&Itemid=26> Acesso em: 08 out. 2013.

_____. **Notificação Recomendatória nº001/2013 Inquérito Civil nº 011.12.12.093570-5**. 2ª Promotoria de Justiça Cível de Cachoeiro de Itapemirim do Ministério Público do Estado do Espírito Santo. 2013. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mpes.gov.br%2Fanexos%2Fnoticias%2F2120174735532013.doc&ei=f1ZUUtO1NYP48wSe_YCYCg&usq=AFQjCNFcfR9WyJ3VL1eyV9DXeqYVgwbEjg&bvm=bv.53537100,d.dmg>. Acesso em: 08 out. 2013.

PELBART, Peter Pál. **Da Clausula do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

_____. **A Nau do Tempo-Rei**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.1, n.2, p. 241-251, 1993.

_____. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.); KLEIN, Alejandro; FREITAS, Claudia de; FONSECA, Maria Liana. **Abordagens Psicossociais – Volume II Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

YASUI, Silvio. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Polis e Psique**. Porto Alegre: v.2, número temático, p. 05-15, 2012.

APÊNDICE A - Apresentação da dissertação

A construção da pesquisa. O processo da escrita.

A partir de uma pequena caminhada na saúde mental, a política de saúde mental e o trabalho pautado na ética, na transformação de modos de vida e no cuidado aguçaram em mim uma curiosidade para compreender algumas situações que eu não conseguia ou não suportava presenciar. Situações de tutela e/ou de práticas manicomiais que se atualizavam cotidianamente. Tentar afastar a culpabilização e entender os processos é um exercício que se deu em toda a construção desse trabalho. Tirar as armaduras foi um exercício difícil, no entanto, necessário para dar visibilidade aos processos que se constituem na relação do trabalhador com o trabalho e com o cuidado. Dessa forma, busquei ampliar as escutas para entender como os trabalhadores da saúde mental pensam e sentem o relacionamento com a política de saúde mental, a partir de suas práticas de saúde e de cuidado cotidianas.

No percorrer da pesquisa, descobri em mim o desejo de militância na saúde mental. Foram muitas afetações nos encontros com os movimentos sociais e com pessoas que compõem a luta pela liberdade. Mas a militância é difícil. A implicação intensa na causa por igualdade social e por direitos humanos deixa marcas no corpo, que podem ser vistas neste trabalho. Nesta escrita, apresentam-se paixões tristes e alegres dessa relação com a militância. E houve dias que as lágrimas rolaram sobre a minha face, como no censo da Santa Isabel, assim como o sorriso em meus lábios, como os vários 18 de maio.

E por falar em Santa Isabel, claro, digo que o censo foi uma experiência inesquecível. O cheiro daquele espaço permaneceu nas minhas narinas por várias semanas. Cheiro fétido, insalubre. E o tempo inteiro me perguntando: Como podemos permitir essas situações com os humanos? Que cuidado é esse que estamos construindo na saúde mental? Situações essas que desrespeitam qualquer dignidade humana. Imagine, viver sob efeitos medicamentosos, dopados e impedidos de viver toda uma vida longe daqueles muros psiquiátricos. Olhares sem vida, passos quase rastejantes, mas ainda se encontrava ali resistência à morte que sondava aquele espaço.

Ao som de: "O nosso som é o som da liberdade. A nossa voz ecoa nessa cidade. Se o manicômio é amargo como fel. Vamos fechar a Santa Isabel." Sim. Essa canção fala sobre o meu desejo com relação a esta instituição. Que se abram as alas dos doidinhos e que os deixem sair. Vamos fechar as Santas Isabel que se encontram nos espaços, nos muros das instituições e nas práticas. E fazer desconstruir os manicômios mentais que ainda persistem pulsar em nossos corpos.

Durante o mestrado, esses encontros proporcionaram à escrita, assim como outros espaços potencializantes que puderam emergir muitas outras letras. E também construir nesse trabalho uma personagem, a pescadora em nós. Assim, como o pescador vai ao mar e volta dele com infinitas histórias, essa pescadora em nós ouviu muitas histórias para contá-las neste trabalho. Sem buscar explicações, mas apenas ouvir atentamente o que os processos falam sobre a produção de cuidado. E lógico, o nós se refere ao coletivo e foge das pessoalizações e das individualizações dos processos que se conectam as histórias.

E como uma pescadora em nós, ouvi as diversas histórias dos trabalhadores de saúde mental e tentei contá-las. Longe de qualquer julgamento moral, essa pescadora em nós quis dar expressão aos movimentos destes trabalhadores na produção de cuidado. E, nessa arte de contar histórias, levei como possíveis ferramentas para a construção desse trabalho a ética, a estética e a política. Uma boa prosa foi compartilhada entre nós.

Foram os diversos espaços que a pescadora caminhou. Foram muitas vozes escutadas. Alguns deles provocaram em mim desestabilizações e desconstruções de um saber. Às vezes, a rigidez de um saber pode provocar endurecimento nas nossas práticas ou até mesmo nos levar a sustentação de um controle do outro. E sair dessas zonas nos permite refletir muitas posturas e pensamentos.

Não sei o quanto esta pesquisa afetará outras pessoas que a lerão, mas posso afirmar que após a ela, esta pescadora não é mais a mesma. Houve um processo intenso de transformação em mim. Intervenções que deixaram marcas no meu corpo.

E, por isso, esse trabalho me permite intensificar a importância de pensar criticamente sobre o cuidado.

Cuidado. Palavra tão delicada, soa leve, mas se pode cortar para os dois lados divergentes das atitudes. Em nome do cuidado, podemos enclausurar e construir muros de isolamento com a sociedade. No entanto, podemos abrir as cadeias e as amarras que impedem o outro de viver. São escolhas que convocam um compromisso ético com a vida. E cabe a nós questionarmos que cuidado estamos construindo junto com o outro. Aquele que promove a exclusão e a tutela ou aquele que produz a vida.

O cuidado para a vida se (re)constrói entre as relações de afeto e perpassa no fluxo dos desejos. E, com isso, as transformações nos modos de existência se potencializam e se aliam aos processos criativos do sujeito. Ou seja, disparam-se e promovem-se subjetivações e criações no processo de transformação e afirmação dos sujeitos.

Cuidado que propus não é unilateral e nem dicotômico, mas transversal a todos que estão conectados nas relações compostas por afetos, sensibilidades, implicações. Assim, o cuidado não diz respeito somente ao usuário ou ao trabalhador, mas a todos os envolvidos nos processos de agenciamentos que são múltiplos. E por aí poderíamos pensar também em redes, que como o profissional diz: "Redes de pesca? (...) gente, em algum momento a saúde mental tem de ser a rede baiana também. Uma rede onde você deita e balança." Rede que não seja de transferir pessoas, mas de acolher. E quem sabe balançar e descansar.

E tecendo essas redes, muitas vezes, encontramos-nos com as artes. Acredito que Bispo do Rosário soube construir uma boa rede de balanço com as suas linhas dos lençóis. Assim como o rapaz que desenhou muitos IAPI's e se atentou para muitos detalhes, contando e pintando cada janelinha que seus olhos observavam. A arte que é capaz de quebrar as durezas que encontramos nos caminhos e, possivelmente, em alguns cuidados. Mas como diz uma outra profissional: "Não existe feio, não existe o belo, existe o seu livre fazer, que vai fazer por você muito mais do que aquilo que você vai fazer com isso". Simplesmente, a liberdade da invenção e a transformação do sujeito.

E, portanto, sigamos ao som da canção e ao baile dos corpos. Uma rede baiana. Encontros das multiplicidades. E sempre desafios para estratégias dos processos de cuidado.