



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

JOSIANE DA SILVA SILVEIRA

**Moradas para a escuta: aprendizagens das experiências de cuidado em Saúde Mental
Coletiva**

Porto Alegre

2020

JOSIANE DA SILVA SILVEIRA

**Moradas para a escuta: aprendizagens das experiências de cuidado em Saúde Mental
Coletiva**

Dissertação de Mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini

Linha de Pesquisa:
Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos

Porto Alegre

2020

JOSIANE DA SILVA SILVEIRA

**Moradas para a escuta: aprendizagens das experiências de cuidado em Saúde Mental
Coletiva**

Dissertação de Mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini

Linha de Pesquisa:
Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional

Profa. Dra. Deborah Sereno
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Profa. Dra. Sandra Djamboladjian Torossian
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura

Porto Alegre

2020

*A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.*

*A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.*

*O ontem - o hoje - o agora.
Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
o eco da vida-liberdade.*

Vozes-Mulheres. Conceição Evaristo.

AGRADECIMENTOS

Esta escrita começou muito antes das palavras servirem para dar contornos a uma experiência. Mas, se neste tempo foi possível escrever essas histórias, foi porque muitas pessoas ajudaram a andar estes caminhos. As partilhas e aprendizados que se deram em muitos momentos, ajudaram a sustentar o desejo de seguir em frente. Aqui deixo o registro da minha imensa gratidão a tantas vozes, gestos e afetos que tomaram força em mim e alimentaram a coragem de escrever.

A todas as pessoas que lutaram e lutam pelo nosso Sistema Único de Saúde, por uma sociedade sem manicômios físicos e livre de manicômios mentais, pela Universidade Pública e pelas políticas de acesso e permanência na educação superior.

Meu grande agradecimento a todas as pessoas, especialmente usuárias e usuários, que encontrei nos territórios das Redes de Atenção Psicossocial, com elas aprendi a força do desejo decidido de continuar. Me ensinaram que o aprendizado em saúde mental acontece na diversidade dos saberes e afetos partilhados na micropolítica cotidiana – “O mundo é sortido, Senhor, como dizia meu pai.”¹

A minha orientadora Vera Lúcia Pasini, por ter acreditado em mim e por sua luta que me é inspiração desde que a conheci, primeiramente, através do seu escrito no livro dos 10 anos de Residências no GHC, e às colegas do grupo de orientação: Carina, Carolina e Michele, com as quais pude dividir em alguns momentos também os sonhos e a luta em ser mulher, trabalhadora, pesquisadora, mãe.

Um agradecimento especial às professoras Mercês Ghazzi, Siloé Rey e Adriana Kessler, do período graduação e a todas (os) as professoras (es) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nos períodos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e depois no Mestrado, com as quais tive o privilégio de muitos aprendizados.

Ao projeto ATnaRede, professoras coordenadoras Analice Palombini e Vera Lúcia Pasini, aos colegas dos anos de 2016 e 2018 em que estivemos em partilhas no projeto, e aos acompanhados e acompanhadas, imensa gratidão por um dos aprendizados mais importantes de minha vida.

¹ Frase do poema O Aferidor, de Manoel de Barros.

Às colegas e professoras(es) do grupo de trabalho que constituímos para estudar e propor as ações afirmativas em nosso Programa de Pós Graduação, as quais passaram a vigorar ao final do ano 2018, ofertando vagas no edital 2019. Em especial às colegas da atual Comissão de Acompanhamento das Ações Afirmativas: Eliane, Letícia e Karina pela generosa acolhida.

O alimento para a vida e a força de seguir em frente está nos afetos nutridos - À minha família, pessoas de grande importância em minha vida, laços que sustentam os sonhos e a luta. Minha mãe Jurema, meu pai Pedro, meus irmãos Giovani e Fernando, minha cunhada Denise, afilhado sobrinho Guilherme e sobrinha Ana Luiza, minhas irmãs Fernanda e Eduarda, companheiras amorosas de tantos caminhos e grandes incentivadoras e amigas também nesse caminho do mestrado.

Às amigas e aos amigos, laços potentes de partilhas, que acolhem risadas, devaneios, choros, angústias, esperanças, medos, dúvidas - Daiane Severo, companheira da graduação para a vida; Juliana Speguen e Ellen Cássia, grandes amigas na graduação; Brisa Maria Fraga, um encontro que começou em viagem e segue em bordados e enlaces; Cândida Rossoni, lindas partilhas; Julieti Pontes, amiga tão amorosa e parceira, Vanessa Teixeira, amiga de delicadezas encantadora; Marlete Oliveira, exemplo e inspiração; Raquel Braga, exemplo de força em muitas jornadas; Caroline Hegele, parceira de projetos-sonhos; Anderson, Andrisa e Gustavo, família querida de afilhados; e outras e outros amigas/os que não constam o nome aqui, mas que igualmente moram no meu coração.

Aos colegas em inúmeros momentos da vida - À Anna Letícia Ventre, pelas partilhas tão generosas e escuta tão cuidadosa; Janaina, grande parceira de micro equipe na Residência; Vanessa Sebben, Agente Comunitária em Saúde, com quem muito aprendi; Luciene Tomazi, supervisora do estágio na ESF. Colegas da graduação em Psicologia, dos Grupos de Estudos em Psicanálise, da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, e colegas do Mestrado, gratidão pelas vivências e as partilhas, afetos e amizades. Um agradecimento especial às colegas do CAPS AD III, em que trabalho neste período atual, uma equipe multiprofissional muito potente com a qual tenho tido o privilégio das partilhas na micropolítica cotidiana do cuidado em liberdade, e do seguimento aos aprendizados na Rede de Atenção Psicossocial.

Moradas para a escuta: aprendizagens das experiências de cuidado em saúde mental coletiva

RESUMO

O texto apresenta um conjunto de narrativas que contornam as experiências do cuidado em saúde mental em liberdade, a partir da vivência de práticas territoriais desenvolvidas no âmbito da Rede Atenção Psicossocial. O caminho metodológico, aberto pela questão norteadora - Quais aberturas da escuta aos sujeitos que vivenciam experiências de graves sofrimentos psíquicos vêm se produzindo a partir do encontro entre a Psicanálise e a Saúde Mental Coletiva, neste processo singular de formação? - compõe-se da tomada em análise de narrativas produzidas no percurso da pesquisa e de um sonho da autora. O andarilhar e garimpar entre histórias, teorias e sonho, vertem aprendizagens que são matéria para a construção de moradas para a escuta, apresentadas através de seus alicerces: a prática entre vários; das paredes e telhados: o acolhimento ou postura acolhedora; das vigas e pilares: as práticas itinerantes; das aberturas: a escuta; e do chão: o cuidado com usuários e usuárias e o cuidado com o cuidador.

Palavras chaves: Psicanálise; Escuta; Cuidado em liberdade; Saúde mental; Narrativas.

Addresses for listening: learning through experiences of caring in collective mental health

ABSTRACT

The text presents a set of narratives that circumvent the experiences of mental health care in freedom, based on the experience of territorial practices developed within the *Rede de Atenção Psicossocial*. The methodological path, opened by the guiding question - What experience the subjects who have severe psychological suffering have been taking place from the encounter between psychoanalysis and collective mental health, in this singular process of formation? - it consists of taking into account the narratives produced in the course of the research and a dream of the author. Wandering between stories, theories and dreams, learns that are the material for the construction of addresses for listening, presented through its foundations: the practice among several; of walls and roofs: the welcoming and welcoming posture; beams and pillars: itinerant practices; the openings: listening; and the floor: care for users and care for the caregiver.

Keywords: Psychoanalysis; Listening; Care in freedom; Mental health; Narratives.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 PRIMEIRAS ESTÓRIAS..... | 9 |
| 1.1 A Descoberta de Uma Escutadora de Histórias..... | 15 |
| 2 NOVAS PARAGENS EM TEMPOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA..... | 22 |
| 3 REVIRANDO ESCOMBROS, (RE)CONSTRUINDO HISTÓRIAS..... | 29 |
| 3.1 O Inconsciente Sempre Mandará Lembranças..... | 32 |
| 3.2 O Tempo para Germinação da Palavra..... | 35 |
| 3.3 Uma Manhã de Sol Derrete o Silêncio..... | 38 |
| 3.4 Dona Maria..... | 40 |
| 3.5 Um AT para João..... | 43 |
| 3.6 Espaço e Tempo para Cuidar de Quem Cuida(dor)..... | 47 |
| 4 APRENDIZAGENS QUE SE FAZEM MORADAS PARA A ESCUTA..... | 52 |
| 4.1 A Construção de Moradas Itinerantes de Acolhimento..... | 54 |
| 4.2 Aprendendo a escutar sonhos..... | 64 |
| 5 CONSTRUÇÕES INACABADAS..... | 71 |
| REFERÊNCIAS..... | 74 |

O mar vagueia onduloso sob os meus pensamentos

A memória bravia lança o leme:

Recordar é preciso.

*O movimento vaivém nas águas-lembranças
dos meus marejados olhos transborda-me a vida,
salgando-me o rosto e o gosto.*

*Sou eternamente naufraga,
mas os fundos oceanos não me amedrontam
e nem me imobilizam.*

*Uma paixão profunda é a boia que me emerge.
Sei que o mistério subsiste além das águas.*

Recordar é preciso. Conceição Evaristo.

1 PRIMEIRAS ESTÓRIAS²

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

Eduardo Galeano.

Em Psicanálise falamos que a história de um sujeito começa antes mesmo do seu nascimento, nas gerações anteriores que engendraram as marcas de sua filiação e seu possível lugar no mundo. Nas histórias de vida e de morte que habitam estas páginas o desejo de fala, escuta e cuidado desenha os caminhos de transmissão das experiências.

Ao contar histórias, a palavra borda marcas no tempo e abre brechas que dão contornos a *Moradas para a escuta*, estas que surgem revelando potência de acolhimento e elaboração do sofrimento.

Quando eu era muito pequena, talvez aos seis anos de idade, meu avô paterno ficou cego. Meu avô, um homem do campo, trabalhava com animais e plantações. Foi perdendo a visão, a cada estação, até não enxergar mais nada.

Minha avó, também trabalhadora do campo, havia falecido alguns anos antes, de uma doença descoberta na capital gaúcha e guardada em segredo até muito próximo de sua morte. Contava-se que meu avô teria ficado muito entristecido com a perda da mulher, mas que o trabalho pelo qual tinha muitogosto o mantinha em vida.

² Título de abertura do capítulo inspirado no título do livro de João Guimarães Rosa "Primeiras Estórias", Editora Nova Fronteira, 2005.

Além do trabalho no campo, meu avô fazia todo o trabalho da casa, preparava comida, deliciosos pães em forno à lenha, e cuidava de suas roupas. De tempos em tempos queria remendar alguma peça ou encomendar uma vestimenta nova.

A casa da costureira, uma velha senhora, que tinha em sua sala uma máquina de costura, era mais ainda nos confins daquela área rural. O trajeto era feito a pé por nós: eu, minha mãe e ele, que já não enxergava mais com o sentido da visão.

Segurava na mão do meu avô enquanto fazíamos aquele caminho, especialmente num trecho em que havia uma pequena ponte de madeira sobre uma corredeira de água. Desejávamos guiá-lo na passagem daquela ponte para que ele pudesse chegar em segurança ao outro lado.

Não tenho lembrança de ter escutado meu avô reclamar de alguma coisa no tempo em que convivemos. Ele não costumava falar muito. Fazia o que precisava e o que queria fazer, muitas vezes em silêncio. Algo nele transmitia-me grande afetuosidade. Seus olhos, que já não me enxergavam, refletiam a vida em cores, dependendo da luz que incidia, às vezes em verde, outras em azul.

Perdi meu avô aos sete anos de idade. Um pouco antes desse acontecimento, havíamos mudado de moradia. Meu pai, minha mãe, eu, e meu irmão mais novo, fomos para um sítio mais distante em uma localidade rural na cidade interiorana na qual vivíamos. Era meados de 1987 e eu cursava a pré-escola, mas em razão da mudança, o caminho até o colégio havia se tornado muito distante e fiquei afastada das aulas. Depois de algum tempo, o problema de como fazer aquele trajeto foi solucionado: com a companhia de alguns colegas que moravam perto - caminhávamos juntos todos os dias nas idas e vindas da escola. No ano seguinte, passei a cursar a

primeira série do ensino fundamental. Esse também foi o ano em que descobri minhas habilidades com o desenho.

No primeiro dia de aula, da primeira série, fiz um desenho muito bonito, que chamou a atenção de alguns colegas. Depois, volte e meia alguém pedia para eu desenhar nas aulas. Minhas especialidades eram desenhar pessoas, casas e paisagens. Adorava desenhar pessoas com os mais variados modelos de roupas. Tinha talento para costureira ou estilista. Mas, acho que gostava mais era de tentar desenhar as casas e as paisagens criadas na minha imaginação.

Era uma viagem de verão. Era prá ser uma história de diversão. Nosso prêmio de final de ano na sétima série. A gente até podia sentir o sol aquecendo nossos corpos adolescentes. A água do mar nos pés. Os sorrisos de alegrias. Éramos ainda crianças, embora quiséssemos ser grandes.

A segunda-feira amanheceu estranha, nublada. Não tinha sol. Mas, sempre a esperança de que, viajados muitos quilômetros de distância, naquele lugar tão esperado poderia fazer um dia de sol.

Na verdade a gente não se importava muito com o sol ou a chuva. Éramos um bando de crianças felizes com a excursão de final de ano. Até poderia ser bom, também, um banho de chuva. A gente queria tudo. Era o entusiasmo com a vida ainda no começo.

Nosso ônibus saiu cheio da escola. Quarenta lugares ocupados. Cheio de vidas, alegrias, esperanças, sonhos, planejamentos. Mas nosso ônibus nunca chegou ao destino. E sete de nós nunca voltaram para casa.

O ano acabou. Outro ano começou. Em janeiro, tínhamos que recuperar as aulas de um período de greve do ano anterior. Mudaram o espaço físico da nossa sala de aula. Mas sete cadeiras estavam vazias. Sete colegas nunca mais iriam voltar para as aulas.

Em nossa escola, após esse acidente que vitimou fatalmente sete estudantes, o motorista do ônibus e o motorista de um caminhão, e deixou feridos outros tantos estudantes e professoras, ficamos por muitos anos sem fazer viagens de final do ano. Esse acontecimento foi uma tragédia que causou comoção e desespero na pequena cidade interiorana do Litoral Norte do Rio Grande do Sul.

Lembrando melhor, todas as escolas daquela cidade e talvez algumas da região ficaram por muitos anos sem poder fazer excursões de final de ano. Quanto a mim, por algum tempo parte de mim havia morrido também, somente alguns anos depois consegui chorar a morte de meus colegas.

Minha especialidade era desenhar. Desenhava a mão, com lápis preto em folhas simples de papel, caderno de desenho, ou caderno de folhas pautadas. Inventava plantas baixas de casas e detalhamentos de fachada. O gosto pelo desenho tomou força e pensei em tentar transformar aquilo tudo em uma profissão. Durante todo o ensino médio almejava a profissão de desenhar casas. Nessa época, também me despertou um gosto pela escrita. Escrevia textos inspirados em músicas e escrevia diários.

Decidi prestar vestibular para Arquitetura e Urbanismo em uma universidade particular, mesmo sabendo que não teria condições de me matricular. Minha situação socioeconômica não permitia ingressar numa universidade particular. O curso era somente diurno, as mensalidades tinham um valor muito alto e ainda havia a necessidade de transporte porque o campus ficava numa cidade a 90 km de distância de onde eu morava.

A possibilidade de ingresso em uma universidade pública era distante porque exigiria uma mudança de cidade. Assim, decidi prestar vestibular para o curso de Letras em uma faculdade localizada em minha cidade de

moradia, e que se fazia mais acessível para dar continuidade aos estudos. Mas após alguns semestres passei a acreditar que não possuía vocação para educadora. Resolvi trancar a matrícula e esperar um tempo para repensar meus caminhos.

Os cenários político e econômico no Brasil vinham mudando. Novas políticas de acesso ao ensino superior estavam sendo implantadas e através do PROUNI³ consegui o acesso e a permanência em um curso de graduação de uma universidade particular. Muito tempo já havia transcorrido entre desenhos e sonhos, e nesses traçados algo novo brotou. Um dia encontrei em uma banca de jornal uma revista sobre a história da Psicanálise e seu fundador, Sigmund Freud. Neste novo tempo, em que se tornou possível (para uma parte da população brasileira) escolher a graduação a cursar, eu desejei ingressar em um curso de Psicologia, movida por um grande interesse na Psicanálise.

A Psicanálise seguiu minha companheira desde então. Durante a graduação a partir da transmissão realizada por algumas professoras e com a experiência de análise, oportunizada por uma analista que favorecia o acesso para estudantes ao seu consultório, localizado na mesma cidade em que eu vivia no interior do Rio Grande do Sul.

Transcorreram-se seis anos de aprendizados e batalhas pela permanência na Universidade. Trabalhava de dia em um escritório de arquitetura, e a noite viajava uma hora e meia até a faculdade. No período de estágios encontrei um problema em conciliar os horários de trabalho e

³ PROUNI - Programa Universidade para Todos. Programa criado pelo governo federal no ano de 2006, que destina bolsas de estudo parciais e integrais para alunas/os que estudaram em escolas públicas ou particulares na condição de bolsistas e comprovem renda familiar dentro dos critérios estabelecidos.

atividades da graduação e pensei que teria que abandonar o curso superior. Precisava trabalhar quarenta horas, fazer 20 horas semanais de estágio, mais algumas disciplinas noturnas e diurnas, o que resultava em uma conta que não fechava.

Foi um tempo muito difícil, até encontrar algumas alternativas, em um período no qual não tinha vontade de fazer estágios na Clínica Escola de Psicologia da Universidade e estava buscando outros locais possíveis de convênio com a instituição. Tinha um desejo desde a metade do curso: queria estagiar em um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta época eu e uma colega conseguimos intermediar um novo convênio de estágio profissionalizante com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - e a partir de uma negociação de horas no trabalho, destinei todas as manhãs para os estágios profissionalizantes e pude dar continuidade à graduação.

Neste tempo em que escrevo surgem lembranças das histórias que minha mãe contava de sua infância e juventude. Um dia contou sobre quando era criança e morava em uma área rural bastante longínqua onde a luz elétrica não havia chego ainda. Na escuridão da noite, se reuniam todos em volta de uma lamparina e os adultos contavam histórias - estas feitas de partes acontecidas e outras inventadas. Estas fábulas despertavam muitos risos, mas também muitos medos nas crianças. Muitas destas histórias minha mãe recordou e contou para mim e meu irmão quando ainda éramos crianças. Nos pedaços de lembranças se remontam imagens das cenas noturnas: minha curiosidade costumeira insistente em atazanar - “mãe, conta de novo aquela história?” E cada vez que ela contava, eu imaginava mundos diferentes.

1.1 A Descoberta de Uma Escutadora de Histórias

O que faz andar a estrada? É o sonho.

Enquanto a gente sonha a estrada permanecerá viva.

Mia Couto.

A primeira experiência em Saúde Mental no SUS começou em agosto de 2012. Época em que ingressei em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado no centro de uma cidade praiana, com população aproximada de cinquenta mil habitantes em área urbana. Impulsionada pelo desejo de realizar o primeiro estágio profissionalizante da graduação em um Serviço Público, minha primeira experiência clínica-política se iniciou no acompanhamento de sujeitos com grave sofrimento psíquico, inseridos naquele CAPS II. Meu primeiro paciente foi um homem branco, com idade aproximada de 40 anos. Roberto⁴ se encontrava em intenso sofrimento psíquico e isolamento em casa, após ter sido afastado do trabalho. Foi ao CAPS acompanhado pela esposa, e com a companhia dela nos trajetos até o serviço pôde iniciar um atendimento semanal.

Este sujeito, após ter sido afastado do trabalho, passou a ter medo de se perder na rua e não pegava mais ônibus sozinho. Também não se sentia bem em espaços com mais pessoas, razão pela qual não quis participar de nenhuma atividade grupal no serviço. No decurso de algumas semanas, sua esposa nos disse que seria difícil continuar acompanhando o marido aos atendimentos, pois ela era diarista e precisava trabalhar. Diante disso, conversamos com o casal sobre algumas estratégias que poderiam possibilitar que Roberto tentasse pegar o ônibus sozinho, pois moravam em um bairro distante do CAPS e ele não tinha outra forma de se deslocar.

Este breve fragmento traz notícias de uma história que me fez marca. Marcou o fato de ser o meu primeiro paciente, e também de ser um momento na vida daquele homem em que se abria para a possibilidade de falar sobre seu sofrimento, após dois anos recebendo tratamento medicamentoso. Conheci Roberto em uma entrevista inicial,

⁴Todos os nomes mencionados no decorrer desta dissertação são fictícios para preservar as identidades.

mas ele já era usuário do serviço. Havia sido encaminhado para rever seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), na ocasião de uma mudança de profissional da psiquiatria no serviço.

O usuário chegou ao atendimento dizendo que não sabia o que faria ali, ficou em silêncio enquanto sua esposa contava fragmentos de sua história, quando então começou a chorar, permanecendo assim por algum tempo. Naquele mesmo dia, eu falei à minha supervisora que tinha o desejo de atendê-lo. Ele iniciou uma psicoterapia e em algumas semanas passou a conseguir pegar o ônibus sozinho para ir ao atendimento. Levava no bolso da camisa um bilhete com o número de telefone da esposa e o endereço de sua casa. Os atendimentos individuais seguiram por aproximadamente um ano. Ao longo dos encontros, Roberto narrou passagens de sua vida. Entre elas, falou de um grave acidente que sofreu e que veio a ser o motivo de seu afastamento do emprego em que era motorista de caminhão e o quanto lhe causava sofrimento sua condição de incapaz para o trabalho.

Ao longo dos meses, realizando entrevistas iniciais como atividades de estágio, fui me aproximando de uma questão relativa ao acesso ao serviço: passei a refletir sobre quem eram as pessoas que chegavam ao CAPS, de onde vinham e por quais motivos. Sabíamos que parte dos usuários que procuravam o serviço especializado teria indicação para acolhimento e acompanhamento em outros espaços, mas a rede de serviços ainda não ofertava esse cuidado em saúde mental de forma ampliada em outros locais e acontecia que muitas pessoas acabavam sendo encaminhadas para o CAPS por falta de oferta de outras estruturas de cuidado.

Nesta época, algumas situações começaram a chamar minha atenção: casos mais graves, em que algumas vezes as pessoas apresentavam dificuldades em retornar ao serviço após a(s) primeira(s) entrevista(s), ou mesmo depois de algum tempo, não conseguiam dar continuidade ao tratamento. Lembro uma paciente que foi a dois atendimentos, e na segunda entrevista falou que escutava vozes de pessoas que ela não sabia quem eram, mas depois disso nunca mais voltou. Fiz contatos telefônicos e a usuária dizia que não conseguia ir ao CAPS, pois sentia medo de sair de casa.

Chamava-me a atenção o fato de tantas pessoas passarem pelo serviço, em entrevistas iniciais, e não retornarem mais. Surgiam questões sobre essas escutas iniciais,

que eram uma espécie de triagem. Tínhamos orientações para coletar dados pessoais e sintomatologias naquele primeiro momento, realizar uma avaliação de risco e elaborar uma hipótese diagnóstica com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM. Algumas questões me inquietavam: que escuta era aquela que estávamos fazendo? O que acontecia com as pessoas que não voltavam ao serviço - encontravam cuidado em outro local? Diante desses acontecimentos, realizei uma pesquisa do estágio sobre o tema do acolhimento nos CAPS.

Essa pesquisa sobre o acolhimento nos CAPS foi muito interessante, porque deu sentido a algumas de minhas dúvidas. Acreditava que as escutas dos sujeitos que não tinham “perfil para atendimento no CAPS”⁵, poderiam ser encontros potentes, mesmo que em um breve espaço de fala e escuta, mas isso parecia não se adequar aos protocolos que o serviço utilizava naquele período. Passava a apostar no momento do acolhimento como um espaço importante para possibilitar ao sujeito falar mais livremente sobre si e sobre seu sofrimento e buscar a construção de um vínculo, pois o acolhimento não era uma espécie de consulta especializada, mas sim uma postura profissional e uma estratégia a ser utilizada para o acompanhamento longitudinal do usuário na rede de saúde.

Terminado esse tempo de um ano e meio de estágios no CAPS, tive a oportunidade de conhecer outro cenário, que iria me proporcionar uma experiência que também fez marca⁶ em minha formação como Psicóloga e na compreensão sobre o trabalho com Saúde Mental que gostaria de desenvolver no SUS.

Em março de 2014, iniciei meu segundo estágio profissionalizante, na Atenção Básica (AB), deste mesmo município. A cidade começava a ensaiar a formalização de práticas em Saúde Mental em outros pontos de uma rede ainda incipiente, no sentido da ampliação de espaços para acolhimento de questões de saúde mental. Estavam

⁵ As entrevistas iniciais, também denominadas de acolhimento neste serviço, funcionavam como uma triagem, porque era indicado identificar se o sujeito tinha “perfil para atendimento no CAPS”, que se referia a uma hipótese diagnóstica baseada no DSM, de transtornos moderados/ graves e/ou persistentes. Os demais casos supostamente deveriam ser encaminhados para outros serviços, o que nem sempre acontecia, visto que no município eram poucos os espaços disponíveis para atendimento.

⁶ Marca como indicado por Rolnik (1993), citada por Pasini (2010, p. 22): “estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo... cada um desses estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir.”

envolvidos nessa empreitada uma psicóloga e um psicólogo contratados pelo município, que contavam com a ajuda de algumas estagiárias de psicologia.

O encontro com a supervisora que trabalhava com orientação psicanalítica, trouxe uma boa surpresa. Havia uma proposta de estágio para a estudante que ingressasse em uma das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um bairro de periferia daquela cidade: acompanhar as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em visitas domiciliares (VD). Fiquei bastante entusiasmada com a proposta, pois era algo bem diferente do que eu havia aprendido até ali.

Foi então que, ao longo de meses em que realizei o estágio, conheci as ruas, vielas e paisagens daquele território. Ao caminhar com as Agentes Comunitárias de Saúde tínhamos a oportunidade de conversar sobre o trabalho, no próprio trajeto que fazíamos a pé. Andar pelo bairro na companhia das ACS também era uma forma de conhecer a comunidade e encontrar as pessoas. Logo fui apresentada para moradores que demonstravam surpresa pela novidade de uma psicóloga estar visitando suas casas. Para mim foi surpreendente conhecer o trabalho que algumas das ACS realizavam. O acolhimento com que se relacionavam com as pessoas, os vínculos que mantinham, a proximidade que tinham das famílias, das histórias de vida, e a vivacidade com que articulavam redes de apoio, mostravam um trabalho essencial para a articulação do cuidado em Saúde Mental na comunidade.

Foi surpreendente também escutar histórias de vida ao encontrar pessoas nas ruas, em frente a suas casas, ou mesmo nas visitas domiciliares. Percebia que estar na comunidade era uma forma de ampliar as possibilidades de encontros e de escuta. A vivência no território favorecia os vínculos e apresentava outros elementos sobre o modo de vida das pessoas que passavam a compor as estratégias de cuidado.

Uma das histórias que conheci era de uma mulher de nome Tereza. Mulher negra, trabalhadora do lar, com idade aproximada de 50 anos. A ACS referência de sua área contava que a usuária havia sofrido muito pela morte de sua mãe e passou um longo período indo todos os dias ao cemitério chorar sobre seu túmulo. Em outros tempos trancava-se dentro de casa e ouvia vozes que a chamavam. Um dia pediu ajuda ao marido, pois percebia que havia alguém dentro do banheiro que conversava com ela.

A visita domiciliar em conjunto com a ACS, neste caso, favoreceu o encontro com Tereza, pois a mesma vivia um tempo em que o medo e a desconfiança que sentia causavam danos em sua vida. No caminho até a casa, a profissional de saúde me contou passagens da história de Tereza. Naquele período a usuária não queria sair de casa, não aceitava ir até o CAPS, pois tinha medo de pegar o ônibus, e o medo lhe causava dificuldade também para ir a ESF, que ficava relativamente perto de sua casa.

Quando chegamos ao portão da casa, a ACS bateu palmas. Tereza veio nos atender e olhou por uma fresta da porta entreaberta. A ACS explicou quem eu era e disse que estávamos ali para conversarmos um pouco, conforme ela já havia combinado dias antes. Ao entrarmos, Tereza nos indicou o sofá para sentar e fechou a porta. A ACS tinha me contado que buscava ficar mais perto da porta quando ia até aquela casa, pois havia relatos de que Tereza já ameaçara pessoas com facas. Há alguns meses ela tinha passado por uma crise, período em que apresentou desorganização de rotinas da vida diária, escutava vozes e via vultos, e guardava uma tesoura embaixo do travesseiro para se defender, expressando medo e desconfiança. O médico da ESF havia indicado a internação hospitalar, mas ela não estava de acordo, e o marido não permitiu que a levassem.

Tereza fechou a porta e neste momento senti medo, mas lembrei de que a ACS, sozinha, já tinha feito outras visitas naquela casa, e então me tranquilizei. Começamos a conversar, ela estava receptiva à ideia de uma conversa, falou dos seus filhos e sobre como gostava deles e se preocupava. Em alguns momentos, repetia o que poderia fazer para se defender se fosse preciso: jogaria a chaleira de água quente que estava no fogão contra quem a incomodasse.

Depois dessa primeira conversa com Tereza, tivemos outros encontros. A ACS continuava fazendo visitas semanais e combinamos que eu a acompanharia algumas vezes, pois por sugestão dela deveríamos fazer minha aproximação de forma gradual. Nesse meio tempo, Tereza foi a um atendimento comigo na ESF. Mostrou-se bastante ansiosa e amedrontada, mas ao ser acolhida foi aos poucos conseguindo conversar e se acalmar.

Após algum tempo acompanhando Tereza, acreditamos que ela estava um pouco melhor porque o contato com outras pessoas parecia já não assustá-la tanto, e a

convidamos para participar de um grupo de convivência que fazíamos todas as quartas-feiras no salão comunitário. O restabelecimento dos laços comunitários era uma importante estratégia de cuidado, mas talvez não estivéssemos nos sentindo seguras e acabamos por investir mais na possibilidade de que a usuária voltasse a frequentar o CAPS, do que na tentativa de maior vinculação dela ao grupo de convivência. Tereza continuava referindo medo de pegar ônibus, mas conseguiu ir ao grupo duas vezes, com a ajuda da ACS que a acompanhava nos trajetos de ida e vinda de sua casa até o salão comunitário.

O tempo da graduação estava chegando ao fim e a oportunidade de conhecer histórias como a de Roberto e de Tereza, e de outras pessoas que encontrei nestes dois anos, fazia crescer em mim o desejo de seguir neste caminho. Eu sentia que era isso que eu queria: continuar escutando histórias de vida.

O impacto da alteridade destas histórias provocou em mim o desejo de seguir aprendendo e conhecer novas estratégias de cuidado em Saúde Mental em outros pontos da rede comunitária, para além dos serviços especializados. A partir destas experiências que me inquietaram, busquei dar continuidade aos aprendizados na capital, Porto Alegre, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O desejo de ingressar nesta residência em específico se deu desde a leitura do edital, ao tomar conhecimento que este programa estava bastante alinhado com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, e possuía cenários de práticas diversificados, inseridos prioritariamente em serviços comunitários da rede de saúde e intersetorial (assistência, educação, cultura) em territórios de Porto Alegre e região metropolitana, além de projetos da própria Universidade que ofereciam serviços à comunidade.

Diego não conhecia o mar.

O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançavam aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar,

o mar estava na frente de seus olhos.

E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

Me ajuda a olhar!

A função da arte/1. Eduardo Galeano.

2 NOVAS PARAGENS EM TEMPOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

As experiências que marcaram este tempo dizem respeito às inserções territoriais para o cuidado em Saúde Mental, essa árdua mudança que vem sendo construída desde os movimentos que resultaram na promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001.

A partir da metade da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica toma força no Brasil, através do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e propõe uma grande transformação no modelo de assistência em saúde mental, centrado até então no hospital e no médico psiquiatra. A Reforma Psiquiátrica desenvolve uma atuação social consonante com as críticas de movimentos pelos direitos civis que ocorrem nas décadas de 60 e 70 no ocidente. O movimento luta pela desinstitucionalização da loucura e preconiza um novo modelo de atenção multidisciplinar e transdisciplinar, que inclui a participação da sociedade e a promoção da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental (Oliveira, 2009).

Em 1989, é apresentado o Projeto de Lei que regulamenta os direitos dos doentes mentais sobre o tratamento, e que indica a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, como os Hospitais Dias (HDs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Este projeto resultou na Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), dispondo sobre a substituição progressiva dos manicômios pela criação de serviços substitutivos, sancionada em 06 de abril de 2001 e vigente até os dias atuais (Maciel, 2012). A referida lei trata da “proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, declarando no item nove do parágrafo único do 2º artigo: ser um direito da pessoa portadora de transtorno mental “IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Brasil, 2001).

Como nos lembra Yasui (2012), um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica consiste em substituir o modelo biomédico, pela Atenção Psicossocial. Esta, por sua vez, propõe a construção de uma prática realizada a partir de vários olhares, diferentes disciplinas e experiências concretas, que possibilitam visualizar a complexidade da existência humana, considerando sua subjetividade e singularidade.

É nesta perspectiva que foram criados os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde⁷, com objetivo de formar trabalhadores para atuar no SUS, e tratando-se do cuidado em Saúde mental em liberdade, dando ênfase às práticas e aprendizados nos serviços de base territorial e comunitária.

O trabalho realizado durante o período da Residência nos anos de 2016 e 2017, em distintos territórios, guarda suas especificidades. No entanto, alguns comuns marcaram estas experiências: a aproximação aos territórios e aos sujeitos que lá viviam, a busca pela construção de vínculos, a oferta de uma escuta acolhedora que favorecesse aos sujeitos falarem de si, suas histórias e seu lugar no mundo.

O desejo de aprender novas ferramentas de trabalho era grande e me impulsionava a conhecer os territórios e caminhar pelas ruas de uma cidade até então estrangeira para mim. Por este motivo, no primeiro ano da Residência escolhi ingressar no Projeto de extensão Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública da UFRGS (ATnaRede), o que iria aliar dois de meus grandes interesses, a Psicanálise e a Saúde Coletiva, já que a Psicanálise é a uma das teorias clínicas que sustenta a prática do acompanhamento terapêutico (AT)⁸ no Projeto.

O acompanhamento terapêutico como ferramenta e estratégia de trabalho no campo da saúde mental pode ser acionado em várias situações e com diversos objetivos. Conforme Palombini e Pasini (2017) o ATnaRede constitui-se como projeto de ensino, pesquisa e extensão, em que o AT é trabalhado sob três aspectos:

- 1) como tecnologia de atenção à saúde mental; 2) como estratégia de formação tanto no âmbito universitário das profissões do campo da saúde como na educação permanente dos trabalhadores; 3) como ferramenta útil ao processo de implantação e análise da reforma psiquiátrica e das redes de atenção psicossocial.
- (p. 61)

⁷ Criados pela lei 11.129 em 2005.

⁸ Fazemos o uso de AT para designar Acompanhamento terapêutico e at para acompanhante terapêutico, convenção adotada por Kléber Barreto (2000) no livro A ética e a técnica do Acompanhamento Terapêutico, que se tornou de uso corrente entre equipes e usuários desta clínica.

O projeto ofertava acompanhamento terapêutico para usuários vinculados a rede pública de saúde de Porto Alegre, e contava com alunas e alunos da graduação, mestrado e doutorado, extensionistas e residentes, e duas professoras coordenadoras. Através do ATnaRede realizei acompanhamentos de duas pessoas, uma delas moradora em um território no extremo sul da cidade, e a outra na região norte. Em razão da circulação, das andanças no AT, tive a possibilidade de conhecer muitos pontos da rede de atenção psicossocial e viver a cidade sentindo no corpo suas intensidades. Como suporte aos acompanhantes terapêuticos (ats), o projeto contava com reuniões semanais para discussão de casos, seminários teóricos, além da preceptoria ofertada para os residentes.

O AT propõe a tecitura de uma rede em que o corpo se faz muito presente na composição de um cuidado em liberdade. Um corpo poroso que se inebria com os sons, as cores e os movimentos da cidade e os leva consigo por toda parte. Costumava-se dizer no projeto que carregamos conosco a cidade, mesmo quando estávamos momentaneamente enclausurados na casa com um acompanhado. Nós, acompanhantes, tínhamos a função de fazer pontes, conectar pontos nas diversas espacialidades e temporalidades. No ATnaRede eu também aprendi a escutar os sonhos e as falas mais íntimas como produções merecedoras de respeito. E o quanto se fazia importante reconhecer e legitimar a experiência do sujeito e apoiá-lo a trilhar caminhos para construir seus lugares de pertença e possibilidades de enlace ao mundo.

Em um segundo cenário de prática da Residência, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)⁹, localizado em um território de periferia da cidade de Porto Alegre, vivenciei outra experiência de práticas territoriais de cuidado, através de um trabalho em conjunto com Agentes Comunitários de Saúde, que consistiu em acolhimentos e acompanhamentos através das visitas domiciliares.

⁹ NASF – Núcleo de Apoio de Saúde da Família, criado em 2008, para apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil. É composto por equipe multiprofissional que apoia e trabalha em conjunto com as equipes de ESF. A equipe mencionada era composta por um assistente social/coordenador, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, e uma psiquiatra. Anteriormente também contava com uma psicóloga, que foi transferida, sem reposição de nova profissional. Esse NASF apoiava e trabalhava em conjunto com cinco equipes de ESF. Já neste período, a equipe sofria com a possibilidade de vir a ser desfeita, pelos ataques que sofriam a política pública. No ano de 2020 este NASF que menciono, assim como outros NASF de outros territórios, foram extintos no município de Porto Alegre. Restando na memória o importante e bonito trabalho desenvolvido por esta equipe.

Nas andanças por um bairro deste território, grande parte delas na companhia dos ACS da ESF na qual nos inserimos, conhecemos¹⁰ muitos moradores desta comunidade. Ao longo do tempo passamos a nos ocupar do cuidado de alguns usuários com situações de sofrimento psíquico graves, marcados por contextos de violências, medo e pobreza. Diferentemente do que se costumava falar em relação aos casos acompanhados pelas equipes de Atenção Básica, além das situações consideradas “leves”, havia outras graves, de sujeitos vivendo em contextos de isolamento e exclusão, em que o cuidado ofertado pelas equipes no território se mostrava fundamental.

Semelhante ao tempo dos estágios na graduação, mas agora diante de um novo cenário de Atenção Básica, me sentia inquieta nos meandros de uma Rede de Atenção Psicossocial em plena construção. No trabalho cotidiano, percebia muitos profissionais que se dedicavam e se frustravam quando não obtinham alguns resultados que esperavam. Neste novo lugar, (re)surgiam os desafios de construir o cuidado em Saúde Mental acessível aos usuários. Alguns deles, por vezes, eram vistos como pessoas que não queriam se ajudar, ou, até mesmo, como mentirosos e preguiçosos, ao não aderirem aos tratamentos ou encaminhamentos propostos.

Era possível perceber na dinâmica institucional o sentimento de impotência gerado pelo encontro com situações complexas de sofrimento psíquico. Parecia que se colocava em ação uma formação defensiva que ocasionava a burocratização das práticas e das formas de atendimento, produzindo o apagamento das histórias singulares dos sujeitos, em razão da ênfase colocada na sintomatologia das doenças, alimentada substancialmente pelo paradigma biomédico.

Ao longo dos meses de circulação neste cenário alguns acontecimentos foram marcando nosso percurso. Escutamos de alguns profissionais da ESF que o que fazíamos não adiantava nada, pois *só conversávamos* com as pessoas. Nas VDs priorizávamos o vínculo, a escuta e o favorecimento da fala do usuário sobre si e sua história de vida. No entanto, nossa inserção havia se dado a partir de um projeto de monitoramento em

¹⁰ Na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS a proposta de trabalho contemplava a inserção de micro equipes em vários cenários de práticas presentes em diversos territórios de Porto Alegre e cidades da Região Metropolitana. As micro equipes eram formadas por dois/duas ou três profissionais graduados/as, de diferentes núcleos de saberes, que eram orientados/as a desenvolver ações em conjunto. Neste cenário de práticas a micro equipe era composta por mim, do núcleo da psicologia e por uma colega, do núcleo da educação física.

saúde mental no território¹¹, proposto pela psiquiatra do NASF, e tratava-se de um projeto piloto. Tendo em vista esse fato, uma profissional da ESF acreditava que deveríamos ter um roteiro definido para a visita domiciliar; outros entendiam que nosso trabalho seria convencer alguns usuários considerados casos “difíceis” sobre combinações que deveriam cumprir. Para discutir estas e outras questões com a equipe, nossa preceptoria¹² sugeriu que realizássemos atividades de Educação Permanente sobre saúde mental, mas não nos sentíamos à vontade para fazer isso, pois a equipe mostrava-se fechada aos compartilhamentos do trabalho conosco naquele momento.

Situações difíceis aconteceram. Não havia uma direção comum de trabalho e lógicas fragmentadas de cuidado em saúde se atravessavam, sem que conseguíssemos potencializar espaços coletivos de discussões na ESF. Em alguns momentos não sabíamos mais como dar continuidade ao processo de formação neste local e estivemos a ponto de conversarmos com a preceptoria sobre uma reorganização para reinserção em outra ESF.

Entretanto, decidimos manter nossa presença, realizando algumas visitas domiciliares, e buscando conversar com algumas trabalhadoras que estavam um pouco mais disponíveis ao trabalho conosco. Até um momento em que levamos para discutir em reunião de equipe do NASF a ideia de oferecermos um espaço de cuidado¹³ para a equipe da ESF, o que se mostrou um divisor de águas no tempo em que estivemos neste cenário de práticas.

Estava nos planos da equipe do NASF retomar naquele ano as ações de cuidado com o cuidador, e desta forma planejamos e realizamos em conjunto a intervenção, após fazermos a proposta para a equipe da ESF, que de modo geral foi bem recebida.

Logo depois da primeira intervenção, pudemos sentir os efeitos positivos que um espaço para cuidar do cuidador gerou nos vínculos com alguns trabalhadores e trabalhadoras, em especial as ACS, que passaram a nos procurar mais para conversar, falar de alguns casos e das suas angústias frente a eles. Eram conversas informais, que

¹¹ Esse projeto piloto estava sendo realizado pela primeira vez naquele ano, e consistia em trabalharmos em conjunto NASF e ESF, realizando VDs para famílias com sujeitos em sofrimento psíquico moderado a grave, indicadas pelos ACS ou outros membros da equipe.

¹² Neste NASF havia a configuração de uma equipe preceptora, e desta forma contávamos com o suporte de todos os profissionais, sendo que a psiquiatra buscava desenvolver um projeto de monitoramento em saúde mental no território, o qual foi pactuado com a ESF em questão seu início, através da inserção das Residentes em Saúde Mental Coletiva.

¹³ Contaremos no próximo capítulo sobre o espaço de cuidado.

aconteciam nos corredores do serviço de saúde ou nos caminhos até as casas dos usuários, nas visitas domiciliares que realizávamos conjuntamente.

Nessas conversas começaram a surgir outras palavras nas falas das/os ACS, que diziam de suas experiências e contavam outras histórias sobre os sujeitos que acompanhavam, falavam de suas histórias de vida. Eu escutava atentamente suas falas, buscava aprender com suas experiências e reconhecia, novamente, que o trabalho, quando realizado em conjunto, tinha uma grande potência.

diz-se muito que a poesia não serve para nada.
diz-se que a poesia não serve para nada
tanto para atacá-la quanto para defendê-la.
tolos dizem que a poesia não serve para nada,
diz-se, mesmo filosoficamente,
que a poesia não serve para nada,
poetas dizem que a poesia
não serve para nada.
eu mesmo já disse algumas vezes
que a poesia não serve
para nada (como já disse outra coisa
que isso exatamente em um ensaio
chamado "literatura, para que serve?")
hoje, mais uma vez, não vou dizer
que a poesia não serve para nada
(pode ser que no futuro eu diga
alguma vez
que a poesia não serve para nada),
hoje eu vou dizer que a poesia serve
a um outro, que a poesia é o lugar de um outro.
quer aprender a alteridade, aprender
a se relacionar com outro
(quer aprender um outro
quem quer que seja esse outro),
mesmo com um outro
que, saiba você ou não, já há
em você, vá ler poesia.

Ela, o outro. Alberto Pucheu.

3 REVIRANDO ESCOMBROS, (RE)CONSTRUINDO HISTÓRIAS

“Quais aberturas *da escuta* aos sujeitos que vivenciam experiências de graves sofrimentos psíquicos vêm se produzindo a partir do encontro entre a Psicanálise e a Saúde Mental Coletiva neste meu processo singular de formação?”, esta foi a questão que nos moveu à discussão apresentada nesta dissertação.

Por algum tempo pareceu difícil fazer um recorte nesse campo de pesquisa para encontrar um foco, justamente porque havia um emaranhado de experiências vividas em diferentes cenários da Rede de Atenção Psicossocial, com suas especificidades e saberes correspondentes: O NASF e ESF na Atenção Básica, o CAPS na Saúde Mental Coletiva, o ATnaRede com estratégia e dispositivo da rede intersetorial. No entanto, isso que em muitos momentos pareceu uma dificuldade, ao ser olhado de forma ampliada passa a ser uma oportunidade para a investigação: as narrativas dos fragmentos de histórias e experiências diversas que fomos (a)colhendo, só foram possíveis de verter através desse circular entre cenários e campos de saberes.

Benjamin (1987), em seu escrito “Experiência e pobreza” começa nos dizendo que em tempos antigos sabia-se o significado da experiência, uma vez que, com a autoridade da velhice a mesma era transmitida aos jovens, através de provérbios ou histórias contadas a pais e netos. Benjamin lança algumas perguntas:

Que foi feito de tudo isso? Quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas? Que moribundos dizem hoje palavras tão duráveis que possam ser transmitidas como um anel, de geração em geração? Quem é ajudado, hoje, por um provérbio oportuno? Quem tentará, sequer, lidar com a juventude invocando sua experiência? (p. 114)

Benjamin marca a terrível experiência da guerra vivida por uma geração, entre 1914 e 1918, em que os combatentes voltavam silenciosos do campo de batalha, empobrecidos em experiências comunicáveis, dados a desmoralização e o desamparo desdobrados nesta guerra. (Ibidem)

“Quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas?”, pergunta Benjamin. Eu não sei a resposta. Mas, arriscaria a dizer que as histórias podem ser contadas de muitas formas diferentes.

Estou aqui a pensar sobre uma forma para seguir contando a vocês as histórias das minhas experiências. No momento em que escrevo este texto, estamos em meio a uma pandemia mundial causada por um novo vírus, que não tem cura e já vitimou milhares de pessoas em todo o mundo. No Brasil são mais de cem mil mortos. Não sabemos se estaremos vivos nos próximos dias ou semanas. A ameaça de morte é constante. Mas o meio que encontro para honrar os mortos e os vivos é de continuar a contar estas histórias.

Algo foi e continua a ser escutado. Andarilhei por muitas paisagens. Conheci diferentes pessoas. Encontrei muitas histórias de vida. Outras tantas de morte. Meu corpo sofreu. Morri e renasci muitas vezes. Nas vezes que morri, permaneci horas em paralisia. No encontro com outros – alteridade – renascia a todo instante.

Ainda hoje lembro o dia em que eu e a colega educadora física caminhávamos de volta a ESF após uma visita domiciliar. Lembro-me do gosto da tristeza. Era um gosto porque as lágrimas não transbordavam e as sentia em minha boca. Lembro-me de me envergonhar por achar que deveria encontrar a potência de vida que existia naquele território – mas em muitos momentos eu estava tomada pelo sofrimento das pessoas. Era impactante escutar tantas histórias de sofrimento e, naquele dia, lembro-me de falar à minha colega residente:

O que vamos fazer com todas essas histórias que escutamos?

Sentia a inquietude e a angústia para encontrar maneiras de fazer alguma coisa. Foram tempos de dar relevos ao aprendizado sobre o acolhimento e o cuidado, nas suas diversas dimensões, relativas tanto aos usuários como aos trabalhadores em saúde, assim como compreender que precisava escutar e cuidar do meu próprio sofrimento diante do sofrimento dos outros, aprender o cuidado para comigo mesma, para então poder

contornar o impacto de tanta violência escutada e sentida no corpo, e fazer disso tudo alguma coisa diferente, como lembra-nos Didi-Huberman (2017)¹⁴:

É difícil revivificar os próprios sonhos, construir a partir do heterogêneo, desenvolver a arte de reinventar de outro modo a própria vida, até então mutilada. É por isso que engendramos levantes sem-fim. Sem-fim porque com muita frequência tudo se repete, tudo fracassa; tudo fracassa nas praias do conformismo ou contra as falésias dos serviços de ordem. O recomeçar, porém, também é sem-fim: sem que jamais o objetivo final – o apaziguamento de tudo, a reconciliação obtida, o desejo finalmente satisfeito – seja alcançado. Mas também sem jamais deixar de reacender o desejo e, com ele, a coragem de desobedecer, a pulsão de inventar, a força de fazer diferente [...].

Passei tempos revirando os escombros de algo que parecia ter se destruído em mim. Sentindo a dor desses movimentos. Até conseguir (re)construir algumas histórias. Só com o tempo percebi o quanto meu corpo se fazia morada para estas escutas e o quanto padecia com os efeitos da violência que atravessa os corpos e as instituições viventes numa época em que existe um empuxo ao apagamento das singularidades. Quis reacender esse desejo em mim, de lembrar essas histórias adormecidas entre os escombros.

Histórias-escombros, que revelam momentos em que buscava construir pontes ao sentir uma distância que dificultava os vínculos e a escuta entre nós, profissionais, e os sujeitos que, por vezes, dispõem de poucos recursos psíquicos, materiais e sociais para buscar os seus caminhos.

Histórias-escombros, que me fizeram questionar: Diante da fragilidade e do desamparo, como sustentar uma escuta que possibilite o surgimento da palavra, a significação dos acontecimentos, os deslocamentos, a (re)construção de espaços de vida?

¹⁴Imagens e sons como forma de luta, ensaio de Georges Didi-Huberman para a Conferência na Abertura exposição Levantes realizada pelo Sesc São Paulo em parceria com Jeu de Paume, ano de 2017.

3.1 O Inconsciente Sempre Mandará Lembranças

Escrever em um tempo cronológico definido não se faz tarefa fácil. Muitas foram as histórias, marcas e experiências vividas nos estágios e na residência. Como escolher o que narrar para melhor colocar em evidência os elementos que desejamos discutir? Talvez não se trate propriamente de *uma escolha*, mas de deixar-se perder no sem rumo para sentir os efeitos do inconsciente. Se perder também é caminho. E nesta aposta em abandonar os roteiros pré definidos, se mostra importante dar acolhida ao (im)possível de verter e partilhar em cada tempo.

Em diferentes tempos da pesquisa, camadas do vivido foram se desprendendo e sendo rememoradas em cenas que reconstruíram-se nos sonhos. Ana Carolina R. Simoni (2012) refere que “O sentido da pesquisa em psicanálise, tanto em Freud como em Lacan, produz-se justamente neste ponto em que podemos, por um momento, descansar de pensar, afirmando a posição do inconsciente do qual somos mais produção do que produtores.” (p. 13) Em momentos em que o pensar mais paralisa do que coloca em movimento, em um sonho se esboçaram cenas que *a posteriori* mobilizaram outras rememorações e associações.

Deste modo, tomamos esse sonho¹⁵, expressão do inconsciente, em composição nos trilhamentos desta pesquisa:

Estamos em uma sala de algum departamento. Nas paredes, cores pardas, e armários para documentos. Mesas de trabalho com cadeiras estão enfileiradas. Não há aberturas para rua. Uma iluminação artificial vem do teto. Algumas pessoas estão trabalhando nesta sala.

Próximo a mim está sentado um menino, ele é negro e aparenta ter uns 12 anos de idade. Estamos sentados frente a frente, não há mesa entre nós. Um homem se aproxima, trazendo uma pasta com objetos e fotos que pertencem ao menino.

¹⁵ Relato do sonho sonhado pela mestranda e registrado em setembro de 2018.

Este homem fica por perto, acompanhando o trabalho. Ele parece estar nos fiscalizando e isso me deixa bastante incomodada.

O menino segue calado, olhando para o chão.

Então o homem anuncia em alto tom e meio sorrindo:

- Vou sair daqui para que possam ficar a sós, vocês têm sete minutos para conversar.

Quando me aproximo, percebo que o menino está chorando.

- As coisas mudam - digo eu.

- Nada muda, olhe para este armário e me diz o quanto isso mudou nos últimos anos - diz o menino.

O homem havia indicado que eu colocasse a cadeira ao lado do menino. Mas só quando vou me aproximar percebo uma separação na sala. Há uma espécie de linha divisória em aclive no chão, que separa a parte em que estão as mesas, mobílias de trabalho, o chão em madeira, e do outro lado, onde está o menino, sentado em sua cadeira, há uma espécie de chão barroso.

Tento colocar minha cadeira ao lado dele, mas esta afunda no chão. Como ele está sentado ali até então (sem afundar) eu não sei.

Olho em volta e vejo outras pessoas ali por perto. Penso em irmos para uma sala reservada. Mas avisto os ponteiros de um relógio na parede: tenho sete minutos para escutá-lo. Diante do pouco tempo desisto de procurar outra sala.

Pego na mão do menino e tento trazê-lo para perto de mim, mas seus pés começam a afundar. Até que, segurando um na mão do outro, conseguimos permanecer de pé na estreita linha em aclive que faz a divisão no chão da sala.

Eu tenho pouco tempo. O que fazer? - penso.

Tenho uma ideia. Pego algumas coisas que estão na pasta, objetos, fotos, são várias coisas. Começo a mostrá-los ao menino e peço que escolha um.

Ele quase não olha e escolhe rapidamente um pequeno objeto feito artesanalmente com pequenos filetes de madeira.

O que isso significa para você? - pergunto.

Permaneço olhando para ele.

- É isto mesmo, não tem sentido, nada tem sentido - diz o menino.

Ele fala palavras desconexas, que não consigo entender. Depois começa a falar passagens de sua história e recomeça a chorar.

Talvez entrar em contato com a dor seja muito sofrido - penso.

O menino fala de como sua mãe apanhara quando ele era uma criança, da irmã que sofria abusos e de muitas coisas duras que ele havia presenciado.

Eu o abraço e digo que as coisas podem mudar.

Enquanto acordava deste sonho, a seguinte frase surgiu em minha mente: A burocracia não acompanha a vida das pessoas.

O surgimento deste sonho permaneceu por um tempo como um enigma. Depois de alguns meses, em outro sonho, surge outra cena: *um jovem caminha, supostamente sem rumo*. Associo este sonho à lembrança de um rapaz que era atendido em um (CAPS) no período da Residência. Nesta época, contavam histórias de que este jovem já havia se perdido nas ruas da cidade e andado por muitas horas sem destino. Um dia fora encontrado longe de casa. O motivo pelo qual fazia isso permanecia desconhecido. Naquele período ele raramente falava alguma palavra.

Somente algum tempo depois através destes sonhos jorraram outras lembranças. Um dia comecei a fazer associações a partir do primeiro sonho com a minha primeira experiência como acompanhante terapêutica (at) no Projeto ATnaRede da UFRGS. Este Acompanhamento Terapêutico deixou uma marca fundamental em minha formação como Residente, pois se tratava de um jovem que permanecia há anos estigmatizado pela suposta periculosidade da loucura e longos períodos recluso em sua casa. Pela primeira vez, este jovem iria vivenciar o cuidado no território, através do Projeto AtnaRede.

Estes sonhos nos ajudaram a trilhar estes caminhos da pesquisa, trazendo à memória associações e fragmentos das situações vividas e o que deles ecoa em mim: a

escuta dos sujeitos que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico grave e alguns impasses e desafios encontrados para a realização do cuidado e da escuta nas redes de atenção psicossocial. No entanto, como nos lembra Simoni (2012) está implicado ainda “um tempo segundo, a posteriori, onde nos responsabilizamos pelos efeitos dessa nossa inconsciência, mesmo que nossos atos, como bem disse Édipo em Colono, tenham sido mais sofridos do que cometidos”. (p. 13)

Assim, é nessa tomada de responsabilidade que seguiremos os trilhamentos metodológicos buscando desdobrar análises a partir de alguns fragmentos do sonho e das histórias narradas, corroborando Anna Carolina Lo Bianco (2003) quando escreve que “é na referência ao material clínico que a pesquisa ganha seu colorido, sua vivacidade e, acima de tudo, sua originalidade.” (p. 120)

3.2 O Tempo para Germinação da Palavra

Oito horas da manhã, eu descia do ônibus 263, sempre na mesma parada, seguia pela viela que levava até o posto de saúde. No curto caminho passava pela creche da comunidade. Às vezes escutava vozes das crianças. Nas pequenas casas as janelas insistentemente fechadas. Poucas vezes encontrava moradores pelo caminho. Raramente ouvia um som de música que vinha de alguma das casas. Chegando mais próximo do posto, avistava a quadra de futebol vazia. Nunca vi ninguém praticando esportes ou se divertindo naquele lugar.

Já no interior da Unidade de Saúde (US), começava um dia de trabalho. Conversava com as Agentes Comunitárias de Saúde sobre uma pessoa ou uma família para a qual faríamos uma visita domiciliar. Se a história envolvia alguma situação de violência ou envolvimento com o tráfico de drogas, falávamos em voz baixa. “As paredes têm ouvidos” diziam. Havia um receio de que algum passante na rua pudesse nos escutar. Muitos trabalhadores tinham medo. Alguns assuntos não deveriam ser falados.

Caminhando por outra rua, agora em direção à casa de uma família, mais janelas fechadas, sem encontros com vizinhos. Não havia crianças brincando na rua. Tentava escutar alguma coisa, o que ouvia era o silêncio. Seguíamos a passos vagarosos, muitas

vezes propositalmente, pois era um tempo em que podíamos dialogar com as Agentes Comunitárias de Saúde sobre as famílias atendidas.

Ao dobrar a esquina, descendo e subindo algumas ladeiras, ruas irregulares, outras estreitas, avistamos a pequena construção, morada da dona Rosália. Uma escadinha de concreto esburacada levava ao interior da casa em que alguns panos cobriam os vãos das portas que separavam os quartos da sala. O Ambiente escurecido era iluminado por um pequeno aparelho televisor.

Dona Rosália, uma senhora branca, com 60 anos de idade, estava cega há alguns anos. No passado havia trabalhado no setor da limpeza de um serviço de saúde e fazia salgados em casa para vender. Agora, passava boa parte dos dias e noites deitada em sua cama. Veio até nós na sala tateando uma das mãos nas paredes de madeira. Na outra mão segurava uma sacola de plástico cheia de medicamentos. Esta mulher, que havia recebido alguns diagnósticos médicos, entre eles o psiquiátrico, tinha a sua “não melhora” atribuída também a uma suspeita de que misturava álcool com os remédios. Rosália dizia que queria morrer, mas antes precisava ver sua filha curada.

Nossa primeira visita nesta casa tinha um objetivo pactuado entre as equipes do NASF e ESF. Os profissionais que acompanhavam a usuária desejavam que ela aceitasse ingressar em um programa de reabilitação visual, que poderia proporcionar alguma autonomia em sua rotina. Após perder a visão, Rosália foi gradativamente se isolando, apresentando muitas dificuldades para sair de casa. Não ia mais até o posto de saúde, nem à casa de parentes próximos. As filhas contavam que a mãe não podia fazer mais nada, pois até mesmo quando tentava lavar uma louça deixava cair coisas no chão. Elas passaram a ser responsáveis por cuidar da casa, preparar e servir as refeições e ajudar a mãe a se vestir.

No primeiro encontro sentamos ao lado de Rosália. Ela queria nos tocar para saber onde estávamos ou talvez para construir alguma representação de nossas pessoas. Fazia isso através das mãos. Apresentamo-nos explicando que estávamos trabalhando no posto de saúde e fazendo visitas nas casas de algumas famílias junto com as Agentes Comunitárias de Saúde. Nós passamos a visitar a casa de Rosália por algumas semanas. Ali também residia a filha que ela queria “ver curada antes de morrer”. Beatriz, uma jovem de 25 anos, conhecida no serviço de saúde como “dependente química”, tinha dois filhos

pequenos e ficara viúva há cinco anos, quando seu companheiro na época perdeu a vida assassinado.

Um dia encontramos Beatriz na rua perto de sua casa. Ela nos contou que queria trabalhar, mas que não era fácil organizar as coisas para isso, sempre tinha algo que atrapalhava seus planos. Naqueles dias estava pensando que uma internação iria ajudá-la a se afastar das drogas. Iria consultar no “postinho” para pegar um encaminhamento. Estava bastante emagrecida e cansada com as brigas em casa. Perguntamos se já conhecia o CAPSad na sua região. Contou que não podia caminhar até lá, pois ficaria pelo caminho, que tinha “uma boca de fumo” a cada esquina. A moça começou a usar drogas muitos anos antes, com o seu namorado, suposto traficante de drogas.

Depois de algumas conversas com trabalhadores do posto de saúde e do NASF, nos oferecemos para acompanhar Beatriz ao CAPSad. Fizemos os contatos telefônicos para saber como funcionava o acolhimento. Conseguimos um vale transporte no CRAS. Com tudo organizado, partimos para mais uma visita domiciliar para aquela família.

No dia combinado, a outra filha apareceu na sala para dizer que Beatriz não estava em casa. Rosália estava deitada no quarto ao lado e de lá falou que naquele dia se sentia muito cansada. Pouco tempo depois o ACS nos disse que Rosália não queria mais nossas visitas. Não tivemos explicações e ficamos sem contato e sem saber se essa ruptura havia se dado pelo desejo dela ou se era algo decidido por alguns profissionais da equipe de saúde, que acreditavam não ser mais necessárias as VDs, pois Rosália não havia aceitado a proposta de ingresso no programa de reabilitação visual e sua filha era considerada um caso difícil; em ambos acreditavam que não havia mais o que fazer, pois já tinham feito várias tentativas e as mesmas não conseguiam se engajar em propostas de cuidado.

Três meses depois, o ACS conversou conosco sobre fazer uma visita novamente a Rosália referindo que ela tinha algo que queria nos falar. Nesta visita, Rosália nos contou que estava com medo de um homem que era seu companheiro, mas que estavam brigados, e por esse motivo ele estava uns dias na casa de familiares. Após esse retorno, nos aproximamos de outras familiares de Rosália, visitamos duas de suas irmãs, que moravam próximas dela, e passamos a conversar mais também com a filha mais jovem, buscando favorecer o fortalecimento desses vínculos familiares.

Quanto a Beatriz, não retomamos a proposta de acolhimento no CAPSad, mas optamos por seguir buscando uma vinculação com ela, o que teve um momento importante segundo nossa compreensão, quando a convidamos para ir a uma festa que seria feita na rua na frente do posto de saúde. No dia da festa, um sábado, passamos na casa delas para reforçar o convite e ofertar um AT para Rosália se ela desejasse ir também na festa. Rosália não quis sair de casa, mas Beatriz aceitou o convite e levou seus dois filhos pequenos. Esta foi a primeira vez que permanecemos por mais tempo com ela conversando, em uma festa de rua organizada para comemorar o aniversário do posto de saúde.

3.3 Uma Manhã de Sol Derrete o Silêncio

O espaço é grande. Gramado bonito. Árvores que proporcionam sombras. Clima agradável e silêncio na praça. Não há ninguém mais além de nós.

Depois de algumas visitas a casa de Isabel, estamos saindo pela primeira vez para caminhar no bairro. A caminhada é empolgante para mim, pois faz algum tempo que Isabel não se sentia em condições de sair de casa. Suas pernas estavam fracas, costumava dizer. Não acreditava mais ser capaz de ir sozinha ao posto de saúde ou ao supermercado, pois tinha medo de ficar tonta e cair na rua como já tinha acontecido no passado. Não pegava mais ônibus, porque corria o risco de não saber a parada certa para a descida, como dizia sua irmã.

Não sabemos o caminho para chegar até a praça, mas Isabel sabe, e nos mostra o melhor atalho. Ela também parece empolgada por estar caminhando e ensinando o trajeto mais fácil para as Residentes. Sentadas na sombra, o silêncio é quebrado por nossas palavras. Em mais uma manhã de acompanhamento, vai nos contar um pouco mais sobre sua história. Dos 62 anos vividos, dedicou boa parte ao ofício de cuidadora de idosos. Gostava do que fazia, mas o trabalho era pesado. Há uns oito anos teve um “surto”. Foi internada por dois meses em um Hospital Psiquiátrico. Nesta época, a idosa que cuidava faleceu. Não voltou mais a trabalhar, iniciou tratamento psiquiátrico e foi interditada por sua irmã. Depois da interdição, muitas coisas de sua vida passaram a ser cuidadas por outra pessoa, o que se prolongou por anos.

Isabel não acreditava mais em sua capacidade de fazer as coisas e não entendia o que lhe acontecia. Sentia muitas dores nas pernas, desânimo, cansaço e tonturas. Passou a fazer cada vez menos coisas até se sentir impossibilitada de sair de casa e ficar cada vez mais tempo deitada em sua cama. Ela havia recebido um encaminhamento para ser acompanhada no CAPS, mas não conseguia sair de casa sozinha.

Quando nos recebia em casa, acomodava dois banquinhos na pequena cozinha da casa de dois cômodos. Oferecia-nos água e no começo dizia que não sabia muito bem o que poderia conversar conosco. Contou que passava os dias deitada na cama, pensava em levantar, mas não conseguia. Talvez a nossa presença naqueles dias fosse um dos poucos motivos para ela estar sentada na cozinha. Sua irmã não permitia que cozinhasse porque poderia esquecer o fogão ligado. Sua cabeça já não funcionava mais como antes, dizia.

Em nossas conversas com Isabel favorecemos que ela pudesse falar sobre o que gostava de fazer, o que pensava quando estava deitada na cama, porque achava que não conseguia caminhar, como se sentia com os remédios que tomava, como era sua vida antes do surto, entre outras coisas. Com o tempo ela passou a falar bastante, falava até a hora que a gente dizia que tinha que voltar para o posto. Era uma visita longa e me agoniava com a porta fechada na pequena cozinha. Por isso, em algum dia de visita, dei a sugestão de deixarmos a porta da cozinha aberta. Tinha o inconveniente de sua irmã escutar a conversa, já que estava na casa de trás, que era colada a casa de Isabel. Mas era isso ou a agonia. Em outro dia, sentamos na rua, no pátio estreito entre as casas e o muro. Sua irmã veio conversar conosco, falar o que achava que Isabel poderia ou não fazer. Perguntamos a ela sobre um tênis que Isabel queria comprar, pois tinha surgido a vontade de tentar umas caminhadas na volta da quadra. A irmã cuidava do dinheiro e estava sem tempo para arrumar um dia de ir junto numa loja, sozinha Isabel não podia.

O Agente Comunitário que nos acompanhou nas primeiras vezes que fomos até a casa era morador antigo no bairro. Estava muito preocupado e nos disse que Isabel sofria de uma forte depressão. Ele e mais alguns profissionais do posto de saúde estavam fazendo quinzenalmente um grupo de terceira idade na garagem de uma moradora vizinha, que era quase ao lado da casa de Isabel. Já tinha feito o convite várias vezes para ela participar, mas era difícil tirá-la da cama. Depois de algum tempo, de tanto ele insistir,

ela foi a um encontro, se aproximou da vizinha e isso gerou um chimarrão em outro dia e uma ideia de caminharem juntas algumas voltas na quadra à tardinha.

Em uma manhã de visita, Isabel nos conta que caminhou para ir até o supermercado que fica perto e pedimos se ela podia nos mostrar onde fica e caminhamos até lá. Depois nos conta que caminhou até o posto, que é um pouco mais longe da sua casa e tem ruas com subidas e descidas. Foi quando decidimos convidá-la para conhecer o CAPS. Após o contato feito com esse serviço para discutir o caso, fomos com ela caminhando algumas quadras até a parada do ônibus T3. Dia de sol escaldante em Porto Alegre, saímos juntas pela primeira vez para além das quadras do entorno de sua casa.

3.4 Dona Maria

Sentada na ponta da mesa está dona Maria, uma mulher negra, aproximadamente 50 anos, com as sacolas de documentos, remédios em caixas de sapato, recados escritos a caneta na parede de concreto ao lado. Convida-nos para sentar e conta como vai a rotina da casa, como tem sido difícil dar conta sozinha dos cuidados dos quatro rapazes. Na cozinha, logo à frente, Diogo, um dos filhos adotivos, cozinha arroz. Ismael está no quarto, onde passa a maior parte do tempo. Rodrigo está no pequeno sofá nos observando. O neto, Cristiano, deve estar na escola. Ela nos fala que teve problemas com o conselho tutelar, porque o neto não queria mais ir para a escola. Faz o que pode, diz que está velha e cansada, mas que os meninos não têm ninguém, além dela. Mostra-nos uns papéis, faz questão de comprovar que se esforça para cuidar da saúde dos filhos.

Seus filhos e neto possuem diagnósticos de transtornos mentais e utilizam uma grande quantidade de psicofármacos. Ela mesma também utiliza medicações para depressão. Neste momento, a organização e administração da medicação, de forma correta, ocupam um lugar central no cuidado ofertado para a família. A falta deles ou a ingestão incorreta já provocou, segundo relatam os profissionais de saúde, diversas internações psiquiátricas, especialmente para um dos rapazes, assim como a piora no quadro clínico dos outros.

Nossa contribuição para o cuidado ofertado neste caso parte de um objetivo bem delineado no primeiro momento: é preciso convencer dona Maria de que ela deve

contratar alguém que lhe ajude nessa organização e administração das medicações. Dona Maria está ciente de que a medicação é um recurso terapêutico importante. Mas, além disso, o que mais podemos inserir neste projeto de cuidado? Qual é a história da família? Como vivem na comunidade? Nossas perguntas incomodam a equipe, pois é um caso acompanhado há bastante tempo e para o qual já tentaram diferentes intervenções, supostamente sem sucesso. A equipe está cansada e já se vendo sem saída, sinalizam uma possível denúncia ao Ministério Público. Entendendo os danos que isso poderia causar, aceitamos focar na tarefa que nos foi dada.

Em outra visita, chegamos a casa e sobre a mesa estão espalhadas diversas cartelas de medicamentos que ela busca organizar. Oferecemo-nos para ajudá-la, sentamos a mesa e ficamos a recortar as cartelas com ela, fazendo a separação em diferentes recipientes, enquanto conversamos. Ela nos conta que um dos medicamentos não está disponível na farmácia distrital, e que foi à outra farmácia, mas também não conseguiu fazer a retirada. Quer ligar para outra farmácia em um território bem distante, e pergunta se nós podemos falar com a atendente ao telefone. Sugerimos então que ela mesma possa falar e ela nos diz que não sabe pronunciar o nome do medicamento, o que gera o seguinte diálogo:

Residentes - Nós podemos ajudar a senhora a pronunciar o nome da medicação, assim a senhora mesma pode falar.

Maria – Não adianta minha filha, eu não consigo aprender, porque eu sou burra.

Residentes – A senhora não é burra, não... Olha quantas coisas a senhora faz. Podemos tentar?

Dona Maria sorri. Nós três juntas começamos a repetir o nome do medicamento, muitas vezes, A MI TRI P TI LI NA, e rimos fazendo isso. Depois, ela faz a ligação e consegue pronunciar o nome do remédio e pergunta para a atendente o que precisa saber. Ela fica muito emocionada com este acontecimento, chora e diz que é muito difícil as pessoas terem paciência com ela desta maneira.

Outro dia, encontramos os filhos de dona Maria na parada de ônibus e conversamos um pouco com eles. Ficamos sabendo que eles vão seguidamente a uma igreja em outro bairro. Então eles têm esse compromisso, essa organização, tomam banho, se vestem, e utilizam o transporte público para chegarem até o culto. É possível

perceber que gostam de ir à igreja, se sentem importantes lá. Mas isso nos chama a atenção, porque havia uma informação de que eles não poderiam acessar o CAPS pelo motivo de não conseguirem pegar sozinhos o ônibus e se deslocarem até outro bairro. A igreja é um local da comunidade que passamos a incluir no PTS deles. Funciona também como uma espécie de atenção para a prevenção de crises, porque quando um deles não vai a igreja, geralmente é um sinal de que algo não está bem.

Dona Maria diz ter umas horas de sossego quando os filhos vão à igreja. Assim também podemos conversar com mais privacidade. Conta que é muita gente chamando por ela a toda hora, lhe pedindo coisas, os rapazes demandam o tempo todo. Nesse momento, falamos a ela sobre alguém para lhe ajudar. Conforme o ACS nos falou, ela tem condições de pagar por uma ajudante, pois recebe os benefícios dos filhos. Mas ela não confia em ninguém para colocar dentro de sua casa, são coisas que somente ela pode dar conta, sentença. Fomos alertadas por alguns membros da equipe de que devemos orientar claramente sobre o que dona Maria deve fazer – contratar uma ajudante – e “não devemos dar muita conversa a ela”, visto que “pode nos ludibriar”.

Mesmo com todos os ruídos presentes nessa relação de cuidado, a equipe da US conseguiu construir ao longo dos anos um bom vínculo com dona Maria e seus filhos. Vemos essa senhora – que não confia em ninguém para colocar dentro de sua casa – abrir a porta desta mesma casa para os profissionais do posto, inclusive para nós que chegamos há tão pouco tempo nesta comunidade. Sabemos que ela procura a US quando se sente em “apuros”; que um dos seus filhos quinzenalmente vai a unidade de saúde para realizar a aplicação de Haloperidol injetável; que liga avisando quando um deles não está bem e pede ajuda; corre atrás das medicações, que por vezes estão em falta nas farmácias distritais. Ela dá conta de muitas coisas mesmo, do jeito dela, às vezes atrapalhada, fazendo confusões, mas deixa a porta de sua casa aberta para a gente entrar.

Tempo já se passou. Podemos atravessar o portão sem medo do cachorro. Dona Maria está com a porta aberta. Sentada na ponta da mesa chora baixinho. Ninguém deveria vê-la chorando: “Minhas filhas, faz perto de um ano que eu perdi meu filho, mataram ele, mas eu não posso deixar ninguém me ver chorar”.

Ficamos muito surpresas. Nunca escutamos falar sobre isso no posto de saúde.

3.5 Um AT para João

É outono. Tarde de sol em Porto Alegre. Hoje vou conhecer o jovem que deseja iniciar um Acompanhamento Terapêutico.

Desloco-me uma hora de transporte público para chegar à casa de João. Um jovem negro, por volta de 30 anos, mora com a mãe e o pai, em um bairro distante do centro. Um território de periferia com cerca de 50 mil habitantes ao extremo sul da cidade.

Quando chego à parada mais próxima da casa da família, desço do ônibus e sua mãe está me esperando, conforme combinamos. Olho mais ao lado e vejo um rapaz sentado em uma pedra, não me dou conta que pode ser João, mas logo sua mãe o apresenta - o moço na pedra é João. Ele levanta e me cumprimenta de forma tímida.

Vamos caminhando algumas quadras até a sua casa e na estrada a fala da mãe toma conta da cena, expressando preocupação com relação ao AT, pois acredita ser difícil que o filho se abra para este vínculo e que ele é muito perigoso, e pode até mesmo matar uma pessoa.

João fica em silêncio o caminho todo, não diz nenhuma palavra e não expressa nenhuma reação diante da fala de sua mãe. Em alguns momentos, me observa de canto de olho, com um jeito que expressa alguma curiosidade e talvez um pouco de desconfiança sobre a minha pessoa. Ao retornar deste encontro, no trajeto do ônibus de volta ao centro, observo as ruas da cidade, suas paisagens, penso sobre o encontro com João e sinto uma dor muito forte em meu peito, algo intenso e diferente do que conhecia por dor até aquele momento.

O rapaz tem um problema com a justiça, se livrou de ficar recluso no IPF – Instituto Psiquiátrico Forense, mas precisa ir uma vez por mês ao Fórum Central conversar com uma psicóloga.

A psicóloga do Fórum percebeu que João poderia se beneficiar de um AT e começou a construir essa ideia com ele e sua mãe, que sempre o acompanha nos encontros. Ela percebeu que João tem vontades: quer estudar, trabalhar, namorar, ter amigos - mas sente um grande medo de sair na rua. Esse é um dos motivos pelos quais só sai de casa com sua mãe. Também é um dos motivos pelos quais seu cuidado em saúde

mental acaba sendo quase em sua totalidade medicamentoso, pois toma os remédios em casa todos os dias e a injeção de Haloperidol, a cada 15 dias, faz na unidade de saúde, que fica há uma quadra da sua casa.

A psicóloga do Fórum fala afetuosamente de João, diz que é calmo e querido, mas acrescenta “tomara que dê certo, ele é tão grande e você é tão pequenina”. Fico pensando nas suas palavras, por causa dessa história com a justiça, de que João agrediu uma pessoa no passado, IPF, Fórum, se construiu uma imagem de alguém potencialmente perigoso e agressivo. Quando vi João no primeiro dia, grande parte dessa imagem caiu por terra, e o restante foi caindo com o tempo, escutando João e deixando de lado a imagem que o antecedia.

Depois, com o passar do tempo, pensei, muitas vezes, sobre o impacto que essa história causou na vida de João. Quantas pessoas não se aproximavam? Ou, quantas vezes ele não se aproximou das pessoas, por medo de uma história que havia adquirido estatuto de sentença? O rapaz não havia sido sentenciado ao IPF, mas a sentença do medo e da periculosidade foi muito dura e causou muito sofrimento.

João por meio do Acompanhamento terapêutico com as andanças na cidade iria rememorar e contar sua história.

João tinha um sonho: ser piloto de avião. Quando ele falava disso, sua mãe olhava desconfiada. Alguém que estivesse por perto achava graça. Como poderia um louco ser piloto de avião?

Um dia o avô do rapaz contou que embarcava em um ônibus no extremo sul da cidade e viajava até a parte norte para ver os aviões decolarem e pousarem no aeroporto – O gosto por voar vinha das gerações anteriores? – Ele nos sugeriu esse passeio, mas o neto não gostava da ideia de andar tanto tempo de ônibus. Eu estava entusiasmada em ajudar João encontrar algo que desejasse fazer na rua, porque ele tinha medo de sair sozinho. Usei a curiosidade para fazer perguntas sobre o território em que moravam – O que havia naquele lugar que João lembrava? – Fazia tanto tempo que não saía para nada, além de ir ao supermercado com sua mãe. Então me veio a lembrança através da fala dele, ou do seu avô, ou dos dois juntos – nessas cenas as vozes se misturam – sobre a

existência de um aeroclube naquela região. Esse foi nosso primeiro passeio para longe das imediações de sua casa.

No dia combinado, tempo bom, sem chuva, dinheiro para as passagens, tudo certo para a viagem. Era um trajeto de um tanto a pé, mais cerca de vinte minutos de ônibus. Mas para nós foi um acontecimento. João sabia o caminho até a parada, sabia o ônibus a pegar, sabia onde descer. Durante a viagem contou sobre o tempo em que ia ao Aeroclube com amigos, quando tinha onze ou doze anos de idade. Enquanto ele falava eu visualizava aquela cena da infância – o menino sorria, andando em sua bicicleta e, junto aos amigos, explorava e descobria o mundo ao seu redor.

Chegamos ao nosso destino, visualizamos um grande pórtico, com um longo caminho que levava até o hangar, onde ficavam os aviões. Aquele não era um dia de voos, então visitamos o local em que descansavam os aviões, olhamos e apreciamos de longe. Demoramo-nos em uma caminhada no imenso gramado do Aeroclube. Um local com muitas árvores e natureza – João me apontou o lugar onde descansava um pássaro – eu não conseguia avistá-lo – ele descreve os detalhes do pássaro e do lugar onde este repousa. Fazendo um esforço para ver o que João me mostrava, depois de algumas tentativas, eu enxergo o pássaro, e fico impressionada com o alcance de sua visão, pois estava tão longe de nós que eu quase não conseguia vê-lo.

Quando João não queria sair de casa ficávamos sentados na sala. Ele falava pouco. Eu fazia perguntas. Depois de um tempo aprendi a ficar em silêncio com ele. Quando o medo não era tão grande, sentávamos no pátio na frente da casa. Quando o medo dava uma trégua saíamos para caminhar nas estradas do seu território. Escutar esse medo, que se transmutava na transferência, e fazia parte da experiência de João, mas também dizia do medo que eu mesma sentia, e precisava reconhecer e acolher isso em mim para seguir sustentando um trabalho terapêutico com ele.

Em uma de nossas tantas caminhadas, atravessamos o território quase de um lado ao outro. Não havia dinheiro para passagens de ônibus. Fomos a pé até um ginásio de esportes, que trazia as lembranças antigas de um tempo que o rapaz jogava basquete com amigos. João dizia que sabia chegar até o local, eu precisei confiar nele para sairmos em passeio aquele dia, porque eu não sabia o caminho. Quando já tínhamos caminhado bastante, nos encontramos um pouco perdidos e pedimos informações para uma pessoa

na rua. Descobrimos que o local estava bem próximo. O ginásio estava meio vazio, poucas pessoas. No mural, algumas folhas com ofertas de aulas de esportes em dias da semana. A quadra de basquete estava vazia. Ficamos andando de um lado para outro. Neste dia João falou sobre comprar uma bola de basquete, algo que repetiu durante algum tempo, como se estivesse ensaiando a possibilidade de jogar novamente com amigos.

Na volta para casa estávamos cansados. O sol batia forte em nossas cabeças. Preocupava-me o horário, caminhava mais rápido, já estava no final da tarde – João, aparentemente em um ritmo de caminhada mais lento, me diz “você caminha diferente da minha mãe, ela caminha mais devagar” – Pergunto se ele quer que eu caminhe mais devagar. Responde que não “tá bom assim, só é diferente da minha mãe” – fala com um semblante de quem descobriu algo curioso e engraçado.

Um dia sua mãe nos sugere fazer uma caminhada em uma estrada que levava até uma escola que João estudou até próximo aos 14 anos. Um caminho que percorria uma área rural do território. No trajeto, fomos conversando um pouco. Era uma tarde em que eu tentei fazer algumas perguntas, mas percebi que ele estava mais silencioso. Eu observava aquele caminho que não conhecia. Para ele, era fazer aquele trajeto novamente, depois de tanto tempo. Era uma paisagem com bastante vegetação, poucas casas. Na estrada asfaltada passavam velozmente alguns poucos carros. Em um ponto do trajeto, João apontou para um local com algumas árvores e disse que ali haviam encontrado o seu tio morto, suspenso por uma corda. Ele havia falado brevemente em outro momento que um tio seu havia se enforcado, mas não havia expressado em palavras o que sentia sobre isso. As expressões do seu rosto sugeriam que se tratava de algo que o assustava. Naquele dia, ao rever aquela paisagem, ele trouxe mais um fragmento, ali havia acontecido o fato que possivelmente deixara muitas pessoas assustadas: um homem morto exposto na beira da estrada. O seu tio tinha elegido a rua como espaço para dar a ver a sua decisão de tirar a própria vida.

Outro dia, na sala de sua casa, nós dois sentados no sofá. Sua mãe não estava em casa. Uma das poucas vezes que ele inicia uma conversa dentro da sua casa: fala de uma dor muito forte que sente em seu peito. Ele diz: É muita dor, dói muito aqui dentro, é uma tristeza tão grande. Depois de nove meses o acompanhando, João seguiu sua história e sua caminhada com a companhia de outros até pelos anos seguintes.

3.6 Espaço e Tempo para Cuidar de Quem Cuida(dor)

Era mês de maio e germinava um tempo diferente. A equipe do NASF queria fazer uma atividade que denominava imersão. Saíam do seu espaço de costume e permaneciam por um dia em outro lugar. Um dia diferente da rotina. Havia esse espaço destinado a parar com o fluxo acelerado e (a)colher os frutos do trabalho de forma cuidadosa. Uma parada para olhar para trás, reconhecer e valorizar o que passou, e planejar o novo ano.

Neste dia, ganhamos algumas horas para fazer algo com o tempo. Um espaço para nós residentes propormos alguma atividade. Havíamos escutado palavras relacionadas ao Cuidado com o Cuidador. Quem cuida dos profissionais da saúde? Nossos ouvidos andavam atentos para isso. Escolhemos levar um filme que conhecemos na Residência “Tarja Branca”.

“Tarja Branca” lembra a importância do lúdico e do brincar, fazendo uma oposição à medicalização da vida. Assistimos ao filme e depois fizemos uma brincadeira “O carteiro mandou entregar uma carta”. Neste jogo, alguém no centro de uma roda de cadeiras observa as pessoas e diz que tem uma carta para entregar, pensando em algo em comum entre os participantes, que ao se identificarem com o exposto devem sair de seus lugares, andar pelo espaço até encontrarem um novo lugar. Por exemplo: O carteiro tem uma carta para quem gosta de brincar - os que se identificarem irão sair de seus lugares e procurar outro lugar para sentar. Essa dinâmica rendeu boas risadas, agitação e integração. Mas também sentimos a importância do exercício de olhar para o outro e o deslocar-se de lugar. Ao mudar de lugar repetidas vezes emerge a oportunidade de ver as coisas de diferentes pontos de vista. No caso do trabalho em equipe, cada trabalhador tem um ponto de vista, e quando é possível se deslocar do lugar, e ver as coisas também sob o ponto de vista do outro ponto, pode ocorrer uma troca mais próxima do pretendido pela perspectiva transdisciplinar.

Mas brincadeira é coisa séria. E no jogo aparece tudo o que faz parte da dinâmica da vida. Há quem goste mais de correr; sair do lugar; observar; outros caminham devagar; tem reclamações; sorrisos; diversão; empolgação; frustração; cansaço; chateação; invenção; há aqueles que querem vencer a todo custo e quase derrubam quem encontram pelo caminho; outros que cedem o lugar para quem faz tempo que não senta;

às vezes se pensa com zelo e carinho no conteúdo das cartas que serão entregues, outras vezes não.

O jogo mostra a dinâmica da experiência de humanos, com seus desejos, medos, expectativas, insatisfações, preferências, potenciais. E tudo isso faz parte do trabalho, especialmente na saúde mental. Quando temos um espaço para expressar essas questões, podemos também passar a escutá-las. Somos uma equipe que apoia outras equipes, escutando trabalhadores e também usuários. Ao cuidarmos de nós estamos germinando as sementes do cuidado com o outro.

Já em outro tempo, nós residentes, acreditávamos não estarmos sendo compreendidas pela equipe da ESF, que parecia esperar de nós algo que não poderíamos ou não desejávamos dar. Em um primeiro momento sentimos revolta, e depois tristeza e vontade de nos afastarmos. Mas tivemos outros espaços que nos ensinaram a escutar. E assim, apostamos na escuta de um pedido de cuidado e de afeto. Sim, precisávamos nos afetar mutuamente. Fizemos uma proposta de cuidado com o cuida(dor). Era mês de setembro. A primavera estava chegando e queríamos ver as sementes transformarem-se em flores.

Para o primeiro encontro pensamos brincadeiras e dinâmicas que favorecessem a integração entre membros das equipes (participaram a equipe do ESF e também do NASF). Saímos do posto de saúde e fomos para outro espaço próximo que localizava-se em uma creche da comunidade. Foi um momento importante de integração e também de marcar que havia um tempo para cuidar do cuida(dor).

No mês seguinte, igualmente nos dirigimos para outro espaço, fora do posto de saúde. Nesse dia, fizemos primeiro uma brincadeira denominada “coelho sai da toca” e depois uma dinâmica de grupo. Nesta brincadeira, duplas formavam uma espécie de toca, e outros eram os coelhos. A partir da fala da colega educadora física, às vezes se movimentavam as tocas, outras vezes os coelhos. A ideia era de que os coelhos encontrassem uma toca para si e de que as tocas abrigassem os coelhos. Tínhamos em cena os movimentos, as trocas de lugares, de perspectivas, uma vez que em alguns momentos alguns eram toca, em outros eram coelhos. Tudo isso rendeu boas risadas e outros efeitos que iríamos colher num tempo posterior.

Na parte da dinâmica de grupo, tínhamos pequenos embrulhos que denominamos pacotinhos de cuidado. Nestes constavam um pequeno doce com um papel em que estava escrito uma frase diferente em cada um sobre o acolhimento/ cuidado e estimulava que cada trabalhador/a pudesse falar o que significava para si o acolhimento/ cuidado. Senti que esse foi um momento intenso, em que algumas pessoas conseguiram falar e demonstrar afeto para com alguns/mas colegas de trabalho.

Nesse tempo de brincar, rir, sentir-se cuidado, pensar no cuidado para com o outro, muita saúde mental se produziu, para além daquele espaço. Quando a gente se cuida e/ou sente-se cuidado, potencializamos nossa possibilidade de cuidar de outros.

Diante do perigo, a holotúria se divide em duas:
deixando uma sua metade ser devorada pelo mundo,
salvando-se com a outra metade.

Ela se bifurca subitamente em naufrágio e salvação,
em resgate e promessa, no que foi e no que será.

No centro do seu corpo irrompe um precipício
de duas bordas que se tornam estranhas uma à outra.
Sobre uma das bordas, a morte, sobre outra, a vida.
Aqui o desespero, ali a coragem.

Se há balança, nenhum prato pesa mais que o outro.
Se há justiça, ei-la aqui.

Morrer apenas o estritamente necessário, sem
ultrapassar a medida.

Renascer o tanto preciso a partir do
resto que se preservou.

Nós também sabemos nos dividir, é verdade.

Mas apenas em corpo e sussurros partidos.

Em corpo e poesia.

Aqui a garganta, do outro lado, o riso,
leve, logo abafado.

Aqui o coração pesado, ali o Não Morrer Demais,
três pequenas palavras que são as
três plumas de um vôo.

*O abismo não nos divide.

O abismo nos cerca*.

Autonomia. Wislawa Symborka



Fotografias de moradas em territórios de Porto Alegre.

Registros cedidos por Paloma Bambi.

4 APRENDIZAGENS QUE SE FAZEM MORADAS PARA A ESCUTA

Inspirada em Carina Corrêa da Silva (2018) compreendo meu trabalho de escuta nos territórios como uma prática que oportuniza o nascimento da palavra através do meu corpo, que pode se dar por diferentes caminhos, mas possui a mesma função. Meu desejo diz de aprender a escutar no encontro com alteridades, com modos de vida heterogêneos, com singularidades. Isso no bojo de encontros com usuários, familiares, moradores de uma comunidade, ou na partilha com colegas de trabalho, seja nas conversas de corredor, nas ruas, ou nas salas em reuniões de equipe e de rede.

Na época da graduação tive um aprendizado importante com Agentes Comunitárias de Saúde, que generosamente me apresentaram o território, as/os moradores, compartilharam suas percepções sobre um trabalho com saúde mental que acreditavam possível e necessário ser desenvolvido na atenção básica. Naquele período duas ACS estavam bastante entusiasmadas com um curso que tinham feito recentemente: Caminhos do Cuidado¹⁶. Em quase um ano de estágio fizemos juntas muitas visitas domiciliares, um grupo de convivência semanal no salão comunitário, um grupo de caminhada pelo bairro, entre outras ações que, posso afirmar, só foram possíveis pela parceria com essas trabalhadoras.

O estar junto, a presença, assim como reconhecer o outro e dar-se à escuta diz sobre a oportunidade para o nascimento da palavra. No Nasf em Porto Alegre, a aprendizagem possível parece passar pela dimensão cuidadora da escuta. Quando membros das equipes se cobram e se julgam entre si, e assim conseqüentemente isso apresenta efeitos no trabalho com os usuários, um espaço de cuidado com o cuidador com uma equipe de ESF acontece como uma oportunidade de cuidado, expressão e elaboração. Expressão esta que passou primeiro pelo corpo através dos gestos nas brincadeiras, para depois haver um momento possível de compartilhamento de falas.

Interessante observar que esta proposta de cuidado com a equipe surge em um momento de tensão em que “não sabíamos” o que fazer, e desejamos apostar em um espaço de acolhimento, a partir do qual foi favorecido o nascimento da palavra. Algumas

¹⁶ Projeto de Formação em saúde Mental (Crack Álcool e Outras Drogas) para Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem da Atenção Básica, criado no ano de 2013. Até janeiro de 2016 já havia ofertado 292.899 vagas em todo o Brasil.

situações com as quais nos defrontamos nestes cenários corroboram o que Dóris Luz Rinaldi (2015) descreve como os casos considerados difíceis, que mobilizam e geram angústias, colocando em questão a suficiência da equipe, quando a utilização de protocolos conhecidos já não funcionam. Mas, são nesses momentos de impasses e dificuldades que, conforme a autora:

uma abertura se instaura, o que é especialmente importante para impedir o imobilismo tão frequentes nas instituições. Um vazio de saber se abre e é nessa brecha que se pode inserir a novidade que a psicanálise traz: de que há saber inconsciente, isto é saber não sabido, que está do lado do sujeito e não do lado dos técnicos. É ao levar isso em conta que podem ocorrer deslocamentos discursivos que possibilitem a elaboração, no âmbito da equipe, de novos saberes, sempre não todos. (Rinaldi, 2015, p. 322)

Nos pareceu que esses encontros de cuidado provocaram deslocamentos discursivos, pois após a realização dos mesmos percebemos que a palavra passou a circular mais, e de formas diferentes. Algumas ACS se autorizam a falar sobre suas práticas, as histórias de vida de alguns acompanhados, e suas perspectivas sobre o cuidado ofertado. No cuidado com Rosália, o que inicialmente estava marcado por suspeitas, como o uso de álcool com medicamentos para argumentar a sua não melhora, abriu brecha para a história de vida da usuária contada por sua ACS. Uma outra usuária, que estava em uma difícil situação, recebia uma visita semanal de sua ACS, mas esta não sentia valorizado o seu trabalho, que ao ser reconhecido por nós pode ter outros desdobramentos favorecendo que ela mesma pudesse legitimar o cuidado que sabia fazer.

A semente do vazio de saber e do cuidado com o cuidador, juntamente com a aposta no caminho do trabalho através da arte, estava presente na equipe do NASF, que buscava se reunir semestralmente para o que denominavam imersão, e consistia, entre outras coisas, em questionar sua suficiência, refletindo sobre o que não ia bem, o que poderia melhorar; mas também cuidar dos trabalhadores ao proporcionar um dia em que paravam para olhar suas produções e valorizar o que estava indo bem, assim como potencializar a invenção de outros modos de intervenções junto às equipes e usuários.

Outra via de aprendizagem, favorecida pelo ATnaRede, reflete a potencialidade da circulação pela rede, uma vez que éramos incentivados a realizar contatos e projetos de cuidado em conjunto tanto com os serviços de saúde como com a rede intersetorial: educação, assistência, segurança, cultura e outros. Assim, também tínhamos a oportunidade de nos tornarmos profundos conhecedores da rede, mas a marca desse ensinamento para mim diz da força política desses encontros, da presença e do afeto, na direção de um trabalho compartilhado, como matéria viva e preciosa na construção artesanal destas redes.

Os rastros dessas aprendizagens dizem dos compartilhamentos e parcerias de trabalho nos diversos âmbitos da rede de atenção psicossocial, que remontam ao que consideramos representar *os alicerces destas moradas: a prática entre vários*. Conforme Rinaldi (2015), não é novidade a presença de psicanalistas nas instituições de saúde mental, sendo que seu trabalho acontece no contexto da equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diferentes núcleos de saberes, que visa a quebra da hegemonia do saber médico. “Nesse campo o psicanalista está entre ‘vários’, seja como técnico, seja na função de supervisor clínico, e é desses lugares que ele deve sustentar uma ética fundada no desejo que coloca o sujeito como eixo do trabalho clínico.” (p. 318)

Sobre os desafios que o psicanalista enfrenta, Rinaldi (2015) refere que dizem respeito a imprevisibilidade da clínica, ao que escapa ao sentido na psicose e neurose grave, em casos graves de desamparo psíquico e socioeconômico. E marca que o seu trabalho, ainda que guarde sua especificidade, não existe sem os outros trabalhadores, sendo no contexto da equipe que poderá se efetivar, através das suas múltiplas intervenções. “Não se pode, portanto, trabalhar sozinho, ainda que a experiência seja sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato.” (p. 318)

4.1 A Construção de Moradas Itinerantes de Acolhimento

Desde o período da graduação, como mencionado anteriormente, despertou-me o interesse em aprofundar a compreensão sobre o conceito de acolhimento, a partir de questionamentos sobre a escuta que se propunha. No serviço em que realizava o estágio, o termo acolhimento era utilizado genericamente, para denominar também o que consistia em uma triagem através dos critérios diagnósticos do DSM. Naquela época, ao

pesquisar sobre a proposta do acolhimento, fiquei surpresa e entusiasmada com os resultados encontrados, pois os mesmos davam consistência ao que eu começava a refletir que seria um cuidado humanizado em saúde mental.

Os achados daquela pesquisa evidenciaram a amplitude do conceito de acolhimento: como uma atitude e postura ética, e um dispositivo, sendo este uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2010). Acolhimento enquanto atitude e postura ética está relacionado a criação de condições para que o usuário possa expressar seu sofrimento, diz da acolhida e da escuta da situação de forma ampla, criação de vínculo, momento em que o diagnóstico não deve ser o objetivo principal. Além disso, é concebido para o acompanhamento do usuário de forma longitudinal, não somente nos encontros iniciais. Enquanto dispositivo, o acolhimento refere-se ao modo de operar os processos de trabalho em saúde, propõe mudanças estruturais na forma de gestão, investimento em espaços democráticos, reorganização dos serviços a partir de análises dos processos de trabalho, construção coletiva em rede, protagonismo dos sujeitos e valorização do encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social (Brasil, 2010).

No entanto, com um trabalho em rede ainda incipiente naquela cidade, foi no momento de realização do segundo estágio em uma ESF que comecei a ter pistas não só acerca da questão dos usuários que chegavam no CAPS, mas não seguiam acompanhamento; como também sobre uma demanda de saúde mental reprimida no território, que o CAPS sozinho não teria como dar conta, até por que não seria esse o seu propósito. Neste sentido, as visitas domiciliares com os ACS foram marcantes em minha formação, porque ali se ensaiava o trabalho na lógica territorial, se inventava outras formas de encontro para o acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. Esta estratégia de cuidado realizada neste local foi bem aceita pelos usuários e também pela equipe, que desejou ao final daquele período do estágio que outra estagiária de psicologia pudesse dar continuidade ao trabalho no ano seguinte.

Em diálogo com Susane Londero (2010, p. 26) compreendemos que “Uma postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para ser efetivada. Está relacionada com abertura à diversidade cultural, racial e étnica, e com um vínculo com o

sujeito e não com a doença”. Dando relevo a esses elementos concebemos o *acolhimento/ postura acolhedora como as paredes e telhados das moradas da escuta*.

A publicação “Cadernos de Atenção Básica n. 34” traz informações sobre a busca de ajuda profissional neste contexto por causa do sofrimento psíquico. A prevalência é de casos denominados de sofrimento mental comum, sendo a intersecção de síndromes depressiva, ansiosa e de somatização. Dados epidemiológicos apontam que uma a cada quatro pessoas que procuram a AB sofrem do chamado “transtorno mental comum”, o que poderia chegar a proporção de uma pessoa a cada duas, se forem considerados também os casos subclínicos. Além disso, destacam os problemas relacionados ao uso de álcool, que atingem um em cada dez adultos, e os transtornos graves e persistentes (esquizofrenias e psicoses) diagnosticadas em cerca de dois a cada 100 adultos, como dois conjuntos de situações em que o cuidado em saúde mental na AB também se mostra relevante e que dificilmente será motivado por uma demanda do usuário (Brasil, 2013).

O trabalho com saúde mental na Atenção Básica, embora já apresentasse avanços em algumas regiões do país¹⁷, em outras ainda encontrava-se no início de seu desenvolvimento. Sua ampliação tomou força com a instituição da RAPS, que favoreceu iniciativas como as Oficinas Terapêuticas na AB. No ano de 2013 com a publicação do referido Cadernos n. 34, pelo Departamento de Atenção Básica, foram sistematizadas algumas orientações. Entre elas, destacamos a ação de visitas mensais realizadas pela Estratégia Saúde da Família aos moradores de um território em situação de maior risco, tendo assim facilitado o acesso ao atendimento. O ACS é destacado como o profissional que deve ser instrumentalizado a identificar as famílias que convivem com situações de sofrimento psíquico intenso e usuários de álcool e outras drogas que necessitam de atenção especial.

Naquele período ainda era recente a promulgação da portaria GM 3.088, que em 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dispondo sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A portaria trazia em suas diretrizes a oferta de cuidado integral, a diversificação de estratégias de cuidado, a ênfase em serviços de base

¹⁷ Por exemplo, os NASF, que possuíam objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária, já haviam sido criados desde 2008.

territorial e comunitária, a promoção de estratégias de educação permanente, entre outras, indicando a Atenção Básica em Saúde como um dos componentes da RAPS.

Conforme Rinaldi (2015), a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve êxito na implantação dos novos dispositivos de tratamento, construindo uma rede de serviços em todo o país. Entretanto, lembra-nos que mesmo trinta anos após as primeiras experiências de assistência em saúde mental de caráter não manicomial, existem ainda muitos desafios a serem enfrentados pelos profissionais que trabalham neste campo. A autora faz menção à importância de uma reflexão permanente sobre as práticas clínicas na esfera pública, para a sustentação dos novos modos de acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico.

Neste sentido, o desenho destas moradas também é realizado através de traçados que nos tiram dos lugares antes costumeiros - a sala de atendimento, cadeira, poltrona - e também aponta para a reflexão sobre os efeitos do deslocamento de um setting em alguma medida pré-estabelecido, estável e controlado para a presença e intervenção nos territórios, nas casas, na rua, na comunidade.

Destacamos, em diálogo com Lemke e Silva (2011), que as práticas itinerantes passaram a ser fundamentais para a desinstitucionalização das práticas e integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Este elemento que colocamos em relevo, quanto às práticas itinerantes, diz respeito ao nosso desejo em partilhar algumas reflexões oriundas das aprendizagens no trabalho com os sujeitos em sofrimento psíquico que não buscam os serviços de saúde ou que apresentam dificuldades em darem continuidade aos seus acompanhamentos.

Trazemos para a discussão o fato de que trata-se de casos em que, muitas vezes, a demanda de atendimento parte de outras pessoas, sejam familiares ou trabalhadores das instituições. Em algumas situações, estes usuários têm aceitação sobre serem atendidos, mas precisam do suporte de um terceiro para fazer a ponte e dar continuidade ao cuidado em saúde mental. Em outras, a aceitação pode não estar presente inicialmente, o que demandará maior investimento na construção do vínculo.

Nestes casos observamos que a possibilidade de uma maior sustentação nos momentos iniciais de vínculos e/ou nos períodos de maior fragilidade psíquica,

emprestando nosso desejo, colocando nosso corpo na cena, costuma ajudar a viabilizar o seguimento dos acompanhamentos. Neste sentido, as *práticas itinerantes são pilares e vigas desta morada*, ao favorecer os vínculos e o acesso ao cuidado, quando nos movimentamos em um território propiciando encontros, ou mesmo quando vamos o encontro de um usuário que não consegue sair sozinho de sua casa.

Nestas perspectivas, a noção de enquadre aberto elaborada por Leonel Dozza de Mendonça (2017) no contexto do acompanhamento terapêutico é bem vinda e seu uso pode ser ampliado para outras situações que envolvem o cuidado no território. As intervenções no âmbito do que o autor denomina clínica do cotidiano - clínica pelos elementos vinculares da tarefa e cotidiano porque o trabalho ocorre através do vínculo no cotidiano (conversas, pessoas no contexto comunitário, familiar e domiciliar) - são realizadas em um enquadre diferenciado do trabalho no consultório, que costuma ter um enquadre fechado, onde a intervenção se dirige a uma pessoa ou grupo, não sendo desejado a participação de terceiros.

Mendonça (ibidem) diferencia o enquadre aberto em dois tipos: o aberto para fora e o aberto para dentro. O primeiro está relacionado a situações cotidianas, que podem envolver vizinhos ou outros atores presentes na comunidade. Refletem situações como encontrar alguém na rua que deseja saber algo do acompanhado/familiar/vizinho, mas faz a pergunta aquele que o acompanha, como se a pessoa não tivesse condições de falar de si ou não estivesse presente naquele momento. Isso não significa estar aberto a tudo que é externo, mas diz de aberturas para intervir em situações que bloqueiam o fluxo do acompanhamento ou apresentam dinâmicas de vinculação que alienam o paciente. Neste caso, podemos indicar que a pergunta seja feita a própria pessoa, como um modo de ressignificar imagens construídas acerca dos usuários da saúde mental.

O enquadre aberto para dentro, se refere a abertura para participação de terceiros, embora esta seja seletiva e com filtros. Por exemplo, pode haver a presença de um amigo ou familiar durante o encontro, de forma espontânea ou a pedido do paciente. A dificuldade da inclusão dessa pessoa pode ser sentida como ataque ao enquadre, mas por se tratar de um enquadre aberto, essa presença pode ser importante para obter informações sobre o universo de vínculos dos acompanhados e para realização de intervenções. Neste sentido, o enquadre está aberto a todas participações que

contribuam para a realização da tarefa, podendo também o profissional acompanhar paciente e familiares onde quer que seja. Por estes motivos, Mendonça (ibidem) diz que não há sessão, mas encontro, o que destaca esse outro enquadre, e favorece não confundir com uma espécie de terapia domiciliar.

Em referência as aprendizagens destas experiências, as *práticas itinerantes* também se mostraram potente dispositivo para a ampliação das possibilidades de escuta, uma vez que estar presencialmente nos territórios, nas casas dos acompanhados, pode propiciar efeitos nas subjetividades dos trabalhadores. Reflito que em minha trajetória essa experiência territorial que se fez sentir em meu corpo, propiciou o encontro com alteridades e provocou aberturas ao me aproximar da diversidade social, cultural, racial e étnica presente nos territórios, fazendo parte de um processo de reinvenção subjetiva.

Essa ampliação da escuta também relaciona-se ao o que Emília Broide e Jorge Broide (2013) denominam de “escuta territorial”, que viabiliza o trabalho psicanalítico em situações sociais críticas. Ao colocar o corpo nas malhas da cidade “Esta escuta abre caminho para uma reflexão sobre a vida do sujeito, incluindo sua história, visão de presente e futuro e seus laços mais profundos com a comunidade e o território.” (Broide, 2019, p. 39)

Ao escutar as histórias de vida, percebemos que uma perda de autonomia costuma surgir e se cronificar entrelaçada a situações críticas ou traumáticas da vida, como desemprego, dificuldade de acesso aos direitos básicos, falta de rede de apoio, morte de pessoas próximas, violências sofridas, adoecimentos físicos, sofrimento psíquico, entre outros acontecimentos. Não se trata aqui de investigar uma possível causa que tenha originado a perda da autonomia, mas considerar os efeitos disso na vida das pessoas acompanhadas e as possíveis implicações em possibilidades de desejar mudanças e buscar o cuidado em saúde mental.

Neste ponto, trazemos alguns elementos sobre a *escuta, aberturas dessa morada*. A partir da questão da perda de autonomia, não é incomum que outras pessoas falem pelo usuário e desejem mudanças em sua vida, inclusive isso pode acontecer até mesmo partindo de nós, trabalhadores em saúde. Nestes casos é essencial criar condições para a fala do próprio usuário, favorecendo a construção de alguma narrativa sobre si e sua história.

É importante escutar e dialogar com as pessoas envolvidas, próximas aos acompanhados, sejam familiares, pessoas da comunidade, ou profissionais da rede de atenção psicossocial. Também acompanhar e por vezes intervir nas dinâmicas que atravessam as relações entre as pessoas que compõem esta rede de cuidado. Neste ponto, as noções de enquadre aberto para fora e aberto para dentro, já mencionados, nos ajudam a nortear o trabalho. Entretanto, é primordial valorizar a fala do próprio sujeito, ajudando a construir a possibilidade de sua emergência.

No artigo *Construções em Análise*, Freud (1937/1996) discorre sobre o trabalho do analista dizendo que “Sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo.” (p. 276). Freud compara o trabalho de construção ou reconstrução em análise a escavação feita por um arqueólogo em alguma morada destruída e soterrada, no entanto destaca que o material que dispõe o analista encontra-se em melhores condições, pois não se trata de algo destruído, mas que ainda está vivo. Tratando-se do objeto psíquico, “todos os elementos essenciais estão preservados; mesmo coisas que parecem completamente esquecidas estão presentes, de alguma maneira e em algum lugar, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo.” (Ibidem, p. 277)

Freud (1937/1996) adverte que os objetos psíquicos são bem mais complicados do que os objetos do escavador, e que sempre podemos nos surpreender com o que vamos encontrar, uma vez que nosso conhecimento não é suficiente. Ainda menciona que para o escavador, a reconstrução é o objetivo final de seu trabalho, enquanto para o analista, trata-se de algo preliminar. O analista complementa um fragmento da construção e o apresenta ao sujeito, de forma a que possa ter um efeito sobre ele; segue construindo um outro fragmento a partir do novo material, e desta mesma maneira prossegue, desse modo alternado, dando seguimento ao trabalho.

Destacamos que Freud trata nesse artigo de parte da tarefa que diz respeito ao analista, assim demarcando as intervenções por parte de quem escuta, para viabilizar essas construções. Meu trabalho norteadado pela ética da psicanálise, que concebe o sujeito dividido, a dimensão inconsciente, é provocado nessas construções ao alargamento das aberturas na escuta para as diversidades presentes nos territórios, ou para os contextos das situações sociais críticas.

Em minhas experiências de circulação pelos territórios encontrei pessoas que pareciam esquecidas pelo mundo, por vezes reclusas em suas casas, com marcante dificuldade ou impossibilidade em construir alguma narrativa sobre si e suas histórias. Outras pessoas falavam delas ou por elas. Discursos hegemônicos tendiam a defini-las a partir de julgamentos morais e/ou diagnósticos psiquiátricos e não havia espaço para a singularidade. Os efeitos disso, observáveis nesses encontros, eram o apagamento do sujeito e a emergência de pessoas em situações de grave sofrimento. Algumas, justamente por não haver palavra nem gesto possível, pareciam estar esperando a morte. Outras vivenciavam a aceleração da morte física, uma vez que a morte subjetiva já estava em curso avançado.

Relacionado a esta questão, Miriam Debieux Rosa (2017) refere que um discurso social hegemônico adquire força para apresentar-se como discurso do Outro, recobrando o real, não deixa espaço para a singularidade e produz efeitos alienantes, pois captura o sujeito seja na constituição subjetiva ou pela destituição subjetiva. Esta operação ocasiona um apagamento da força discursiva dos sujeitos, uma vez que são retirados de sua história pessoal, sociocultural e política, do lugar a partir do qual falam. Junto ao desamparo social isso vai configurar o que a autora denomina de desamparo discursivo.

As situações que se apresentam, corroboram ao que Rosa (2017) denomina como clínica-política, sendo estas diferentes das encontrados no consultório “quanto à face sociopolítica do sofrimento e, algumas vezes, quanto a falta de uma demanda de intervenção psicanalítica ou mesmo psicológica, substituída por aparentes demandas objetivas voltadas para as carências materiais.” (p. 367). O conceito da “*psicanálise implicada*: aquela que escuta o sujeito ali onde só aparecem inicialmente os modos de alienação em que ele é capturado e enredado pela maquinaria do poder” (Ibidem, p. 367), nos ajuda a refletir e a avançar nas análises.

A criação de condições para que Rosália pudesse falar de seu sofrimento envolveu o estabelecimento de uma relação de confiança e uma construção que se desenvolveu ao longo de algum tempo. Fomos a sua casa e ajudamos que ela pudesse contar fragmentos de sua história. Respeitamos o dia em que ela, deitada em sua cama, diz que deseja falar em outro momento. Talvez sua negativa estivesse relacionada à dificuldade em entrar em contato com conteúdos psíquicos dolorosos, que precisaram de tempo para serem

transformados em palavras. Nossas visitas a sua casa e nossa presença, emprestando desejo, mas com respeito a sua autonomia, ajudaram a construir um tempo outro, em que nos chamaria novamente à sua casa para falar sobre seus medos e sofrimentos.

Por outro viés, o discurso social hegemônico vai se desdobrar de algumas formas, dependendo do contexto em que estivermos circulando. No trabalho em saúde mental não é incomum que o desamparo social se destaque quando o acesso aos direitos fundamentais não está assegurado. Questões como falta de moradia, alimentação, acesso à saúde, trabalho, educação, entre outros, surgem como elementos primordiais na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS. Neste sentido, quando o construímos com um usuário que em seu contexto de vida apresenta carências materiais, é importante considerar o engajamento em projetos de vida que façam sentido para si, e que, a partir de suas singularidades e desejos possa fazer enlaces ao social.

Como um caminho possível, ressaltamos esse elemento ***Singular*** e pensamos junto com Emília Broide (2019) que “a pertença, as marcas, os rastros de cada um são elementos fundamentais na compreensão do que é dito na fala comum e cotidiana das pessoas, assim como também, na escuta psicanalítica nas situações sociais críticas.” (p. 38)

Assim, esse elemento nos dá pistas que ajudam a nortear as intervenções e as tentativas de costuras de uma rede de cuidado *com* os usuários, ao valorizar suas falas e promover aberturas ao saber que dispõem sobre si mesmos, uma vez que o usuário é: “Sujeito de um saber absolutamente singular, que se constitui na experiência de viver, na experiência do adoecimento, na experiência de receber tratamento, na experiência de habitar um território.” (Palombini & Pasini, 2017, p. 71)

A noção da relação de vizinhança com o acompanhado, referida por Deborah Sereno e Maurício Porto (1991), relacionada ao at, ampliada e modificada para seu uso em outras situações de acompanhamento, também nos ajuda a pensar sobre uma postura ética nessas construções: algumas vezes estaremos ao lado ofertando suporte, que lhe dará tranquilidade para seguir seu caminho; outras vezes poderemos estar a frente para propor algo novo ou protegê-lo em caso de risco; em outros momentos estaremos um passo atrás, e o usuário poderá experimentar de formas autônomas seu modo de viver.

É importante uma reflexão constante sobre a posição *estar a frente*, para que as proposições de ideias ou tentativas de proteger em momentos necessários não se configurem como uma violência encoberta por supostas boas intenções. Algumas vezes a ansiedade vivida por nós trabalhadores, ou uma não escuta, antecipa os passos que a pessoa não desejou dar de forma autônoma. Às vezes até mesmo pode ocorrer uma persuasão sobre o melhor caminho a seguir, fortemente atravessada por insígnias do discurso social hegemônico, que dita modelos de vida e está presente de forma estrutural em nossa sociedade. Fernanda Costa-Moura (2018)¹⁸ nos lembra que “a gente vai abolindo as pessoas quando não quer escutar o que elas têm a dizer, quando não reconhece o outro”. Lamentavelmente, algumas intervenções concebidas como terapêuticas, são violentas, ao colocar o sujeito no lugar de puro objeto das práticas e desvalorizar sua palavra e sua história.

Na história de Rosália, o cuidado ofertado pelas equipes era algo importante com vistas a sua autonomia e melhor qualidade de vida, bem como o ingresso em um programa de reabilitação visual permitiria o acesso a um direito, para uma mulher que já estava cega há oito anos. No entanto, para acessar esse programa, ela teria que se deslocar de um território na parte sul da cidade até outro na parte norte, o que trazia mais um entrave: Rosália tinha medo de sair de casa. O único dia em que saía, sempre na companhia de alguém, era na data do recebimento de seu salário no banco.

As equipes entenderam ser importante investir na construção desse desejo com Rosália, em obter uma bengala branca, um objeto que representaria o acesso a reconstrução de sua autonomia. As conversas que se seguiram com a usuária, tendo como ponto de partida esse objetivo, nos serviram para abrir brechas em uma aproximação que buscou a constituição do vínculo. A mim, o que tocou, foi uma sensação de que era preciso acolher Rosália, seus gestos frágeis, mãos tateando as paredes, mãos que ao nos tocar pareciam buscar ainda um enlace com a vida. Acolher e escutar, neste caso, significou para mim perceber e acompanhar seus movimentos, seus gestos, seus silêncios, ausências, seus não ditos e me perguntar sobre isso. Desejava escutar mais sobre a história de Rosália, pois acreditava que através de sua história poderíamos construir com ela o caminho de sustentação de seu cuidado.

¹⁸ Comunicação oral realizada na Aula Inaugural do PPG Psicanálise: Clínica e Cultura da UFRGS em 2018.

A partir da valorização da fala e outros modos de expressão de cada usuário acompanhado, temos o desafio dessa construção artesanal do cuidado. Como Rinaldi (2015) nos lembra “escutar e tomar o caminho do sujeito como ensinamento está relacionado a uma postura de aprendiz da clínica, no qual o não saber tem valor dinâmico, a partir de uma ética que resguarda a palavra e a diferença do sujeito.” (321) Uma postura de aprendiz nos convoca a sustentação de uma escuta aprendiz, uma escuta que se apresenta aberta à alteridade, à aprendizagem sobre outros modos de ser e estar no mundo, muitas vezes incompreensíveis ao discurso da razão e mesmo aos discursos *prêt à porter* de algumas perspectivas clínicas.

4.2 Aprendendo a escutar sonhos

Nenhum sonho se pode contar. Seria preciso uma língua sonhada para que o devaneio fosse transmissível. Não há essa ponte. Um sonho só pode ser contado num outro sonho. Mia Couto.

aberturas para a rua
objetos e fotos
o menino negro segue calado
vocês têm sete minutos
chão barroso
está ali sem afundar

a cadeira ao lado
a separação na sala
Olho em volta
desisto de procurar

seus pés afundam

palavras desconexas
começa a falar passagens
sua história
contato com a dor
as coisas podem mudar.

segurando um na mão do outro
tempo

a pasta com objetos e fotos
artesanalmente -

O que isso significa para você?

O contato com a dor - As coisas podem mudar - era uma promessa que fazia a mim mesma?

A cadeira ao lado - espera alguém que não chega. Procuro motivos. As pessoas não chegam no horário marcado para os atendimentos. O que será que acontece? Olho em volta e não vejo a separação na sala. Não vejo nada além das paredes daquela sala com luzes artificiais.

Desisto de procurar. Tenho pouco tempo. Quando movo a cadeira de lugar, ela afunda. Vejo o chão barroso, a divisão na sala. Levanto da cadeira, meu corpo se move, tento aproximar o menino negro de mim, mas seus pés afundam. Temos sete minutos.

Somente quando nos aproximamos nas fronteiras da separação da sala, seguramos um na mão do outro, se constrói um espaço e um tempo em que é possível estarmos juntos.

Uma lembrança relança meu pensamento ao movimento: Dona Maria chora baixinho na ponta da mesa - os poucos minutos em que pode chorar a morte do filho, sem ninguém ver. Conta que seu filho foi assassinado.

Os três territórios em Porto Alegre pelos quais circulei estavam marcados por uma violência crescente. Aconteciam guerras diárias, às vezes com tiroteios, incêndio em ônibus, toque de recolher, assassinatos com rituais de crueldade, pessoas que eram expulsas de suas casas. Tornou-se cotidiano para mim escutar como essa violência e o medo impactavam a vida das pessoas. Ao sair na rua com os acompanhados, era sempre uma questão a levar em consideração, o caminho, aparentemente, mais seguro a percorrer. Era comum ter medo de andar por algumas ruas ou regiões onde havia risco iminente de tiroteio.

No AT que fazia com João, costumeiramente ao chegar em sua casa, sua mãe me passava um relatório das notícias de violência que havia assistido na televisão. Ela nos orientava em quais ruas poderíamos andar, e às vezes repetia que estava muito perigoso

sair de casa. João tinha o desejo de retomar os estudos, mas sua mãe dizia que naquela região era impossível sair à noite, porque quase todos os dias tinha tiroteio.

Especialmente no território do NASF, onde escutei mais famílias, começou a se apresentar significativo à minha escuta, que praticamente todas as famílias que visitamos contavam alguma história de perdas familiares por assassinato. Geralmente, uma mulher, contava sobre a perda de um filho, ou de um irmão, ou companheiro. De alguma forma me senti dentro dessa realidade, ao escutar repetidamente, as histórias de famílias em que um membro havia sido assassinado, muitas vezes homens jovens, entre 20 e 25 anos, em contextos relacionados ao tráfico de drogas e a guerra contra as drogas.

No posto de saúde, percebia o silêncio sobre essas histórias. Quase não se falava sobre isso, quando se falava, não se desejava alongar o assunto. No entanto, algumas vezes alguém comentava brevemente sobre algum acontecido. Um assassinato as sete horas da manhã na parada do ônibus, uma casa que havia sido invadida, alguém que foi morto dentro de casa, uma mulher grávida atingida por bala perdida, tiroteio em uma creche.

Quando um caso acompanhado envolvia ou tinha proximidade com alguma situação de violência, falava-se em voz baixa dentro do posto, havia medo de que alguém que estivesse na rua pudesse escutar. Havia muito medo envolvido, e a sensação era de que se armavam defesas para tentar não ver e não escutar essas histórias. Mas elas estavam ali o tempo todo, nos rodeavam, e tinham efeitos em nós, porque se a qualquer momento alguém podia morrer brutalmente, que valor tinha a vida?

Por algum período eu sentia muito medo. Parei de fazer a leitura das notícias na internet, fiquei meses sem ler as notícias das violências que aconteciam nos três territórios em que andava. Mas os acontecidos violentos chegavam de outras maneiras, a todo momento, através das escutas aos usuários, e também dos comentários e recomendações no cotidiano. Um dia eu e minha colega desejamos participar das reuniões do conselho de saúde daquele território, e fomos bastante advertidas de que não deveríamos andar naquele local a noite.

Mesmo assim, fomos na reunião do conselho de saúde. Havia poucas pessoas, considerando o tamanho do território. Mas, pensava, se nós não deveríamos andar por ali

a noite, como os moradores chegariam até a reunião? e como voltariam para suas casas, se não era seguro ficar esperando na parada de ônibus?

Eu passava o dia naquele local e ao final da tarde ia embora, para um quarto que alugava na região central da cidade. Ficava pensando como seria dormir à noite naquela região - ouvir tiroteio havia se naturalizado? Acordar com uma notícia de assassinato havia se banalizado?

Os efeitos disso chegavam ao ponto de que, quando fomos dialogar com um profissional sobre o que dona Maria nos falou, a respeito do assassinato de seu filho, ouvimos algo como “isso não tem nada a ver, ela usa como desculpa”. Tal qual o dia em que saímos com Isabel, e ela nos mostrou um atalho para chegar até uma praça. Quando voltamos ao posto, um profissional caçoou de nós por estarmos naquele local, que teria sido palco de tiroteios em outros momentos.

Toda essa violência impactava no trabalho da escuta, às vezes ao negá-la, outras vezes ao ser capturada em suas insígnias. Esses elementos me retornam em sonho em setembro de 2018. Esse sonho me fez refletir muito sobre como era difícil para mim escutar aquelas histórias e o sentimento de impotência que se gerava ao querer ajudar as pessoas e não se sentir capaz.

Outras histórias que me causavam espanto falam das pessoas que passavam por internações, às vezes recorrentes, em hospitais psiquiátricos e clínicas privadas conveniadas com a saúde pública. Histórias que diziam da violência da segregação, da exclusão dos modos de vida diversos e do sofrimento psíquico.

Olgária Matos (2013), estudiosa do conceito de experiência em Walter Benjamin, entende que:

Pobreza do vivido significa não apenas sua carência, mas também sobrecarga e saturação. Para superá-la, procuram-se vivências novas e sempre mais veementes, em vez de se dispor de tempo para convertê-las em experiência. (p. 1)

A autora aponta que, para Benjamin, a aceleração do tempo no mundo moderno, materialista e mecanizado, se dá através das crescentes intensidades, estímulos e fluxos

pelos quais o ser humano é afetado, “mundo sem experiência, produzido pelo mercado, pela automação e pela ciência” (ibidem, p. 2).

Nestes dois anos de pesquisa andrilhei caminhos e fiz garimpos que pudessem ajudar a verter essas experiências. Apostei que o vivido poderia ser rico em aprendizagens sobre a escuta. “Experiências são vestígios de tempos heterogêneos que permanecem na memória inconsciente, onde se aloja a aura do tempo.” (ibidem, p. 1). Como um dos caminhos para fazer jorrar as experiências, tomei o sonho, expressão do inconsciente, e ao acolher o sonho, vivi os efeitos deste ato.

Com este ato, mobilizaram-se lembranças, que trouxeram as histórias que me coloquei a narrar. Ao escrever e ler, e reler, essas narrativas, o vivido foi se deslocando entre lugares, onde podia ver e escutar a partir de outras perspectivas. Algo foi se transformando em mim e a cada tempo se faziam aberturas que me traziam outras imagens e despertavam associações.

Nesse tempo outro, pude tomar mais alguns elementos do sonho - a pasta com objetos e fotos - e o objeto artesanal - como composição da elaboração de um saber sobre a direção possível de trabalho: escutar as singularidades de cada história; não antecipar sentidos na vivência do outro. Mas também, ao abrir as páginas desta pasta, tocar pontos do mais absoluto silenciamento, como formas de dar-se à escuta, mesmo quando o silêncio chega primeiro e a voz somente tempos depois.

No ritmo e tempo do artesanal, senti vontade de acolher fragmentos da minha própria história nesta construção. Estes me colocaram de frente com minhas dores e fizeram refletir sobre as formas que estas faziam parte da minha possibilidade de escuta. Acolher minhas histórias neste texto, também se relacionou com dar a ver as elaborações possíveis a partir das narrativas de histórias de vida. Em momentos difíceis, senti vontade de trazer ao texto algumas poesias que me acompanhavam, elemento de minha singularidade, que diziam coisas que eu ainda não conseguia expressar em palavras.

Esses movimentos de acolhimento vividos em mim, ao acolher o sonho, os desejos, as histórias, as dores, as poesias, diz de uma forma de experimentação do cuidado e escuta de si que perfaz o oxigênio dessas *moradas para a escuta*, é o que me permite respirar.

Não estive sozinha neste tempo, como diz Quinet (2012), o “sujeito não vive sem o outro.” (p. 5) Para lidar com as dores e elaborá-las, transformá-las em potência de vida, os enlaces com muitos outros e o cuidado recebido se faz fundamental. Nessa aposta no cuidado, uma imagem tem me acompanhado, gerada por estas palavras:

Experiência primeira, as canções de ninar. Porque a delicadeza é a matéria desses cantos, seus versos breves possuem a potência miraculosa de metamorfosear angústias e desejos em sono e sonho. Unindo corpo e alma, ela é a experiência ética que se encontra na base de uma verdadeira arte de viver. Embalar e cuidar exigem tempos longos, propiciadores dos primeiros laços de afeto entre mãe e filho. Ligando o adulto e a criança que ele foi, a canção de ninar é um halo de proteção que acompanhará o recém-nascido pela vida toda (Matos, 2013, p. 1).

Essa experiência primeira, tomada como metáfora, me remete ao cuidado, *chão destas moradas*, com uma imagem de acalanto à dor, a minha própria dor, sentindo essas experiências no corpo que se fazem aprendizagens sobre como ajudar a cuidar de outros, aprendizagens que se fazem *moradas para a escuta*, com a delicadeza que também é matéria nesta casa, que se constrói em tempos longos no fazer artesanal, em busca de uma escuta cuidadora que traga a potência de gestar narrativas com o outro.

Não seria arbitrário dizer
que tudo nasceu de um sonho
Sonho
que cresceu com outros
com as histórias de vida de outros
Histórias
que me fizeram crescer
e nascer de novo
e de novo e de novo e de novo
(re)nascer com a força da poesia
e nesse nascedouro de vida
estou a parir palavras

Josiane da Silva Silveira

Julho de 2020

5 CONSTRUÇÕES INACABADAS

Em diálogo com Dunker (2017) compreendemos que “Interpretar um sonho não é traduzir seu sentido, mas reconstruir os caminhos pelos quais ele foi se fazendo. Quando deciframos um sonho precisamos das associações que faz o sonhante de seus diversos signos e imagens.” (pp. 10-11)

Em um campo fértil da pesquisa em Psicanálise acolhemos ao sonho e a uma escrita que se abre em associação livre. Nesse chão que se deu o andarilhar e o garimpo ao reconstruir alguns caminhos percorridos na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, a partir dos signos e imagens do sonho sonhado em setembro de 2018.

Uma imagem deste sonho: quando eu e o menino seguramos na mão um do outro, encontramos um lugar em que podíamos permanecer, nas fronteiras entre a vida no chão barroso e a burocracia das salas com luzes artificiais que não acompanham a vida das pessoas.

Não por acaso, aquele seria o ano em que iria se viralizar a frase “ninguém solta a mão de ninguém”, ao se confirmar uma mudança radical no cenário político brasileiro.

Em se tratando das políticas públicas de saúde e assistência, estas vinham sofrendo desmontes gradativamente mesmo antes do ano de 2018. Depois das eleições, não só essas políticas continuaram a ser atacadas, como a educação passou a ser alvo dos desmontes.

A metáfora das Moradas surge neste tempo, inicialmente talvez associado a um desejo de proteção em meio a tantos absurdos. Um abrigo ou local seguro é, possivelmente junto a descoberta do fogo, algo que diz da evolução do ser humano em desejo e necessidade de cuidar de si e dos seus.

No tempo de *Káiros*¹⁹ essas moradas vão ganhando contornos e imagens diversas a partir dos garimpos nos solos do cuidado em liberdade da Rede de Atenção Psicossocial, impulsionadas pela força da narrativa, que reconstrói histórias a partir de restos, de escombros, de sonhos. Esse desenho vai se fazendo em rabiscos e cores e encontra nos

¹⁹ Os gregos antigos tinham duas palavras para o tempo: *chronos* e *kairós*. O primeiro se refere ao tempo cronológico (natureza quantitativa), e *Kairós* possui natureza qualitativa, o momento indeterminado no tempo em que algo especial acontece: a experiência do momento oportuno.

pilares e vigas dessa habitação as práticas itinerantes, em seus alicerces a prática entre vários, a escuta em suas aberturas, em suas paredes e telhados o acolhimento.

Uma Morada aqui não é concebida como algo fixo, mas encontra proximidade em imagens de abrigos como os de alguns povos ciganos ou algumas habitações de povos indígenas, que tem a possibilidade de ser desmontada e transportada, possuem flexibilidade no uso dos espaços e permite seu alargamento conforme necessidade. Moradas que podem estar sobre rodas, flutuar durante uma inundação, ser desmontável, dobrável e podem ser construídas com diversidade de materiais.

Morada que se construiu internamente e carrega o desejo que possa se fazer Poética, dando lugar para a arte no trabalho cotidiano e micropolítico no campo da saúde mental. Arte que está presente aqui no entre tempos em que moram as poesias, que resistem e ajudam a elaborar e reparar os absurdos do desumano. Arte criadora de vida.

Como nos lembra Dunker (2017) “Quem pensa que os sonhos, assim como a loucura, são experiências absurdas, sem sentido e desprovidas de coerência, portanto irreais, assume que a realidade é uma experiência racional [...] independente do que possamos pensar ou dizer sobre ela.” (p. 19)

É pela aposta na vida e no valor da palavra criadora de mundos, na aposta em uma escuta porosa aos sonhos e a diversidade das experiências humanas, que nos arriscamos em partilhar essas construções provisórias, inacabadas, próprias dos fins nos quais moram os (re)começos.

O cuidado de minha poesia
aprendi foi de mãe,
mulher de pôr reparo nas coisas
e de assuntar a vida.
A brandura de minha fala
na violência de meus ditos
ganhei de mãe,
mulher prenhe de dizeres,
fecundados na boca do mundo.
Foi de mãe todo o meu tesouro
veio dela todo o meu ganho
mulher sapiência, yabá,
do fogo tirava água
do pranto criava consolo.
Foi de mãe esse meio riso
dado para esconder
alegria inteira
e essa fé desconfiada,
pois, quando se anda descalço
cada dedo olha a estrada.
Foi de mãe que me descegou
para os cantos milagreiros da vida
apontando-me o fogo disfarçado
em cinzas e a agulha do
tempo movendo no palheiro.
Foi mãe que me fez sentir as flores
amassadas debaixo das pedras:
os corpos vazios rente às calçadas
e me ensinou, insisto, foi ela,
a fazer da palavra artifício
arte e ofício do meu canto
da minha fala.

De mãe. Conceição Evaristo.

REFERÊNCIAS

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. 5ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 25 de maio de 2020 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Brasília: Ministério da Saúde.

Benjamin, W. (1987). Experiência e pobreza. In: W. Benjamin. *Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obras escolhidas. (vol. 1, pp. 114-119). São Paulo: Editora Brasiliense.

Broide, E. E. (2019). Existirmos a que será que se destina. A psicanálise nas situações sociais críticas: escutar, habitar, existir nos espaços públicos. In.: Broide, E.; Katz, I. (Orgs). *Psicanálise nos espaços públicos*. São Paulo: IP/USP.

Broide, J., Broide, E. E. (2013). Supervisão clínico-institucional: possibilidades de transmissão. In: E. Duvidovich (Org.) *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodino Editora.

Evaristo, C. (2020). 10 melhores poemas de Conceição Evaristo. Acesso em 17 de maio de 2020 de <http://notaterapia.com.br/2019/11/05/confira-os-10-melhores-poemas-de-conceicao-evaristo/>

Costa-Moura, F. *Fala proferida na Aula inaugural do Programa de Pós Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

Didi-Huberman, G. (2017). Ensaio Imagens e sons como forma de luta. *Conferência na Abertura exposição Levantes realizada pelo SESC São Paulo em parceria com Jeu de Paume*. Acesso em 03 de junho de 2020 de https://www.sescsp.org.br/online/artigo/12580_IMAGENS+E+SONS+COMO+FORMA+DE+LUTA+ENSAIO+DE+GEORGES+DIDIHUBERMAN

Dunker, C (2017). O sonho como ficção e o despertar do pesadelo. In C. Beradt, *Sonhos no Terceiro Reich* (pp. 09-26). São Paulo: Três Estrelas.

Freud, S. (1996). Construções em Análise. In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 275-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Galeano, E. (2015). *O livro dos Abraços*. São Paulo: L&PM.

Lemke, R. A. e Silva, R. A. N (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 9-20.

Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-UFS*, 8(2), 115-123.

Londero, S. (2010). *Re-inventando o acolhimento em um serviço de saúde mental*. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional e Social. Porto Alegre

Matos, O. C. F. (2013). Dialética na imobilidade da mens momentanea à imobilidade do instante. [Versão eletrônica]. *Coleção Mutações – O futuro não é mais o que era*. Acesso em 27 de julho de 2020 de https://artepensamento.com.br/item/dialetica-na-imobilidade-da-mens-momentanea-a-imobilidade-do-instante/?_sf_s=dialetica+da+imobilidade

Maciel, S. C. (2012). Reforma Psiquiátrica no Brasil: Algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4 (8), 73-82.

Mendonça, L. D. (2017). *Acompanhamento Terapêutico e clínica do cotidiano*. São Paulo: Agente Publicações/ Aller Editora.

Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2) 48-61.

Palombini, A. de L.; Pasini, V. L. (2017). As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento terapêutico. In: M. M. BELLOC, K. V. CABRAL, A. L. PALOMBINI, et al. (Orgs.). *Além dos Muros – Acompanhamento Terapêutico como Política Pública de Saúde Mental e Direitos Humanos*. Porto Alegre: Rede Unida.

Pasini, V. L. (2010). *Residência Multiprofissional em Saúde: de Aventura Quixotesca à política de formação para o SUS*. Tese de doutorado do Programa de Pós Graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Pucheu, A. (2017). *Para que poetas em tempos de terrorismos?* Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial Ltda.

Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. São Paulo: Zahar.

Rinaldi, D. L. (2015). Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 315-323.

Rosa, M. D., Estevão, I. R., Braga, A. P. M. (2017). A Clínica Psicanalítica Implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicol. Estud.*, Maringá, 22 (3), 359-369.

Sereno, D., Porto, M. (1991). Introdução à clínica do acompanhamento terapêutico. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta.

Silva, C. C. da. (2018). *Fale com Elas: narrativas por um gestar clínico-político*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Simoni, A. C. R. (2012). *Da Hospitalidade às psicoses: um discurso em interrogação*. Tese de doutorado do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Symborka, W. (2020). *Autonomia*. Tradução Coletiva, publicado em: Inimigo Rumor 10. Acesso em 30 de julho de 2020 de <https://www.escritas.org/pt/t/47864/autotomia>

Yasui, S. (2012). Apontamentos para reflexão sobre a pesquisa em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Barbarói*, 36 (ed. Esp.), 19-30.

