

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
EDUCASAÚDE

Juliana Cordeiro Krug

**Diferentes modos de circulação pela cidade: do poder
sobre a vida à potência da vida**

Porto Alegre
2010

Juliana Cordeiro Krug

**Diferentes modos de circulação pela cidade: do poder
sobre a vida à potência da vida**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Integrada em Saúde e do Curso
de Especialização em Saúde Mental Coletiva,
do Programa de Pós-graduação em
Educação da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Ms. Sandra Maria
Sales Fagundes.

Porto Alegre
2010

Dedico essa cartografia a Abel, em lembrança às nossas peregrinações e bons encontros (in memoriam); à Denise por nossos gostosos passeios; aos loucos que suportaram minha loucura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, pessoas que amo muito. Minha mãe, Ana Rosa Krug, meu pai Homero Fonseca Krug, a meus irmãos Ana Paula Cordeiro Krug e Homero Fonseca Krug Junior, ao meu afilhado Victor Hugo Krug, ao meu sobrinho querido Rodrigo, por suportarem e compreenderem a distância física e minha imersão em algo que acreditei: a vida acadêmica.

Agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao EducaSaúde, por oportunizarem à sociedade a possibilidade de ingresso na pós-graduação, de qualidade e gratuita.

Agradeço a professora/orientadora Ms. Sandra Maria Sales Fagundes, pela orientação desse trabalho e pelos ensinamentos compartilhados durante a especialização.

Agradeço à preceptora de Terapia Ocupacional, doutoranda, Francilene Nunes Rainone, pelo entusiasmo, alegria, escuta e compartilhamento do seu conhecimento, além da leitura crítica desse trabalho.

Agradeço aos amigos Rogério da Costa Fortes e Haik Yermia Khatchirian, amigos e colegas de residência/resistência, pela parceria e solidariedade.

Agradeço as equipes e usuários dos serviços do CAPSi Sacai , do CAPS II Centro, da cidade de Novo Hamburgo; aos cuidadores, auxiliares de limpeza e moradores do Residencial Terapêutico Morada Viamão; a equipe de saúde mental da FUNASA-POA e Comunidade Kaingàng da Lomba do Pinheiro, por desejarem e aceitarem a participação de residentes em seus espaços de vida e trabalho e; por fazerem parte de um sonho: a qualificação do cuidado em saúde mental coletiva e pública.

Na dúvida, vá abrindo portas.

Paulo Leminski.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de residência e curso de especialização traz a avaliação do encontro da cidade com a loucura e da loucura com a cidade através de diferentes modos de circulação pela cidade, buscando mostrar processos de poder sobre a vida e de potência da vida. Durante o trabalho são apresentadas quatro narrativas experienciadas e cartografadas nos diferentes cenários de prática da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir de um percurso crítico, histórico, conceitual e criativo sobre os encontros, as peregrinações, os circuitos, as incursões e itinerários da loucura e do louco na cidade foi possível ir ao encontro de um repertório conceitual produtor reflexão praxica e de empoderamento, tais como: pedagogia da implicação, estética de existência, acompanhamento terapêutico, manicômio mental, território existencial, clínica peripatética, atividade como território de expressão, biopotência, biopoder e alteridade.

Palavras-chave: manicômio mental, alteridade, biopoder, biopotência, cartografia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
ITINERÁRIO.....	09
METODOLOGIA.....	16
ENCONTRANDO-SE COM A CIDADE, ENCONTRANDO A SI PRÓPRIO.....	18
FESTA E ALEGRIA: UM CIRCUITO PELA CIDADE.....	23
PEREGRINAÇÃO DE TEODORO PELO SUS.....	27
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL: UMA INCURSÃO PELA CIDADE...	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	39



Foto da Usina do Gasômetro em Porto Alegre. (Acervo pessoal, 2010).

INTRODUÇÃO

A imagem que evoco, para iniciar esse processo cartográfico, é a de Marco¹, que adora perambular pelas ruas fascinando-se com os prédios altos e desejando alcançá-los. Assim como eu em meu caminhar pelas ruas olhando atônita o contraste dos prédios com o azul do céu e os detalhes dos prédios antigos. A idéia desse trabalho não é apresentar Marco, e sim inspirar-nos no caminhar dele/meu/nosso pelas ruas, ao sabor do vento, muitas vezes com destino certo outras não, mas com uma única certeza: andando sempre. A partir desse deleite inicial, convido você leitor a ingressarmos nessas andanças por diferentes lugares com diferentes pessoas.

Diferentes modos de circulação pela cidade: do poder sobre a vida à potência da vida é uma cartografia de uma residente andante (eu) que reencontra a loucura e parte com ela ao encontro ou reencontro com a cidade. A cidade é expressa no singular e vivida no plural, assim como, eu e os sujeitos dessa caminhada somos singulares com expressões e encontros plurais.

A questão problema desse percurso gira em torno dos diferentes modos de circulação pela cidade, avaliando o encontro da cidade com a loucura e da loucura com a cidade. As narrativas dessa monografia foram experienciadas, vividas por mim e mapeados a partir da Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O trabalho cartográfico é composto por quatro narrativas que descrevem uma caminhada. Concomitantemente a esses caminhares trago a baila aportes teóricos e um pouco de história que ajudarão nosso pensamento frente a esse movimento.

Circular pela cidade representou o movimento de resistência em relação ao poder sobre a vida em busca da potência da vida. Possibilitou também garimpar em mim o encontro com a loucura em mim e o encontro com a loucura quando eu não a concebia como tal.

¹ Nome fictício.

ITINERÁRIO

O meu encontro com a loucura aconteceu há muito tempo. Era criança, com mais ou menos cinco anos. Minha mãe contava histórias do “veio do saco” que levava as crianças malcriadas. Um dia, bate a porta uma senhora suja, maltrapilha, usava um lenço na cabeça e muitos sacos grandes pendurados em seu ombro. Pedia comida. Minha mãe ao vê-la, não pensou duas vezes. Pegou-me no colo e mostrou-me o “veio do saco”, no caso, “veia do saco”, através do olho mágico² da porta. A imagem, como uma fotografia, guardo com nitidez até hoje em minha memória.

Trago, a partir de agora, um pouco do percurso por mim percorrido e meus encontros com a cidade, com a saúde mental, com o louco e com a loucura. Entendendo a loucura, assim como Pelbart (1990) a entende, como uma dimensão essencial de nossa cultura, tal como a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, o seu contrário, enfim aquilo que uma sociedade enxerga como o seu limite. E o louco, como o personagem social discriminado, excluído e recluso.

Em 2002 decidi fazer Terapia Ocupacional. Em função de morar no interior e não ter condições de pagar um curso superior optei por continuar trabalhando. Optei entre aspas, pois não tinha muitas alternativas, então, ratifiquei o que estava dado. A partir disso, replanejei minha vida. Organizei-me para guardar parte do meu salário em uma poupança e no futuro poder bancar meus estudos. Dois anos mais tarde ingressei no curso de Terapia Ocupacional no Instituto Porto Alegre (IPA) e passei a dedicar-me inteiramente aos estudos, ao voluntariado, aos estágios, ao projeto de extensão e à pesquisa científica.

Janeiro de 2005, vivendo em Porto Alegre, fui ao V Fórum Social Mundial. Entre as centenas de palestras, painéis, conferências, testemunhos e discussões espalhados pela cidade, escolhi a que falava de *Luta Antimanicomial* no Cais do Porto. O palestrante falava coisas novas e estranhas a mim. Não compreendi a totalidade da discussão, mas lembro que achei tudo muito interessante. Alguns anos depois descubro que o palestrante era o Paulo Amarante³. Esse foi o meu primeiro

² Buraco na porta que serve para ver quem bate, sem ser visto. Serve como mecanismo de segurança.

³ Psiquiatra, professor doutor da ENESP-Fiocruz, um dos pioneiros do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

contato com as políticas de Saúde Mental e com a luta por uma sociedade sem manicômios.

Fiz vestibular para Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e passei a cursar Ciências Sociais em paralelo ao curso de Terapia Ocupacional. Invisti nos dois cursos até o momento em que se tornou inviável manter os dois. Em 2006 decidi, ao ser selecionado para participar de uma pesquisa de iniciação científica na área da saúde: *Violência Doméstica contra a Mulher*, trancar o curso de Ciências Sociais, em virtude de indisponibilidade de tempo. O ano de 2006 se torna muito produtivo do ponto de vista da produção acadêmica, participação em grupos de estudos, seminários e encontros. Junto a professores e outros colegas organizamos a I Semana de Saúde Mental Integrada do IPA, com oficinas e palestras. Foi muito interessante fazer parte desse trabalho, pois o público presente na Semana foram os alunos do IPA, usuários de serviços substitutivos e do Hospital Psiquiátrico São Pedro, todos juntos, misturados nas oficinas.

Nas aulas de saúde mental fui desenvolvendo um interesse peculiar pela loucura, porém, sentia a necessidade de colocar-me a teste e experimentar a prática de um serviço de saúde mental. Saber como seria trabalhar com esse público no dia-a-dia. Em 2007, fui selecionada para o estágio extracurricular junto ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir desse estágio passei a ter contato direto e na prática com o funcionamento de um serviço substitutivo e principalmente, passei a conviver com pessoas em sofrimento psíquico, os loucos. Nesse estágio tive oportunidade de trabalhar em duas unidades de base comunitária e territorial: o CAPS e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Trabalhei com adultos e idosos em oficinas terapêuticas e grupo de convivência e tabagismo. Em paralelo ao estágio tive algumas aulas em saúde mental na universidade. Com isso foi possível relacionar a prática à teoria. Fiquei e ainda fico fascinada com o mundo de possibilidades de intervenções de atenção psicossocial possível através do olhar da terapia ocupacional.

Aqui abro parênteses para falar dessa profissão que nasce de uma prática: a terapêutica ocupacional, que muito contribuiu para realização de práticas humanizadas nos hospitais psiquiátricos, no sentido de manter a ordem, trabalhando com atividades produtoras de alienação, ou seja, atividades que visavam a ocupação do paciente pela simples ocupação. Lembrei-me de uma cena do filme *Birdy – Asas da Liberdade*, que ilustra bem essa ação. O paciente é colocado a

separar polcas e parafusos e no final da ocupação as polcas e parafusos eram guardados juntos novamente para que no dia seguinte seguissem separando polcas e parafusos. É claro que, nesse caso, o aspecto terapêutico é zero. Mas, a Terapia Ocupacional cresceu – teórico e conceitualmente – enquanto profissão da saúde e social. A nova Terapia Ocupacional tem grande preocupação com o processo criativo no fazer cotidiano. Um fazer que produza sentido a cada um, que produza autonomia, autoria e protagonismo.

Em meu segundo estágio curricular, estagiei no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), de Porto Alegre. A experiência que tive no IPF foi muito intrigante. Intrigante porque me impulsionou a buscar mais conhecimento da Reforma Psiquiátrica, da desinstitucionalização, das políticas e fui fazer estágio em um lugar em que a Reforma não havia chegado e ainda não chegou. Ao menos foi essa minha sensação ao estagiar lá. Às vezes tinha a impressão de ver o Tratamento Moral em 3D⁴, porém, não era ilusão, estava acontecendo de fato, ao vivo e a cores, transcendentemente aos textos históricos sobre a loucura. Confesso que inicialmente fiquei imobilizada. Além disso, a Terapia Ocupacional era vista pela equipe como a profissão responsável de "dar ocupação aos pacientes" e isso mexeu muito comigo, pois esse é um entendimento superado de Terapia Ocupacional. Como mencionei anteriormente, a profissão cresceu e tem compromisso com o sujeito. Resgata a cada intervenção as habilidades do indivíduo em busca de autonomia e reinserção social. Passado o choque inicial comecei a trabalhar com a unidade fechada de dependentes químicos. Através de assembléias e escutando o que eles tinham para dizer foi possível realizar um bom trabalho junto àqueles pacientes, através da escuta, do acolhimento e do respeito.

Estagiando no CAPS II observei que alguns usuários em vias de receber "alta" do serviço passavam por um processo difícil de distanciamento do espaço ao qual haviam sido acolhidos e vinculados. Coloco o termo "alta" entre aspas por entender que tal termo é inadequado para caracterizar o afastamento ou desligamento do usuário do serviço e por se tratar de um termo hospitalar. Inclusive, essa foi uma das discussões realizadas em meu Trabalho de Conclusão de Curso

⁴ 3D são imagens de duas dimensões elaboradas de forma a proporcionar a ilusão de terem três dimensões.

(TCC). Foi justamente por observar as inquietudes dos usuários em relação à "alta" que me interessei por esse assunto. Com isso realizei um estudo com o objetivo de entender como acontecia a "alta" naquele serviço e seus impactos na vida do sujeito egresso do CAPS II. Ao mesmo tempo busquei o entendimento de reinserção social dos usuários egressos e seus familiares. O trabalho de conclusão gerou muita informação e conhecimento e foi possível traçar um panorama geral da "alta" no serviço substitutivo e suas implicações. Quando decidi realizar meu trabalho de conclusão no campo da saúde mental, me dei conta que estava completamente encantada pela loucura. Encantada pela prática, pelos sujeitos, pela idéia de trabalhar no território, na comunidade.

Na mesma semana em que eu me graduava, tive notícia da abertura de vagas para Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e desejei que uma vaga fosse minha. O que motivou-me a buscar a Residência foi o encantamento pela saúde mental e pela possibilidade de trabalhar fora dos muros de uma instituição total e totalizante. A partir do meu ingresso na residência, fui me apropriando dos conceitos, das políticas públicas e como diz a música de Chico César, *quando dei por mim tava aqui*, totalmente imersa ao processo pedagógico da residência.

Para Fagundes (1995), professora e coordenadora da residência, saúde mental coletiva é um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir, fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo práticas tradicionais por outras que sejam capazes de contribuir para criação de projetos de vida. A expressão surge da intercessão entre saúde, educação e movimento social por um cuidado com a vida.

Com o meu ingresso na residência, trabalhar o território era uma questão de honra. Trabalhei a cidade por acreditar que o território podia ser, e é muito rico e potente. Colocar a rua, o espaço público e o coletivo diante das imagens da loucura, foi, sem dúvida, um grande desafio para mim. Sair na rua com pessoas com transtornos mentais é colocar a cidade diante daquilo, que historicamente ficava guardado, isolado: o louco.

Todas as narrativas deste trabalho foram vividas por mim. Mapeei e cartografei o que produziu questão em mim como terapeuta ocupacional, residente em saúde mental coletiva: o encontro da cidade com a loucura através de diferentes

modos de circulação pela cidade. Os lugares mapeados são os diferentes cenários de prática da Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que proporcionou eu viver o encontro com a alteridade, a imersão na loucura da cidade e na cidade louca. Para tanto tomo como eixo de avaliação, a reflexão dos diferentes modos de circulação pela cidade: percursos, peregrinações, itinerâncias, encontros, circuitos e incursões, enfim, movimentos produtores de vida, subjetividade, controle e reflexão.

Aqui, faço um alerta ao leitor: os encontros com a cidade foram diversos em seu sentido puro da palavra. Não penso, e não vou, *glamourizar*⁵ esses encontros porque foi a partir da diversidade desses encontros, que foi possível avaliar as permeabilidades e impermeabilidades da cidade, da sociedade; analisar a subjetivação através da potência da vida e o poder sobre a vida. Justamente por trabalhar no território, circulando pela cidade com sujeitos em sofrimento psíquico foi possível escutar de forma sensível e com atenção a produção potente gerada por esse movimento, tanto para o sujeito quanto para o território, quanto para mim. Um encontro intenso entre eu, a cidade e seus loucos, de meus acompanhados comigo e nosso encontro com a cidade.

É interessante pensar que, no Brasil, o louco surge em meio a um processo histórico, anterior ao da eclosão industrial, ocorrendo no Brasil Colônia no século XVIII, período em que o trabalho era escravo, a economia primitiva e a corte composta por poucas pessoas. O escravo negro estava empregado em quase todos os processos de produtividade (em casa, no campo e na cidade), restando poucas ocupações dignas (trabalho) ao homem livre. Isso coloca em cena o estigma em relação ao trabalho. O trabalho como uma marca depreciada. A vida social na época se constitui em uma minoria proprietária de terras, a maioria de escravos, mulatos forros e brancos livres com forte preconceito em relação ao trabalho; e os desocupados (vadios, vagabundos, ociosos, truculentos), que passam a preocupar as autoridades. Devido a reclamações do livre trânsito de loucos na rua, ameaça à paz social e maus tratos aos loucos na rua, surgem as instituições psiquiátricas no Brasil. As Santas Casas de Misericórdia abrem espaço ao louco, mas sem tratamento algum e sem cuidados. Com isso muitos morrem por maus tratos, negligência e fome (RESENDE, 2001).

⁵ Derivação de glamour: palavra inglesa que designa charme e sedução.

A construção de cidadania, a consolidação dos direitos, a conquista do respeito e a desconstrução de preconceitos em relação aos sujeitos portadores de transtornos mentais surgem a partir da Reforma Psiquiátrica. A partir daqueles que se implicam pelo ideário da reforma, é que se dá início e estímulo aos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares, a buscarem seus direitos e se verem como cidadãos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em paralelo ao movimento sanitário, nos anos 70. Ambos aclamando por mudança dos modelos de atenção, de gestão, das práticas de saúde e equidade na oferta dos serviços. É com base na experiência italiana de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e na crítica ao manicômio, que a Reforma Psiquiátrica brasileira se desenvolve. Em outras palavras: é baseado nas práticas e teorias de Franco Basaglia⁶, que o modelo de Reforma Psiquiátrica brasileira se pautou (BRASIL, 2005).

A eclosão da Reforma Psiquiátrica brasileira se dá em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Desta forma a violência dos manicômios, a loucura comercializada, a crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo manicomial/asilar passam a ser denunciados pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM era composto por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Para o Ministério da Saúde, superar o modelo manicomial/asilar com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica exige a implantação de uma política de substituição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos. Concomitante a isso deve haver a construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade (BRASIL, 2005).

A idéia de território quer expressar a existência de relação direta entre a ação profissional e o contexto concreto em que vive o sujeito alvo da ação, extrapolando o espaço físico (ALMEIDA e OLIVER, 2001). O território, além de sua constituição geográfica, é constituído também pelas pessoas que nele habitam (amigos, vizinhos, família), com seus conflitos e interesses, composto também por instituições (igreja,

⁶ Para saber mais sobre essa história, ler: Amarante, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Leia também: Rotelli, Franco. Leonardis, Ota de. Mauri, Diana. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

escola, unidade de saúde), o trabalho, etc. É sob essa perspectiva de território que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, visando o cuidado e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004). Por isso os serviços de atenção psicossocial devem desenvolver habilidades de atuação no território a fim de construir alianças sociais com o intuito de incluir as pessoas acompanhadas pelo serviço nas mais diversas formas de sociabilidade já existentes (AMARANTE, 2007).

Segundo Kinoshita (2001), a pessoa que recebe o título de portador de transtorno mental assume sua negatividade de direitos e anula seu poder contratual. Poder contratual conceitualmente trabalhado por esse autor como a possibilidade que as pessoas têm de estabelecerem contratos de bens, mensagens e afetos. Ao receber o título de doente mental o poder de estabelecer contrato é nulo, pois: “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados” (KINOSHITA, 2001).

Ao escutar o que a população vem expondo em relação a esse encontro diverso e *altero*⁷ com a loucura na cidade, concomitante a essa produção subjetiva em relação ao louco, a sociedade tem se colocado permeável a discussão da loucura e, com isso, concluímos de antemão, que está disponível a repensar suas ações enquanto sociedade produtora de subjetividade (ao mesmo tempo em que alvo dessa produção).

A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Mas, se a subjetividade também não é natural, é produzida, assim como seu padrão ideal, a invenção de formas de vida nada mais é que a produção de subjetividade – a subjetividade passaria a ter uma dimensão estética, com efeitos políticos. A subjetividade não estaria dada, não seria interior ao indivíduo, mas seria produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76).

⁷ A palavra *altero* tem o significado no sentido de alterar, modificar algo. Aqui apresento como um neologismo no sentido de alteridade.

METODOLOGIA

A ciência, portanto, não passa de um modo possível de ver a realidade, nunca único e final.

Pedro Demo.

A estratégia metodológica desse escrito é a cartografia, método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995, apud Mairesse, 2003). A cartografia visa avaliar os deslocamentos, as rupturas, os encontros, os impasses e as aberturas.

Essa metodologia visa acompanhar o processo sem separá-lo do acontecimento. Trata-se de um conhecimento que é produzido junto do objeto e compreende a implicação do pesquisador entrelaçado ao objeto. Parte do pressuposto que objeto e pesquisador estão entrelaçados ao processo de análise, produzindo-se subjetividade (MAIRESSE, 2003). Os acontecimentos demonstram os diferentes e diversos modos de circulação na cidade, com base em acontecimentos vividos, sentidos, devorados, mapeados e instigados.

Os procedimentos científicos do método cartográfico compõem-se através do andar, do nomadismo, da capacidade de afetar e ser afetado, do encontro. A partir desse encontro objeto e pesquisador se transformam e é sobre o fenômeno produzido deste encontro, que se produz uma nova compreensão (MAIRESSE, 2003).

Segundo Passos e Barros (2009), a cartografia

...exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, lá onde o conhecer e o fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. (Passos e Barros 2009, p. 30).

Foram narradas quatro vivências da pesquisadora e apresentadas através de narrativas, com base em intervenções realizadas em diferentes percursos durante o processo de formação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva – o trabalho cartográfico foi montado a partir dessas narrativas, a partir do ato de contar momentos vivenciados em movimento, circulando pela cidade; buscando também algumas memórias que complementam a trajetória. Além disso, contribuições teóricas foram trazidas e expostas junto a esse processo cartográfico.

O cartógrafo é antes de tudo um antropófago (ROLNIK, 2007). E é com base nessa afirmativa que continuo caminhando e refletindo sobre esse encontro com a alteridade.

ENCONTRANDO-SE COM A CIDADE, ENCONTRANDO A SI PRÓPRIO

Os indivíduos devem se tornar a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes.

Félix Guattari.

Conheci Lorena⁸ (17 anos) em meio a uma crise maníaca grave, que não a permitia ficar parada um momento sequer. Enquanto andava pelo Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) seu olhar atravessava as pessoas. Parava apenas diante de objetos que a paravam. Falava palavrões, falava alto e ofendia a todos a sua volta. A proposta de andar pelas ruas da cidade com um Acompanhante Terapêutico (AT) foi aceita pela equipe de saúde como uma aposta possível de reconstrução subjetiva, subjetividade esta, esfacelada pela crise. Uma aposta em um setting terapêutico totalmente diferente, uma clínica em movimento.

A esse ato de passear, de ir e de vir conversando, se encontrando com a cidade, Lancetti, deu o nome de clínica peripatética (inspirado na forma como Aristóteles ensinava os seus discípulos, andando pelos jardins de Apolo no Liceu). Uma clínica que se dá em movimento. O conceito de clínica peripatética está aliado ao de clínica ampliada, um trabalho clínico que visa ao sujeito e sua relação com sua doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. A clínica ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adesão de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (PNH-MS, 2006).

Quando colocamos a cidade como setting, o imprevisível está em cena. O imprevisível é incontrolável. O setting adequado para Lorena naquele momento foi a cidade. A cidade pode proporcionar-nos diferentes encontros, inclusive com o acaso (em seu sentido literal de ocasião imprevista que produz um fato), com o inusitado. Acasos que podem e devem ser abordados terapeuticamente, produzindo transformações e agenciamentos. Essa transformação afeta acompanhado e acompanhante. Podemos, com isso, pensar no acaso como um acontecimento e poderíamos pensar no AT como produtor de acontecimentos não casual também?

⁸ Nome fictício

O movimento de Lorena dentro do CAPS era constante e sem grandes produções. Uma errância diária. Ao apostarmos em outro território (outro setting, outro espaço de produção subjetiva), Lorena mudou o modo de andar. O andar apressado, errante, sem borda, intensificava o transbordar incontinente de Lorena. Ao inserir a cidade como contexto o andar apressado ganha lugar e ressignificação. Acredito e vejo a cidade como um lugar produtor de subjetividade, rico em encontros e desencontros diversos, que permitiram a construção de narrativas coletivas. Conforme eu também me desafiava a estar na rua com Lorena fui me reinventando enquanto profissional de saúde.

A proposta do AT como um dispositivo clínico surge em meio a Reforma Psiquiátrica e ao Movimento da Luta Antimanicomial. Uma proposta de clínica em movimento, uma prática itinerante de cuidado. Palombini (2008) traz em seu livro (fruto de pesquisa de doutorado), a relação tempo e espaço com a constituição subjetiva da psicose, porque na atualidade, a clínica da psicose

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

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

Ainda respeito do AT, este é um recurso terapêutico para os casos de pessoas que não se encaixavam nos mecanismos tradicionais de cuidado, dentre eles a internação, o uso de psicofármacos, o tratamento psicoterápico intensivo. Desta forma, o AT surge como uma tentativa de cuidado em situações agudas, de

pacientes psicóticos ou neuróticos graves, que resistiam às formas tradicionais de cuidado psiquiátrico, não aderindo a qualquer forma de atenção especializada. O AT surge com o interesse de pessoas em cuidar de outras: se disponibilizando a acompanhar os pacientes em suas próprias casas, circulando em espaços cotidianos e domésticos, nos períodos de surto ou momentos de maior fragilização psíquica.

A partir das andanças pela cidade, olhando e experimentando tudo que pudesse chamar a atenção, tudo aquilo que se interpunham em nosso caminho – roupas, vitrines, enfeites de cabelo, meninos bonitos, corpos tatuados – foi possível reconstruir alguns sentidos junto a Lorena, que de algum modo haviam sido destroçados com a crise.

Em meio ao processo terapêutico de Lorena, introduzi uma atividade a qual eu gosto muito: a fotografia. Emprestei meu desejo de fotografar à Lorena e nossos percursos passaram a ser registrados. Ora tirava fotos da rua e seus movimentos ora fazíamos pose para fotografar. A máquina era digital e tão logo tirávamos a foto, olhávamos o resultado. As fotos iam sendo armazenadas no computador do serviço. Eu, como terapeuta ocupacional ia produzindo questionamentos do que fazer com as fotos. Um dia, para minha surpresa e alegria, Lorena quis montar um Orkut⁹ para armazenar suas fotos. Aqui, sob a perspectiva da terapia ocupacional, a proposição de uma atividade fez emergir produção de vida porque Lorena ampliou seu repertório de fala e expressão. Em seu dia-a-dia, Lorena pôde falar das fotos que tirava em nossos *passeios*¹⁰. Com a introdução dessa atividade foi possível perceber o quanto ela foi propulsora de potência para ressignificar suas relações e restabelecer alguns contratos de afetos e mensagens. Tanto o passear quanto o fotografar, constitui:

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

⁹ O Orkut é uma rede social da internet, filiada ao Google, que tem como objetivo ajudar seus membros a conhecer pessoas, fazer amigos e manter relacionamentos.

¹⁰ Forma como Lorena chamava nossos andares pela cidade.

Para Quarentei (2007), a utilização de atividades como território de expressão e criação de afetos está fortemente associado à compreensão das processualidades e das potências do fazer humano. Sob esse olhar, a terapia ocupacional entende a atividade humana como propulsora da criação de sentidos existenciais. Através da produção concreta do cotidiano – andando pela cidade, paquerando, atravessando a rua, tomando um suco na padaria da esquina – potencializou-se na atividade a possibilidade de reconhecimento do sujeito enquanto protagonista de seus atos, criações, conflitos e contradições. Um reconhecimento que emerge do empoderamento e enfrentamento das ações diárias.

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

Passamos um ano inteiro perambulando pela cidade. Foram várias as conquistas, tanto de Lorena quanto minhas. O desafio de uma clínica em movimento é fascinante e é interessante destacar que em nenhum momento hesitei ou tive medo de ir ao encontro da cidade na companhia de Lorena.

Lorena aceitou participar da festa do serviço. A festa foi para adolescentes e crianças e marcou meu último encontro com Lorena. Na festa, percebi que Lorena desejava estar com os demais adolescentes, porém não conseguia chegar no grupo que, naquele momento assistia vídeos-clipe na televisão. Sem pensar duas vezes, fui de encontro aos adolescentes e Lorena foi junto. Em seguida ela se apresentou e puxou conversa com o grupo. Foi preciso que eu jogasse o corpo na cena, mais uma vez, para criar borda, produzir continência, sustentação, criar acontecimentos, dar um empurrãozinho, falo da potência da vida. O acontecimento, ao qual me refiro, é construído com base nas teorizações de Nietzsche e Deleuze, e está na ordem do inusitado.

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

Última imagem que guardo de Lorena: chegou de mansinho e puxou conversa com um menino adolescente que participava da festa do serviço, 'e a tua namorada não vem?' e seguiu a paquera. Lorena está pronta para conquistar novas amizades e amores, não precisa mais de meu AT para voltar a viver. Essa cena marca nossa despedida.

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

FESTA E ALEGRIA: UM CIRCUITO PELA CIDADE

E se me achar esquisita, respeite também.

Até eu fui obrigada a me respeitar.

Clarice Lispector.

O desejo em ir ao Sarau Cultural surge em dois moradores do Residencial Terapêutico. Aceitamos¹¹ levá-los com intuito de incentivar o lazer e trabalhar a independência deles. Independência para ir e vir nos espaços da cidade, já que a autonomia desejante de ir e vir já se fazia presente e pulsante. O Sarau Cultural é um espaço que se propõe a produzir ações culturais promovendo encontros e acolhendo as diferenças. Além da declamação de poesias, bandas se apresentam, DJs exibem suas músicas, filmes são projetados e uma festa¹² acontece. O sarau acontecia aos sábados, uma vez ao mês e começava no final da tarde em Porto Alegre.

A idéia era simplesmente se organizar para participar de uma festividade aos sábados. A partir disso foi possível refletir sobre o cotidiano, a rotina e os fazeres humanos. Penso que participar de uma festa faz parte do cotidiano e pode ser encarada como uma fuga da rotina e por que não pensar nessa fuga da rotina como uma linha de fuga necessária para experimentar e criar o novo e produzir novas subjetividades? Pegar ônibus, pensar no trajeto, escolher a roupa, organizar o dinheiro, localizar-se nos espaços da cidade, enfim, foram trabalhadas muitas atividades da vida prática – AVP¹³.

Apresentarei breves vinhetas com intuito de mostrar um pouco do sentimento e da potência da vida gerados a partir de encontros diversos: com a noite, com a rua, com a lua e com a liberdade.

A noite

Carlo¹⁴ olha para a rua e diz: *Já está noite. Tá na hora de ir embora.* Um encontro se produziu diante de nossos olhos, entre Carlo e a noite. E pudemos

¹¹ Falo no plural porque este trabalho de acompanhamento terapêutico foi realizado em parceria com um colega também residente.

¹² Festa em seu sentido comum e literal: comemoração, alegria, prazer, folguedo, satisfação.

¹³ AVP: conceito muito utilizado na Terapia Ocupacional para dizer de atividades ocupacionais instrumentais, e, que podem demonstrar a autonomia e independência do sujeito.

¹⁴ Nome fictício

desconstruir, um pouco, o conceito de noite como recolhimento obrigatório congelado ao longo de anos de institucionalização. Na segunda-feira, as conversas entre nós (moradores, técnicos e cuidadores) giravam em torno de nossas aventuras na noite de Porto Alegre. Andar pelas ruas, procurar o local da festa, relacionar-se com outras pessoas, correr atrás do ônibus. Tudo isso sem dúvida teve impacto na vida de todos e ampliou o repertório de falas, emoções e histórias contadas, porque foram histórias vividas.

A rua

A notícia de festa boa e animada espalhou-se entre os moradores do residencial. No sarau seguinte éramos seis. Fomos de transporte coletivo. É interessante destacar o impacto que a diferença produz, produz em mim e naquele que acompanho. Ora olhares de estranhamento, ora olhares de aprovação. Ora encontramos trabalhadores (motoristas, cobradores) dispostos a auxiliar, ora encontramos trabalhadores sem flexibilidade para entender o que acontecia. Afinal eram vários passes-livre e mais seus acompanhantes terapêuticos.

A lua

E quando o desejo se torna realidade? *Quero uma festa boa, com música boa, comida boa, uma namorada bonitinha, novinha.* Era o que Sílvio¹⁵ solicitava a me ver. Explicava a ele que o sarau tinha tema e músicas variados. Sílvio ralhava comigo e enfatizava *quero um baile com churrasco.* Passei a pesquisar quando e onde teria um baile à gaúcha. Convidado por um amigo/vizinho Sílvio quis ir ao Sarau Cultural. O dia da festa chegou e fomos em grande grupo. Sílvio com sua melhor roupa dançou. Experimentou comida mexicana e gostou. Casou na festa e se apaixonou.

As festas no sarau foram muito boas. Além destas festas, participamos de outros momentos festivos, de lazer e de alegria. Para Magnani (2003, apud Sampaio, 2006), o lazer se compõe como momento de esquecimento das dificuldades do dia-a-dia, assim como uma oportunidade de encontro, de estabelecimento de laços sociais, de reforço de vínculos e de construção de diferenciações.

¹⁵ Nome fictício.

Abordo as festas vivenciadas por mim e pelos moradores do residencial como uma experiência de lazer, um momento de alegria – e alegria, por sua vez, como produção de vida. Perez (2002, apud Sampaio, 2006), fala especificamente de festa como um grupo em estado de exaltação que reúne alguém a alguma coisa, possibilitando transcender o tempo, pois “a festa é uma sucessão de instantes fugidios [...] a festa instaura e constitui um outro mundo, uma outra forma de experienciar a vida social, marcada pelo lúdico, pela exaltação dos sentidos e das emoções.” (PEREZ, 2002, apud SAMPAIO, 2006).

A liberdade

O barulho vinha do outro lado da rua. Atravessamos a rua para ver. Em meio a clareira das árvores da Praça do Gasômetro pudemos ver o verde, o vermelho e prata dos fogos de artifício. As gotas de prata pareciam nos atingir. Sílvio vibra e pula a cada estouro com toda a liberdade que gostaríamos de ter.

O momento narrado acima aconteceu por acaso. Após um passeio de barco, fomos tomados pela alegria e entusiasmo em continuar nosso festejo. Decidimos assistir aos fogos de artifício de encerramento do Fórum Social Mundial 2010. Ao chegarmos ao Gasômetro, recebemos a notícia que havia sido cancelado em decorrência da chuva. Sem problemas! Atravessamos a avenida em busca da roda de samba que acontecia e continuamos nossa festa. Nesse dia estávamos em grande grupo, moradores do residencial, trabalhadores de saúde, residentes e auxiliares domésticos. Sem dúvida o encontro com a alteridade produziu acontecimento na vida dos moradores, na minha e dos trabalhadores.

Merhy, 2004, no texto *Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores*, aborda o tema da alegria como indicador de luta contra o sofrimento e a tristeza, ao qual trabalhadores de saúde mental são submetidos no dia-a-dia de seu trabalho. Aponta a alegria como um indicador analisador das práticas profissionais. E conclui que com a produção de alegria e alívio para os coletivos de trabalhadores em saúde mental possam ser um gerador de anti-manicômio. A narrativa antes mencionada vai ao encontro do indicador analisador proposto por Merhy.

Do ponto de vista da militância em saúde mental e de um contrato ético assumido em relação a desconstrução de estigmas, podemos dizer que essas foram algumas práticas que visaram potencializar todos os espaços (aos quais passamos)

e que todos os espaços pudessem suportar a loucura. Do ponto de vista do cuidado podemos afirmar que houve um cuidado que transcendeu as necessidades básicas e vitais de um sujeito. Em relação à clínica, uma quantidade incomensurável de situações e encontros que suscitaram intervenções terapêuticas diversas.

PEREGRINAÇÃO DE TEODORO PELO SUS

Aprenda com os mudos o segredo dos gestos expressivos.

Leonardo da Vinci.

Caminho com Teodoro¹⁶, pelas ruas da cidade, em busca de assistência para o que ele chama de cegueira. Teodoro está com catarata. A caminhada pelas ruas da cidade simboliza nossa busca por atenção integral e de qualidade na saúde pública brasileira. O caminho foi longo: consulta na Unidade Básica de Saúde, encaminhamento para especialista, marcação da consulta, espera, consulta com oftalmologista, solicitação de exames, re-consulta, encaminhamento para oftalmologista cirurgião, que dá seu veredicto: “por questões psicossociais não é possível fazer a cirurgia em Teodoro”, ele, o médico lavava as mãos enquanto dava a notícia, literalmente. Tanto o ato literal de lavar as mãos, quanto a metáfora em lavar as mãos simbolizam algo maior: o preconceito, a marca, o estigma sobre a loucura. Por ser louco, não valia a pena fazer a cirurgia. Outros exames foram solicitados, mais espera. Foram nove meses de caminhada. A cirurgia não aconteceu. Teodoro morreu antes, do coração.

Apresento na narrativa acima um tipo de circulação pela cidade que lembra uma peregrinação. Estávamos em busca de assistência, de cuidado em saúde para dar conta de um problema grave e real ao qual aquele sujeito estava acometido. Diferentemente das redes quentes que são compostas de afetos, de pessoas que se deixam afetar pela condição do outro e acolhe, aconchega e busca a resolutividade de forma mais solidária, seguimos a todos os protocolos, passo a passo de uma rede que podemos chamar de rede fria. Mesmo estando em meio a uma rede fria, o maior entrave não foi a frieza do sistema e sim o preconceito. O louco não merece voltar a enxergar. Para que ele precisa voltar a enxergar? Ele é louco. Existem outras pessoas a frente dele merecedoras da dádiva de enxergar a vida. Essa é a literalidade da metáfora expressa na narrativa acima.

A narrativa mostra uma das buscas de Teodoro, uma dos modos de se relacionar com a cidade. Todavia, além desse episódio acima narrado, a relação da cidade com Teodoro é de grande potência e afirmação da vida. Teodoro morava em um Residencial Terapêutico e todas as manhãs saía cedo em direção ao centro da

¹⁶ Nome fictício

cidade. E por lá passava o dia “trabalhando” como gostava de dizer. Teodoro entregava panfletos a todas as pessoas que passavam na sua frente e insistia para que as pessoas o pegassem. Alguns bares lhe davam cigarros outros davam café. Teodoro era conhecido, muito conhecido, por toda a cidade. Nas andanças com Teodoro em busca de assistência para sua catarata, fiquei impressionada com a quantidade de pessoas que o conheciam pelo nome e o cumprimentavam. Com sua morte, a cidade se despede através de uma grande reportagem publicada no diário local, com o seguinte título: “Teodoro nos deixou [...] O andarilho mais famoso da cidade [...] Apesar de ter alguns momentos de descontrole, era querido e respeitado, principalmente no centro do município.” (MARQUES, 2010).

Trago à reflexão dois momentos que pude perceber ao conviver com Teodoro: ao peregrinarmos em busca de cuidado e assistência de qualidade no encontramos com um sistema frio, gelado, que paralisa e estanca os movimentos de solidariedade e humanidade. E, por outro lado o modo acolhedor como a cidade o cuidava. Teodoro mostrou a mim a existência de uma rede quente, intensa, da qual ele era parte. Sem dúvida ele era uma dos loucos da cidade, mas com certeza um louco muito querido e de certa forma cuidado pelas pessoas.

Em torno do conceito de rede quente, Fagundes (2006) traz o conceito de saúde e Sistema Único de Saúde (SUS) atrelado ao compromisso de responder às necessidades de saúde das pessoas:

O conceito de saúde no qual o SUS está alicerçado explicita que a saúde é determinada pelas condições de vida, portanto resultante de processos trans-setoriais, que envolvem ambiente, desenvolvimento, cultura, educação, assistência social, segurança, habitação e direitos humanos. Nesse sentido, o sistema e os serviços de saúde precisam ser partícipes de uma rede de proteção social, no qual o compromisso é responder às necessidades das pessoas: condições de vida, acesso a tecnologias, cuidado e desenvolvimento de autonomia. Rede quente propiciadoras de acolhida, cuidado e apoio. (FAGUNDES, 2006, p. 197).

Barros e Passos (2004) conceituam as redes frias a partir da relação entre Subjetividade e Clínica, sob o contexto das modulações do capitalismo contemporâneo.

Experimentamos atualmente redes que se planetarizam de modo a produzir efeitos de homogeneização e de equivalência. A globalização neo-liberal é uma rede fria e de cima para baixo porque sua lógica é a do capital enquanto equivalente universal ou sistema de equalização da realidade. Já

a rede quente se caracteriza por um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética. É nesse sentido que a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão deve ser retomada como plano de produção de novas formas de existência que resistem às formas de equalização ou de serialização próprias do capitalismo. Devolver o produto a seu processo de produção tal como entendemos ser a direção da clínica pressupõe conectarmo-nos nas redes quentes produtoras da diferença. (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2004, p. 12).

O cuidado, por sua vez vai além da assistência especializada é “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde.” (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O andar do andarilho, muitas vezes com a cabeça enfaixada, em virtude de freqüentes quedas, instigava a população a questionar sobre sua capacidade de estar livre. As pessoas entendiam que ele devia ficar em uma instituição fechada para ser cuidado. As pessoas da cidade não tinham e não tem noção que o maior cuidado possível a Teodoro era a liberdade. Um andarilho precisa andar.

Nas andanças com Teodoro, escutando diretamente o que as pessoas diziam, pude experimentar o sentimento daquelas pessoas que, ao mesmo tempo em que falavam que Teodoro precisava uma instituição fechada, queriam que Teodoro continuasse andando pela cidade, pois Teodoro era parte da cidade. Em outras palavras: mostravam-se permeáveis a pensar e aceitar a loucura como habitante de sua cidade, ao mesmo em tempo que recorriam a formas impermeáveis, colocando o cuidado junto da privação de liberdade. Esse estranho sentimento trouxe a tona uma memória, minha, de infância. Eu adorava observar o louco de minha cidade, o Nenel, com seu quepe na cabeça, multando os carros estacionados em locais impróprios. Anotava tudo com seu lápis e caderneta imaginários. Arrancava a folha (também imaginária) e colava no pára-brisa dos carros. Parava os carros para que os pedestres tivessem preferência na faixa de segurança. Ninguém sabia onde Nenel dormia se tinha casa, família. E o fato de não saber a história dele fazia com que a cidade inteira criasse histórias para a vida dele. A cada ficção inventada pela cidade uma surpreendente história de vida.

Escutando as pessoas nas ruas, suas reflexões e questionamentos foi possível perceber que a forma de cuidado ideal está atrelada a uma tecnologia de cuidado que se produzia, e ainda se produz, em relação ao louco, colocando-o em isolamento social e clausura, seja por sua insanidade, seja para protegê-lo de si

mesmo e dos males da cidade. A cidade, aqui, é vista como produtora de adoecimento, tal e qual ao período áureo do Tratamento Moral e não como produtora de vida e de subjetividades. Se o louco, que foi atropelado estivesse protegido (preso), longe dos carros, caminhões e ônibus que cortam o asfalto não teria sido atropelado. É este pensamento congelado que escutei da comunidade.

Esse sentimento da cidade em relação a Teodoro vai ao encontro de outra situação, a qual descrevo: a vizinhança presenciou a diversos atropelamentos: velhos, homens, mulheres, crianças, cachorros e gatos. Uma rodovia corta o bairro, corta a cidade, corta a vida cotidiana daquelas pessoas. Mais um foi atropelado. Desta vez, um morador do residencial terapêutico da cidade. Por que não o mantiveram em casa? Por que ele estava na rua? São algumas das perguntas que a vizinhança faz ao ver o louco ser atropelado. A questão deve ser colocada em seu lugar: por que tantos atropelamentos ocorrem nessa rodovia? Por que atropela seus cidadãos? Não há segurança para travessia e isso é para todos. É em torno disso que temos que produzir questionamento.

“Quando se discutia sobre as melhores formas e lugares para reabilitação do enfermo mental, Basaglia dizia: ‘são os espaços da cidade.’” (AMARANTE, 1996, p. 97). Está posta a idéia de encontro entre a loucura e a cidade como uma nova construção subjetiva do social que produz inquietações e questionamentos na sociedade. Porque, ao mesmo tempo em que a sociedade encontra-se permeável à reflexão sobre a loucura, escuto das pessoas (nas ruas, nos CAPS, nas rádios, na cidade), que a forma de cuidar ideal seria a internação em centros especializados (como hospitais psiquiátricos) e por longos períodos.

Ao referir a subjetividade, é importante ressaltar que a concebemos como um produto das redes da história, descentrada do indivíduo, sempre produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura. (TORRE; AMARANTE, 2001). Para Guattari, não existe uma subjetividade do tipo 'recipiente' em que se colocariam coisas essencialmente exteriores, as quais teriam interiorizadas; a subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Para o autor, é no encontro com a alteridade, neste caso com a loucura, que nossa subjetividade se produz, reproduz e se transforma (GUATARRI, 1996, apud TORRE; AMARANTE, 2001).

Cabe ainda, uma breve reflexão sobre o termo reabilitação: a palavra reabilitação possui o sentido de habilitar, recuperar aquilo que um dia existiu. O termo reabilitação psicossocial, por sua vez, segundo Pitta (2001), abrange um

conceito estratégico político; uma modalidade compreensiva de cuidados para pessoas vulneráveis em relação às suas sociabilidades e que necessitam de cuidados delicados e complexos. Pois foi justamente por carregar um conceito fortemente atrelado a recuperação de algo que perdeu, que o termo reabilitação foi repensado. A expressão reabilitação vai perdendo sentido à medida que uma idéia de cuidado integral vai se fortalecendo no discurso dos trabalhadores de saúde e desaparecendo na medida em que vai saindo do enquadre hospitalar para as instalações comunitárias. Como isso, o termo atenção psicossocial passa a ser utilizado em função de sua amplitude terminológica e conceitual. O termo atenção nos permite a pensar o cuidado, a integralidade, o plano terapêutico singular.

O que devemos fazer em nosso cotidiano cidadão e de militante e de trabalhador da saúde é desconstruir a imagem de loucura como perigo e tentar investir em uma construção de acolhimento do sofrimento psíquico/mental humano. Sem dúvida um trabalho árduo, que não se tem repercussões grandiosas, mas são perceptíveis no cotidiano de alguns serviços e na relação dialógica com as comunidades

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL: UMA INCURSÃO PELA CIDADE

Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza.

Boaventura de Souza Santos.

A caminhada da luta antimanicomial, o 18 de maio, contou com centenas de pessoas. Invadimos as ruas da cidade, com nossas bandeiras, cantos, sorrisos, reivindicações de direitos e cidadania. Pai, mãe, filho, amigo, vizinho, trabalhadores de saúde, usuários dos serviços de saúde mental, artistas, arteiros, músicos e poetas como atores protagonistas de uma história que sensibiliza a cidade para construir novos modos de vida, mais dignos, respeitosos a todos nós. A mobilização teve um reconhecimento importante da comunidade, que afetou e deixou-se afetar por ela. Foi apostando no encontro da cidade com a loucura, como produtor de acontecimento, que propusemos essa mobilização. Encontro *altero* que marcou o território relacional, espacial e temporal da cidade, inscrevendo no discurso e nas práticas da cidade um espaço para a convivência com a diferença e para a valorização de novas estéticas de existência.

Foucault (apud Hermann, 2005), em *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*, diferencia a moral da ética. A moral, como conjunto de valores e regras propostas ao indivíduo e aos grupos através de dispositivos prescritivos. A ética seria uma elaboração sobre si mesmo para tornar o seu próprio comportamento conforme uma regra dada, mas principalmente, para tentar transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta. A ética depende de práticas que as pessoas fazem. A ética faz parte de uma escolha pessoal, de uma estética de existência. Com base nisso Hermann (2005):

A construção estilizada do sujeito ético não se dá através de regras morais categóricas, mas de acordo com uma arte de viver que parte da escolha de práticas e fórmulas ideais já conhecidas socialmente. A decisão mais importante é aquela que os indivíduos tomam em relação a si mesmos e aos outros, a estetização da ética, enquanto um processo de criação e construção de técnicas singulares, em que o sujeito gestione sua própria liberdade (HERMANN, 2005).

Além da caminhada houve uma audiência pública na câmara da cidade, com o objetivo de colocar a saúde mental na agenda da cidade. Movimentar a cidade, com a caminhada, com a audiência pública e posteriormente com a produção de um filme/documentário foi uma das propostas: a de provocar protagonismo.

Amarante & Torre (2001) afirmam que a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam usuário-ator e sujeito-político, que debatam o tratamento e a instituição, o sujeito e o político. Neste sentido, o movimento configurou-se em uma importante intervenção clínico-política no território, empoderando os atores envolvidos na busca da reafirmação de cidadania e de protagonismo.

O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição; que participa e interfere no campo político. (TORRE; AMARANTE, 2001).

A caminhada do *18 de maio* e a audiência pública na câmara produziram um acontecimento na cidade. Considero que foi uma grande conquista para a saúde mental do município. O impacto que teve na cidade pertence ao campo do sensível, pois não temos como quantificar. Organizamos uma sensibilização e acredito que foi de grande impacto. Percebi isso nos dias decorrentes: as equipes dos serviços agradecendo pela belíssima manifestação. O vendedor de ração que comentou ter visto a caminhada, mas não entendeu o que significava antimanicomial. A moça da lancheria que associou o evento com os acompanhamentos terapêuticos de Lorena. Coisas difíceis de numerar, pesar e quantificar, mas de grande impacto para todos que o viveram.

Cidade é uma palavra que carrega um conceito comum, como espaço geográfico com edificações e que abriga grande número de pessoas, assim como, possui sentidos abstratos e subjetivos. Neste trabalho, gostaria de destacar a cidade como território existencial, produtor de encontros com a alteridade: pessoas, coisas, situações e com o acaso, com o inesperado.

Em torno da construção conceitual e teórica, da cidade suportar a loucura, lembrei-me de outro encontro de saúde mental ao qual participei. Estava participando como ouvinte de uma mesa redonda com três palestrantes. O terceiro chegou atrasado, ofegante, parecia atrapalhado. Apresentou-se, exibiu um filme e

expos seus pensamentos e reflexões. Durante sua fala, algo foi me incomodando, me inquietando, produzindo nojo e revolta. Algo do plano inconsciente, pois não sabia referir o que exatamente me incomodava e causava repulsa. Terminada a palestra, comecei a me questionar e refletir sobre o que teria me levado àquela sensação de incomodo, ao nível do insuportável. A resposta veio mais tarde com algumas leituras e elucubrações: vi minha loucura externa a mim e expressa nele. Vi no louco algo que incomodava a mim mesma. Foi muito difícil suportar aquela loucura. Penso que a loucura deva habitar os espaços da cidade e acredito que seja possível esse habitar mesmo com toda a dificuldade em suportá-la. Soa estranho pensar na loucura como habitante da cidade, porque parece estar atrelado a uma não ação, uma não intervenção e por isso faz-se necessário retomar o objeto da saúde mental em trabalhar a existência em sofrimento do sujeito. Sim porque trabalhar sobre esse objeto, o da existência em sofrimento, não nos tornará imóveis, estagnados ou inócuos diante do sujeito e não nos impele a extirpar a loucura do espaço social. Em suma: a loucura deve habitar a cidade e o sujeito em sofrimento deve ter espaço para acolhimento de seu sofrimento. Tratando, assim, o sofrimento e não a loucura.

O direito a desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável. (PELBART, 1990, p. 137).

Buscando na história certo alento para nossas ações, recobramos a memória a proposta de Baságlia para a desinstitucionalização, que, visava a desconstrução do hospital psiquiátrico, desmontando as estruturas mentais e as formas de olhar a loucura. Isto é, repensar e transformar os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e as relações de poder que sustentam o manicômio, a partir do enfrentamento técnico e político das bases ideológicas da psiquiatria (MELMAN, 2006). É, portanto, um processo que ultrapassa o fechamento literal do manicômio. Esse processo se tornou polêmico, e ainda é até os dias atuais, porque entre outros motivos, implicava na mudança do objeto da psiquiatria. A reforma italiana exigia um novo objeto: a pessoa em suas múltiplas conexões com o meio social em detrimento do antigo objeto: a doença, a periculosidade. Com a proposta

desse novo objeto para a psiquiatria, a remoção do sintoma ou da doença não se aplica e o que se torna aplicável é a criação de possibilidades de vida dentro de um novo modelo onde os espaços de liberdade do sujeito são ampliados. O destaque não é mais colocado no processo de *cura*, mas no projeto *de invenção de saúde* ao sujeito em sofrimento. (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas questões suscitaram em mim a partir dessa cartografia: que produções de subjetividade foram possíveis na cidade, a partir da caminhada do 18 de maio e de outros percursos antes narrados? Enquanto trabalhadores de saúde mental, implicados com a ética de novos modos de cuidado, como manter a discussão, a reflexão em torno da loucura? Com o surgimento da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, quais os novos desafios que se colocam a nossa frente? Somos capazes de ver, de enxergar? Como trabalhar na lógica de uma estética de existência em serviços de saúde que tomam como base e princípio o discurso da moral? Como construir serviços que se pautem na ética a partir de Foucault?

Encontro em Merhy (2004) e Pelbart (1990), certo alento explicativo: o manicômio não é o lugar em si, mas uma prática social, cultural, política e ideológica.

Há considerável produção bibliográfica que aponta para uma produção terapêutica extra muros, fora do manicômio. Isso tem o seu valor histórico pautado na desinstitucionalização. Porém, agora, se faz necessário falarmos de um lugar que não é mais o manicômio em sua forma tradicional – hospital total psiquiátrico. Não estamos mais dentro dos muros do manicômio (ao menos não totalmente), mas incorremos, dia após dia, o risco de repetirmos um processo semelhante ao manicomial (de isolamento e principalmente de controle sobre a vida), mesmo estando em serviços substitutivos de base territorial e comunitária. Para entendermos melhor, trago as reflexões de Pelbart (1990), no que ele nomina como manicômio mental:

Mas é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (PELBART, 1989, p.134)

A determinação sobre a vida de Teodoro, dizendo se ele faz ou não faz a cirurgia, esse poder invasivo, a manutenção da rede fria que nos impôs (e impõe) uma peregrinação sofrível na busca de recursos de atenção à vida, podemos

categorizar como uma forma de **poder sobre a vida**. Ao mesmo tempo, esse poder sobre a vida não se opera o tempo todo, e olhando para a vida de Teodoro, é possível perceber isso. Em que momento isso acontece? Quando a cidade olha para ele e o enxerga. A cidade, como uma multidão (de Pelbart), enxergava-o. A cidade acolheu e se desafia, a cada dia, a conviver com diferença. Suportou seus pensamentos e sentimentos antagônicos: de um lado a vida livre do louco da cidade e de outro, o cuidado através do isolamento. Teodoro mostrou-me sua fora de resistência, suas linhas de fuga e criação. A sua forma de andar pela cidade entregando panfletos, tirando fotos com as pessoas, pedindo cigarros, chorando e rindo, atirando beijos – faz um contraponto ao **poder sobre a vida** e nos apresenta a **potência da vida**.

Pelbart (2007) joga luz sobre os conceitos de biopoder como o poder sobre a vida, que a cada dia parece mais invasivo e presente; e biopotência como potência da vida disseminada por toda parte, se revelando imprevisivelmente a cada dia, indomável e impulsiva.

Pensado a cidade como uma multidão, Pelbart, discorre a multidão como uma diversidade de pessoas, com múltiplos jeitos e estilos, vontades e afetos; uma composição heterogênea enorme, rica em criação e sociabilidade. “A multidão, portanto, é imprevisível, incomensurável, ela é inadiministrável” (Pelbart, 2007, p. 16), como o acaso, como o inusitado.

A multidão não tem centro, não tem unidade, não tem totalidade, ela não tem rumo único, vai a várias direções, ela produz várias linhas, ela é composição, agenciamento, diferenciação. (...) Ela escapa por todos os lados. Como diz Deleuze, “ela é atravessada por linhas de fugas em todas as direções” (PELBART, 2007, p.16).

Quando vamos ao encontro da cidade estamos indo ao encontro da multidão. E no encontro com a multidão o encontro com o acaso acontece.

A partir do encontro com a cidade e com a loucura acontecimentos foram produzidos, possibilitando submeter ao espaço territorial fissuras que ao longo do tempo irão produzir novos acontecimentos para a sociedade, e somente com a história, o tempo e o espaço poderemos avaliar novamente.

Durante esse percurso cartográfico fui mostrando os diversos andares de meus acompanhados e pude mostrar um pouco do meu caminhar: uma imersão na

residência em saúde mental coletiva que permitiu encontros, circuitos, peregrinações, incursões e itinerários diversos.

Para finalizar essa caminhada, trago o conceito de pedagogia da implicação com base em Fagundes (2006):

A implicação é marcadora de itinerância, é produtora de cumplicidade, leva à praça pública, tem estética própria, propicia celebrações, é encarnada, desacomoda, ativa linhas de fuga para a invenção, produz geografia própria, provoca autoria, convoca a ousadia, tensiona contradições, gera pontes, produz resistência, é militante, provoca bifurcação, desconforto e oposição, produz possíveis e ancoragens, desavergonha, flerta com a loucura, e instiga aprendizagem desejante (FAGUNDES, 2006).

Penso que a citação acima explicitada abraça conceitualmente todo o percurso por mim trilhado e pelos loucos que me acompanharam nesse encontro diverso e *altero* pela e com a cidade. A pedagogia da implicação para a formação na saúde é constituída no desafio de gerar capacidade de análise coletiva e autoria nos processos de uma mudança, educação comprometida com projetos de presente e políticas da vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marta Carvalho de. OLIVER, Fátima Corrêa. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. Plexus Editora. São Paulo: 2001.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. (coord.). **Loucos pela vida**. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARROS, Laura Pozzana & KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>> Acesso em: 26 out. 2010.

BENEVIDES DE BARROS, Regina. PASSOS, Eduardo. Clínica política e as modulações do capitalismo. Lugar **Comum – estudos de mídia, cultura e democracia**. Rio de Janeiro, n.19-20, jan-jun. p. 159-171, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Nacional de Humanização**. 3ª edição Brasília-DF: 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0915_M.pdf> Acesso em: 07 jun. 2010.

Birdy: asas da liberdade. **[Filme]**. Direção: Alan Parker. Roteiro: Sandy Kroopf, Jack Behr, Estados Unidos, 1984 (120 minutos).

CHICO, César. A primeira vista. In: Vipcollection: MZA, 2008. **[Música]**.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Exigências contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**. Bagé, v.2, n.2, 1995. p. 2-4.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

KRUG, Juliana Cordeiro. **Alta e reinserção social de usuários egressos do Centro de Atenção Psicossocial II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Faculdade de Terapia Ocupacional. Disponível na biblioteca central do Centro Metodista IPA. Porto Alegre, 2008.

HERMANN, Nadja. **Ética e estética. A relação quase esquecida**. Porto Alegre: Edipucrs, 2005.

Kinoshita, Roberto Tykanori. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: Pitta, Ana (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil 2ª edição. Hucitec. São Paulo: 2001.

Mairisse, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In FONSECA, Tânia Mara Galli. KIRST, Patrícia Gomes. (org). **Cartografia e Devires: a construção do presente**. Porto alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MÂNGIA, Elisabete. Ferreira. NICÁCIO, Fernanda. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. Plexus Editora. São Paulo: 2001.

MARQUES, Daniel Jaeger. Adeus Abel... **Diário de Viamão**, Viamão, 16 set. 2010. p. 6-7.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. Campinas, SP: 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em 06 nov. 2010.

PALOMBINI, Analice. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento**. 2ª edição. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina Benevides de. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. Apresentação. In: _____. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, Peter Pål. **Manicômio Mental: a outra face da clausura**. In: LANCETTI, Antônio. *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. **Um convite à Cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos**. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). *Encontro Nacional de Saúde Mental*. v.1. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª edição. Campo Belo, SP: Editora Hucitec, 1996.

QUARENTEI, Mariângela Scaglione. **T.O. como Produção de Vida**, 2007. Disponível em: <<http://coletivoocupacional.arteblog.com.br/1920/T-O-como-producao-de-vida/>> Acesso em: 20 ago. 2010.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (org). *Cidadania e Loucura Políticas de saúde mental no Brasil*. 7ª ed. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2001.

ROLNIK , Suely. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

ROTELI, Franco. LEONARDIS, Ota de. MAURI, Diana. **Desistitucionalização**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, Tânia Mara Vieira. Tecendo cultura com mediações que unem corpo, saúde e lazer. **Movimento**, Porto Alegre, v.12, n.03, p. 73-96, set-dez. 2006.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.