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

JANAYNA ARAÚJO COSTA PINHEIRO

CARTOGRAFIA POR IMAGENS EM UMA EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA

Vitória
2009

JANAYNA ARAÚJO COSTA PINHEIRO

CARTOGRAFIA POR IMAGENS EM UMA EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Profª. Drª. Leila A. Domingues Machado

Vitória
2009

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

Pinheiro, Janayna Araújo Costa, 1973-

P654c Cartografia por imagens em uma experiência de clínica / Janayna Araújo Costa Pinheiro. – 2009.

126 f. : il.

Orientadora: Leila Aparecida Domingues Machado.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Clínica médica. 2. Subjetividade. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental comunitária. 5. Arte - Psicologia. I. Machado, Leila Aparecida Domingues. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

JANAYNA ARAÚJO COSTA PINHEIRO

CARTOGRAFIA POR IMAGENS EM UMA EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, de 2009.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Leila Aparecida Domingues Machado (Orientadora)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL/UFES

_____

Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Campello Lavrador
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL/UFES

_____

Prof.ª Dr.ª Cristina Mair Barros Rauter
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA/UFF

Para Ismail e Amilza

AGRADECIMENTOS

A Leila, pela orientação.

A Cristina Lavrador e Cristina Rauter, pelas contribuições e composição à banca.

À família – pai, mãe, irmãos e sobrinhas – por tudo que são, pelo modo como se fazem presentes, por sempre buscarem o sentimento naquilo que fazem, por se afetarem e afetarem na intensidade da vida.

A Elton, por estar presente.

Aos amigos Luiz Manoel, Simone Neiva, Tom Boechat, William Sossai agradeço pela força, atenção e carinho; a Herbert Farias, pelo cuidado na revisão do texto.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas de experiências. Àqueles que estiveram mais perto, Aline, Catharina, Denise, Gustavo, Juliana e Thiago, pela disponibilidade.

Aos estagiários do projeto Hecceidades, que participaram em muitos momentos desta pesquisa (Keli, Bruna, Carol, Douglas, Rafaela, Rafael, Samya...).

Aos moradores do Dispositivo-Casa, por nos ajudarem a pensar outros modos de viver a vida.

À turma de Psicologia da Educação 2007/02 do curso de Artes Visuais/UFES, pela participação.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

E àqueles que de uma forma ou de outra estiveram presentes neste percurso.

Muito obrigada!

O trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naqueles que o percorrem (DELEUZE, 1997a, p. 73).

RESUMO

A reforma psiquiátrica no Brasil vem passando por mudanças desde a efetivação e aprovação da Constituição, em 1988. O questionamento acerca do funcionamento do sistema de saúde era um indicativo da necessidade de pensar e construir outras práticas e saberes. O movimento de reforma conquistou dimensões políticas e lutou por um programa de saúde integral e descentralizado, bem como pela universalidade no acesso e a preservação da autonomia, contando com a participação da população no controle social. É sabido que a reforma defende a desmontagem dos hospitais psiquiátricos e a tomada de responsabilidade por parte da comunidade, entrelaçada pela rede de atenção psicossocial. Essa rede de atenção é composta não só pelos serviços assistenciais (Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospitais Gerais, Programa Saúde da Família), mas também pelas escolas, trabalho, famílias, associações ou cooperativas, associações de bairro, vizinhos, praças e – por que não? – as ruas. Nesse sentido, a pesquisa buscou acompanhar os processos de transformação das subjetivações, por meio da perspectiva cartográfica e de imagens filmadas, nos caminhos percorridos pelos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos localizados no bairro Santana, em Cariacica, Espírito Santo. O processo cartográfico ocorreu junto aos trajetos realizados pelos moradores, o que abriu discussão sobre o que temos chamado de clínica, sobre a rede de atenção em saúde mental e em que temos contribuído como profissionais de saúde. Desde a inauguração das Casas, em 2004, têm-se construído dispositivos de interação junto à comunidade e estratégias de uso do que oferece a cidade. O registro das imagens ocorreu no próprio bairro, com aqueles que aceitaram ser filmados. A pesquisa teve como campo o espaço da rua e as produções de subjetividades que emergiram nesse contexto. As imagens tiveram como ênfase um olhar sobre o itinerário em ação e sobre as relações em processo nesse campo em transição. Consideramos os trajetos como efeitos do Dispositivo-Casa e que por meio dele é possível ampliar a rede de atenção à saúde, bem como percorrê-la para além dos ditos serviços de atenção. A pesquisa convocou-nos a pensar sobre as conexões em processo e que podem expandir a vida; pensar e problematizar sobre o que chamamos de rede no âmbito da clínica em saúde mental; e ainda problematizar o que estamos chamando de clínica, e como essa prática em construção se põe a funcionar. Para tanto, partimos da articulação com a clínica sócio-institucional para dar visibilidade aos movimentos que expressam, que falam e que produzem encontros, imprevistos e experiências, deslocando as produções subjetivas estabelecidas. As mudanças vêm sendo construídas no cotidiano dos moradores da Casas desde sua saída do hospital e a cada saída que realizam das Casas para outro lugar. A mudança diz respeito não só à alteração de endereço, mas acontece também a cada trajeto que esses moradores percorrem, nas relações que constroem com as pessoas e com o próprio bairro.

Palavras-Chaves: Clínica. Subjetividade. Saúde Mental. Cartografia. Arte. Cidade.

ABSTRACT

Psychiatric Reform in Brazil has been going through several changes since the approval and the effectuation of the 1988 Brazilian Constitution. The questioning about the health system functioning was an indication of the need to think and to build other kinds of practices and knowledge. The reform movement achieved political dimensions and fought for a health program that was complete and decentralized, for the universality in access and for the preservation of autonomy, counting with popular participation in its social control. It is known that the reform defends the dismantle of psychiatric hospitals and the responsibility share with the community, intertwined with a psychosocial care network. Such network is composed not only by the assistance services (basic health care units, psychosocial care centers, therapeutic home services, general hospitals, family health care program) but also by schools, employment, squares, parks and – why not? – the streets. In this sense, the research aimed to follow the transformation process of subjectivities through cartographic perspective and filmed images in the paths of users of the therapeutic home services at Santana, in Cariacica, Espírito Santo. The cartographic process happened along the paths taken by residents, opening a discussion about what we have called clinic, about the care network in mental health and questioning what have we contributed as health professionals. Since the opening of the houses, in 2004, it has been built interaction devices with the community and usage strategies for what the city has to offer. The filmed documentation was done in the neighborhood with residents that accepted being recorded. The research field was the street and the subjectivity productions that happened in such transition context. The images emphasized the itinerary in action and the relationships in process in such transition field. We considered the paths as effects of the house-device and that through such device it is possible to amplify the health care network beyond the so-called care services. The research called us to reflect on the connections in process that can expand life; to question what we call network in the context of mental health clinic; and yet inquire into what have we called clinic and how this practice under construction is set to work. For such endeavor we started out with the articulation of the social institutional clinic to arrive at the visibility of the movements that bring out expressions, discourses and the production of meetings, of unexpected situations and of experiences, shifting the established subjective productions. Changes have being built in the daily life of the therapeutic home residents since their exit from hospitals and every time they go out somewhere. Such changes encompass not only new home address but also, at each path they take, the relationships they build with other people and with their neighborhood.

Key Words: Clinic. Subjectivity. Mental health. Cartography. Art. City.

SUMÁRIO

ROTEIRO 12

1.1 ATO UM 14

1.2 "SAIR OU NÃO SAIR". ESSA NÃO É A QUESTÃO 16

1.3 ATO DOIS 18

2 ATO EM MOVIMENTO [E/OU] ATO 1 22

2.1 MOVIMENTO DE REFORMA DO MODELO ASSISTENCIAL 22

2.2 DISPOSITIVOS PARA DIMINUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES 30

2.3 QUE LUGAR CONSTRÓI UM PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA SAÚDE? 37

3 ATO EM PROCESSO [E/OU] "SAIR OU NÃO SAIR" 44

3.1 CONHECER UM CAMINHO 46

3.2 DE OUTRO LADO 57

3.3 MERGULHAR NA CENA 70

4 ATO ENTRE CLÍNICA UMA ARTE [E/OU] ATO 2 80

4.1 ENCONTRO COM UM LIVRO 80

4.2 FOLHEANDO UM LIVRO 84

4.2.1 UM LIVRO 86

4.2.2 OUTRO LIVRO 90

4.2.3 UM OUTRO LIVRO 96

4.3 "PARA QUE SERVE UM LIVRO SEM IMAGENS?" 99

5 SAÍDA 106

REFERÊNCIAS 110

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 123

ANEXO B – MATÉRIA PUBLICADA NO JORNAL A GAZETA 124

O corpo.

ROTEIRO

Esta pesquisa-cartografia teve por objetivo acompanhar por meio de filmagens os trajetos percorridos pelos moradores dos dois primeiros Dispositivos-Casa[1] implantados no Espírito Santo, localizados no bairro Santana, município de Cariacica. Fomos provocados a realizar esta pesquisa nas ruas por apostarmos na mudança de paradigma proposta pela reforma psiquiátrica. A psiquiatria deixa o objeto doença para buscar lidar com a existência-sofrimento em relação ao corpo social (ROTELLI, 1990).

A reforma psiquiátrica teve início num momento em que os movimentos sociais suscitaram, dentre outros aspectos, o estabelecimento de instituições públicas substitutivas do modelo assistencial clássico da psiquiatria, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, mais recentemente, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os quais produzem outra configuração no contexto da cidade na medida em que são considerados serviços abertos e não se constituem como locais de internação.

É sabido que a reforma defende a desmontagem dos hospitais psiquiátricos e uma tomada de responsabilidade por parte da comunidade, entrelaçada pela rede de atenção psicossocial aos ditos loucos. Essa rede de atenção, segundo Brasil (2004), é composta não só pelos serviços assistenciais (Unidades Básicas de Saúde, CAPS, SRT, Hospitais Gerais, Programa Saúde da Família), mas também por escolas, trabalho, famílias, associações ou cooperativas, associações de bairro, vizinhos, praças e – por que não? – as ruas.

A fim de refletir sobre o modo como tem ocorrido esse processo de transformação de paradigma nas ruas, bem como sobre as formas pelas quais afetamos esse processo e somos afetados por ele, saímos às ruas do bairro juntamente com os moradores das Casas.

Nesse contexto, atentamos para questões como: o que chamamos de rede de atenção? O que pode a clínica em saúde mental? Que contribuições se podem oferecer à construção dessa prática? Perguntas que nos atravessaram durante a

[1] Termo usado por Machado e Lavrador (2007) ao se referirem aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

pesquisa, a qual não esgotou tal discussão, mas produziu reflexões sobre as relações que construímos em um contexto de intensa transformação.

Para tanto, o objetivo principal foi cartografar por meio de filmagens o processo de produção de subjetividades que emergem nos trajetos feitos pelos moradores do Dispositivo-Casa no bairro onde habitam: acompanhar um processo em movimento no percurso que acontece fora dos prédios dos serviços de atenção à saúde mental, ou seja, o ir e vir dos moradores das Casas; os movimentos que se desviam da rotina institucional; os caminhos em construção e que de certa maneira ampliam a rede de atenção. Acompanhar tais movimentos a partir dos Dispositivos-Casa contribuiu para pensar sobre a prática e dispositivos da clínica no âmbito da saúde mental.

As referências utilizadas estão acompanhadas por lembranças, cenas e implicações que cruzaram a produção deste trabalho. Seguem abaixo, divididos em três atos, os núcleos de discussão da dissertação, os quais se desdobram nos capítulos, sendo compostos das seguintes discussões: *Ato Um* trata de questões do processo de reforma psiquiátrica a partir da inserção e experiências vividas nesse processo, tendo como aporte teórico, na discussão do capítulo *Ato em Movimento*, a Legislação em Saúde Mental, Franco Rotelli, Paulo Amarante, Magda Dimenstein e Cristina Lavrador; *Sair ou não sair, essa não é a questão* constituiu-se a partir do impasse em prosseguir com a problemática clínica e arte, e gerou o relato da construção desse processo cartográfico, a produção dos critérios utilizados, a descrição dos procedimentos em relação ao uso da filmagem e da prática clínica, a qual se afirmou a partir da expansão da vida e na produção de possibilidades de experimentação de outros modos de vida. Para essa discussão híbrida buscamos referências que abrem pautas para os diferentes campo do saber, como Philippe Dubois, Leila Machado, Janice Caiafa e Consuelo Lins, entre outros; *Ato Dois* é dedicado a questões levantadas no âmbito da clínica e sua relação com a arte, encontro que dispara perguntas e produz bifurcações, convocando-nos a pensar sobre o que temos a oferecer: que histórias produzimos; o que temos feito a partir dos encontros com os imprevistos, com as pessoas, com a clínica etc. Tem-se a partir dessas questões o desdobramento para o capítulo *Ato entre Clínica uma Arte,* tendo como intercessores Spinoza, Foucault, Deleuze e Guattari, Suely Rolnik, Leila Machado e Cristina Rauter.

1.1 ATO UM

Livro, papel e caneta sobre a mesa. Apanhar uns livros, escrever umas linhas, rasgar papel, gastar tinta de caneta, depois deixar isso tudo de lado e ir ao computador tentar alinhavar algumas ideias e configurar um texto a partir de cenas vividas que traziam à tona inquietações sobre um tema: o que se pode produzir a partir da imbricação da arte com a clínica em saúde mental.

Os computadores entraram em nossas casas, modernizaram seu aspecto, e de certa forma a tecnologia se torna mais acessível. A produção de um texto ora com caneta e papel, ora com a máquina denuncia uma transição e também as dimensões possíveis de um contato concreto e ainda necessário da produção de subjetividades. O movimento das mãos e a sensação da caneta riscando a folha de papel em branco imprimem expressões ainda pouco visíveis ao registro na máquina.

Na intensidade da transição entre papel e computador, as ideias surgiram como cenas soltas, imagens não sequenciadas e sem uma aparente liga, mas compunham um certo percurso até o momento desta escrita. Seguem algumas cenas:

Primeira cena: na TV, um cenário de tecidos sujos e de pessoas abandonadas. O Hospital Psiquiátrico Anchieta, de Santos (ou “casa dos horrores”, como ficou conhecido), sofria intervenção municipal e ganhava destaque nos noticiários da TV, no fim da década de 80, por descaso e maus tratos aos pacientes. Paralelamente, o movimento de reforma do modelo assistencial ganhava fôlego e novos serviços inspirados na experiência italiana eram criados (como o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo – CAPS e o Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos/SP – NAPS), defendendo a adoção de meios que não segregassem e nem excluíssem os que sofrem de “distúrbios psíquicos”.

Segunda cena: propostas governamentais e implantação de novos serviços[2] nas cidades. O governo, a partir de dispositivos eficazes para diminuição das

[2] Inicialmente, os “novos serviços” foram denominados pelas Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 de Núcleos/Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), e se propunham atender pessoas com transtornos mentais graves e ser um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. E “[...] embora tenham viabilizado a construção de muitos novos serviços em saúde mental, ao definirem a estrutura dos mesmos, produziram uma indesejável padronização das experiências [...]”, as quais “[...] foram homogeneizadas em tais portarias, onde são consideradas sinônimas. E esta pasteurização

internações e mudanças no modelo de assistência, regulamentava pela portaria 224/92 esses novos serviços, atualmente regulamentados pela portaria 336/02. Nesse período, os serviços alternativos de saúde mental começam a construir um percurso. Na implantação da nova política existem muitas possibilidades e entraves, roteiros possíveis e outros tantos por fazer. A mudança de um paradigma não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas também no cotidiano do trabalho (ROTELLI, 1990).

Nesse contexto, as experiências de estágio e de trabalho, que ocorreram desde 1999 em serviços de saúde mental públicos e privados, produziram alguns encontros que suscitaram interesse na reflexão sobre essa construção do fazer e saber; as discussões e produções em grupos abriam possibilidades para falar das diversas experiências e lembranças vividas por cada usuário[3]: enquanto para uns vinham à tona situações duras, de frequentes crises seguidas de internações e eletrochoques, outros se encontravam pela primeira vez diante da possibilidade de sair e ter com quem conversar para além dos de casa.

Terceira cena: em ação os diversos instrumentos e técnicas de conhecimento, juntamente com profissionais de diferentes áreas de atuação (médicos, assistentes sociais, artistas plásticos, enfermeiros etc.), entre um e outro estabelecimento (público ou privado), orientados pelas determinações da portaria ministerial e valendo-se dessas prescrições para realização de procedimentos (atendimentos individual e em grupo, oficinas terapêuticas, acompanhamento psíquico, social e medicamentoso aos que procuravam o serviço). Configuravam-se, desse modo, o trabalho em equipe multidisciplinar e indagações sobre o limiar das atuações dos profissionais na saúde mental: que lugar constrói um profissional de psicologia na saúde? Ora nas salas de atendimentos individuais com as famílias, ora nos espaços de oficinas, montando jornal e discutindo o próximo dia de festa dos aniversariantes do mês. Essas situações ocupavam nosso dia-a-dia construindo uma experiência de clínica, e começavam também a fazer parte da memória, juntamente com outras experiências vividas.

---

pode produzir prejuízos importantes para a multiplicidade das práticas atualmente em implantação". (AMARANTE et al, 2001, p. 57).

[3] Aqui, faço opção por chamar de usuários aqueles que usavam o serviço, porque assim eram chamados.

1.2 "SAIR OU NÃO SAIR". ESSA NÃO É A QUESTÃO

Sair ou não sair? Ir ou não ir? O que encontrar ao sair senão a própria paisagem, pessoas, bancos, plantas, movimento de pessoas de um lado a outro, o calor do sol, a brisa do vento? Por que tantos questionamentos ao se cogitar a possibilidade de sair de casa?

Parece simples sair de casa, contudo tal impasse produziu um pensamento quase paralisante. Era preciso ir ao bairro Santana, em Cariacica, e apesar de o caminho ser conhecido, algo parecia impedir de seguir adiante. Talvez justamente esse "caminho conhecido" fosse um motivo da dificuldade, o fato de ser supostamente sabido. Se supomos saber o que está por vir, não consideramos que há mais a saber, pois já é sabido. Nesse caso, não há desafios, não há o imprevisto.

Mas antes que esse sentimento monopolizasse o pensamento, foi possível sair de casa e conhecer (e escrever mais de uma vez) o caminho que segue rumo ao bairro Santana.

O trânsito foi intenso e passaram caminhões, carros, ônibus...

Depois de se ter percorrido esse trajeto e ao se permitir mergulhar na cena, as ideias surgiram, dentre elas o pensamento sobre o quase domínio da sensação do "já saber". O que pode acontecer com alguém ao sair e percorrer um determinado caminho? Ao tentar responder essa formulação, muitas vezes opta-se por ficar dentro das próprias casas atrás de grades, às quais atribuímos proteção, e ainda, como se não bastasse, criamos vários impedimentos, como quando acreditamos em certa realidade que ouvimos e vemos por meio de informações que nos chegam sem que as tenhamos vivido. De outro lado ouvimos pessoas dizerem que houve tempo em que podíamos circular pelas ruas sem medo. Pode-se arriscar dizer que sair ou não sair não se constitui uma questão, mas permanecer nela seria criar para si um problema sem solução.

> […] as grades do condomínio
> são pra trazer proteção
> mas também trazem a dúvida
> se é você que está nessa prisão […] (0 RAPPA, YUKA, 2005).

Não conseguimos imaginar o que é viver enclausurado, mas facilmente nos enclausuramos em ideias e pensamentos sem saída, em rotinas fechadas.

> Todo dia ela faz tudo sempre igual [...]
> Todo dia ela diz que é pra eu me cuidar [...]
> Todo dia eu só penso em poder parar
> Meio-dia eu só penso em dizer não
> Depois penso na vida pra levar
> E me calo com a boca de feijão [...] (BUARQUE, 1971).

No âmbito da saúde mental constantemente convocamos os ditos loucos a se prenderem às formas estabelecidas e ditas normais.

> Em que mundo queremos nos inserir e inserir nossos pacientes ou 'usuários psiquiátricos'? Responder a essa questão é muito importante: será que queremos nos inserir ou nos adaptar pura e simplesmente ao mundo em que vivemos hoje? Do ponto de vista do fortalecimento e da expansão da vida, o que obteremos com esse tipo de adaptação? (RAUTER, 2000a, p. 268).

Afirmar que não sabemos o que é vida nos põe frente ao imprevisível e às possibilidades de reinvenção do cotidiano[4]. Supor já saber o que se tem a viver é como entrar num diálogo sem possibilidade de saída, como acreditar no imperador Arlequim, personagem do texto Laicidade, em *Filosofia Mestiça* de Michel Serres, que diz, pressionado em uma entrevista coletiva, após seu retorno de uma inspeção às terras lunares: "[...] em toda parte tudo é como aqui, em tudo idêntico ao que se pode ver [...]" (SERRES, 1993, p. 1).

Na experiência de clínica em saúde mental, o que temos feito com a diferença? Estamos contribuindo na transformação do que se pode ver e dizer sobre a vida, sobre o mundo?

[4] Lefebvre (1991, p. 30-31, grifo do autor), ao pensar sobre a vida cotidiana diz que esse contexto faz mostrar o "[...] lugar dos conflitos entre o racional e o irracional na sociedade e na nossa época. Determina assim o lugar em que se formulam os problemas concretos da *produção* em sentido amplo: a maneira como é *produzida* a existência social dos seres humanos, com as transições da escassez para a abundância e do precioso para a depreciação". Nesse sentido, ele afirma que o cotidiano vai por si mesmo se constituindo, e suas partes e fragmentos se encadeiam num emprego do tempo. O cotidiano é, portanto, "aquilo que não tem data. É o insignificante (aparentemente); ele ocupa e preocupa e no entanto, não tem necessidade de ser dito, é uma ética subjacente ao emprego do tempo, uma estética da decoração desse tempo empregado".

1.3 ATO DOIS

Embaralham-se as cenas e outro cenário atravessou esse roteiro. O trabalho com a saúde mental despertou um encontro com a arte, não só com o fazer artístico, mas também com o que a arte oferece: outro saber, outro olhar, outra perspectiva, uma outra experiência, um deslocamento etc. E então, outras cenas.

Primeira cena: no ano de 1997, um encontro com um livro de Carlos Drummond de Andrade, *Farewell, "Arte em exposição" (1996, p. 29)*, em que há poemas sobre obras de arte, como *O grito*, de Edvard Munch.

> A natureza grita, apavorante.
> Doem os ouvidos, dói o quadro (DRUMOND, 1996, p. 30).

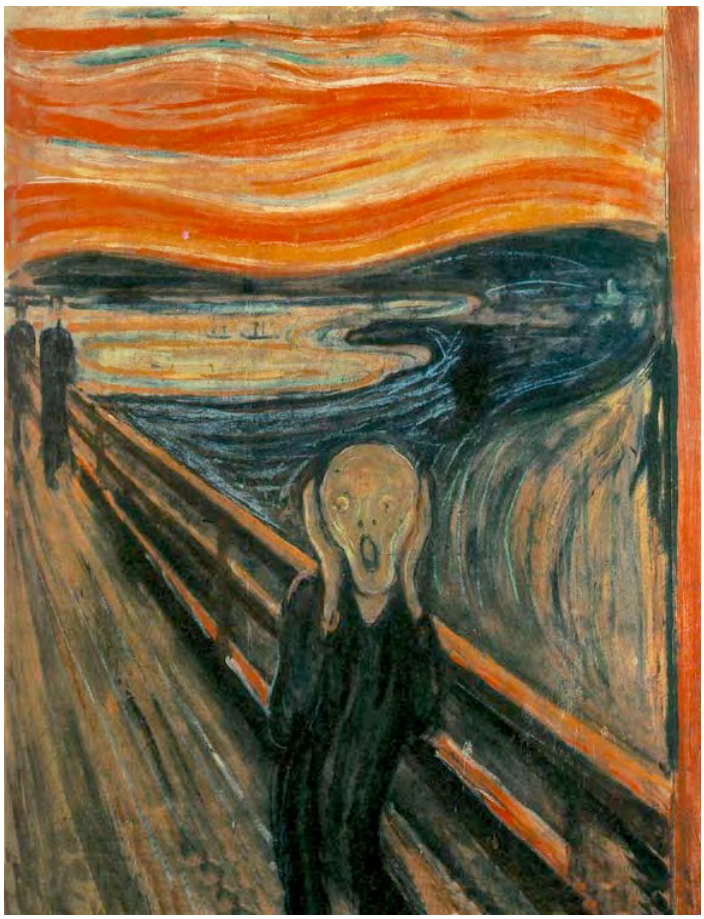

Figura 1 – O Grito, Edvard Munch (1893

Figura 2 – A cadeira, Van Gogh (1888)

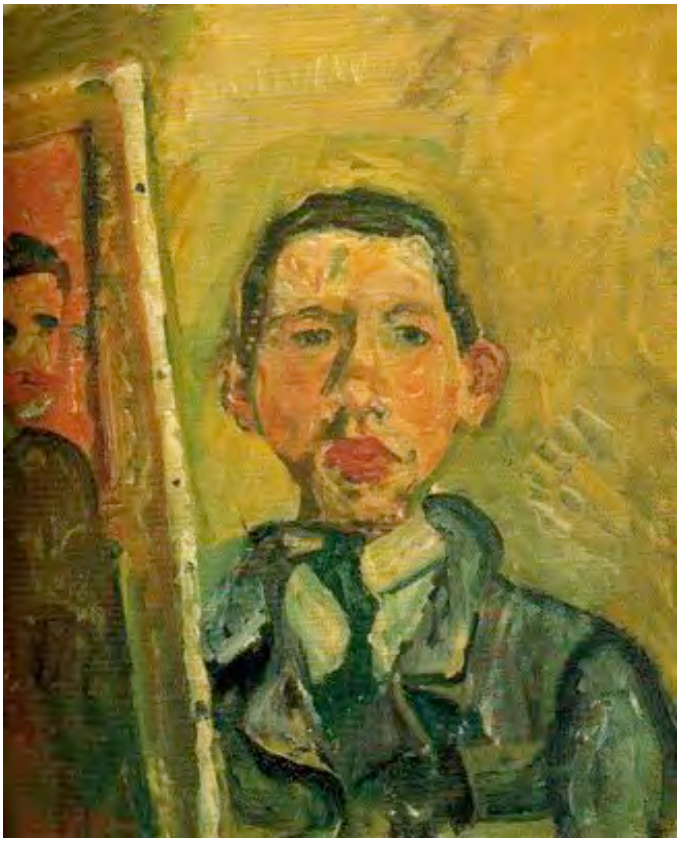

Figura 3 - *Auto-retrato*, Chaim Soutine (1918).

A cadeira, de Van Gogh, *Auto-retrato*, de Soutine:

> Sou eu ou não sou eu?
> Sou eu ou sou você?
> Sou eu ou sou ninguém,
> e ninguém me retrata? (DRUMMOND, 1996, P. 29).

O poeta produz versos a partir de pinturas de outros artistas. Ao deparar-se com as expressões artísticas, algo nos põe a mover, nos desloca. Para onde somos lançados a partir desse encontro?

Segunda cena: mais ou menos aos cinco anos de idade, folheando um livro. A mãe pergunta à filha: “Você está lendo, minha filha?” Ela responde: “Não mãe, estou *olendo*”. A mãe surpresa indaga: “*Olendo?*” A filha responde, em seguida: “Sim, mamãe, olhando e lendo”. Olhar as imagens de um livro parece trazer à tona as informações de uma só vez; nesse instante, emergem muitas histórias.

> [...] encontra-se à flor da pele, em um limiar, em metamorfose. Tudo o que antes era feito de uma paz morna, agora se sacode junto aos ventos de uma tempestade. Tudo o que antes suportava mostra-se agora intolerável. Seu presente, como também seu passado, se estremecem junto a uma linha a ser traçada, a ser sustentada (MACHADO, 2002, p. 104).

Terceira cena: Martine Joly (2004, p. 17), *Introdução à analise de imagem*, ao falar sobre lembranças de imagens no senso comum, remete aos primeiros livros infantis e cita a fala da protagonista de *Alice no País das Maravilhas*: “Para que serve um livro sem imagens?”. Em toda parte têm-se imagens, “[...] vestígios de estranhas civilizações” (BUARQUE, 1993).

1
LINHA
PARE
OLHE
ESCUTE
PARE
CAMINHOS

2 ATO EM MOVIMENTO [e/ou] ATO 1

2.1 MOVIMENTO DE REFORMA DO MODELO ASSISTENCIAL

No Brasil, desde os anos 70, os movimentos sociais vêm marcando gerações, e nesse período foram disparadas mudanças não só no campo da saúde, mas em várias áreas.

Os anos 80 no Brasil foram anos de intensa transformação. Economicamente, o Brasil enfrentou tempos de inflação crescente e forte queda no crescimento econômico, e por esse aspecto essa década foi chamada "década perdida".[5] Na política o país iniciou um retorno gradual à democracia, voltou a escolher os dirigentes e realizou reformas que viabilizaram a criação de novas siglas partidárias, as quais expressavam um movimento social. Na música, bandas com estilo *pop* e *rock*, como Legião Urbana, Titãs, Capital Inicial e Paralamas do Sucesso, entre outras, expunham em muitas composições tanto uma preocupação com o social quanto uma leitura crítica da sociedade, não poupando diversas formas de instituição, como nas canções "Polícia", "Família" e "Desordem", do Titãs; nas artes plásticas um movimento de jovens artistas abriu uma exposição com uma pergunta, que parecia sufocada pelo regime militar: *Como vai você, geração 80?*[6] tornou-se um acontecimento importante da produção artística brasileira. Na saúde não foi diferente, vivíamos um processo ativo de reforma e era preciso uma reorganização hierárquica no sistema, o que levou à transferência de responsabilidades pela prestação de assistência à saúde da União aos governos locais (estados, municípios e distritos), à abertura de assistências no setor privado e à participação da comunidade.[7] Essas mudanças foram efetivadas com a aprovação da Constituição em 1988, também chamada Constituição Cidadã, que legitimou um novo paradigma: a participação da população no controle social, o que se constitui uma democracia participativa.

---

[5] Nota-se que essa nomeação refere-se mais especificamente às questões econômicas do país. Em outras áreas como política, saúde e cultura, as transformações ganham fôlego para produzir novos movimentos.

[6] A exposição *Como vai Você, Geração 80?* foi aberta em 14 de julho de 1984, na Escola de Artes Visuais do Parque do Lage – EAV/Parque Lage, Jardim Botânico, Rio de Janeiro. Contou com 123 jovens artistas de diversos pontos do país.

[7] Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando outras providências.

A saúde, no entanto, vem passando por reformas e mudanças desde o final da década de 70, no que é conhecido como movimento de Reforma Sanitária (AMARANTE, 1995). O questionamento acerca do funcionamento do sistema de saúde era um indicativo da necessidade de pensar e construir outras práticas e saberes. O movimento de reforma conquistou dimensões políticas e lutou por um programa de saúde integral e descentralizado, bem como pela universalidade no acesso e pela preservação da autonomia. Esse movimento culminou, em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na luta pela construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº. 8080/90. Essa conferência se desdobrou nas chamadas conferências "específicas": saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, do consumidor, saúde bucal, saúde mental, grandes endemias etc.

O sistema de saúde, respaldado na Constituição de 1988, tomou como princípios a universalidade do acesso, a hierarquização, a regionalização e a integralidade nas ações, propondo-se assegurar os direitos humanos e civis, com ênfase na participação de outros dispositivos não assistenciais. Foi com esse enfoque que se iniciaram os programas da saúde, os quais foram e estão sendo postos em prática pelo governo.

Na esfera da saúde mental, o processo de transformação do modelo de atenção ou "movimento da reforma psiquiátrica" (AMARANTE, 1995) ganhou força a partir de uma sequência de eventos, deflagrada pela "Crise da Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental), quando profissionais iniciaram greve denunciando a precariedade com que trabalhavam e criticando a assistência prestada. Posteriormente, tem-se a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual representou a aspiração e as iniciativas pela reforma, juntamente com outros movimentos (AMARANTE, 1995).

Os encontros de coordenadores da região Sudeste, as conferências de saúde mental (AMARANTE, 1995) e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), convocada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, são eventos que dispararam o processo de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003). Em outro momento, tem-se a Declaração de Caracas, em 1990, considerada referência para o processo de transformação. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) é

um marco, por ter contado com a participação de associações de usuários e familiares, conselheiros da área de saúde, prestadores, governo e entidades da sociedade civil.[8]

Em 1989 deu-se a conhecida Experiência de Santos, marcada pela intervenção no Hospital Psiquiátrico Anchieta daquela cidade e a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Ainda nesse ano, um deputado federal apresenta a Lei 3.657/89, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Em meio a esses feitos, forma-se a organização do Movimento de Luta Antimanicomial. A partir desses acontecimentos desdobraram-se outras portarias, leis e movimentos caracterizados pela busca de outra maneira de lidar com a loucura. Essa iniciativa não é nova, e é a partir da segunda metade da década de 80 que somos impulsionados pela experiência italiana de desinstitucionalização a pensar a loucura por outro enfoque.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve forte influência da Reforma Italiana e buscou nessa experiência a desmontagem do modo de funcionamento do modelo de atenção à saúde mental vigente a partir de uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

As principais ações da Reforma Italiana são a desmontagem das instituições de controle social e a ruptura do paradigma racionalista problema-solução (doença-cura). Esse movimento de reforma na Itália teve início na década de 60, momento no qual Franco Basaglia assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, Itália (AMARANTE, 1996, p. 69).[9] Vale salientar que a reforma aconteceu num momento de crise e de mudanças políticas e culturais na Itália (NICÁCIO, 1990).

> Esta forma de pretender e praticar a implementação da reforma conquistou todo o seu significado no momento em que se abriu, também na Itália, nos primeiros anos da década de 80, o período da 'crise do *Welfare State*', com suas respectivas políticas de restrição dos gastos públicos e as críticas das políticas de reforma precedentes (ROTTELI, 1990, p. 53-54).

A postura de desinstitucionalização italiana não se configurou apenas pela substituição do modelo de serviços, mas na decomposição das formas instituídas

[8] Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, de 1 a 4 de dezembro de 1992.
[9] Sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, ver Basaglia (1985) e Nicácio (1990).

de tratamento, para as quais o objeto era a doença-cura. Nesse sentido, o primeiro passo da desinstitucionalização foi a crítica a esse paradigma. Isso significou entender que a instituição[10] psiquiátrica e seus aparatos (jurídicos e sociais) se ocupavam em solucionar um problema intratável, a doença mental,[11] e consequentemente rejeitar as soluções dadas, tais como o isolamento, os diagnósticos e as especializações terapêuticas. Segundo Rotelli (1990, p. 27-28), "[...] o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social". Nesse exercício prático de esclarecer melhor a ação desse paradigma, o processo de desinstitucionalização acontecia de dentro para fora da instituição, e constituía-se uma mudança no cotidiano, cujo objetivo estava em subverter a lógica de contenção e produzir vida, afetividade, convivência e sociabilidade.

Na Itália, a desinstitucionalização significou mais do que a desospitalização. A opção político-teórica poderia ser outra. Segundo Barros (1994, p. 188), o processo de desmontagem do modelo manicomial nos Estados Unidos da América, França e Inglaterra priorizou a criação de serviços substitutivos, apostando na mudança gradativa do modelo de atenção. Em conseqüência disso, ocorreu uma "[...] racionalização de recursos, criando uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade [...]", com redução do número de leitos e uma política de altas hospitalares, o que provocou a dinâmica de circulação de uma população entre um serviço e outro (dinâmica conhecida como *revolving door*[12]. Na Itália a desinstitucionalização foi proposta a partir da desconstrução do manicômio e da ênfase na necessidade de criar serviços nos territórios.[13]

A experiência italiana enfatizou a relação do sujeito com a comunidade em que vivia e propôs uma reorientação dos elementos que constituem a instituição

[10] Instituição é entendida como "um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto 'doença'" (ROTELLI, 1990, p. 30).

[11] Faz-se a distinção entre loucura e doença mental, esta considerada como uma produção e aquela uma contradição humana (BARROS, 1994, p. 188).

[12] *Revolving door* é também conhecido como fenômeno da "porta giratória". É uma situação caracterizada pelo movimento de uma população que passa a girar de uma instituição a outra. O que fica caracterizado é que nenhum serviço assume a assistência global das necessidades do paciente Ver Rotelli; Leonardis; Mauri (1990) e Barros (1994).

[13] Na Itália, partia-se de uma noção de territorialidade, de modo que os Serviços Psiquiátricos Territoriais deveriam dar conta de atender a tudo que o manicômio oferecia, "mas garantindo o direito à vida em sociedade e o direito à cidadania" (BARROS, 1994, p. 181).

(ROTELLI, 1990, p. 30). A solução é recolocada e a tônica é a produção de vida; a ação terapêutica assume uma postura prática de transformação e de desmontagem do problema-solução institucional para reconstruir outra relação de tratamento com o sofrimento. Rotelli (1990, p. 29) diz que a terapia é entendida "[...] como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento".

Contudo, não estamos livres de reduzir a desinstitucionalização à desospitalização e ceder às respostas prontas que produzem o problema conforme sua oferta de solução. A fim de cuidar desse processo e da instituição clínica, faz-se necessário submeter à constante análise tanto o processo quanto a própria implicação,[14] e ainda, entender instituição "[...] no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos" (AMARANTE, 1995, p. 49). Instituição, nesse sentido, não se concentra na estrutura de um prédio, mas é atravessada pelo tempo e relações sociais.

O processo de desinstitucionalização se faz no trabalho diário dos técnicos, que têm o poder de dinamizar e potencializar a mudança de paradigma ao oferecerem outro modo de relacionamento, tanto para o que busca atendimento ou informações quanto ao que chega desacreditado no serviço de saúde. Segundo Rotelli (1990, p. 32), a desconstrução é concretamente "[...] reconstituir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; [...] abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução [...]". Esse é um trabalho em ato contínuo de reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tratamentos tradicionais.

No Brasil, é possível reconhecer as influências da experiência italiana. Em 1979 recebemos a visita de Franco Basaglia,[15] que se repetiu no ano seguinte; e uma

[14] Entendemos que colocar em análise nossas implicações vem a ser uma forma de pensar, cotidianamente, como estão se produzindo nossas diferentes intervenções, problematizando nosso fazer-saber e considerando as "[...] diferentes forças presentes no nosso campo de atuação". Ver Coimbra; Nascimento (2004) e Altoé (2004).

[15] "A experiência de Franco Basaglia serviu de inspiração para a lei 180, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência" (AMARANTE, 2006, p. 3).

das principais consequências de suas visitas ocorreu em 1989, em Santos, quando uma clínica particular, conhecida por Clínica Anchieta (ou “casa dos horrores”), sofreu intervenção e foi desapropriada pela prefeitura.[16] Em seu lugar foi criado o NAPS, aberto 24 horas por dia, sete dias por semana, com oficinas, cooperativas, projetos culturais etc. Nessa época surgiram vários serviços alternativos, como a criação da Rádio e TV Tam Tam, também em Santos/SP (AMARANTE, 2006).

Outra marca importante aconteceu também em 1989, quando o deputado federal Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3.657-B/89, que propunha o fechamento progressivo dos manicômios.[17] Apesar de o projeto não ter sido aprovado na íntegra e ter levado cerca de doze anos em discussão no Congresso, a partir dele foram criadas portarias legitimando a implantação dos novos serviços em todo o país (AMARANTE, 2006), ou seja, esse projeto abriu caminhos para a criação de novas ações e dispositivos não assistenciais, como aqueles que se concretizaram em Santos: cooperativas, associações, clubes, centros de convivência etc. Consideram-se relevantes também a presença e a atuação de profissionais de psicologia nas unidades de saúde (AMARANTE, 2003); a elaboração de portarias e o estabelecimento de serviços como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS),[18] e, posteriormente, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT),[19] entre outras propostas do governo que consequentemente envolvem a comunidade produzindo uma dinâmica de transformação. Nesse sentido, podemos afirmar que a reforma não pode estar somente no âmbito da substituição dos modelos assistenciais.

Hoje, alguns serviços já passaram por reformulações de portarias e muitos deles estão na literatura científica como pesquisas e relatos de experiências, em que aparecem as diferenças entre os serviços, suas ações potentes e também as dificuldades. A partir disso, temos o conhecimento de que a constituição de uma equipe multidisciplinar, oficinas e espaços abertos não são em si mesmos

[16] Na época a prefeitura era administrada por Telma de Souza (PT).
[17] Ver Projeto de Lei n.º 3.657-B/89 originou a Lei 10.216/01.
[18] Estabelecidos, inicialmente, por meio das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde. Hoje, as portarias aplicadas aos CAPS são a GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, a SAS 189, de 20 de março de 2002 e a GM 1455, de 31 de julho de 2003 (Brasil, 2004).
[19] A partir da Portaria GM nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000, o governo institui a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos considerando, entre outras, “a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos”.

produtores de liberdade, pois é fácil cair na ideia de que a oferta de um novo modelo de assistência já se configura uma proposta de ruptura com o paradigma doença-cura. Cair nessa ideia é um risco que se corre (AMARANTE, 2006). É preciso nos sentirmos provocados e provocar mudanças nas relações entre usuários[20] e trabalhadores da saúde, comunidade e serviços assistenciais, familiares e técnicos do serviço, de modo que haja deslocamento das personagens de seus lugares habituais, desmontando lentamente, mas com intensidade, a ideia de que há *o* lugar de atendimento para pessoas com sofrimento psíquico. A ênfase é dada à vida e não n*o* lugar de tratamento, como sendo o único de convivência. Os novos serviços não se propõem lugar de depósito dos loucos da cidade. Entender que há esse lugar para a loucura é comprar as primeiras teorias de Simão Bacamarte[21] e recolhê-los à Casa Verde.

> O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal (MACHADO DE ASSIS, 1998, p. 14)
>
> _ A Casa Verde, disse ele ao vigário, é agora uma espécie de mundo em que há o governo temporal e o governo espiritual (MACHADO DE ASSIS, 1998, p. 18)

Contudo, após exaustivos estudos, Bacamarte concluiu:

> Sim, dizia ele consigo, eu não posso ter a pretensão de haver-lhes incutido um sentimento ou uma faculdade nova; uma e outra coisa existiam no estado latente, mas existiam (MACHADO DE ASSIS, 1998, p. 81).

Cabe a nós pensar sobre o que temos feito da experiência cotidiana, se não a estamos reduzindo a um fazer sem pensar. Essa questão ganha relevo ao se considerar que os serviços são “novos” apenas por proporem um “novo espaço” para a loucura. A questão do novo já vem sendo abordada desde os primeiros serviços (AMARANTE, 2001) e é um alerta que precisa ser constante. O novo está na ruptura com o paradigma doença-cura. O fato de ocupar o tempo do louco com atividades (artesanal ou laborativa) ou de ter um lugar para que passe o dia não garante que se esteja fazendo clínica. É preciso questionar se conseguimos

[20] A expressão usuário não caracteriza aquele que usa somente um determinado serviço de saúde. De fato a expressão usada aqui se refere àquele que usa um serviço, e não exclui o referente, ou seja, entendemos que o serviço pode ser acessado por qualquer um.

[21] Dr. Simão Bacamarte é personagem principal do conto *O Alienista*, de Machado de Assis, publicado entre 1881 e 1882.

manter o aspecto inovador ou se reproduzimos o modelo clássico. Levantar essa questão nos permite problematizar o fazer ético-político frente à experiência da loucura. O retorno à atividade produtiva pode caracterizar uma prática tão excludente e controladora quanto qualquer hospital psiquiátrico (YASUI, 1989).

Nesse contexto, aparecem as questões que margeiam as discussões sobre o trato com a loucura, como a periculosidade associada ao louco; medicalização como solução, que muitas vezes aparece pelo uso em excesso; infantilização como um tipo de atenção. Esses são temas que frequentemente emergem nos debates e diálogos entre familiares, profissionais da saúde, comunidade etc. Ao pensarmos sobre essas discussões, notamos que elas estão atravessadas por uma certa forma de contenção, por controle de dominação. No entanto, a desmontagem dessa lógica só é possível na relação. É na experiência que se percebe a possibilidade de mudança.

Na medida em que a atenção à saúde tem como perspectiva a complexidade da relação do sujeito com seu sofrimento psíquico e não mais o sintoma ou a doença, o profissional de saúde precisa sair de trás da mesa de atendimento, do lugar de suposto saber, para usar outras estratégias, ocupar outros espaços e apostar em outras abordagens, como nos encontros que acontecem no corredor, com os familiares, nas festas, nas ruas, nas idas e vindas à praia. São situações possíveis de intervenções que acontecem dentro e fora dos serviços, e que abrem vistas a uma outra estratégia clínica que inclui os atendimentos individuais, mas não se restringe a eles, e se expande para atendimentos em grupo, participação em feiras, realizações de oficinas, movimentos comemorativos, participação nos blocos de carnaval, caminhadas, visitas familiares etc.

Nesse sentido, propomos pensar esse movimento a partir dos efeitos produzidos pelos serviços, considerando-os disparadores de ações e de acontecimentos para fora de seus espaços estabelecidos.

2.2 DISPOSITIVOS PARA DIMINUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES

Em meio às ações nos novos serviços e estabelecimentos do governo, são consideráveis o crescimento do número de serviços substitutivos[22] e a ampliação do Movimento de Luta Antimanicomial em quase todas as regiões do país. Esse movimento fortaleceu e buscou ações junto à comunidade e governos locais a fim de criar dispositivos em que a supressão dos manicômios e ampliação da rede de atenção substitutiva permaneçam como foco da atenção à saúde mental. O Movimento da Luta Antimanicomial teve início entre 1986 e 1987[23] e suas ações seguem o lema "Por uma sociedade sem manicômios". No entanto, é sabido que os hospitais psiquiátricos e manicômios estão em funcionamento em todo o país e muitos ainda recebem internações de longa permanência, sendo (ainda) significativo o número de leitos ocupados. A implantação dos novos serviços contribuiu para a diminuição de internações. As estatísticas demonstram que há redução de gastos hospitalares e número de leitos em quase todo o país, concomitantemente com o aumento crescente da oferta de novos serviços.[24]

Novas estratégias vêm sendo fomentadas desde a experiência de Santos/SP, que é considerada uma das referências para os serviços substitutivos. É interessante citar duas referências, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987), e o Núcleo de Atenção Psicossocial (1989). A distinção[25] entre elas não aparece com relevância nas citações das primeiras portarias ministeriais que regulamentaram o CAPS, as Portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde. Por meio dessas portarias os CAPS[26] foram instituídos com o objetivo de atender diariamente, cinco dias da semana, pessoas com sofrimento psíquico grave.

---

[22] Essa rede foi também chamada alternativa, mas preferimos chamá-la substitutiva, por entendermos que tal rede de atenção deveria, necessariamente, substituir o modo clássico de atenção, sendo este eliminado.

[23] Segundo Amarante (2006, p. 4),"desde 1986, quando participamos do III Encontro Latino-Americano de Alternativas à Psiquiatria, em Buenos Aires, adotamos o lema 'Por uma sociedade sem manicômios'. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial nasceu aí". No entanto, matérias em sites e também o evento Encontro Nacional "20 anos de luta por uma sociedade sem manicômio", organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, divulgam o nascimento do movimento, chamando-o Movimento da Luta Antimanicomial (sem o nome 'Nacional'), no ano de 1987, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP. Confirmando o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e definindo o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (Disponível em: <www.pol.org.br/lutaantimanicomial/>. Acesso em: 11 ago. 2008.

[24] Ver dados disponíveis em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2008.

[25] Sobre a diferença entre os dois serviços, ver Amarante *et al.*, 2001, p. 51-63.

[26] Aqui nos referimos aos CAPS I (BRASIL, 2004).

Podem receber tanto pessoas que não tenham sido internadas como aquelas que já passaram por uma série de internações psiquiátricas. No local, os frequentadores do serviço recebem um tipo de atendimento integral – individual, grupal, familiar, medicamentoso etc. – com a finalidade de aumentar os laços de convivência do usuário com o meio social, familiar etc., a fim de inibir internações e apostar em uma resposta à crise.[27] São serviços que têm como proposta serem abertos e priorizam a convivência com familiares e/ou com a comunidade, de modo que se possam expandir os laços com a vida.

No que se refere às situações de crise, em alguns estados, a Emergência (ou Pronto Atendimento) dos hospitais gerais continua como principal referência para tais atendimentos, ou seja, a rede de atenção mantém relação com os hospitais psiquiátricos por essa porta de entrada (ou saída),[28] o que nos dá a entender que nesse contexto (ainda) só o hospital e medicamentos podem conter, dar continência ao estado de sofrimento.

A rede de atenção se amplia com os serviços CAPS, mas tem limitações quando enfrenta uma passagem de crise. A reformulação das portarias que regulamentam os CAPS traz uma contribuição importante ao distingui-los por tipos.[29] O CAPS tipo III, destinado a atendimentos diário e noturno para adultos, durante os sete dias da semana, atende a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Esse serviço apresenta semelhanças ao serviço NAPS, que também se propunha funcionar por 24 horas diárias, durante a semana inteira, sem interrupções (AMARANTE *et al.*, 2001).

---

[27] "[...] a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma serie de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise" (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 55).

[28] Ao atender uma situação de crise, esse local pode permanecer com a pessoa em crise, por um período, e depois encaminhar para os CAPS ou para sua própria casa ou ainda encaminhar para uma internação em hospital psiquiátrico.

[29] O CAPS I e o CAPS II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; os CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias por semana, à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes; os CAPSi, para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os CAPSad são CAPS para usuários de álcool e drogas, e atendem diariamente à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004, p. 22).

É possível notar, por meio dessa reformulação, que há um movimento para ampliar a rede, não a reduzindo a uma "rede de serviços assistenciais" que se responsabilizam por um determinado problema, mas que tenta se organizar no sentido de atender a complexidade do sujeito. A rede é constituída por "[...] todos os recursos afetivos, sanitários, econômicos, sociais, culturais, religiosos e de lazer [que] estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado [...]" (BRASIL, 2004, p. 11), ou seja, não são somente estabelecimentos, organizações e associações que compõem a rede, mas também as ruas, os transportes, as praças e os contatos que vão delineando as relações. Nesse sentido, ela (a rede) é responsabilidade dos serviços, mas também da comunidade. Segundo Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 62-63), a "tomada de responsabilidade" não pressupõe um lugar determinado; ela se refere ao ambiente da vida.

> A 'tomada de responsabilidade' diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção. [..] quer dizer, portanto, assumir a demanda como todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. [...] não pressupõe um lugar definido no qual 'se dá'. O lugar pode ser o serviço ou outros lugares institucionais (o hospital geral, o presídio etc.), mas também, e sobretudo, o ambiente de vida do paciente (a sua casa, o seu bairro, o local de trabalho etc.), no qual ele exprime, exerce ou tenta exercer a sua sociabilidade.

Nesse sentido, destaca-se outro importante serviço criado pelo governo e parte dessa composição da rede: o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), cujo objetivo é receber pessoas que estiveram internadas no hospital por mais de dois anos contínuos e que não tenham vínculos familiares. Os SRT são prioritariamente instalados em "[...] municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos" (BRASIL, 2000, art. 9º).

Vale ressaltar que Campinas é a cidade que há mais tempo vive tal experiência antes mesmo da Portaria nº 106/00, a "[...] inovação do morar fora do hospital" (GUARIDO; CAMPOS, 2006, p. 141). Através da co-gestão[30] municipal permitiu-se que as ações fossem desenvolvidas, com respaldo financeiro:

[30] "Numa feliz coincidência, alguns filantropos do município passaram para o poder público a gestão de um antigo sanatório que se transformou no Serviço de saúde Dr. Candido Ferreira (SSCF)". Esse serviço teve importante papel na reforma psiquiátrica inovando com as "[...] moradias em comunidade e a geração de renda para que as pessoas com transtornos mentais graves e severos pudessem ser incluídos socialmente" (GUARIDO; CAMPOS, 2006, p. 141-142).

> [...] foi possível então dar alta aos internos e, em parceria com outras instituições públicas, alugar casas na comunidade para iniciar, em 1991, os chamados Lares Protegidos. Tudo isso aconteceu bem antes da portaria ministerial (GM 106/00) que destinou aporte financeiro para os SRTs, a partir de 2000 (GUARIDO; CAMPOS, 2006, p. 141).

Os SRT estão sendo instalados nos municípios onde já existe uma rede constituída principalmente por CAPS e serviços ambulatoriais. Através desses serviços as pessoas com longo período de internação têm a oportunidade de (re)construir uma vida fora do espaço institucionalizado hospitalar e em uma comunidade. Ele é definido como:

> [...] moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000, art. 1°).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são, portanto, casas ou moradias e têm como propósito a inserção de pessoas no ambiente da vida. As Casas são disparadoras de interferências visíveis e invisíveis nos modos de vida dos moradores, cuidadores, vizinhos, estabelecimentos (padaria, farmácia, bares etc.), bairro, comunidade, cidade etc. (LAVRADOR, 2006). Nesse sentido, a saída pode funcionar como um segundo disparador que nos convoca a pensar sobre os efeitos da estratégia dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da política de saúde mental e sobre como e de que lugar o profissional de saúde pode contribuir para a expansão da vida e exercício da liberdade.[31]

A saída de uma longa internação recebeu apoio do Ministério da Saúde por meio da criação do *Programa de Volta para Casa*, o qual "[...] tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial" (BRASIL, 2003, p. 7). E, para a manutenção do serviço, as Casas dispõem de uma estratégia de intervenção que faz parte de um projeto ampliado, o qual abrange intervenções planejadas por uma equipe envolvida nas ações de organização, bem como articulações possíveis com a comunidade, familiares distantes, associação de moradores etc., apostando em maior autonomia e implicação afetiva-material-social do morador. Verifica-se

[31] "[...] um exercício de liberdade que envolve um aumento da potência de agir. Essa noção de liberdade afasta-se radicalmente do vínculo entre liberdade e consciência de um eu, no qual o homem consciente possuiria o livre-arbítrio de escolher entre o bem ou o mal" (LAVRADOR, 2006, p. 72).

também uma escuta com atenção voltada para a vida, para as relações, e não para a doença.

No Espírito Santo, é a partir da segunda metade da década de 90 que os novos serviços começam a ser implantados no estado. Na Grande Vitória, o primeiro CAPS é inaugurado em 1996, e doze anos depois, são cerca de quinze CAPS[32] na rede pública. Em 2004, o estado dá início à organização de dois Serviços Residenciais Terapêuticos. Hoje, são cinco casas, localizadas no Município de Cariacica.[33]

Desde a criação dessas casas, em 2004, o Hecceidades (Programa de Extensão, Pesquisa e intervenção em saúde mental da Universidade Federal do Espírito Santo)[34] vem realizando, em parceira com a coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, por meio da Secretaria de Saúde do Estado, um trabalho junto aos moradores das casas. Enquanto as Casas eram preparadas – busca do imóvel, contrato de aluguel, compra dos móveis etc. – o Hecceidades acompanhou os futuros moradores das Casas no sentido de enfatizar a construção de uma autonomia nas atividades da vida cotidiana e considerar esse momento como uma transição. Essas pessoas viveram a saída de um hospital psiquiátrico, onde ocupavam um espaço no Setor de Ressocialização.[35] A Coordenação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, juntamente com o Setor de Ressocialização, organizou em duas enfermarias desativadas um espaço com características semelhantes ao que viriam a ser as Casas. Esse lugar foi nomeado “pré-lar” (SILVA, 2006) e a ideia era levar os futuros moradores das Casas a terem um pouco mais de autonomia, criando a possibilidade de ter coisas e poder cuidar delas, como roupa, chinelos, escovas de dente, dinheiro, saídas etc., tendo um armário, roupa própria, saídas etc. Nesse movimento de cuidado e aposta na formação das duas primeiras Casas, o Hecceidades contou com a participação de alunos do curso de psicologia, que realizavam atividades semanais (SILVA, 2006).

---

[32] Disponível em: <www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiaId=99675532>. Acesso em: 2 jul. de 2008.
[33] Sendo duas casas para moradores homens e três para mulheres, cada casa comporta até oito moradores.
[34] HECCEIDADES “[...] quer dizer individuação sem sujeito”. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 8), ou seja, “[...] são modos de individuação que não procedem pela forma nem pelo sujeito [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 22).
[35] É um setor dentro do Hospital Adauto Botelho, de Cariacica no Espírito Santo, é também conhecido Setor de Longa Permanência, por ter pacientes que ali estão por mais de dez anos.

É importante considerar o momento em que ocorre essa transição, pois não se pode deixar de lado o fato de vivermos uma intensa mudança subjetiva e grande avanço tecnológico. Em vinte anos as cidades tiveram mudanças significativas. Se antes lazer e consumo se instalavam no centro da cidade, em parques abertos e em grandes lojas de departamentos, hoje concentram-se nos *shoppings*, condomínios fechados, parques e praças fechadas.

As inovações e mudanças tecnológicas são significativas na dinâmica da vida: a presença de caixas eletrônicos nos bancos; maior facilidade na obtenção de um telefone fixo, a dispersão do telefone móvel, que se adquire com algumas facilidades; a máquina fotográfica digital; os computadores domésticos, e por que já não dizer, pessoais, os quais abriram portas para o mundo virtual da internet, de onde podemos estabelecer outros modos de relação, de consumo etc. São transformações tão rápidas que já nem conseguimos pensar como seria a vida sem essa tecnologia de que dispomos. A política, a economia, a cultura e tantos outros aspectos se beneficiam com essa dinâmica. A vida é tomada por uma aceleração e um instantaneísmo nos solicitando cada vez mais absolutizar a velocidade (PELBART, 1993, MACHADO,1999).

Com a experiência dessas duas Casas, constataram-se diferenças significativas em relação ao período em que os moradores viviam no hospital. De um lado, o panorama de hospital psiquiátrico, com pacientes condicionados a uma rotina maçante (hora de comer, de dormir, de tomar sol, de tomar o medicamento, condição mínima de autonomia, ditos como “não pode isso” e “não pode aquilo” etc.); e de outro, ao se depararem com uma avalanche de informações e possibilidades de escolha, diante de outra realidade e dinâmica de vida, em outro momento da vida.

> Quando ainda no Adauto Botelho, todos os internados recebiam a bandeja de refeição pronta, na enfermaria – o refeitório do hospital havia sido fechado há anos. Não utilizavam garfo e faca para alimentarem-se, porque são objetos cortantes e considerados perigosos em um manicômio. Quando se mudaram para as moradias extra-hospitalares os homens tinham seus pratos de almoço e jantar feitos pelas cuidadoras da casa e eles comiam o que lhes era servido com colher, sem utilização de garfo e faca, mantendo um hábito manicomial (SILVA, 2006, p. 51).

As Casas ou Dispositivos-Casa, como temos preferido chamá-las, funcionam como um espaço de transição. Primeiro, por considerar

> [...] que essas casas possam funcionar como dispositivos, ou melhor, como disparadores de interferências, visíveis e invisíveis, nos modos de vida de seus habitantes, dos cuidadores, dos vizinhos, do bairro, da comunidade e da cidade (LAVRADOR, 2006, p. 168).

> Segundo, por considerar que o termo 'casa' remete não só a casa como um lugar espacial concreto, mas também a um 'sentir-se em casa',[36] a uma 'casa subjetiva' (LAVRADOR, 2006, p. 169).

As mudanças subjetivas são inquestionáveis. Contudo, ainda que a rotina de um hospital psiquiátrico em nada se assemelhe à vida em comunidade, a possibilidade de sair e poder construir uma vida fora dos muros hospitalocêntricos não apaga os quinze, vinte, trinta ou quarenta anos vividos em condição de clausura.

Perguntamo-nos até que ponto não queremos que essa experiência de conviver em uma comunidade e de construir uma outra forma de estar no mundo seja tomada pela intensa mudança da vida contemporânea, ou pensamos que se adaptar a esse contexto significa estar inserido nessa intensa onda do consumo, ou que é preciso responder às velocidade que tentam imprimir.

> O contemporâneo traz no ideário da velocidade o desejo de um tempo contraído sobre o instante pontual e um espaço abolido (LEVY, 1993). Inaugura-se uma ideia de espaço bem diferente das que se faziam presentes no início do século. As distâncias são minimizadas. O trem-bala, os aviões supersônicos, as naves espaciais vieram expressar que o deslocamento poderia assumir uma rapidez inimaginável. O desejo de um domínio sobre o espaço veio acompanhado de um desejo de domínio sobre o tempo. Torná-lo tão rápido que não haveria mais 'espaço' de tempo (MACHADO, 1999, p. 216).

"O curioso é que no trato com a loucura precisamos dar um tempo que nós não temos" (PELBART, 1993, p. 32). O que temos a oferecer, como profissionais de saúde? Precisamos retomar a questão proposta por Rauter (2000a, p. 268): "Será que queremos nos inserir ou nos adaptar pura e simplesmente ao mundo em que vivemos hoje?". Queremos para nós esse tempo intensivo, essa disciplina da velocidade?

---

[36] Noção utilizada por Rolnik (2002, p. 12, apud LAVRADOR, 2006, p. 169) para designar "[...] um sentimento de si, uma consistência subjetiva palpável – familiaridade de certas relações com o mundo, certos modos de ser, certos sentidos compartilhados, uma certa crença. Dessa casa invisível, mas não menos real, carece toda a humanidade globalizada"..

> O ideal tecnocientífico contemporâneo consiste em absolutizar a velocidade a ponto de dispensar o próprio movimento no espaço, anulando assim não só a geografia e o tempo de duração desse deslocamento, mas a própria ideia de espaço, de tempo e de duração (PELBART, 1993, p. 33).

É preciso apostar que de uma forma ou de outra é possível enfrentar as próprias questões e essas transformações contemporâneas, pensar o contexto da vida, onde se constroem modos de estar no mundo e de conviver com o que ele oferece. Para tanto, seriam os espaços fora dos estabelecimentos, no ambiente da vida, um campo para se pensar a clínica e ampliar a rede de atenção à saúde?

Os moradores das residências vivem, hoje, fora dos muros do hospital. São homens e mulheres que desafiam a vida exercitando a liberdade do ir e vir, não sem impasses, mas enfrentando outras possibilidades de existência. Não cremos ingenuamente que por estarem fora do hospital estejam imunes a capturas manicomiais. É preciso sempre questionar nossas práticas, a fim de não repetir o modelo clássico, de não convocá-los a repetir nosso cotidiano, visto que esse risco se apresenta para todos e qualquer um.

Nesse contexto, nos perguntamos: até que ponto conseguimos abrir mão dos manicômios, dos consultórios, dos diagnósticos, da tutela e de tantos outros modos de trancar a vida em modelos? Ainda, que lugar estamos construindo como psicólogos e/ou profissionais de saúde?

2.3 QUE LUGAR CONSTRÓI UM PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA SAÚDE?

No início da década de 90, um jovem recebe a notícia de ter sido recém-aprovado no vestibular para o curso de psicologia. Ele sai vibrante para informar sua conquista. Entusiasmado, depara-se com uma indagação inesperada: “Mas, o que é isso (psicologia)?”.

Essa é uma questão que ecoa entre os que entram no curso de psicologia, mas também para aqueles que num momento ou noutro esbarram com esse nome. Naquele momento, a resposta não foi dada de imediato, assim como também não se pretende aqui dar uma resposta e nem mesmo definir o que é psicologia. No

entanto, entendemos que para pensar sobre o fazer-saber do profissional em psicologia é preciso partir de uma postura, e aqui a escolha é por uma postura ético-estético-política,[37] o que significa dizer que optamos pela perspectiva de Foucault, Deleuze, Guattari e Rolnik para pensar esse fazer-saber em construção, nesse caso, no âmbito da clínica em saúde mental.

É importante contextualizar que ao se perguntar quanto ao lugar que constrói um profissional de psicologia na saúde, algumas considerações precisam aparecer. Primeiramente, que a atuação do psicólogo como profissional é recente. A psicologia foi regulamentada como profissão na primeira metade da década de 60.[38] "Sabe-se que com a regulamentação da profissão o psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério" (DIMENSTEIN, 1998, p. 54). Hoje, esse campo de atuação aumentou, principalmente no setor público, e entre as áreas de atuação que o psicólogo conquistou está a assistência pública à saúde (DIMENSTEIN, 1998). Esse movimento não ocorreu isoladamente, havia um cenário de mudanças políticas e econômicas significativas no país.

Segundo Dimenstein (1998), alguns aspectos são considerados determinantes para essa inserção, tais como o processo de reforma nas políticas públicas de saúde, no final dos anos 70 e na década de 80, que marcou a entrada de profissionais de várias áreas do saber (psicologia, terapia ocupacional, artistas etc.); a crise econômica e social que tomou os anos 80 no Brasil, com inibições dos gastos no mercado privado; movimentos da categoria para redefinir a função do psicólogo na sociedade; expansão da psicanálise e psicologização da sociedade.

Nesse contexto, ressalta-se um movimento de questionamento da função do profissional de psicologia na sociedade, que surgiu em meio às mudanças políticas na saúde, configurada pela Reforma Sanitária, a qual proporcionou novos serviços e novas estratégias, provocando transformações na postura do profissional. Segundo Dimenstein (1998, p. 63) o enfoque da saúde voltava-se para o "[...] conjunto de

[37] "O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos e aqui, mais uma vez, em consideração do destino da alteridade em suas modalidades extremas" (GUATTARI, 1992, p. 137).

[38] Em 1962, a Lei nº. 4.119 regulamenta a profissão, e em 1964, o Decreto nº. 53462 regulamenta essa lei.

condições coletivas da existência [...]; superando, dessa forma, uma concepção medicalizada da saúde". Priorizava-se a formação de equipes multiprofissionais, ampliando assim a abertura para profissionais de diferentes áreas, apostando em uma "[...] visão integral do sujeito usuário [...]" (DIMENSTEIN, 1998, p. 63), marcando uma mudança no modelo assistencial. Nesse contexto estava incluído o profissional de psicologia e sua inserção (principalmente) no campo da saúde mental.

Com a abertura de mercado para contratação de psicólogos no setor público, configurou-se outro contexto de trabalho para esse profissional e surgiram "[...] nesse contexto, novas demandas de responsabilidade social" (DIMENSTEIN, 1998, p. 64). Isso nos leva a questionar: o que precisamos construir e/ou desconstruir?

Na clínica, sabe-se que predominam os atendimentos psicológicos privados, em salas fechadas, com certa privacidade e certo distanciamento em relação ao paciente, formação que prioriza um modelo mais restrito de atendimento, "[...] direcionado aos padrões de classe média" (DIMENSTEIN, 1998, p. 74). Com a abertura para o setor público, o profissional se viu tendo que adequar seus referenciais e sua estratégia de atendimento. O contexto de trabalho se amplia e entende-se que a demanda aparece de outros modos. O profissional de psicologia enfrentou (e enfrenta) essa situação com dificuldades, as quais

> [...] advêm tanto da inadequação da sua formação acadêmica para o setor, quanto de seu modelo limitado de atuação profissional, bem como da sua dificuldade de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pelo SUS (DIMENSTEIN, 1998, p. 73).

Depois da implantação dos novos serviços, não são poucos os trabalhos que se debruçaram sobre a atuação clínica e relataram experiências; ao criar novas estratégias se faz necessário pensar e problematizar o modo como a estamos produzindo, entendendo que a experiência clínica se constrói no cotidiano e na prática.

De acordo com Dimenstein (1998) é interessante salientar que a difusão da psicanálise, a partir dos anos 70, é também um fator que contribuiu para a ampliação e a atuação do psicólogo no mercado de trabalho no Brasil. No entanto, com a crise dos anos 80, houve considerável retração do mercado privado e o

serviço público passou a ser interessante tanto para os recém-formados quanto para os profissionais que já atuavam no mercado privado; havia no setor público uma possibilidade de manter o exercício da clínica e emprego vitalício (DIMENSTEIN, 1998). Podemos entender, com isso, que com a inserção do profissional de psicologia no serviço público, sua contribuição na composição de equipes multiprofissionais e atendimentos ambulatoriais envolvia um determinado modo de atuar que correspondia ao saber-fazer predominante da psicologia.

A reflexão sobre a construção da prática clínica junto ao processo da reforma nos situa frente às possibilidades de criar outras formas de atuar e perguntar: de que clínica estamos falando? Como vem sendo forjada? Ela não vem pronta e não está dada, mas entendemos que segue o fluxo da vida e está presente no cotidiano. É preciso estar atento aos pequenos movimentos para acompanhar as linhas dos dispositivos em formação que ora emergem, ora se desfazem. Para Deleuze (1996, p. 83), um dispositivo é

> [...] composto por linhas de natureza diferente, [...] as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, o sujeito, a linguagem etc., mas direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam, ora se afastam umas das outras. Qualquer linha pode ser quebrada – está sujeita a *variações de direção* – e pode ser bifurcada, em forma de forquilha – está submetida a *derivações*. Os objetos visíveis, os enunciados formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores (grifo do autor).

Estar nesse movimento é também reconhecer que não há saber dado, e o que parece consolidado pode se desmontar e começar a assumir outras formas, e assim outras linhas podem ser definidas.

A clínica pode estar presente como força disruptiva, e se intensificar quando somada a outras atividades. No dia-a-dia do trabalho, o profissional ora cumpre os atendimentos clássicos, ora se envolve em situações nas quais nem imaginava estar presente, construindo samba-enredo, montando desfile de moda, indo ao *shopping* ou à praia, caminhando para um lado ou para outro etc. É recorrente a mistura dessa clínica com outros campos do saber, como as artes, comunicação, teatro, música etc. E por que não pensar a partir desse hibridismo as experiências com clínica?

A rotina prescrita para os profissionais do serviço, tanto os atendimentos como as convocações de atendimentos aos familiares, pode ser um meio para se afirmar uma postura de desinstitucionalização e de mudança de paradigma. O cotidiano de um serviço pode tomar outra dimensão, para além dos muros. Os atos presentes nos processos das atividades, como apanhar um documento, realizar um passeio, arrumar o quarto etc., dizem de uma potência de vida que rompe com uma aparente apatia e com uma dinâmica de trato com a vida quase cega para os acontecimentos. Algo convoca e movimenta todos a um envolvimento, seja por comentário, sugestão, gesto ou sentimentos que vão se configurando e ao mesmo tempo encontram outros sentidos.

A desinstitucionalização se dá o tempo todo e não se limita ao processo de reforma, se expande ao trabalho clínico e põe em análise as práticas de dominação que o atravessam.

> Para que isso ocorra é preciso 'desinstitucionalizar' nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas que atravessam nossos cursos e que produzem um saber sobre o outro, tomado como verdade absoluta, e que nos servem mais como instrumentos de poder e controle social (DIMENSTEIN, 1998, p. 77).

Entendemos a clínica como uma instituição, na medida em que pressupõe uma forma de fazer clínica. Colocá-la em análise implica questionarmos o que afirmamos sobre a clínica, o que estamos construindo e que caminhos produzimos. Caminhos e não lugares, porque os caminhos nos põem a movimentar e são transitórios.

> Avaliar, a cada momento, 'como' e com 'o que' e 'quem' estamos compondo e o que estamos produzindo. [...] Desse modo, não cabe mais separar a clínica da crítica, da criação, da política, da ética e da estética, enfim da vida (LAVRADOR, 2008, p. 189).

Nas imbricações da clínica com outros saberes forjamos mutações nos processos de subjetivações e ao mesmo tempo somos provocados a pensar em como tais processos podem se desviar da lógica de captura e criar outros caminhos, outros encontros.

Nesse sentido, analisar o fazer-saber clínico torna-se uma prerrogativa. A clínica é também uma instituição em processo de desinstitucionalização, e cabe *desconstruir* esse conceito. "A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método

(redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria ideia de crítica" (DERRIDA, 1990, apud AMARANTE, 2003, p. 50). As intervenções para ativar esse processo não são uma simples aplicação de novas técnicas ou terapias, implicam em construir outro modo de estar na situação. Se as relações são produzidas a partir da lógica doença-cura, é na ruptura desse paradigma que se passa a clínica. Considerando que tal ruptura não se dá de um dia para o outro, mas como

> [...] um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações [...], torna-se acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2003, p. 50).

Campo de Futebol
CAMPO
N
L
O
S

3 ATO EM PROCESSO [E/OU] “SAIR OU NÃO SAIR”

Como se faz para conhecer um caminho? Essa foi a primeira questão que nos moveu a pensar sobre esse ato. Caminhar por territórios estrangeiros, andar por onde nem se pensava um dia passar. Ouvir outros sons, outras palavras, gestos, ideias, movimentos. Margear entre o limite do caminho percorrido e aquele aonde nem chegamos a ir.

Andamos por certo caminho e com certo olhar. Não estivemos sozinhos nesse percurso, e tanto o caminhar quanto o escrever foram realizados juntamente com aqueles que já haviam passado por essas experiências ou que a buscavam, ora com os moradores, ora com os autores, ora com os colegas.

Homens e mulheres, jovens e idosos, com e sem irmãos, pais, mães, quiçá tios, primos, e talvez uma família. Com ou sem lembranças de onde nasceram, de onde vieram, de que tipo de infância tiveram. Uns estudaram, outros trabalharam. Uns foram casados, outros estavam namorando ou se juntaram e foram buscar outros lugares para viver. Histórias, sonhos, experiências, lembranças e esquecimentos de “como viver junto”.[39] Experiência esta instigante, que ora estimula, ora desmotiva. Um vai-e-vem que nos atravessa a todos.

Quais os caminhos a conhecer? Caminhos de quem? Em qual lugar? Ao pensarmos sobre quais trajetos percorrer, já iniciamos um caminho? Ou só começamos o processo no ato de caminhar?

Para dar o primeiro passo, foi preciso apostar em um devaneio. E para avançar foi preciso sair e cartografar[40] uma paisagem psicossocial[41] e então acompanhar os

---

[39] Tema da 27ª Bienal de São Paulo, ano de 2006, inspirado nos seminários que Roland Barthes ministrou no Collège de France em 1976 e 1977. O tema “[...] propõe uma reflexão sobre a vida coletiva em espaços partilhados, sobre a justaposição de ritmos diferentes no mesmo espaço físico”. A curadoria geral esteve sob os cuidados de Lisette Lagnado, ao lado dos co-curadores Adriano Pedrosa, Cristina Freire, José Roca e Rosa Martínez e do convidado Jochen Volz. Disponível em: <bienalsaopaulo.globo.com/artes/noticias/noticias_evento.asp?IDNoticia=105>. Acesso em 15 out. 2008.

[40] A cartografia é conhecida como uma prática do campo da geografia para obtenção de mapas e representação de territórios geográficos. Contudo utilizamos essa noção para acompanhar as produções de subjetividades. Em nosso caso interessa a ação que precede essa produção, a prática cartográfica no terreno psicossocial.

[41] Um processo de transformação subjetiva que ocorre num espaço-tempo atravessado por várias instâncias, como fenômenos da natureza, mudança de um morador ou estabelecimento, determinações governamentais etc.

movimentos que se delineavam na paisagem. Entendemos ser prudente seguir alguns procedimentos, tais como ir até o local, delimitar um terreno, conhecê-lo, buscar suas variações, nuanças e tensões. Considerar esses procedimentos nos permitiu a imersão no campo tendo em mãos um esboço do que era preciso para começar, e a partir da experiência no terreno, criar e escrever sobre os modos usados para acompanhar as linhas em movimento.

Para sair e cartografar foi preciso assumir uma postura ético-estético-política frente às situações existenciais (sentimentos, sensações, lembranças, falas) e atentar para os fluxos de forças que cruzam certo espaço de tempo e lugar no território existencial.

Percorrer caminhos desconhecidos nos põe a experimentar outros modos de vida. Agita o processo de produção de subjetividades de um terreno existencial, transforma e cria outros modos de expressar os afetos. Os movimentos, assim, se recriam na vida.

Ao registrar esse processo de transformação, perguntamo-nos como acompanhá-lo sem cair na representação. Como usar da perspectiva cartográfica para produzir uma pesquisa sem congelar o movimento? Rolnik (2006, p. 23) aponta a possibilidade de cartografar as paisagens psicossociais e acompanhar as linhas do dispositivo, o qual

> [...] acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

No processo cartográfico, ao mesmo tempo em que se acompanha uma linha, delineia-se o campo problemático; ou seja, o terreno subjetivo, as ideias e os modos de ser estão em transformação o tempo todo e acontecem a partir dos encontros entre corpos, de onde emergem as práticas discursivas e não-discursivas – os sentimentos e afetos, os ditos e os não-ditos –, e essa sucessão de camadas sobrepostas à montagem de um cenário (um lugar onde se desenrola algum acontecimento) traduz o movimento a ser cartografado. Estamos cientes de que o pesquisador-cartógrafo estará impregnado com suas próprias cenas, mas também, como estrangeiro, percorrerá um roteiro ainda não conhecido.

Na perspectiva de Deleuze e Guattari, buscamos algumas pistas para cartografar o processo de produção das subjetividades, que deslizam nas linhas de força, tanto nas de dominação quanto nas de liberdade, e acompanhá-las implica um mergulhar no processo. Deleuze (1996, p. 84), ao citar Foucault, diz que "[...] desenredar as linhas do dispositivo, em cada caso, é [...] cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que ele chama de 'trabalho no terreno'". Nesse caso, cartografar será ocupar as próprias linhas. Diz ainda:

> Os dispositivos têm por componentes linhas de visibilidade, de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fratura, que se entrecruzam e se misturam, acabando umas por dar noutras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento (DELEUZE, 1996, p. 89).

Outra pista: a produção de subjetividades acontece a partir dos encontros, de onde emergem as diferenças, não no "[...] sentido identitário, estabelecido a partir da perspectiva da representação [...]", mas "[...] no sentido daquilo que justamente vem abalar as identidades, estas calcificações de figuras, opondo-se à eternidade" (ROLNIK, 1995, p. 1). A cartografia demanda a dissolução do sujeito-objeto para se deixar atravessar pelas linhas de visibilidade, de invisibilidade, de silêncio, de dizibilidades, de sombras, de força, de enunciação pela produção de subjetividades.

Vale ressaltar que seguimos outro modo de agir no processo da pesquisa, no qual forjamos a criação de estratégias de ação e de análise.

A cartografia não é um método, pois não se propõe definir a execução de uma pesquisa. Nem tampouco uma metodologia, pois não estuda um método; "[...] não é nem uma descrição *a posteriori* do processo de pesquisa, nem um programa de regulação definido *a priori*" (MACHADO, 2009, p. 4). A cartografia se encontra no âmbito das discussões das pesquisas qualitativas e não se enquadra no modo clássico de metodologia das ciências humanas. Nesse sentido, o "método" se constitui como uma construção ao longo da pesquisa.

3.1 CONHECER UM CAMINHO

A cartografia já havia começado quando seguimos para re-conhecer o caminho para o bairro Santana, localizado no município de Cariacica. Orientações, aulas, livros,

cafés, conversas, caronas etc. Para chegar até lá fizemos um trajeto de carro, saindo do centro da cidade de Vitória, seguindo pela ponte Florentino Ávidos,[42] para logo depois virar à direita. Passamos, então, em frente ao prédio da Polícia Federal e seguimos margeando o mar. Depois de atravessar uma pequena ponte, viramos à esquerda e avançamos sobre uma linha de trem para seguir adiante. Do lado esquerdo tem-se o mangue e, mais à frente passamos por um terreno com cabras, bode e cabritos. Logo à frente, e depois de vários quebra-molas e um trânsito intenso de caminhões, viramos à direita e seguimos o caminho. Subindo e descendo um pequeno morro, passamos pelo quartel da polícia, pelo Hospital Adauto Botelho e pelo presídio feminino de Tucum. Adiante e depois do redutor de velocidade viramos à esquerda, numa pequena subida, e chegamos a Santana. Esse trajeto, feito de carro e sem trânsito, dura cerca de quinze minutos.

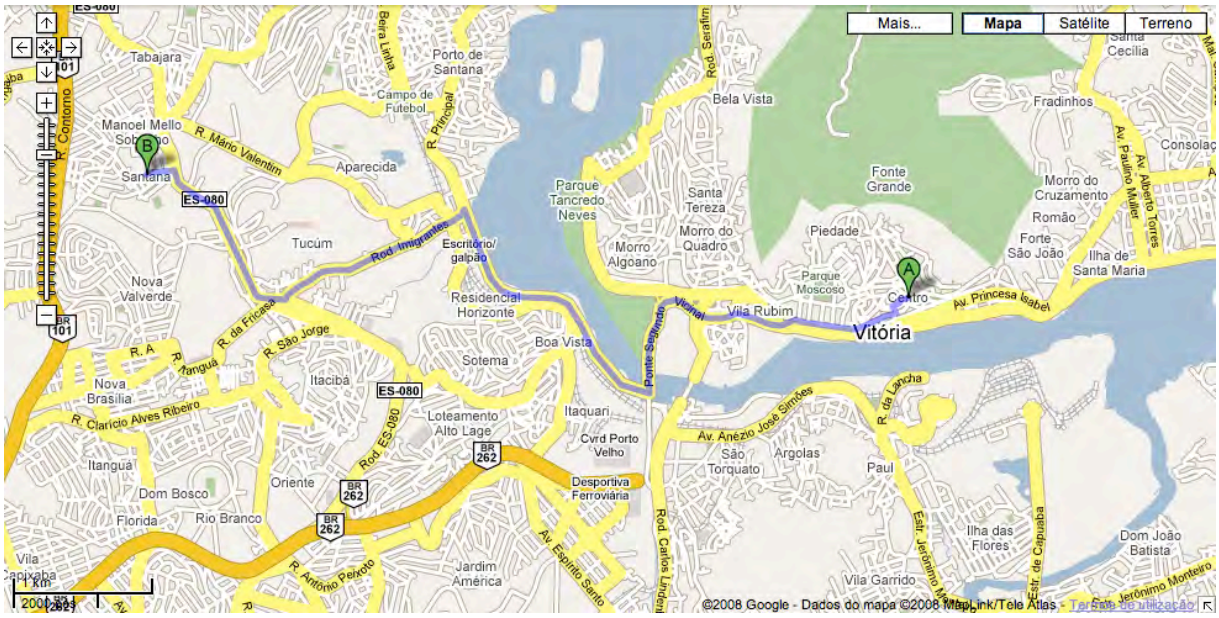

Figura 4 - Mapa do trajeto percorrido do centro da cidade de Vitória ao bairro Santana.[43]

Optamos por esse caminho e não por outro, para apreciar uma paisagem com árvores e passar à beira do mar. Algumas pessoas que utilizam esse mesmo trajeto alegam ser ele mais curto que outro, enquanto outros dizem ter a mesma distância.

---

[42] A Ponte Florentino Avidos faz a ligação viária entre Vitória, Cariacica e Vila Velha. Foi construída entre 1924 e 1928, pelo governo do estado, durante a gestão *Florentino Avidos*. A ponte é, atualmente, protegida pelo Conselho Estadual de Cultura, como Tombo Histórico. Disponível em: <www.secult.es.gov.br/default.asp?arq=0FLORENTINOAVIDOS.asp>. Acesso em: 10 out. 2008.

[43] Disponível em: <maps.google.com.br/maps?f=d&saddr=Centro,+Vit%C3%B3ria+-+ES,+Brazil&daddr=Santana,+Cariacica+-+ES,+Brazil&hl=pt-PT&geocode=&mra=ls&sll=-20.310863,-40.382094&sspn=0.019922,0.025878&ie=UTF8&ll=-20.316538,-40.364027&spn=0.039843,0.084372&z=14>. Acesso em: 25 nov. 2008.

Ao entrarmos no bairro, chegamos a uma praça onde acontecem feiras, festas da comunidade, comícios políticos e outros eventos, como cinema na praça,[44] passeios, brincadeiras de crianças e todas as coisas que podem acontecer em uma praça. No meio do lugar há um alto poste e nele uma caixa de som em que podemos escutar a rádio local. Ela pertence a um morador do bairro e nela se transmitem os programas elaborados por ele mesmo. Por vezes mal a escutamos, mas o som que dela sai nos põe em sintonia com a música e com algumas notícias da região. À noite, quando a rádio não está funcionando, há o som vindo da igreja Maranata, próximo à choupana de buganvílias. No lado oposto, um bar, onde os fregueses escutam música abrindo seus carros.

Santana é um bairro que, segundo o relato dos moradores, se constituiu com a chegada do batalhão de polícia. Na medida em que iam se formando policiais, ali se estabeleciam. É um bairro rodeado por ruas, avenidas e rodovias de intenso tráfego de caminhões. Para chegarmos, sairmos ou termos acesso a outros lugares como o CAPS, o supermercado ou mesmo o bairro mais próximo, é preciso atravessá-las, o que requer muita atenção.

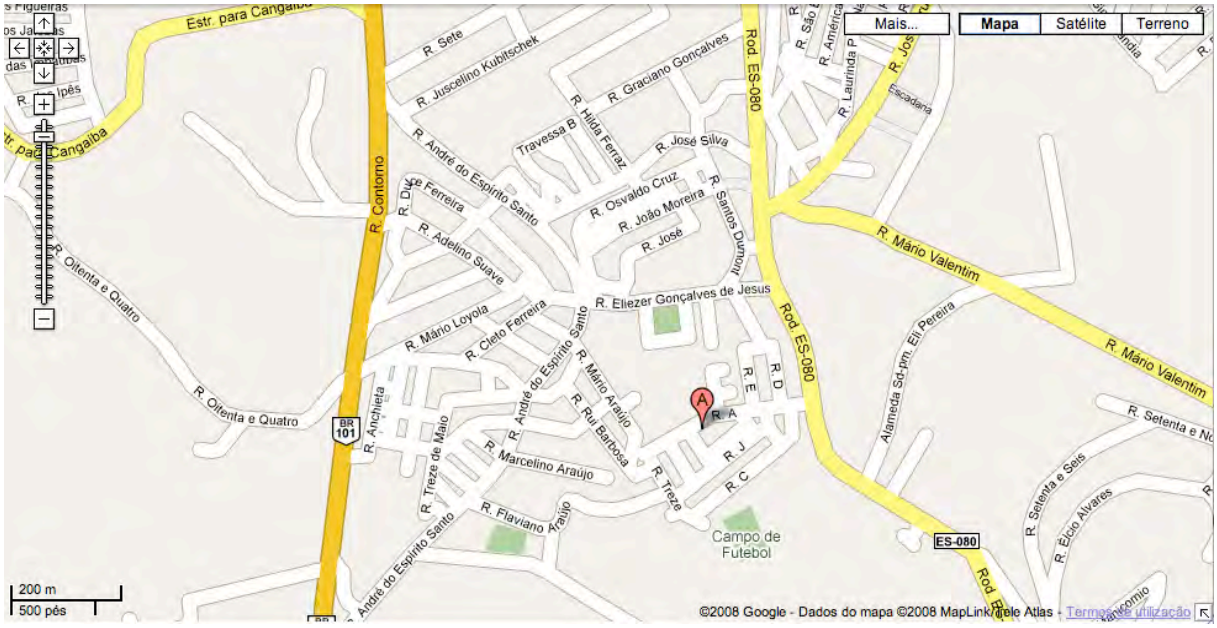

Figura 5 - Mapa da posição do bairro Santana em relação às rodovias BR101 e ES-080.[45]

[44] Acontecimento organizado pelo projeto Hecceidades, por meio dos estudantes do estágio supervisionado do curso de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

[45] Disponível em: <maps.google.com.br/maps?f=q&hl=pt-PT&geocode=&q=Santana,+Cariacica+-+ES&sll=-20.316538,-40.347719&sspn=0.039843,0.051756&ie=UTF8&ll=-20.310149,-40.39086&spn=0.009961,0.021093&z=16>. Acesso em 25 nov. 2008.

Em conversas informais, foi possível ouvir sobre o bairro. Na praça, acontece nos finais de semana uma feira de comida, que muitas vezes, se concentra na “casa rosa”,[46] em frente à igreja católica, onde se podem encontrar um bom feijão tropeiro, lasanha, pudim, pé-de-moleque e outras delícias. Um morador disse: “A feira não é muito forte, mas acontece”. Perguntamos quanto aos trabalhos manuais – se também eram oferecidos na feira –, visto que, por algumas vezes encontramos uma moradora do bairro bordando na mesma praça. Disseram-nos que no próprio bairro não dão valor a esses trabalhos e que a produção de bordados e trabalhos manuais não é muito “forte” e que haveria necessidade de oficinas e cursos para maior aprendizado. Essa fala chamou a atenção, pois quando iniciamos a conversa, havíamos dito que pensávamos em constituir um espaço, em conjunto com a comunidade, onde poderíamos agregar aqueles que já sabiam fazer algo com os que estavam interessados nisso (referíamo-nos a atividades manuais). No entanto, no decorrer do diálogo, percebemos que por um lado, havia demanda para a criação de ambientes como oficinas de atividades manuais, e por outro, ao falar em abrir esse espaço para toda a comunidade, apareceram as dificuldades e certa oposição em juntar as pessoas. Por fim, não investimos na realização de oficinas, por requererem um número significativo de pessoas para organização e agenciamento, além de necessitarem de um local fixo, data e material para realização.

Outra informação relacionou-se com a Associação dos Moradores. E sempre que alguém falou nela se referiu também à Associação dos Idosos. Dois movimentos que se entrelaçavam por alguma linha. A junção das duas associações pareceu conferir um certo movimento ao bairro, não só nas atividades festivas como também nas disputas de poder. Não seguimos essa linha, por entender que por ela poderíamos entrar em questões partidárias e com isso nos afastar dos assuntos do campo da clínica e seu imbricamento com as artes.

De todo modo, esses foram aspectos que atravessaram o campo problemático e que apontaram para alguns sentidos e conexões possíveis. A rádio, a feira e a associação de moradores contribuíram na interação com o bairro e com os habitantes. Nesse sentido, frequentar o bairro, através da praça, sentar no banco para acompanhar os movimentos, ora receber um cumprimento, ora alguém se

[46] Termo que um morador usou para referenciar o lugar.

aproximar para conversar foram aspectos importantes para tomar decisões. E ainda pensar sobre como tem-se constituído a rede de relações.

O acesso aos moradores, para andar junto com eles, ocorreu por meio do programa de pesquisa Hecceidades, ou seja, pelo grupo de estagiários composto por estudantes da graduação de psicologia desta universidade. Os estagiários realizam um trabalho de acompanhamento e cuidado nos dois primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos (um masculino e outro feminino), ambos com oito moradores.

Os encontros com os estagiários foram outro norteador para a pesquisa. As entrevistas com eles funcionaram como uma troca de informações, experiências e levantamento de idéias, em forma de conversa. Interessou conhecer as atividades que eles realizavam junto aos moradores das residências, o que realizavam – e como – durante a semana com eles, para onde iam e quando iam. Por outro lado, foi exposta a proposta inicial desta pesquisa, o que e como planejávamos sua realização.

Esses encontros contribuíram para uma maior aproximação da dinâmica junto aos moradores, além de ajudar a delimitar a ação no campo e pensar sobre quais contribuições tem-se a oferecer. A intenção de buscar certa exterioridade – algo fora dos espaços fechados de atendimentos e serviços de atenção à saúde – foi reforçada. Essa questão pareceu ser também uma problemática presente entre os estagiários: como se escapa dos movimentos de controle e dominação? Até que ponto as saídas contribuem? Que contribuições podemos oferecer?

Para andar junto e entrar no movimento de “saída” do grupo, acompanhamos as trocas de *e-mails* entre os estagiários, frequentamos supervisões e buscamos interagir com eles, por meio de telefonemas, caronas e bate-papos (tanto na universidade quanto no bairro).

No bairro, interessou conhecer os efeitos da presença das Casas na comunidade. Não queríamos separar moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos dos moradores das casas, mas apostar em que já houvesse uma transformação de subjetividades em processo junto à comunidade. Ao acompanharmos seus trajetos no bairro foi possível ouvir comentários e ver como conviviam.

Quando frequentamos o dia-a-dia da praça, atentamos para algumas questões: o fato de que as pessoas já percorriam os próprios trajetos e que de uma forma ou de outra estavam familiarizados com eles. Por outro lado, víamos poucas pessoas circulando pelo espaço da praça e ocupando-o. Quanto aos moradores das Casas, nos deparamos com uma situação singular: alguns deles apresentavam dificuldades físicas para se locomover, o que parecia inibir saídas mais frequentes e os fazia permanecer mais tempo nas Casas. Em relação ao primeiro aspecto, pensamos em acompanhá-los e não criar outros e novos trajetos, para assim podermos cartografar seus próprios caminhos. Quanto à outra situação, optamos por manter a decisão de acompanhá-los fora das Casas.

Para conhecer um caminho nesse contexto, acompanhamos os moradores em suas saídas. Para tanto, uma questão se apresentou: o que estamos chamando de saída?

Idas ao banco, ao INSS, ao CAPS, visitas às outras Casas, idas à padaria, caminhadas e passeios ao *Shopping Center*, à praia etc. Algumas dessas saídas são em grupo e outras, individuais; algumas são realizadas com os estagiários, outras, sem eles. Algumas combinações de saídas são mais recorrentes enquanto outras são mais esporádicas; os trajetos recorrentes os levam ao CAPS, onde cumprem um projeto terapêutico,[47] visitas a outras Casas e trajetos dentro do próprio bairro. As saídas mais esporádicas são combinações realizadas com os estagiários, como idas à praia, ao parque, ao *shopping*, ao teatro etc. Quais movimentos estamos a acompanhar? Os passeios? As idas e vindas ao CAPS, aos ambulatórios e locais de atendimento, que usualmente chamamos de rede de atenção?

Não era intenção reduzir as saídas aos “passeios”. Nem todas as saídas são passeios. Perguntamo-nos: para onde nos leva o fora do espaço fechado das casas e prédios? Consideramos a cidade, o bairro e o que ela oferece de exterioridade (CAIAFA, 2005), as praças, as ruas, praias etc. Ao sairmos de um lugar, andamos pelas calçadas e atravessamos ruas.

[47] Projeto terapêutico implica que a equipe do CAPS e o usuário do serviço combinem as atividades e a frequência de participação nas atividades do serviço, que pode passar por avaliação periódica (BRASIL, 2004).

O que estamos chamando de saída não se reduz ao deslocamento de um ambiente fechado para estar a céu aberto em relação a esse determinado lugar. Problematizar esse nome ampliou o termo para outros sentidos e para que outros movimentos acontecessem. Segundo o dicionário Houaiss (2004): “[...] saída é ato de sair ou o seu efeito; lugar por onde se sai; momento em que se sai; meio para sair de um apuro, recurso, expediente; resposta ou observação feliz, espirituosa, escapatória; procura ou venda”.

A saída nos remete aos seus efeitos. A experiência de saída se dá no ato, como também por meio de uma “resposta espirituosa”. No caso dos moradores das Casas, uma saída já aconteceu: saíram de um lugar, um hospital psiquiátrico, de uma situação de encarceramento, onde não viam TV ou falavam pelo celular ou possuíam armários próprios, roupas próprias ou desfrutavam de tantas outras fontes, para habitar uma casa.

Constatamos vários modos de saídas, os quais não se referem somente ao ato ou momento de sair de algum lugar, mas também à saída de uma determinada situação de apuro, bem como à saída como resposta espirituosa. Interessante atentar que a expressão saída pode, ainda, dizer do fluxo de produtos ou mercadorias para fora. Contudo, é bom lembrar que aqui não se trata de produtos ou mercadorias.

Tomamos alguns aspectos dessa definição para examinar as possibilidades de saída no contexto dessa cartografia. Ao sairmos, muitas vezes temos um pretenso lugar para ir e/ou um determinado caminho a fazer. Raramente temos lugar nenhum para ir e/ou apenas um caminho aleatório por fazer. Em alguns momentos, realizamos os trajetos sem muito pensar e sem olhar por onde andamos. De qualquer forma andamos pela cidade, num certo nomadismo, de um ponto a outro. De acordo com Caiafa (2005, p. 5), ao citar o historiador Mumford, “[...] a cidade reúne os nômades e no mesmo golpe oferece um novo tipo de nomadismo aos que estão ‘em casa”’. Podemos sair de situações e não só de lugares. Em uma conversa em que se é levado a dizer ou agir de modo improvisado, pode surgir uma boa saída.

Habitar em nossas casas implica também habitar as ruas, as praças, as padarias, enfim, todos os lugares que frequentamos. A cidade, segundo argumenta Caiafa

(2005), gera um poderoso espaço de exterioridade, em contraste com o interior dos espaços fechados e do pequeno povoado, ou seja, tem-se um espaço heterogêneo. A argumentação de Caiafa (2005, p. 13) tem a cidade "[...] como regime singular de integração local, circuito de trajetórias, espaços de exterioridade e de comunicação da diferença [...]", mas que "[...] só se realiza quando há produção de espaços coletivos".

Tomar a cidade como campo para a pesquisa nos pareceu muito sedutor. A cidade é um espaço participativo e multiplicador, e para tanto nós o delimitamos ao bairro como um espaço dentro da noção de cidade, constituindo-se como uma intensa fonte de informações, com uma viva produção de dados, o que nos levou a pensar sobre os efeitos do ato de sair e sobre que saídas encontramos em um trajeto.

Interessou-nos acompanhar a produção de movimentos e a construção de espaços, onde experiências e modos de existência se encontraram e produziram outras experiências e outros modos de existência, que provocaram (ou não) deslocamentos das produções de subjetividades estabelecidas, e transformações que ocorreram em um percurso sem que nos déssemos conta. De percorrê-los tantas vezes, já não percebemos a potência dos encontros e não nos deixamos surpreender com os imprevistos.

Para acompanhar os efeitos dos encontros que aconteceram nas ruas, investimos em outro recurso de intervenção, para além de estar ao lado e andar junto com os moradores. A aposta foi usar uma intervenção imagética com capacidade de acompanhar os movimentos. Consideramos então o uso de uma filmadora, tomando como referência as experiências de filmagens realizadas em 1997 pelo projeto de pesquisa-intervenção Hecceidades, no Setor de Ressocialização do Hospital Adauto Botelho (MACHADO, 2008c), assim como as de âmbito nacional, conhecidas por associar filmagens e saúde mental, como as imagens produzidas pela TV Pinel,[48] no Rio de Janeiro, e o Projeto e Rádio Tam Tam[49] de Santos/SP.

A iniciativa da TV Pinel criou um processo comunitário de produção de uma outra imagem da loucura, apostando em "uma imagem onde um olhar sem preconceitos

[48] Sobre a TV Pinel, ver site: <www.ibase.br/modules.php?name=Conteudo&pid=1366>. Acesso em: 14 out. 2008.
[49] Informação disponível em: < www.orgone.art.br/tamtam/tamtam.html>. Acesso em: 22 fev. 2009.

poderá perceber pessoas criativas e produtivas, que podem conviver com a família e com a sociedade".[50] A experiência diz que a ideia de divulgar e dar visibilidade ao projeto refletiu para os usuários como um reconhecimento público de suas potencialidades, fato que contribui para que ocupem outro lugar na sociedade. Entendem que o processo de Reforma Psiquiátrica é potencializada se for acompanhada por um processo de desconstrução das mentalidades, de modificação da cultura naquilo que diz respeito ao que se entende por loucura. Produzir novas possibilidades de vida não significa apenas produzir novos serviços ou novos dispositivos terapêuticos, mas também criar outros modos de trabalho, profissão, moradia, lazer... É na realização de novas possibilidades de existência e, simultaneamente, como instrumento desmistificador da loucura junto à sociedade – por meio de um dispositivo de intervenção cultural – que a TV Pinel marca sua contribuição e importância no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Projeto e a Rádio Tam Tam foram criados pelo arte-educador Renato Di Renzo, na Casa de Saúde Anchieta. O trabalho desenvolvido por Di Renzo foi de não dirigir as atividades mas sim, provocá-las, potencializando a autoconfiança e o prazer de estar vivo, com diferentes "eus" e "nós".

> Logo que cheguei, minha opção foi começar com o corpo, o toque, o tato. Rapidamente todos começaram a ter espaço para verbalizar suas histórias mas, também passaram a criar novas histórias! Fomos organizando um novo momento de vida, de prazer, de encontros. Os pacientes escreveram peças teatrais, conheceram Picasso, Van Gogh, e o trabalho em si não foi de ocupação de um tempo, mas de produção desse tempo, de produção de uma vida, diz Di Renzo.[51]

Nesse ritmo, vários trabalhos foram surgindo: teatro, dança, pintura, música e moda com "estilistas" da grife "Tam Tam Line". Quanto à rádio, funcionava em caráter experimental dentro do Anchieta, porém o espaço foi ficando pequeno e no dia 5 de novembro de 1990 a Rádio Tam Tam deixou de ser interna e passou a ser transmitida pela Raio Universal AM. "Foi um espaço radiofônico único, absolutamente mágico, alucinante, delirante", define Di Renzo.

Em meados de 1992, o Projeto Tam Tam tornou-se uma organização não-governamental (ONG), como forma de garantir a continuidade do trabalho. As

---

[50] Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/hospitais/pinel/media/pinel_tv_pinel.htm>. Acesso em 15 out. 2008.
[51] Informação disponível em:<www.orgone.art.br/tamtam/tamtam.html>. Acesso em: 22 fev. 2009.

atividades que realiza, sejam elas desenvolvidas por meio de teatro, da dança, da música, das artes plásticas ou da comunicação, têm por objetivo a "[...] qualidade de vida e fomentar a discussão do novo homem e do mundo que se quer viver, num tempo de violência gratuita e da banalização da vida e das relações".[52]

As experiências motivaram a definir que usaríamos uma intervenção fílmica como ferramenta para a cartografia. No entanto, era preciso nos depararmos com o nosso contexto. O campo para captura das imagens foi a rua e interessava-nos a possibilidade de dar visibilidade aos processos de produção de subjetividades, ou seja, àquilo que acontece nos encontros dos caminhos que realizamos. De um lado, o fato de estarmos ao lado dos moradores já se constitui uma interferência e nos convoca à cena, pois para além de profissionais de saúde somos também "atores sociais",[53] ocupamos um lugar. E qual lugar conseguimos ocupar? Que esforço fazemos para nos deslocar a ponto de estar ao lado e não apenas com? Por outro lado, a ideia de filmar não visa a congelar o momento, mas a produzir outros olhares sobre um mesmo trajeto. Ao finalizar um vídeo, tem-se ali o registro de uma circunstância, realizado em um determinado tempo e espaço e sob determinadas condições. Apesar de o recurso acompanhar o movimento contínuo, ele não capta tudo. E, para além disso, com a edição do vídeo, imagens são suprimidas. Com a conclusão do vídeo, não estarão nele todas as imagens capturadas. "Mas, as imagens que não vieram a compor a produção final ainda estarão lá registradas, disponíveis para uma outra edição, para um outro recorte, para um outro enfoque, talvez, até para contarem outras histórias" (MACHADO, 2009, p. 6); e podem ainda suscitar surpresas, pois contam uma história, possuem e criam histórias.

> Entretanto, o vídeo permite que essa história seja projetada em suas nuances, em suas vozes, suas cores, seus sons, suas tensões, enfim, seus movimentos. Não se pode dizer que a montagem dessa história seja neutra ou que o filme pronto retrate a verdade de certa realidade (MACHADO, 2009, p. 6).

É preciso saber, então, que o vídeo é sempre um registro a partir de um olhar, ou seja, a imagem é vista de certo ângulo com um recorte retangular. A lente delimita

---

[52] Informação disponível em:<www.orgone.art.br/tamtam/tamtam.html>. Acesso em: 22 fev. 2009.

[53] Expressão usada por Rotelli (1990, p. 94) para se referir ao trabalho terapêutico: "Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja esse trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes".

um espaço e é através dela que vemos. Se pensarmos esse olhar como uma janela, podemos fazer infinitas imagens.[54] Podem-se criar outros ângulos, outros recortes etc., sob outras condições; "Cada experiência de olhar é um limite".[55] Não se pode dizer que há neutralidade. "Serão sempre olhares, olhares que focalizam a câmera neste e não em outro ângulo. Serão sempre olhares que editam imagens, que escolhem umas em detrimento de outras" (MACHADO, 2009, p. 6).

De todo modo, a palavra vídeo tem um sentido paradoxal: se por um lado é um objeto, concentrando um olhar em imagem, por outro *video* (sem acento), em latim, é um verbo e refere-se à "[...] primeira pessoa do singular do indicativo presente do verbo ver" (DUBOIS, 2004, p. 72). Como verbo, a palavra de forma variável exprime ação, estado, mudança de estado ou fenômeno, que podem indicar pessoa, número, tempo, modo e voz.

> Isso implica ao mesmo tempo uma ação em curso, um agente operando e uma adequação temporal ao presente histórico: 'eu vejo' é algo que se faz 'ao vivo', não é o 'eu vi' da foto, nem o 'eu creio ver' do cinema e tampouco o 'eu poderia ver' da imagem virtual (DUBOIS, 2004, p. 72).

Assim, o vídeo constitui-se tanto objeto quanto ato, uma "imagem-ato" (DUBOIS, 2004, p. 72). Esse recurso nos possibilita cartografar os processos de subjetivação, construindo "[...] uma espécie de mapa-movimento capaz de expressar as paisagens mutantes que se configuram no campo da subjetividade" (MACHADO, 2009, p. 5).

As imagens, ou o mapa-movimento, funcionam tanto como registro quanto como documento da pesquisa. Ao registrar a ação, ela própria torna-se documento. É processo e produto ao mesmo tempo. A imagem, assim como o desenho, funciona para cartografia como o registro de uma experiência, nesse caso, em transformação.

As imagens existem para facilitar o trânsito entre as pessoas. "Qualquer que seja o caso, as imagens, assim como as palavras, são a matéria de que somos feitos" (MANGUEL, 2001, p. 21). A imagem é composta de várias linguagens e organiza-se por seus próprios recursos. "Imaginária ou concreta, a imagem passa por alguém que a produz ou reconhece" (JOLY, 2004, p. 13). Ou seja, é preciso considerar que na produção de imagens estará presente um processo de subjetivação, uma multiplicidade de eus (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Assim, a imagem é

[54] Fala de Antonio Cícero no documentário *Janela da Alma*, 2002.
[55] Fala de Paulo Cesar Lopes no documentário *Janela da Alma*, 2002.

atravessada pelas linhas do dispositivo e no encontro produzem-se outras experiências.

3.2 DE OUTRO LADO

Filmar é um processo, e podemos falar sobre alguns fatores que nos fizeram pensar a partir do uso da filmadora, que funcionou como uma ferramenta de intervenção e também como registro para uma pesquisa cartográfica.

O vídeo cartográfico ou mapa-movimento diz de uma parte do percurso da pesquisa. Não tivemos a intenção de classificá-lo em uma categoria de gênero, documentário, videoarte, ou vídeo experimental. Contudo, interessou-nos montar uma sequência de imagens que pudesse mostrar a ideia da pesquisa, os caminhos por onde transitamos, as mudanças do paradigma doença-loucura e consequentemente, “A vida além dos muros do Adauto Botelho”.[56]

Para utilizar esse recurso, buscamos uma série de procedimentos para cumprir sua produção de informações. Nessa busca de maior familiaridade, procuramos certa bibliografia, livros, artigos, vídeos e filmes. Desse material recortamos o que poderia contribuir para compor o que chamamos vídeo-cartográfico.

Depois do contato com o material e da leitura sobre o tema, fomos a campo. Enquanto filmávamos, as informações que havíamos levantado não se fizeram tão presentes quanto imaginávamos. Assim, entramos no movimento da cena e fomos trabalhando com o que estava disponível.

Percebemos que outros processos de filmagem seriam interessantes para a troca de experiências. Nesta pesquisa não foi possível realizar mais tempo de filmagens devido ao tempo, material e pessoal disponíveis. O uso da filmagem e a construção do vídeo serviram como ferramentas para o pesquisador e também como experiência clínica de intervenção.

[56] Título de uma matéria de jornal, sessão DIA-A-DIA, de 14 de dezembro de 2008, escrita por Vilmara Fernandes e com fotografia de Chico Neves (Anexo B).

Em nossa experiência, para cumprir o objetivo principal – acompanhar, por meio de uma cartografia fílmica, o processo de mudanças subjetivas em trajetos realizados por pessoas em um bairro onde vivem – realizamos procedimentos que consideramos importantes. Frequentamos o bairro em um período de dez meses, de agosto de 2007 a maio de 2008, com o objetivo de conhecer o campo, familiarizar-nos com o movimento, com o ambiente e com as pessoas. A captura de imagens começou depois desse período e ocorreu em quatro dias não consecutivos, entre maio e junho de 2008.

Para filmar foi preciso considerar aspectos básicos do próprio equipamento, como o tempo de consumo da carga da bateria da filmadora, o tempo da fita[57] e o modo de manuseá-la. A câmera[58] usada era uma máquina pequena e leve. Ela atendeu ao objetivo, que foi o de registrar imagem e som e dispunha da opção de fotografar, caso fosse necessário. Foi preciso, também, conhecer as características do local (ruas, calçadas, subidas, descidas etc.), acompanhar os fenômenos climáticos (sol, chuva, vento etc.) e atentar para o momento de uma "saída".

Com a câmera na mão, saímos às ruas e experimentamos outro modo de percorrê-las. Ao filmar, descobrimos um movimento mais lento, andando em outro ritmo e produzindo outra conexão com o ambiente; como também, o registro de imagens feitas ao acaso.

As filmagens foram realizadas no período da manhã, por ser o horário que melhor se coadunava com as "saídas" dos moradores das Casas. De todo modo, as filmagens ocorreram de acordo com o dia e a hora em que conseguimos associar nossa ida ao bairro à possibilidade de saída de alguém da Casa com disponibilidade para ser filmado, além das preocupações de ordem meteorológica. Ou seja, era preciso combinar vários fatores. Por esse motivo, a máquina foi a campo algumas vezes, porém sem sair da bolsa.

---

[57] A opção foi usar uma mini DV e não uma máquina com *hardware* (gravação digital), por não ter sido encontrada no mercado uma máquina que dispusesse de um *hardware* com registro de imagem com qualidade 3CCD e com tempo de captura semelhante a uma mini DV, além de esta última ter apresentado um valor acessível.

[58] Mini DV Camcorder, 12x Optical, 4 Mega Pixel CCD, Color Viewfinder, SD Memory Card Slot, 2.7" LCD Screen.

No primeiro dia de filmagem houve uma tentativa de agendamento que, contudo, não fez concordarem todos esses aspectos. Quando chegamos ao local para a filmagem, a pessoa com quem combinamos a saída havia se esquecido do compromisso. Nos outros dias, optamos por obter instantaneamente a oportunidade, evitando as combinações. Assim, ao realizar uma saída, perguntávamos se aceitavam a filmagem. Houve respostas negativas e nesse caso a filmagem não ocorreu ou foi interrompida. Assim, nove moradores das duas primeiras residências estiveram presentes nas filmagens. Desses nove, cinco compõem as cenas do vídeo, incluindo a imagem e o som da voz.

Depois de cada filmagem, analisamos o resultado, e a partir dele foram feitas avaliações, como intervenção verbal, posição do pesquisador com câmera, posição da câmera, enquadramento de filmagem etc.

Os critérios para filmar foram construídos na medida em que o trabalho avançou. Fomos nos defrontando com os limites do campo, tanto com os nossos próprios quanto com os da ferramenta. Algumas questões puderam ser tratadas com antecedência, como as citadas anteriormente (meteorologia e fitas extras), enquanto outras foram sendo descobertas.

Quanto à captação de som, não utilizamos microfone externo, preferindo manter o microfone da própria máquina. As interferências sonoras estiveram presentes o tempo todo e ora a utilizamos como se apresentaram na filmagem (som direto), ora a deslocamos em relação às imagens para atender a uma composição de imagens e sons. Como exemplo, temos o som da serra elétrica seguida do som da máquina de barbear, na cena composta por um fio de alta tensão em que estão presos restos de uma pipa (Figura 6). O som da serra elétrica foi deslocado de outro percurso e esteve presente enquanto andávamos em uma rua depois da saída do supermercado.

Figura 6 - Cena composta por um fio de alta tensão com restos de uma pipa (07:34:14 no vídeo)

Quanto à posição da câmera em relação ao morador, foi um problema que vivenciamos em ocasiões anteriores, mas pôde ser mais bem enfrentado no momento das filmagens.

Cada pessoa responde de uma forma a essa experiência: algumas ficam à vontade, outras interagem com a câmera, enquanto outras preferem não ser filmadas. Dentro desse contexto, enquanto caminhávamos, a opção foi estar ao lado ou atrás delas, com a câmera dirigida para o(s) morador(es) em questão. Ora a câmera foi usada na altura do peito, ora na cintura, e raramente na altura do ombro. Naquela posição obteve-se maior firmeza com a máquina (apesar de se estar andando), além de maior facilidade em movimentá-la tanto para cima quanto para baixo e para os lados, acompanhando assim o movimento do andar sem deixar trêmula a imagem. Por esse motivo, o enquadramento foi mais próximo da pessoa filmada, ora um plano em que a pessoa aparece da cintura para cima,[59] ora um plano próximo,[60] como de quem anda ao lado. Utilizamos menos o “plano

[59] Conhecido como Plano Médio. O cenário já não tem tanta importância, com um valor apenas indicativo. Muito usado para a gravação de diálogos. Nesse plano também se pode enquadrar mais de uma pessoa (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2009).

[60] O Plano Próximo corta a pessoa na altura do tórax. O cenário quase não aparece e a expressão facial

geral”[61] e aproveitamos algumas cenas em perspectiva para localizar o ambiente. A rua apareceu como cenário, como, por exemplo, na cena em que um morador caminha enquanto fuma um cigarro, quando ao fundo passam casas coloridas (Figura 7), uma vermelha, outra azul, e depois aparece na paisagem o verde das árvores; ou na cena em que o mesmo morador toma um café e, em poucos minutos, tem-se a ideia de que se está em uma padaria (Figura 8).

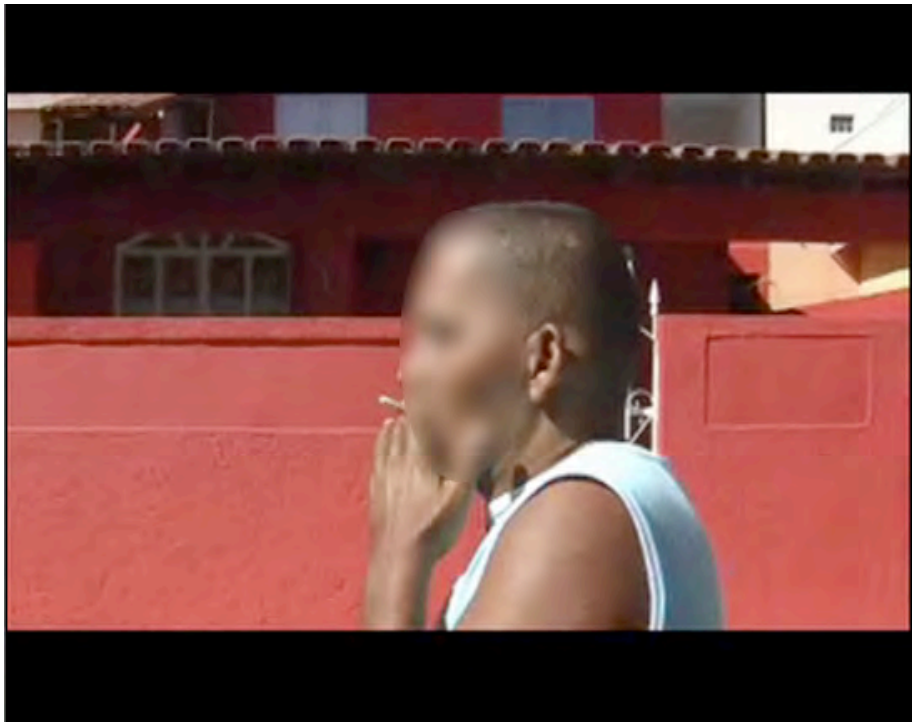

Figura 7 - Cena em que um morador caminha enquanto fuma um cigarro (03:35:21 no vídeo)

começa a ter um peso determinante (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2009).

[61] É um plano que enquadra uma grande parte do cenário, não definindo nenhum traço particular dos elementos dentro do quadro (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2009).

Figura 8 - Cena em que o mesmo morador toma um café (14:22:16 no vídeo)

Enquanto andávamos nas ruas com a máquina nas mãos, não houve momento de constrangimento, muito embora pessoas fizessem comentários, se desviassem ou parassem para olhar com curiosidade e atenção o que estava acontecendo.

Interessou registrar o máximo de situações que atravessaram o caminho, com isso fizemos tomadas[62] mais longas e com menos cortes[63] na filmagem. Optamos por fazer os cortes na edição[64] do vídeo. Depois da captura das imagens, somaram-se cerca de duas horas. Assistimos a toda a filmagem para então decidir o que poderia ser feito dela.

Depois da conclusão das filmagens, verifica-se a edição: desmontam-se imagens e sons. A edição convocou-nos a retomar a ideia inicial da pesquisa e a pensar sobre

[62] Tomada é um plano-sequência, ou seja, é o registro contínuo de uma cena (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf> Acesso em: 21 fev., 2009.
[63] O corte pode ser feito tanto durante o processo de filmagem quanto durante a edição. É considerado o fundamento da edição, e é o que há de mais característico na linguagem videográfica. É ele que nos permite trabalhar as possibilidades da edição como rearticuladora da narrativa (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf> Acesso em: 21 fev., 2009.
[64] A edição determina a natureza do espaço cinematográfico e o diferencia do espaço como o conhecemos no mundo real. O espaço e as coisas que ele contém se apresentam a nós, no mundo real, como uma continuidade ilimitada (Informação disponível em: <www.via.multimidia.nom.br/rtv/LIS-06-LinguagemVideo.pdf> Acesso em: 21 fev., 2009.

o que se pretendia com o vídeo. Era preciso assistir mais de uma vez ao material produzido para ver que ele continha vários vídeos, mas que seria necessário eleger um para compor esta pesquisa. Assistir a outros vídeos e filmes, ler sobre o assunto e discuti-lo nos ajudou a pensar sobre o modo de uso das imagens e do áudio. Era preciso contar sobre o processo cartográfico.

Retornamos à pergunta: como o vídeo poderia mostrar um processo de transformação sem cair na representação? Poderíamos facilmente cair em uma certa representação e no congelamento das imagens. Foi preciso pensar em como contar uma história sem o “eu” identitário, sem cair no intimismo, sem perder a multiplicidade da vida, sem adentrar uma narrativa clássica, com início, meio e fim. Não interessava identificar uma personagem, mas refletir que qualquer outro morador pudesse estar ali ou que todos os nomes pudessem ser citados; pensávamos: “[...] Não há personagem principal, ninguém é principal” (RAUTER, 1998, p. 120).

Para realizar a edição foi preciso se distanciar para ver o que havia sido capturado, gostando ou não do que se apresentava; seguia-se mesmo um outro processo. Assistir mais de uma vez e em cada momento buscar novos aspectos que pudessem compor um vídeo, que trouxesse um olhar, que tivesse uma voz, um ângulo, uma postura...

Depois de alguns ensaios de edição e discussões sobre o que se queria mostrar com o vídeo, avaliamos alguns aspectos, para então prosseguir. Para avançar, retomamos a bibliografia levantada sobre o tema e a releitura da dissertação para construir junto com esta o vídeo.

As cenas foram se configurando e a cada tentativa de edição surgiam questões de como montar, compor e/ou deslocar falas, imagens, sons, sombras, ruídos etc. Composições que mostrassem essa experiência fílmica de pesquisar.

Para conseguirmos explicar os critérios usados nessa construção, recorremos à bibliografia acima referida, que foi fonte de pesquisa antes das filmagens e da montagem do vídeo. Assistimos a alguns filmes, vídeos e lemos alguns textos para nos aproximarmos do que seria montar um vídeo, e chegamos a pensar que pouco desse material seria aproveitado. Engano, pois muito do que havia sido lido, visto,

observado e pensado esteve, de alguma forma, presente no processo do vídeo cartográfico. Seguem os critérios.

Assistimos a alguns filmes de Eduardo Coutinho, incluindo os extras, o que nos ajudou a refletir sobre uma forma de filmar. Coutinho é conhecido por seus documentários: *Cabra Marcado para Morrer* (1964-1984), *Boca do Lixo* (1992), *Edifício Master* (2002) e *Peões* (2004), entre outros. No livro de Consuelo Lins, *O documentário de Eduardo Coutinho*, ela estuda uma sequência de filmes do autor, um a um, analisando os procedimentos de criação, os métodos de trabalho, as condições de realização, as posturas éticas e as opções estéticas e técnicas, além de outros componentes.

Alguns aspectos de seu trabalho chamaram nossa atenção, como o uso de pouca variação na direção da câmera, a realização de uma pesquisa prévia[65] que norteia as filmagens oficiais[66] e o uso de um procedimento de filmagem, o qual Coutinho chama "dispositivo".[67]

> Dispositivo é um termo que Coutinho começou a usar para se referir a seus procedimentos de filmagem. [...] Para o diretor, o crucial em um projeto de documentário é a criação de um dispositivo, e não o tema do filme ou a elaboração de um roteiro – o que, alias, ele se recusa terminantemente a fazer. O dispositivo é criado antes do filme e pode ser: 'filmar dez anos, filmar só gente de costas, enfim, pode ser um dispositivo ruim, mas é o que importa em um documentário (LINS, 2004, p. 101).

Em *O fim e o princípio* (2005), Coutinho abre o filme revelando seu dispositivo: encontrar uma comunidade que nos receba. Caso não a encontremos, o filme será sobre essa busca.[68] Trata-se de uma postura clara e precisa em relação ao objetivo da filmagem. Há outras características importantes que fazem do diretor um nome conhecido entre os filmes de documentário brasileiros. Não cabe neste contexto um estudo aprofundado sobre o cineasta, mas apontar aquilo que contribuiu para o engendramento do processo de montagem do vídeo-cartográfico.

---

[65] Por exemplo, para o filme *Babilônia 2000* (2001), Coutinho utilizou a seguinte estratégia de pesquisa: entrevista; familiaridade com a população local e certo conhecimento do cotidiano das duas comunidades; quanto ao método: relatório escrito; minutos de filmagens/imagens e intimidade com a geografia (LINS, 2004, p. 123).

[66] Cf. extras do Filme *Edifício Master* (2002) de Eduardo Coutinho: a pesquisa é realizada também com filmagens.

[67] Ver também Lins (2007a, p. 45-51).

[68] Ver Filme *O fim e o princípio* (2005) de Eduardo Coutinho.

Tomamos emprestada a ideia de criar um “dispositivo”. Nosso dispositivo foi acompanhar os moradores das Casas nos trajetos que realizam na rua. Usamos poucas variações de câmera, optando por um enquadramento próximo da figura humana (metade do tórax para cima). Realizamos uma pesquisa prévia, porém sem filmagem. A pesquisa prévia conferiu os levantamentos citados, no que diz respeito ao bairro, pessoas, ambiente, recursos, etc.

Outra referência utilizada foi a leitura de um texto que discute o termo filme-ensaio[69] e a relação dessa expressão com o filme *Duas ou três coisas sobre ela* (1966) de Jean-Luc Godard. Essa leitura nos aproximou da discussão sobre documentários, filme-ensaio e uma série de nomes de cineastas que desenvolveram e/ou desenvolvem pesquisas nesse campo. E o contato com uma leitura sobre o referido filme de Godard ajudou a pensar sobre outros modos de usar o enquadramento da câmera, privilegiando a composição entre diálogos e imagens e não somente o enquadramento das pessoas nas imagens e a sequência de um roteiro.

Aqui, nos ocupamos em obter uma ideia que pudesse ser passada pelas imagens. Com isso, a preocupação com a cronologia e a sequência de filmagens foi abandonada. Interessou obter um entrelaçamento da ideia com as imagens, aproveitando elementos da imagem como som, enquadramento, paisagem, palavras etc. Por exemplo, para fazer transição de uma cena para outra, usamos o assunto da sequência de imagens, como na cena em que um morador, após tomar um café, segue para a caixa da padaria (Figura 9). Tem-se aí um corte e na cena seguinte ele está abrindo sua carteira em outro contexto; ele mostra, por exemplo, o cartão de passe livre (Figura 10).

[69] Ou ensaio fílmico, expressão usada por Consuelo Lins (2007b). O filme-ensaio é mais uma manifestação do nosso tempo que um gênero, pois recebe influências de vários campos do saber, como cinema, etnografia (antropologia), documentário, artes etc. Nessa produção, algo aparece em comum e atravessa a construção das imagens, a subjetividade. A subjetividade não diz do ponto de vista de uma pessoa, e sim de um coletivo que também não quer dizer um conjunto de pessoas, mas diz daquilo que atravessa o discurso num dado momento histórico, ou seja, um discurso que é produzido (WEINRICHTER, 2008).

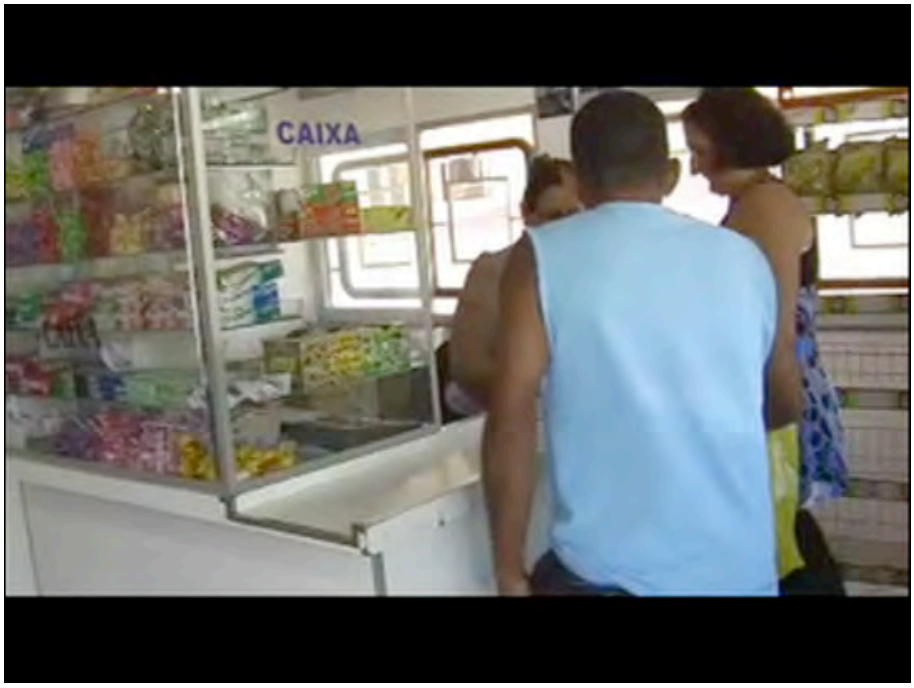

Figura 9 - Cena em que um morador após tomar café segue para o caixa (02:01:03 no vídeo)

Figura 10 - Cena em que o mesmo morador mostra cartão de passe livre (02:10:19 no vídeo)

Em outra cena, quando uma moradora caminha ao lado do muro verde, a câmera oscila para o céu azul com os fios de alta tensão (Figura 11). Faz-se aí um corte e a próxima cena é também o azul do céu cortado pelos fios de alta tensão (Figura 12),

porém em primeiro plano. Buscou-se assim um diálogo entre os elementos presentes nas imagens, mesmo usando aqui o efeito de transição do computador *“cross dissolve”.*

Figura 11 - Cena em que moradora caminha ao lado do muro verde (07:20:00 no vídeo)

Figura 12 - Cena mostrando o azul do céu cortado por fios de alta tensão (07:21:14 no vídeo)

A partir da leitura desse texto tomamos contato com três nomes que são considerados referências sobre o que chamam ensaio fílmico. Os nomes são: Chris Marker (nascido em Paris, em 1921), Agnès Varda (nascida na Bélgica, em 1928) e Jonas Mekas (nascido na Lituânia, em 1922). Eles começaram a trabalhar nos anos 50 e são considerados cineastas que desenvolvem um trabalho entre o cinema e as artes plásticas. Não procuram representar o mundo no filme, nele tem-se uma mistura da subjetividade do diretor com o que o filme conta (LINS, 2008).[70] A presença dessa intervenção não é um tabu para eles, visto que o entendimento sobre documentário tem pouca ou quase nenhuma interferência do diretor, caracterizando sua veracidade.

> Chris Marker e Agnes Varda são os primeiros a integrar experiências subjetivas nos próprios filmes, articuladas a uma interrogação sobre o mundo e a uma reflexão sobre as imagens, por meio de uma narração em *off* ensaística e subjetiva (LINS, 2007b, p. 147).

O ensaio fílmico nos mostra que não há regras, normas, elementos estéticos a serem evitados (LINS, 2007b). Ele resiste a toda definição, pela ampla influência e pelo modo de abordagem, pode-se pensá-lo como uma manifestação histórica, e não como um modelo abstrato ou um gênero teórico. De todo modo, sua característica principal é o convite à consideração de um tema que se constitui em filme, que exige reconstruir uma realidade em sua exibição. Ainda que se trate de segmentos da realidade muito reais, somente existirão por terem sido pensados (BERGALA apud WEINRICHTER, 2008). O ensaio contém a dimensão das subjetividades do diretor, ou seja, imprime outra forma de documentar.

Essa discussão muito facilitou para não nos ocuparmos em discutir se o documentário seria realidade ou ficção. Tal questão tem tomado outros sentidos, de modo que não cabe neste contexto. Pudemos enxergar o vídeo como uma possibilidade do real, como um olhar diferente (*Edifício Master*, extras, 2002). Assim, ficamos mais à vontade para criar uma sequência de imagens que trouxesse à tona um processo cartográfico, que não tivesse como foco a realidade, mas uma experiência e um ponto de vista sobre um campo problemático, a exemplo de

[70] Palestra proferida pela Profª. Drª. Consuelo Lins, no evento *A vida como obra de arte,* organizado pelo programa de pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro, no dia 13 de novembro de 2008.

quando incluímos (também) a música como narrativa no vídeo no sentido de apontar sua participação, importância e presença no contexto dessa cartografia. A música não esteve presente em todo o momento da filmagem, mas em junho havia planejamentos e realização de festas juninas, tanto no bairro quanto nos serviços de referência para os moradores. Por ser um evento aberto a todos, fomos também incluídos e convidados para as festas. A música imprimiu no vídeo o ritmo alegre das festas de São João.[71]

Montar esse vídeo nos fez cogitar sobre o quanto intervimos com a nossa presença; o quanto somos afetados pelo que está à nossa volta; o quanto podemos criar a partir das situações cotidianas. E ainda, pensar até que ponto é possível transformar um percurso, dando a ele outros sentidos, outros tons, passos, ritmos, sons.

O vídeo tomou um formato, mas poderia ter outros. “O filme pronto não deixa de conservar certa fixidez” (MACHADO, 2009, p. 6).

> No rastro de Foucault (1988) podemos dizer que as imagens de um filme não mostram muitos invisíveis que as constituem. As imagens de um filme nunca mostrarão tudo, nunca nos revelarão todo o visível, o invisível lhe escapa. As vozes do filme nunca nos dirão tudo, nunca nos revelarão todo o dizível, o indizível lhe escapa (MACHADO, 2009, p. 6).

Vale, então, uma advertência aos espectadores: “Desconfiem do que seus olhos veem”.[72]

Fomos até Santana no período da manhã, a fim de exibir o resultado das filmagens. A circunstância permitiu reunir os interessados e aqueles que participaram mais intensamente da pesquisa para assistir ao vídeo. Durante os vinte e poucos minutos de vídeo, o grupo esteve atento e não deixou de emitir comentários como: “Eu não estou andando mais desse jeito (...)”; “A gente estava dançando, né?”.

Logo após a mostra do vídeo, realizamos um bate-papo, a fim de confirmar o aceite do que fora apresentado. Alguns demostraram interesse em exibir o vídeo a outras pessoas, outros perguntaram se ainda poderiam aparecer no vídeo, pois queriam

[71] “São João é festejado com as alegrias transbordantes de um deus amável e dionisíaco, com farta alimentação, músicas, danças, bebidas”. A data de sua festa é 24 de junho e coincide com o solstício de verão, 23 de junho. “Para o Brasil a devoção foi trazida pelos portugueses e espalhada com a satisfação de um hábito agradável” (CASCUDO, 1954) As comemorações são realizadas a partir do final do mês de junho e início de julho, coincidindo também com a festa de outros santos.

[72] Fala de João Moreira Salles depois da experiência do último filme que fez: *Santiago uma reflexão sobre o material bruto* (2007) (LINS, 2007b, p. 155).

ser filmados. Ressaltamos que somente apareceram, no vídeo, aqueles que se dispuseram a tal.

Ao serem indagados sobre o conteúdo e os comentários feitos, houve uma ressalva quanto aos créditos: um dos moradores preferiu ser referido pelo nome próprio, dispensando o apelido, tal questão chamando-nos a atenção, pois na pesquisa em saúde com seres humanos usualmente utiliza-se nome fictício e evita-se o uso da imagem, com o objetivo de manter o anonimato dos entrevistados, preservando-os de qualquer exposição. Contudo, nesta pesquisa, observamos o movimento de aparecer, em mostrar o documento de identidade, em se fazer ver e conhecer pelo nome próprio. A que se deve tal vontade de presença, senão aos anos de anonimato em manicômios?

3.3 MERGULHAR NA CENA

Encontrar uma saída, realizar itinerários desconhecidos, passar por situações inesperadas, deparar-se com um roteiro inusitado, experimentar outros modos de estar no mundo, esses foram momentos de intensa produção de subjetividades.

Não houve um roteiro pré-definido, um trajeto pré-estabelecido, esse percurso foi se construindo na medida em que as situações foram sendo configuradas. E, para isso, foi preciso estar atento ao que acontecia à nossa volta para entrar em cena. Foi preciso assumir o fato de ser estrangeiro para conseguir entrar nesse outro cenário, foi preciso enfrentar o estranhamento. Foi necessário ainda reconhecer que havia outras referências e outros modos de estar no mundo; e, mesmo com esse cuidado e atenção, percebemo-nos buscando a certeza de estarmos indo pelo melhor caminho, tentando descartar os imprevistos ou aquilo que parecia não fazer parte do conjunto, até nos interrogarmos: não seriam eles – os imprevistos, os acasos, os erros e acertos etc. – também parte da produção de dados?

Um dos primeiros indicativos de como poderíamos entrar em cena foi a tentativa de combinar uma saída com filmagem. Havia a expectativa de uma preparação para o momento da filmagem. Porém, logo que chegamos, foi possível perceber que não era esse o ritmo que nos esperava, mas importava estarmos ali. Havia disposição

para uma saída, para caminhar e mostrar por onde andavam no bairro. Ao abrirmos mão do que esperávamos, nos dispusemos ao que estava na iminência de acontecer. Outros moradores da Casa também se mostraram interessados em sair e em serem filmados. Um movimento inesperado. Era preciso mesmo se deparar com o processo, com o que estava por vir.

“Aonde você quer ir?” Tem-se uma resposta, mas as palavras soam emboladas. Tenta-se uma confirmação do que pareceu ter sido escutado: “Escola?”, “Escolhe”, “Para eu escolher!?”. Trocadilho de palavras que chama à curiosidade de uma análise de significados. No entanto, em outras circunstâncias também ouvimos palavras soarem emboladas, mas vibrarem ritmadas, como uma brincadeira de sons de palavras, vogais e com o próprio diálogo. Seguimos: “Aonde vamos?”, “Na praça, você sabe onde é?”, “Você pode mostrar o caminho...”.

No âmbito da saúde mental é comum entre nós, profissionais e técnicos, ocuparmos o lugar daquele que cuida, ou seja, muitas vezes atuamos nas funções prescritas sem nos darmos conta de que aquele que “recebe” o cuidado também traz consigo noções de cuidado, de atenção e de muitas de outras coisas. É comum nos encontramos no limiar entre “[...] imposição x escolha, controle x acompanhamento, criatividade x repetição” (SANZANA *et al.,* 2006, p. 170). Em nossa luta, um dos aspectos principais é não repetir o modelo manicomial, contudo o “[…] cuidado e a atenção podem esbarrar no controle, no aprisionamento, no subjugo” (SANZANA *et al.*, 2006, p. 170).

> Não somos nem um, nem outro; andamos no *x*, no meio, com o cuidado de quem não conhece o caminho, tentando ser genealogistas, construindo a clínica e a intervenção a partir do entendimento das relações e dos jogos de força que estão em ação. Andar no meio, junto ao morador, também pode levar o técnico desavisado à errância, à simples deambulação [...]. A inserção na vida do bairro e a busca de crescente autonomia devem ser os balizadores de nossa caminhada (SANZANA *et al.*, 2006, p. 170).

Como conseguir “visitar” outros territórios existenciais sem salientar os julgamentos de nossas próprias referências? Perguntando de outra maneira: o quanto nos permitimos deslocar de nossos territórios existenciais e cartografar, deslocamentos esses que são para além dos territórios geográficos?

Percorremos os trajetos que os moradores já realizavam no próprio bairro, como atravessar ruas, avenidas, calçadas, ir à praça, fumar cigarros, ir à padaria, à

barbearia, ao supermercado, ao CAPS, cumprimentar e ser cumprimentado, conversar etc. O que se busca “[...] são as conexões com pessoas, atividades e locais [...]” (LANCETTI, 2006, p. 29). Para chegar a um mesmo lugar havia mais de um itinerário, uns mais curtos, outros mais longos. Percebemos que “[…] estar presente em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera continência [...]” (LANCETTI, 2006, p. 30). Durante o caminhar, estivemos sempre perto.

Atravessamos as ruas sem deixar de considerar a intensidade do tráfego de carros e caminhões. Atravessar a rua era mesmo um momento de atenção para todos. No entanto, o trânsito não é impedimento para sair. Por vezes ocorreu não nos darmos conta de um caminhão e fomos surpreendidos com o “deixar passar” dos motoristas. Na rua, têm-se outras regras, outra dinâmica. Estamos na rua, porém delimitados. Têm-se, nesse contexto, outras formas de prisão, outras formas de estar preso e exposto. Quais são esses outros modos de controle?

> Pois a lógica manicomial, na trilha da lógica modelar, em lugar de possibilitar outros modos de vida, produz submissão, infantilização e culpa, mesmo que sob uma nova roupagem. O que poderíamos caracterizar como sendo uma forma de controle contínuo no qual o outro pode ser dissimuladamente tutelado e controlado ao longo dos dias e a cada instante. Uma vez louco sempre louco ou portador da doença? (LAVRADOR, 2006, p. 114).

A existência dos modos de controle não impede que se prossiga, os riscos estão em todos os lugares. É preciso “[…] validar nossa tecnologia em cuidar das pessoas com seus conflitos e os riscos necessários ao cotidiano humanizado” (GUARIDO; CAMPOS, 2006, p. 147) e apostar que “[...] ‘uma sociedade’ é entrecortada por tensões entre forças antagônicas, por forças de resistência que não se submetem às imposições de um único sentido, do dever-ser de um determinado modo” (LAVRADOR, 2006, p. 87). Tentamos encontrar brechas, furos para escapar à dominação. “Alguma coisa se passa ‘entre’ as loucuras que escapa e difere das normalizações e dos controles” (LAVRADOR, 2006, p. 29).

O tráfego no bairro é intenso, e percebemos o cuidado dos moradores entre si e para conosco. “Resistem e afirmam a variação dos modos de vida para além da patologia” (LAVRADOR, 2006, p. 86). Por vezes, ouvimos um e outro chamar nossa atenção para um carro ou caminhão que passava: “Cuidado o carro! Cuidado o carro!”, “Olha o caminhão aí!”.

Perguntamo-nos: quem cuida de quem?

Refletindo sobre esse aspecto, levantamos uma linha de pensamento: quando foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, entre outros aspectos foi considerada a "[...] necessidade de acompanhar e controlar a assistência prestada aos pacientes nas residências terapêuticas [...]" e para tanto incluiu-se na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47, de cuidador em saúde, conforme a Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000.

Em nossa experiência podemos dizer que o lugar do cuidador tem sido de grande importância para o funcionamento dos serviços. Têm-se vivido momentos intensos, potentes e não potentes.

> Cada vez mais, tanto os moradores como as cuidadoras, se sentem potentes para reivindicar mudanças no modo de funcionamento das Casas:
>
> *Eles [a equipe] não deixam a gente sair sozinho.*
> *Agora vamos ao Caps sozinhos.*
> *Tô me sentindo presa.*
> *Tenho medo de deixar elas [as moradoras] saírem, e se acontecer alguma coisa? A responsabilidade vai ser nossa.*
> *Elas podem sair sozinhas.*
> *A equipe tem que andar junta.*
> *Preciso de ajuda, de treinamento, de conversar* (LAVRADOR, 2006, p. 172, grifo do autor).

Nesse sentido, problematizar a palavra cuidador nos põe a avaliar nossa contribuição. O que temos feito? Como pensar a clínica nesse contexto? Segundo o dicionário Houaiss (2001), cuidador é "[…] aquele que cuida, quem trata, toma conta de (alguém ou algo)". Para continuar, voltemos à situação que nos convocou a pensar sobre tal questão, retomemos a fala dos moradores enquanto andávamos no bairro: "Cuidado o carro!" e "Olha aí o caminhão!". Se a palavra cuidador remete àquele que cuida, no caso, alguém cuida. Mas, quem é esse que cuida? Aquele que fala? Aquele que escuta? Ou ambos?

A palavra cuidador nos remete à reflexão sobre o que é o cuidar, que quer dizer:

> 1 meditar com ponderação; cogitar, pensar, ponderar; 2 reparar, *atentar para*, *prestar atenção em*; 3 *fazer, realizar (alguma coisa) com atenção*; 4 supor(-se), julgar(-se); 5 *preocupar-se com, interessar-se por*; 6 *responsabilizar-se por (algo);* administrar, tratar, olhar; 7 *tratar* (da saúde, do bem-estar etc.) de (pessoa ou animal) ou (da aparência, conservação etc.)

> de (alguma coisa); tomar conta; 7.1 *ter muita atenção para consigo mesmo*; 8 acautelar-se, prevenir-se (HOUAISS, 2001, grifo nosso).

Em nossa experiência, a fala exprimiu uma advertência, dirigida a nós em relação ao carro ou caminhão. Mas, não foram somente advertências que ouvimos e vimos, o cuidar passou pelo *prestar atenção em*, *preocupar-se com*, *responsabilizar-se por*. Continuamos a nos perguntar: por onde passa o cuidar?

Se o cuidador é "aquele que cuida" e o cuidar vem daquele que se pronuncia, podemos pensar que "aquele que cuida" pode ser qualquer um de nós. Talvez a ideia de cuidador não se prenda a uma ou outra pessoa. Todavia, é preciso cautela, pois a palavra entra em circulação e a noção do que é ser cuidador parece não caber em uma só definição.

Segundo a portaria (BRASIL, 2000) citada, os procedimentos do cuidador são:

> [...] acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental [...]. Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social.

Exercemos o cuidado ou temos que cuidar como um puro "tomar conta" técnico, como se houvesse um modo cuidador de agir estabelecido? Há uma forma-cuidado a ser apreendida e aplicada? Talvez seja possível pensar em uma noção de cuidador e considerar as variáveis e diversidades de modos de ser cuidador. Entretanto, é preciso *pensar*, *prestar atenção*, *preocupar-se*, *olhar, ter atenção para consigo* ao cuidar. Pois o mesmo cuidar pode estar muito próximo do *tomar conta*, em estreita fronteira com a tutela, posição que se repete entre nós. O cuidador cuida, e o faz com cuidado. E isso não deve se confundir com obediência, subordinação ou submissão imposta por alguém ou algo mais poderoso. Seguimos caminhando e nos perguntamos: cuidadores, quem somos?

O jeito de andar marca um tempo-movimento. No passo-a-passo produzimos um equilíbrio-desequilíbrio e o caminhar ganha relevo. Não é em um *continuum* que vivemos.

> A noção de continuum é necessária para que não nos percamos numa dispersão caótica de instantes, mas, a crença demasiada na fixidez da continuidade pode nos lançar na repetição de hábitos idênticos a si mesmos [...] (REIS, 1996, p.89).

Ao começarmos a andar, um pé se levanta para apoiar-se à frente e logo levantamos o outro pé para mais uma vez lançar o passo e assim sucessivamente tem-se um equilíbrio do corpo. Ao apoiar-nos sobre uma perna temos

> [...] a sensação do equilíbrio sobre os pés. Instável em lugar de instável, ou, melhor ainda, metaestável e invariante por variações, a sensação do equilíbrio sobre os pés se constrói como um refúgio ou um habitat, se compõe como uma partitura musical [...] teto inclinado que, embora inteiramente nivelado, exibe arritmia e prosódia, ímpar e par, acordes resolutos de sétima e enarmônicos, dissonâncias e consonâncias amalgamadas, apelos inquietos seguidos de respostas fulminantes (SERRES, 2004, p. 30).

Entre um passo e outro e imersos no silêncio do compasso, rompe em comentário: “Eles me chamam de Robocop!”, “Quem?”, “Esse pessoal aí”, “Por quê?”. E responde sem querer falar para além do que já foi dito: “O jeito de andar [...] O jeito de eu andar, por isso”. O silêncio foi interrompido e isso aconteceu sem ter sido provocado por uma pergunta. Houve o dito e pronto. Perguntas e respostas curtas. Diálogo ou informação? Que conversas são possíveis de se produzir? Até que ponto insistimos com a história? Que contribuições têm-se em levantar mais informações? Escutamos nossos encontros, nossas conversas? “[...] a prática clínica não pode se reduzir a uma cura pela palavra, nem a atividade do analista como atividade de escuta” (RAUTER, 1998, p. 51).

> A tradição freudiana nos levou à ideia de que é necessário sempre retornar ao passado para melhor viver o presente, a partir de uma concepção que faz do inconsciente um arquivo de memórias da infância. A teoria do esquecimento em Nietzsche nos leva certamente a uma problematização desta concepção, quando considera que os momentos de plenitude da vida – a paixão, a criação e a revolução – são momentos de esquecimento (RAUTER, 2000b, p. 27).

Muitas vezes não suportamos o silêncio e nossas intervenções verbais saem sem medida, acreditando que quanto mais se fala, menos sofrimento circula. É interessante pensar que o sofrimento pode vir não necessariamente do silêncio, mas do falante. Eduardo Coutinho exprime sua experiência em seu trabalho de filmagem.

> Às vezes você intervém e faz a pergunta boa; às vezes você faz a pergunta errada; às vezes eu não falo e sinto que devia ter falado. Você erra a todo momento. Erra e acerta. Não há ciência nisso. Às vezes uma pergunta imbecil gera uma resposta absolutamente fantástica. Ou você dubla, o que eu sou contra, ou vai assim mesmo. Agora, o pior de tudo é quando você simplesmente não respeita o silêncio, que podia dar em alguma coisa, porque fica ansioso demais. Mas é muito difícil, pois a pessoa pode estar sofrendo [...] (LINS, 2004, p. 150).

Depois de assistir a nossas filmagens, percebemos os momentos em que as intervenções estimuladas pelo envolvimento com o trabalho e ao mesmo tempo marcadas por nossa implicação. Em nossa atividade de pesquisador, por mais que tentemos habitar outro modo de fazer, ainda guardamos modos instituídos de ser. A pré-ocupação em ter material para trabalhar na pesquisa quase atropelou acontecimentos. É claro que havia questões em jogo, como o tempo. Tempo da fita, tempo da carga da bateria da filmadora, o conteúdo dos registros, tempo do mestrado, tempo de entrega da dissertação. Enfim, uma série de fatores que poderiam alimentar a intensidade da preocupação. De todo modo, ter colocado em análise a postura de pesquisador-cartógrafo possibilitou estar ali de outro modo. Se de um lado o tempo estava cronometrado, por outro lado o tempo de caminhada não estava programado e nem pré-definido. O tempo era aquele, sem tamanho estabelecido. Havia, contudo, um limite, a hora do almoço. Como se situar nesse tempo? Não problematizaremos essa questão, por um motivo que ainda nos atravessa: o tempo de conclusão deste trabalho.

Ruídos que emudecem nossas vozes e cegam olhares. Modos apressados que nos dizem de uma forma de viver. Quem tem tempo de esperar? O quanto conseguimos incluir a alteridade?

> A loucura pode ser o outro e pode ser o outro de mim mesmo. Loucura como alteridade, estranhamento que nos é tão distante e tão próximo. Nesse sentido, somos constituídos por esse estranhamento, mesmo quando o conjuramos. Por isso podemos dizer que pensar sobre a loucura seria pensar sobre nós mesmos. (LAVRADOR, 2006, p. 12-13)

Andamos de um lugar a outro, costurando relações com o ambiente, com as pessoas, com os lugares. Uma rede de relações que se constitui fora dos espaços que usualmente denominados “rede de atenção”. Percebemos as pontas dessa rede em situações nas ruas, nos estabelecimentos comerciais e em conversas com os moradores. A noção de cuidador parece mesmo atravessar a todos. Com isso, outras perguntas se fizeram presentes, de um lado: o que estamos chamando de “rede de atenção”? A quantidade de serviços disponíveis? A relação de profissionais entre um e outro serviço? E de outro, até que ponto conseguimos abrir mão de ocupar o lugar de cuidador? Será que conseguimos apostar que essa noção pode circular?

Chegamos ao supermercado. Para alguns, o lugar é de consumo, para outros, ambiente de trabalho. Mas nesse contexto o uso foi outro. Ao entrar no estabelecimento, fomos recebidos com exclamações: “Olá!”; “Está sumido!”. Entre um cumprimento e outro, “Bom dia!”, pode-se perceber a familiaridade com que se circula no espaço. “Vai lá, tomar uma água!”. Havia dentro do supermercado um bebedouro. O dia estava quente e a água era bem-vinda. Apanhou na prateleira um copo que estava próximo e antes mesmo de começar a enchê-lo com água, houve um comentário: “Lava o copo antes!”. Depois de refrescar-se com a água, uma pequena parada no balcão do frigorífico. Em frente, uma televisão. Próximo, tem-se uma máquina de café. “Vai tomar um cafezinho agora?” – ouvimos, apesar de a moça do café não se encontrar no local, para servir. Junto à máquina, dois cartazes com letras bem desenhadas e grandes. Um deles colado na própria máquina, dizia “Favor não mexer!”. O outro, na parede, anunciava “Dia Internacional do Café, 24 de maio, sinta-se bem com o café Meridiano!” (Figura 13). Retirou-se um copinho de plástico e serviu-se o café: “Você quer?”. Antes de sair, parou na sessão de perfumaria para conferir o perfume de um desodorante. “Fala, meu! Tudo bom?”, “Tchau!”. Que outros usos são possíveis? Quais lugares nos são permitidos? As identidades e os territórios – o esquadrinhamento dos espaços urbanos. Onde somos tolerados? Por que somos tolerados? Qual a potência dos vínculos?

Ali um supermercado se transformou em outra coisa, não era um supermercado! As gôndolas disponibilizavam produtos a serem usados. O frigorífico, que produz um ambiente gelado para todos os lados, parecia um grande condicionador de ar. O café, disponível para apreciação do freguês como um chamariz para o consumo, foi mesmo saboreado depois de uma longa caminhada. Os funcionários, que muitas vezes se mantêm na discrição e anonimato, organizando e repondo os produtos para o frenesi do consumo, surgem como anfitriões. Como usamos os espaços? Até que ponto compramos as ideias que nos são vendidas e as aceitamos como dadas e inquestionáveis? Não nos interessou o consumo.

Figura 13 - Cena no supermercado: tomando café (10:34:13 no vídeo)

As cenas do supermercado trouxeram à tona aspectos de outro modo de uso de um lugar inóspito. Era um supermercado e ao mesmo tempo não o era... Até que ponto estamos abertos para questionar nossos territórios subjetivos?

> Nossa subjetividade também tem marcas desse trabalho e também é forjada por ele, à medida que nos percebemos menos ligados a padrões e a noções de equilíbrio ou estabilidade. Esse trabalho a céu aberto, que se dá na rua, na fila do banco, nas gôndolas do supermercado, na poltrona do cinema e em outros tantos lugares, também causa consequências em nossas vidas. Não saímos imunes a ele, pois exige de nós disponibilidade para atuar e capacidade para criar que excedem ao *setting* e aos territórios já chancelados pelo saber psi (SANZANA et al., 2006, p. 172).

Entendemos que é preciso que a clínica provoque a alteridade, e que nos coloque frente às nossas intolerâncias e indiferenças ao que difere. “É importante podermos mergulhar nas intensidades da nossa época e transformar a experiência desse mergulho em ferramenta de trabalho” (MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 84). A clínica, imbricada com as ferramentas e tecnologias de nossa época, pode funcionar como um dispositivo, envolver outras áreas que possibilitem um pensamento afirmativo e pensar a “[…] construção de uma clínica que inclua outras formas de expressão para além da representação ou que possa retirar do lugar o regime de signos do significante [...]” (RAUTER, 1998, p. 117).

movimentos

4 ATO ENTRE CLÍNICA UMA ARTE [E/OU] ATO 2

4.1 ENCONTRO COM UM LIVRO

Um jovem encontrou-se com um livro... um Drummond.[73] Ao abri-lo, uma página gritava como Munch[74] ao atravessar uma ponte. Virou a folha e... um quarto amarelo-Van Gogh[75] se abriu. Logo em seguida fechou o livro. Incomodado, saiu a andar.

Esse encontro aconteceu minutos depois de o jovem ter entrado em uma livraria. Ao entrar em uma dessas lojas, as quais contêm uma grande quantidade de produtos, raramente se consegue "encontrar" algo inquietante em tão pouco tempo. É frequente, ao entrar, já se ter algo em mente; outras vezes só se faz reconhecer os títulos, objetos, pessoas, movimentos; mas há momentos em que se segue olhando sem tantas restrições... até ser parado por um nome desconhecido, e então ser tomado pela dinâmica do encontro. Esse encontro foi assim. No momento em que o jovem entrou na livraria, olhou para os livros dispostos nas prateleiras, organizados por autores, editoras, em ordem alfabética. Correu os olhos sobre as capas, leu alguns títulos, pegou um e outro, folheou vários deles até que mergulhou em uma folha. Algo o afetou.

Ao sair, sentiu-se com força e acreditava que poderia produzir algo. Palavras, imagens, desejos, silêncio, devaneios. Ele não era mais o mesmo.

Esse acontecimento[76] disparou pensamentos e ideias. No livro, pintores e suas pinturas se faziam presentes por meio da poesia. Que efeitos foram produzidos no poeta em seu encontro com a pintura? Como combinar imagens e palavras, sem que as imagens necessariamente estejam presentes? Criamos as imagens a partir das palavras ou das referências que temos sobre elas? Que imagens construímos? Que palavras produzimos? Que cenas criamos? O que temos feito de nossos

[73] Carlos Drummond de Andrade (1902-1987).
[74] Edvard Munch (1863-1944).
[75] Vincent Van Gogh (1853-1890).
[76] "O tempo do acontecimento destaca-se de uma cronologia onde os instantes se sucedem, ele se dá numa temporalidade em que um presente mínimo se bifurca - ainda não aconteceu e ao mesmo tempo sempre acontece tarde demais" (RAUTER, 1998, p.109).

encontros, dos encontros da vida? É fato que não há previsão dos efeitos dos encontros, mas até que ponto podemos acompanhá-los?

“A vida é feita de movimentos [...]”, e “[...] cada vez mais estamos diante de uma superprodução de informações, de uma proliferação de imagens, de uma multiplicação de tarefas” (MACHADO, 2008a, p. 59-60). Os encontros, desencontros, conexões, reconexões etc. tanto nos impulsionam quanto nos paralisam. Contudo é preciso considerar que os acontecimentos são da ordem do previsível e do imprevisível. “E, frente a qualquer uma dessas coisas, precisamos nos mover” (MACHADO, 2008a, p. 59).

Após o acontecimento, o jovem saiu incomodado, andou de um lado a outro. Alimentou-se de um diálogo intenso consigo mesmo. Argumentou e contra-argumentou sobre aspectos positivos e negativos do que fazer com seu pensamento. Buscou incessantemente algo ignorado, sem sair do lugar. Encontrou-se parado, ora dentro do carro, num movimento letárgico do trânsito, ora frente ao computador absorto na “[…] superinfovia da Internet” (ROLNIK, 1995, p. 8). Sentia-se forçado a pensar, mas sem saber que sentido dar à experiência.

> [...] ser forçado a pensar quer dizer pensar na instabilidade, ou melhor, somos levados a pensar quando nossa vida sai dos eixos, quando o tapete é retirado de nossos pés, quando nos sentimos fora de foco, quando somos arrancados do contorno em que nos reconhecíamos e através do qual éramos reconhecidos. Algo aconteceu e um incômodo se produziu e agora ou aceitamos ser forçados a pensar sobre o que está nos acontecendo ou simplesmente colamos em alguma explicação pronta que nos conforte, e aí não há exercício de análise, não há exercício do pensamento (MACHADO, 2008a, p. 63).

O jovem foi tomado pelo pensamento. Teve vontade de fazer alguma coisa, mas o quê? Como? Uma postura frente ao acontecimento se configura, pois o incômodo convoca ao enfrentamento e à esquiva. Tem-se um campo de tensão. Pode-se criar uma saída, um sentido, mas para tanto é preciso considerar que algo saiu do lugar e assumir que não se tem o entendimento do que foi afetado.

> [...] um campo problemático que nos aflige, com todas as lembranças, as palavras, os sons, os cheiros, as sensações envolvidas. Isso está longe, por exemplo, de uma equação a ser resolvida. Esse campo problemático nos arranca do lugar e nos força a buscar soluções, a experimentar saídas, a criar sentido para o que vivemos. Pensar não é dar uma simples resposta, ao contrário, é se permitir ser tocado pelo mundo, pelo outro, pela vida, com todas as incertezas que isso implica (MACHADO, 2008a, p. 63).

O ocorrido diz de um encontro, e a partir deste tem-se os dois sentidos de variação da potência: o bom (alegria) aumenta a potência de agir, o mau (tristeza) a diminui (DELEUZE, 2002).[77] O bom e o mau nada têm a ver com o Bem e o Mal, que não têm sentido. “Se [...] fazemos do Bem uma razão de ser e de agir, caímos em todas as ilusões finalistas [...]” (DELEUZE, 2002, p. 61).

> [...] sentimos *alegria* quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos *tristeza* quando um corpo ou uma ideia ameaçam nossa própria coerência (DELEUZE, 2002, p. 25, grifo do autor).

A potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui na experiência. “O bom e o mau são como graus de aceleração do fluxo da existência, do movimento da vida” (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 90).

O que conhecemos dos efeitos de um acontecimento? Tem-se aí “[...] um complexo encontro de corpos[78] [e] os efeitos são impossíveis de entender e de acionar sem considerar suas duas vertentes” (BAREMBLITT, 1995, p. 34). Conexões são feitas e desfeitas, sonhos, devaneios, coisas possíveis e concretas atravessam um instante. “A irrupção de um acontecimento nos convoca a criar figuras que venham dar corpo e sentido para a arregimentação de diferenças que ele promove” (ROLNIK, 1995, p. 1).

No encontro de corpos não há garantia de haver somente relações de composição. É preciso considerar as relações de decomposição. Aquelas podem “[...] formar um todo mais potente [...]”, enquanto que a decomposição “[…] destrói a coesão das suas partes” (DELEUZE, 2002, p. 25).

Não somos afetados pelo livro, mas por sua capacidade de nos afetar; ele é um coletivo de corpos. Com ele compõem um conjunto os autores, os autores dos autores, a textura do papel, as imagens, as cores etc., ali está todo um mundo. Quantas interferências se produzem por meio dele?

---

[77] “A Alegria nunca é diretamente má, mas boa; a Tristeza, ao contrário, é diretamente má”. Demonstração – “A Alegria é uma paixão pela qual a potência de agir do corpo é acrescida ou favorecida: a Tristeza, ao contrário, uma paixão pela qual a potência de agir do corpo é diminuída ou reduzida; e, por consequência a Alegria é boa diretamente etc.” (SPINOZA, [s/d.], p. 41).

[78] Um corpo pode ser qualquer coisa, pode ser um animal, pode ser um corpo sonoro, pode ser uma alma ou uma ideia, pode ser um *corpus* lingüístico, pode ser um corpo social, uma coletividade. (DELEUZE, 2002, p. 132, grifo do autor).

Um livro, aqui, figura *um corpo*. Não cabe nele somente o livro, mas o que ele pode. Um livro, um pensamento, um estudante, uma mesa, um som de folhas caindo compõem um encontro e constituem atributos.[79] Spinoza ([s/d.]) provoca a questão: o que pode um corpo? Ao mesmo tempo em que pergunta, afirma nossa ignorância sobre o mesmo, "[...] ninguém de fato conhece tão exatamente a estrutura do corpo que tenha podido explicar todas as funções [...]". Não se pode afirmar o que pode ou não um corpo.

Entretanto, na leitura de Deleuze (2002), Spinoza propõe esse corpo como modelo, mas não indica sua superioridade sobre a alma e nem uma desvalorização da mesma. Importa esclarecer que corpo e alma não são definidos por Spinoza nem como sujeito nem como *substância,*[80] mas como modos. Um *modo,*[81] concretamente, "[...] é uma relação complexa de velocidade e lentidão, no corpo, mas também no pensamento, e é o poder de afetar e de ser afetado" (DELEUZE, 2002, p. 129).

Deleuze enfatiza a diferença entre afeto e afecções. Afecções (*affectiones*) são modulações das realidades, são um modo de a substância primeira se auto-afetar, são ativas; enquanto afeto (*affectus*) soa uma transformação dos modos afetados, os modos são as afecções da substância divina e eles próprios se modulam, afetam-se pelo efeito do encontro – a realidade passa de um estado a outro, aumenta ou diminui sua potência (DELEUZE, 2002; PASSOS; BENEVIDES, 2005). Nesse sentido um homem, uma substância e um livro são marcados não por sua forma ou função, mas pelo afeto (*affectus*) de que são capazes.

As imagens soam palavras, o quadro grita surdo, o homem anda por lugares sem sair do lugar. Se sabemos menos sobre o corpo e o pensamento do que sobre aquilo que os compõe, é no limite da experiência que somos provocados a pensar mais além. E é nesse limite que se podem criar bifurcações e construir outros modos de existência ou estilos de vida (DELEUZE, 1992). Deleuze (1992), ao citar

---

[79] "Entendo por *atributo* aquilo que o entendimento percebe de uma substância como constituindo a essência dela" (SPINOZA, [s/d.], p. 4, grifo do autor).

[80] "Entendo por *substância* o que é em si e se concebe por si: isto é, aquilo cujo conceito não tem necessidade do conceito de outra coisa, do qual deva ser formado" (SPINOZA, [s/d.], p. 3, grifo do autor).

[81] "Entendo por modo as *afecções* (*affectiones*) da substância, ou por outra, o que existe em outra coisa, mediante a qual também é concebido" (SPINOZA, [s/d.], p. 5, grifo do autor).

Foucault, diz que para descobrir a subjetivação ele (Foucault) teve necessidade de outra dimensão, distinta tanto do saber quanto do poder.

A subjetivação está na vida e sua produção perpassa tudo e todos. Ao falarmos das subjetividades, nós a pensamos a partir da perspectiva proposta por Foucault, Guattari e Deleuze. O processo de subjetivação rompe com o dualismo clássico sujeito-objeto, corpo-alma, individual-social, e afirma que ela "[...] resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia e tantas outras" (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 43).

> [...] não pode se confundir com um sujeito, a menos que se destitua este de toda interioridade e mesmo de toda identidade. A subjetivação sequer tem a ver com a 'pessoa': é uma individuação, particular ou coletiva, que caracteriza um acontecimento (uma hora do dia, um rio, um vento, uma vida [...]. É um modo intensivo e não um sujeito pessoal (DELEUZE, 1992, p. 123).

Ou seja, nem só sujeito nem só objeto, mas o que há entre os dois. Entre uma coisa e outra, tem-se uma terceira. Ou ainda, nem pintura nem poesia, talvez uma poesia-imagem. A partir dessa noção de subjetividade é possível estabelecermos uma distinção entre modos de subjetivação e forma-subjetividade.

> Os modos de subjetivação referem-se à própria força das transformações, ao devir, ao intempestivo, aos processos de dissolução das formas dadas e cristalizadas, uma espécie de movimento instituinte que ao se configurar um território, assumiria uma dada forma-subjetividade. Os modos de subjetivação também são históricos, contudo, têm para com a história uma relação de processualidade e por isso não cessam de engendrar outras formas (MACHADO, 1999, p. 212).

Refere-se, o primeiro, ao intempestivo, ao devir, à dissolução das formas; enquanto o segundo diz respeito ao estado das coisas, às formas em si. Assim se dá um movimento que nos atravessa no dia-a-dia, no trajeto de um lugar a outro, ou ainda de um pensamento a outro.

4.2 FOLHEANDO UM LIVRO

Naquilo em que afetaram e foram afetados, as re-conexões, desconexões e hibridismos provocaram uma rede de movimentos, em variados graus de velocidade e intensidade; um livro passou pelas mãos e ao se tatearem suas páginas, ao se

sentir e se escutar o barulho das folhas, ao serem olhadas e lidas cores e palavras, algo ali se rompia. Não pelo livro em si, mas naquele espaço-tempo a experiência foi singular. Um acontecimento. Mas, o que fazer desse encontro? Falar? Fazer dele uma história? Esperar que se repita? Pensar? Esquecer? Deixar passar? Escrever?

A pergunta parecia não conter resposta, pois o pensamento insistia em buscá-la. Ele continuava e persistia no assunto. Fazia-se presente. Atualizava-se a cada instante. Não se sabe quanto tempo isso durou. Escrever foi um curso possível. Anotações aqui e ali, espalhadas em cadernos, agendas, em rascunhos esquecidos, em pastas soltas e arquivadas no computador. Notas sem cronologia.

Para chegar até aqui percorreu-se um caminho. Foram necessários cuidado e atenção para dar sentido aos movimentos que se apontavam. Escutar o que diziam as palavras. Usar livros, uns mais, outros menos apaixonantes, uns com imagens, outros sem. Ouvir o som das palavras, mesmo sem conhecer o tom que lhes foi dado. Mas, não só de livros se constituiu essa escrita, mas também de filmes, músicas, aulas, orientações, seminários, conversas, desenhos, colagens, imagens, viagens e andanças.

Para chegar até a escrita foi preciso intimidade com o tema. Arriscar deslizar nas linhas do dispositivo para tentar acompanhar os movimentos do olhar, da fala, atentar para o que estava sendo dito, e também para aquilo que era dito sem as palavras, os gestos, os jogos de forças. Foi preciso inventar regras e criar os problemas para experimentar outros modos de estar no mundo.

Depois de folhear, olhar, ler, riscar um e outro livro, tentou-se alinhavar o que havia passado. Não interessava ficar preso àquele encontro, mas pensar a partir dele o que havia sido disparador de uma certa movimentação. Aconteceram misturas com outros campos do saber e delas emergiram novas conexões, re-conexões e rupturas com processos enrijecidos.

Pensar sobre tal experiência, para nós, não seria possível sem envolver as artes. O que se pode produzir a partir do imbricamento arte e clínica? Nas artes, a criação[82]

[82] “A criação ou a realização da obra corresponde a todas as etapas necessárias para que o artista chegue a esta ideia precisa da obra, pois ele só chega a conceber plenamente esta ideia ao longo do processo de criação que realiza a obra, pouco a pouco” (SILVA, 1997, p. 212).

se apresenta de variadas maneiras e quando se apresenta, algo se desloca, produzindo ruptura com o que está cristalizado. Ou seja, algo é tirado do lugar e põe a pensar, gostando-se ou não, entendendo-se ou não.

4.2.1 Um livro

No processo de desconstrução manicomial, percebeu-se que havia mudanças quando os pacientes saíam dos hospitais psiquiátricos.

> [...] um enxame de pessoas permanecia no limiar arquitetônico, entre o dentro e o fora do prédio, que essas saídas e entradas, as idas ao cinema, as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania (LANCETTI, 2006, p. 21).

Fazer andar e interagir com a cidade e as pessoas, movimentar aqueles que permaneceram internos durante anos, cronificados pela psiquiatrização, tornou-se uma das estratégias clínicas; "[...] a relação da loucura com a cidade, com sua cultura e com a política" (LANCETTI, 2006, p. 22) vem sofrendo modificações.

> Nesse processo geraram-se várias clínicas. A primeira, uma anticlínica. Etimologicamente, κλινικη (*kliniké*) significa cuidados médicos de um doente acamado e o verbo κλινω (*klíno*), inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente. Na desconstrução manicomial e na clínica antimanicomial trata-se, de saída, de pôr as pessoas de pé (LANCETTI, 2006, p. 22).

As experiências clínicas e os serviços são convocados a ocupar as ruas e o espaço clínico também passa por mudanças. "Porque a clínica não é só teoria, não é só método, não é só técnica, e não é uma aplicação dos preceitos codificados de nenhuma corporação. [...] A clínica é o espaço epistemológico da 'criação', da 'invenção'" (BAREMBLITT, 1995, p. 36). Os profissionais de saúde mental são forçados a criar outras estratégias clínicas. Para tanto, é preciso se reinventarem e estarem mais atentos à vida.

> À medida que se desmontavam os espaços-tempos manicomiais e se ativava a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade, inventávamos cada dia empreendimentos que produzissem desejo de viver fora do hospício. (LANCETTI, 2006, p. 22).

Contudo, é preciso pensar sobre o que temos feito, pois não se trata de uma criação aleatória. "Como não existe prescrição para a invenção, o clínico deve partir da liberdade de criar em colaboração com o usuário" (BAREMBLITT, 1995, p. 36). Não

estamos para “[...] definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios, [e] torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização” (PELBART, 1993, p. 104).

> Por potencial de desterritorialização entenda-se esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limites, sempre de outro modo, seja através de um devir-bicha, de um devir-negro, de um devir-nômade ou de um devir-louco, e ora assumindo um rosto estranho, ora ameaçador, sacrílego, herege, criminoso ou delirante (PELBART, 1993, p. 104).

No movimento intenso das cidades, não nos percebemos isolados e distantes do contato com as pessoas. Atravessados pela aceleração, “[...] vivemos os processos de desterritorialização[83] como falta de territórios, mas o que nos faltaria seriam as condições de montagem de territórios” (ROLNIK, 1989 apud MACHADO, 1999, p. 217). Na vida contemporânea, facilmente nos vemos atrelados a modelos de vida e neles trancados.

Atualmente, no campo das artes, os espaços urbanos têm ensejado intervenções aos movimentos artísticos. Por um lado, esses movimentos trazem uma força de ruptura com conceitos estabelecidos e caracterizam-se pelo envolvimento de artistas plásticos, arquitetos, urbanistas e filósofos, entre outros. É por ações ou interferências que buscam o diálogo com a paisagem de espaços públicos, como ruas, prédios, praças ou espaços de intensa circulação (de pessoas, meios de transporte, de informação etc.) situados fora do âmbito dito oficial, como museus, galerias, imprensa etc. (PALHARES, 2007). São expressões contemporâneas que misturam discussões estéticas, implicações políticas e o uso dos espaços ocupados, como entradas e saídas de fluxos (ROSAS, 2007), provocando um deslocamento do espectador.

Interessam a nós, para pensar a clínica, “[…] os procedimentos artísticos associados a uma arte do efêmero e do inacabado que comporte as desterritorializações e os

[83] O processo de desterritorialização é um movimento de destruição dos territórios constituídos, podendo desdobrar-se em processos de territorialização, onde novos territórios provisórios seriam inventados, ou em processos de reterritorialização, onde o processo de desterritorialização é capturado e em lugar da invenção de outros territórios teríamos a recomposição de territórios vinculados à ordem de produção capitalística. Os territórios se compõem de materiais existenciais, como comportamentos, valores, relações sociais etc. Os territórios e as desterritorializações fazem parte e produzem formas de subjetividade. O que não quer dizer que o território seja uma identidade e que cada um tenha o seu. Muitos e variados territórios compõe nossa existência e eles podem ter sido produzidos ou não a partir da perspectiva de personalidade. Os territórios são organizações de materiais de expressão históricos (MACHADO, 1999, p. 217).

desequilíbrios dos sujeitos dos quais se ocupa" (LIMA; PELBART, 2007, p. 732). Ao sair de um espaço conhecido para outro desconhecido, procura-se um território, ou seja, um lugar onde sentir-se melhor. "Há processos que devemos chamar de desterritorialização, o modo como saímos do território" (DELEUZE, 1988, p. 1, O Abecedário - letra L). Ao sair do território, tem-se, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte.

> Já a arte contemporânea não está interessada na loucura como entidade psicopatológica, mas numa certa forma de produção 'esquizo', uma desterritorialização que fica adensada nos esquizofrênicos, o que faz que muitas experiências artísticas possam comportar um tipo de experiência limite e preparar uma relação com aquilo que uma cultura rejeita (LIMA; PELBART, 2007, p. 732).

Essa arte nos põe a pensar e sentir, nos expõe junto a instalações, como corpos interativos. Somos tanto espectadores como exposição e nesses encontros experimentamos uma desconcertante abundância de estilos e materiais utilizados, uma aparente ausência de técnica e método que nos permita dizer que o trabalho está concluído.

Se partirmos do pressuposto de que expressões artísticas dizem de seus momentos históricos e transformam as práticas sociais na medida em que os deslocamentos produzem outros sentidos para as experiências (BARROS, 2006), vale nos perguntarmos: por onde andamos? Que lugares estamos ocupando? Para onde somos deslocados?

> O ser humano contemporâneo é fundamentalmente desterritorializado. Com isso quero dizer que seus territórios etológicos originários – corpo, clã, aldeia, culto, corporação... – não estão mais dispostos em um ponto preciso da terra, mas se incrustam, no essencial, em universos incorporais (GUATTARI, 1992, p. 169).

A cidade ou o ambiente comporta "[...] forças heterogêneas que podem colocar em funcionamento, ao mesmo tempo, tanto as práticas de dominação quanto práticas de liberdade" (LAVRADOR, 2006, p. 167-168). Situações da vida, do cotidiano, como "passeios", saídas a pé, idas ao banco, parques, *shoppings* ou mesmo uma caminhada no bairro ou uma visita à casa de um conhecido podem ser dominadas pelo medo e pela insegurança. Estamos imersos na tecnologia, navegando na superinfovia da internet e deixamos de ocupar os espaços públicos, as ruas, o cotidiano.

Por outro lado, e ao mesmo tempo, as cidades estão em plena transformação e "[...] nos põem em contato excessivo com o outro, numa invasão constante de espaço subjetivo" (REIS, 1996, p. 87). Tem-se uma intensa fonte de estímulos em um intervalo de tempo cada vez menor e tanto consumimos imagens, informações etc., quanto somos consumidos pelas sensações e impressões, mal conseguindo filtrá-las.

> As sociedades contemporâneas são marcadas por um processo contínuo de aceleração onde os materiais de expressão tornam-se rapidamente obsoletos. Parece que o mundo transforma-se numa sequência aleatória e infinita. Neste sentido, a pluralidade configura-se em intensidades sem densidade, sem criação de consistência. As muitas coisas que somos, que gostamos, que fazemos às vezes não chegam nem mesmo a assumir uma forma ou somente assumem formas padronizadas (MACHADO, 1999, p. 215).

O tempo todo somos chamados a assumir formas padronizadas e a viver ignorando a força de sentimentos como medo, dor ou mesmo a doença. Busca-se "[...] um escudo protetor que nos afaste do desconhecido e nos faça manter uma mesma personalidade [...]" (MACHADO, 1999, p. 215), sem oscilações de humor. Enfim, quer-se uma "felicidade" e um "bem-estar" plenos e constantes para desbancar o súbito ou o inesperado ou o imprevisível. E assim, pagamos por momentos que não se vivem; pagamos planos de saúde para prevenir uma gravidade; buscamos e consumimos segurança de vida, carro, saúde, bens etc.; compramos a "felicidade" por meio de um carro, de uma casa, apartamento, eletrônicos, medicamentos etc.

Ao andarmos pelas ruas, estamos expostos às suas transformações, afetando-a e sendo afetados por sua pluralidade, exercitando uma liberdade para além do deslocamento físico e geográfico, o que pode provocar em nós um aumento da potência de agir, mesmo correndo os perigos e tensão que a cidade nos oferece.

Hélio Oiticica[84] afirmou em um dado momento que "museu é o mundo" e segundo Lagnado (2002), ele o disse a fim de mostrar que o exercício da cidadania se faz na ocupação de espaços públicos. Barja (2007, p. 1), ao comentar a mesma afirmação

[84] Hélio Oiticica (1937-80) foi um dos mais jovens artistas neoconcretos, e considerado um artista revolucionário por ter realizado uma experiência muito pessoal e audaciosa, que o levou a romper com o bidimensional e com o suporte ortogonal, eliminando o quadro e construindo diretamente no espaço. Hélio esteve ao lado de artistas como Amílcar de Castro, Lygia Clark e Franz Weissmann. (GULLAR, 1985, p. 255-256). Dentre os trabalhos de Hélio Oiticica, *Tropicália* marca sua "posição crítica" frente a um estado brasileiro da arte de vanguarda e determina o sentido ético de sua experimentação. *Tropicália* se representa como um acontecimento e contribuiu ricamente para a ruptura de um mito universalista da cultura brasileira (FAVARETO, 1992).

de Oiticia, diz que ela indica “[...] um largo espaço de deslocamento do olhar voltado para um tipo de situação do objeto artístico libertado dos muros museológicos, que o afastam da possibilidade de uma assimilação direta do publico”. Para Wagner Barja (2007, p. 1):

> Pode-se também considerar esse suporte/cidade, ou um determinado lugar, como um receptor não-fixo e não-passivo, mas variável e de caráter transitório, um multiplicador capaz de trazer ao projeto de intervenção um alto grau de visibilidade e interatividade com seus componentes espaciais e humanos, tendo-se em conta elementos primordiais como: os indivíduos, o fluxo urbano coletivo, o trânsito, a arquitetura, a paisagem, o clima, a cultura e os demais fenômenos ocorrentes nesse espaço público onde tal intervenção se inscreve.

Usar a cidade como lugar de intervenção faz emergir uma rede de acontecimentos, para além da rede de atenção. Na experiência com os dispositivos-Casa temos percebido a importância desse meio do caminho. “É preciso a rua. Não basta a casa. Não basta o sossego da rede que embala. É preciso a rede que tece os laços sociais perdidos. E isto significa a cidade, com todos os seus riscos e conflitos” (GUARIDO; CAMPOS, 2006, p. 147).

4.2.2 Outro livro

Olhar e ler, desse encontro produziu-se o *oler* (ou *olher*), que ocorreu pela mistura dos dois elementos, com a criação de um terceiro. Nem um, nem outro, mas os dois. *Oler* uma paisagem, um texto, uma pintura, um livro, um desenho etc.

> [...] por mais que se diga o que se vê, o que se vê não se aloja jamais no que se diz, e por mais que se faça ver o que se está dizendo por imagens, metáforas, comparações, o lugar onde estas resplandecem não é aquele que os olhos descortinam, mas o que sucessões da sintaxe definem [...] (FOUCAULT, 1981, p. 25).

Desse imbricamento, nos forçamos a pensar sobre a clínica: o que, a partir da intensidade dos encontros, se pode “inventar”? Tem-se a cidade como suporte para criação de *settings*, e tem-se a clínica como ferramenta de intervenção na produção de outros cenários e paisagens psicossociais. Contudo precisa-se de um intercessor para ajudar a pensar – no caso, as artes – mas faz-se necessário situar o contexto em que o usaremos.

> As trajetórias contemporâneas no campo das artes plásticas envolvem principalmente a recusa ou a problematização da representação [...]. A partir da ruptura com a representação no campo da arte talvez possamos construir novos caminhos para a clínica (RAUTER, 1998, p. 117).

A mudança de paradigma na reforma psiquiátrica, como dito anteriormente, rompe com o dualismo doença-solução e busca problematizar, criar e pensar outros modos no trato com a loucura. Segundo Deleuze (1988, p. 57), "[...] em História da Loucura (livro de Foucault): na idade clássica, o asilo surgia ao mesmo tempo que a medicina formulava enunciados fundamentais sobre a 'desrazão'".

> Uma 'época' não preexiste aos enunciados que a exprimem, nem às visibilidades que a preenchem. São os dois aspectos essenciais: por um lado, cada estrato, cada formação histórica implica uma repartição do visível e do enunciável que se faz sobre si mesma; por outro lado, de um estrato a outro varia a repartição, porque a própria visibilidade varia em modo e os próprios enunciados mudam de regime. Por exemplo, 'na idade clássica', o asilo surge como uma nova maneira de ver e de fazer ver os loucos, bem diferente da maneira da Idade Média, ou do Renascimento [...] (DELEUZE, 1988, p. 58).

Deleuze (1988, p. 57), em seu livro *Foucault,* diz que os "[...] estratos são formações históricas, [...] são feitos de coisas e de palavras, de ver e de falar, de visível e de dizível, de regiões de visibilidade e de campos de legibilidade, de conteúdos e expressões [...]", ou seja, somos parte dessa formação, como camadas (de tinta) sobrepostas que dão profundidade à imagem.

No capítulo "Topologia: 'pensar de outra forma'" desse mesmo livro, Deleuze traz à tona uma discussão que percebeu na obra de Foucault e diz o seguinte: "[...] o que Foucault espera da História é esta determinação dos visíveis e dos enunciados em cada época, que ultrapassa os comportamentos e as mentalidades, as ideias, tornando-as possíveis" (DELEUZE, 1988, p. 58). Mais adiante, aponta a questão:

> É *A Arqueologia do Saber* que tirará as conclusões metodológicas e fará a teoria geral dos dois elementos de estratificação: o enunciável e o visível, as formações discursivas e as formações não-discursivas, as formas de expressão e as formas de conteúdo. Esse livro, entretanto, parece conceder um primado radical ao enunciado. [...]. A questão do primado é essencial: o enunciado tem o primado, veremos o porquê. Mas o primado nunca quis dizer redução (DELEUZE, 1988, p. 59).

Deleuze (1988, p. 59) afirma ainda que para Foucault,

> [...] o primado dos enunciados jamais impedirá a irredutibilidade histórica do visível, pelo contrário. O enunciado só tem primado porque o visível tem suas próprias leis e uma autonomia que o põe em relação com o dominante, com a heautonomia do enunciado. É porque o enunciado tem primado que

> o visível lhe opõe sua forma própria, que se deixará determinar sem se deixar reduzir.

Para Deleuze (1988, p. 60), é com essa teoria das visibilidades que Foucault dá nova vida à Historia, "[...] na verdade, não há nada antes do saber, porque o saber, na nova conceituação de Foucault, define-se por suas combinações do visível e do enunciável próprias para cada estrato, para cada formação histórica". Contudo, é preciso esclarecer que

> [...] as visibilidades não se confundem com os elementos visuais ou mais geralmente sensíveis, qualidades, coisas, objetos, compostos de objetos [...]. É preciso rachar as coisas, quebrá-las. As visibilidades não são formas de objetos, nem mesmo formas que se revelariam ao contato com luz e com a coisa, mas formas de luminosidade (DELEUZE, 1988, p. 61-62).

Assim como a forma do conteúdo não é um significado e a forma da expressão não é um significante, entendemos forma da expressão como nos apresentou Deleuze (1988, p. 61):

> [...] Foucault descobriu a forma da expressão numa concepção bastante original do 'enunciado', como função que cruza as diversas unidades, traçando uma diagonal mais próxima da música do que de um sistema significante. É preciso então rachar as palavras, as frases e as proposições para extrair delas os enunciados, como fazia Raymond Roussel, inventando 'procedimento'.

"As visibilidades não se definem pela visão, mas são complexos de ações e paixões, de ações e reações, de complexos multissensoriais que vêm à luz" (DELEUZE, 1988, p. 68). Ou seja, é preciso ativar um conjunto de variáveis e deixar à mostra o que há para se ver. Deleuze (1988) diz que em Foucault não há o oculto, o segredo. O sentido das coisas e das palavras é dado a cada época, e produzimos e somos produzidos por esse conjunto. Em uma das cartas a Foucault, Magritte diz que "[...] A pintura faz intervir uma dificuldade: há o pensamento que vê e que pode ser descrito visivelmente" (FOUCAULT, 1988, p. 82).

Se "[...] as expressões artísticas dizem de seus momentos históricos e transformam as práticas sociais [...]" (DELEUZE, 1988, p. 82), é a partir da experiência que se produzem outros sentidos, que somos forçados a pensar e nos pomos em movimento. É importante que se tenha a noção de que todos os acontecimentos, todos os movimentos, guardam algo de visível e de invisível, de dizível e de indizível.

Nesse sentido, tomamos a proposta de Machado (2008a, p. 62), para “[...] pensar a clínica como um exercício do pensamento”. Para tanto, voltemos ao *oler*, tomando-o como uma experiência, e para nos ajudar a pensar adotemos a discussão proposta por Foucault, em seu livro *Isto não é um cachimbo* (1988), sobre uma aparente contradição entre o que se vê e o que se diz, provocada pelo quadro *Isto não é um cachimbo* (“*Ceci n'est pas une pipe*”) de René Magritte.

Vale lembrar que não estamos propondo uma análise de imagens e nem mesmo buscando seu significado. Há um conjunto de variáveis que interferem no encontro entre corpos, e entendemos que “[...] o sujeito é uma variável, ou melhor, um conjunto de variáveis do enunciado” (DELEUZE, 1988, p. 64). Interessa-nos pensar sobre os possíveis efeitos de um encontro.

Figura 14 – René Magritte, *A traição das imagens* ("*Isto não é um cachimbo*"), 1928-1929

Magritte pintou algumas versões sobre o mesmo tema. Na primeira versão do quadro *Isto não é um cachimbo* (1928-1929), ele se utiliza da pintura realista para representar figurativamente um cachimbo e logo abaixo lê-se em letra cursiva a seguinte afirmativa: “Isto não é um cachimbo”. Com essa composição, o pintor

denuncia o engano do nosso olhar. A figuração naturalista, como representação de um objeto (no caso, um cachimbo), seduz o olhar a acreditar naquilo que se supõe ver, “[...] esse cachimbo, ele próprio, é apenas um desenho; não é um cachimbo”. (FOUCAULT,1988, p. 36)

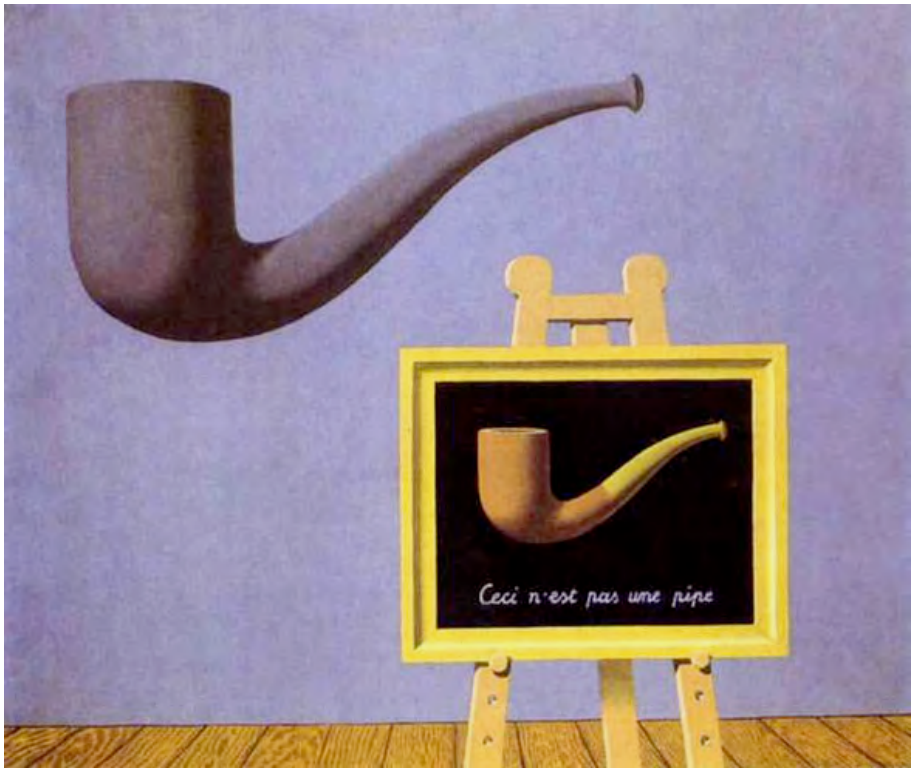

Figura 15 – René Magritte, *Os dois mistérios*, 1966.

Em uma outra versão do quadro, Magritte se apropria mais uma vez da perspectiva renascentista e inclui na composição do quadro a representação de uma lousa sob um suporte de cavalete. Nela pinta o cachimbo e cuidadosamente desenha as letras, como modelo caligráfico, ditando o que ela, a imagem, não pode ser. “Sua obra criava um estranhamento, um aparente paradoxo pois quebrava um acordo no senso comum que via na coisa exposta visualmente a expressão imagética da coisa verbalmente pensada” (BARROS, 2006, p. 153). Ao olharmos somos convocados a buscar sentidos no que está proposto.

> Desconcerta o fato de ser inevitável relacionar o texto com o desenho (como no-lo convidam o demonstrar, o sentido da palavra cachimbo, a semelhança da imagem) e ser impossível definir o plano que permitiria dizer que a asserção é verdadeira, falsa, contraditória (FOUCAULT, 1988, p. 21).

A influência renascentista é predominante no ocidente, e é recorrente associarmos beleza e perfeição à representação figurativa das formas. Quanto mais próxima da realidade, tanto mais bela é a imagem (BARROS, 2006). É no período renascentista que a noção de perspectiva é desenvolvida, e com ela adquire-se a noção de profundidade sobre o plano. Essa noção abarca alguns elementos técnicos que permitem criar a ilusão de distância sobre o plano: tem-se o "ponto de fuga",[85] o observador, a linha do horizonte e o objeto localizado abaixo, acima ou na altura dessa linha. A perspectiva é traçada a partir do observador considerando o ângulo em relação ao objeto, tendo a linha do horizonte como fim, onde está o ponto de fuga. A perspectiva se constrói com as linhas que saem do observador, delineando as saliências do objeto até o ponto de fuga, ou seja, a perspectiva é determinada pela localização do observador. Nesse caso, o espectador é convocado a ver o objeto desenhado por um determinado ângulo. Com essa técnica, tem-se a experiência de contemplação[86] e um padrão de estética que busca o perfeito e reproduz com proximidade a realidade das coisas de um ponto de vista.

> Quando contemplamos uma pintura ou um desenho, tendemos a qualificar a competência do pintor pela sua capacidade de tornar semelhantes as imagens na tela à coisa real. Essa exigência 'estética' não nos é natural: foi sendo em nós impregnada desde o século XV, com a hegemonia da perspectiva renascentista (BARROS, 2006, p. 156).

E "[...] uma das teses essenciais de Foucault é a diferença de natureza entre o visível e o enunciável (embora eles se insiram um no outro e não parem de se interpenetrar, compondo cada estrato ou cada saber)" (DELEUZE, 1988, p. 70). Nas exposições de arte contemporânea, o olhar é menos contemplativo, o lugar do observador é mais diversificado e muitas vezes sentimos um estranhamento frente às pinturas, intervenções, instalações, vídeos, músicas etc. "Frequentemente estamos insatisfeitos com a arte contemporânea – ela nos parece difícil demais, fria demais. A música não tranquiliza, os filmes não têm pé nem cabeça, assim como os livros" (RAUTER, 1998, p. 119).

---

[85] Conceito da geometria, os pontos de fuga são pontos localizáveis na linha do horizonte. As linhas convergem desse ponto para descrever a profundidade dos objetos. Pode haver mais de um "ponto de fuga".

[86] A exemplo de pintores como Botticelli (1445-1510), Leonardo da Vinci (1452-1519), Michelangelo (1575-1564).

4.2.3 Um outro livro

Em um texto, *O Estranho* (1919), Freud faz um estudo sobre o tema e logo no início traz o levantamento da pesquisa prévia que realizou, constatando que "[...] nada em absoluto encontra-se a respeito deste assunto, em extensos tratados de estética, que em geral preferem preocupar-se com o que é belo, atraente e sublime" (FREUD,1996, p. 238). Contudo, cita um artigo de Ernest Jentsch (1906), de onde parte seu estudo, e diz de imediato: "O estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar" (FREUD, 1996, p. 238).

> De um modo geral, Jentsch não foi muito além dessa relação do estranho com o novo e não familiar. Ele atribuiu o fator essencial na origem do sentimento de estranheza à incerteza intelectual; de maneira que o estranho seria sempre algo que não se sabe como abordar. Quanto mais orientada a pessoa está, no seu ambiente, menos prontamente terá a impressão de algo estranho em relação aos objetos e eventos nesse ambiente (FREUD, 1996, p. 239).

Freud (1996, p. 240) avançou em seus estudos mas, nesse contexto, interessa a pesquisa feita por Jentsch, que atribui "[...] o fator de origem do sentimento de estranheza à incerteza intelectual", [um] "[...] não saber como abordar" (algo ou alguma coisa). Na pintura de Magritte, essa sensação também aparece, pois não é possível deixar de relacionar o texto à imagem desenhada do objeto cachimbo, tampouco encontrar nesse complexo uma questão. Como não o é, se o que vemos parece com o que entendemos ser um cachimbo? É preciso, contudo, buscar outros sentidos, permitir-nos deslocar do lugar de pura representatividade. Não é um cachimbo enquanto objeto concreto. É um cachimbo-palavra, um cachimbo-desenho, mas não é um cachimbo de fato.

Há nesse encontro certa desorientação, um deslocamento, um não saber. Somos como espectadores seduzidos pelo artifício naturalizado; "[...] negando a representação como representação; vive-se a ilusão de que é o centro do mundo e que dele emana o sentido das imagens [...]" (LINS, 200, p. 46).

O confronto entre texto e imagem não faz avançar, pois não é disso que se trata. A que nos remete esse conjunto de coisas e palavras?

> Se as arquiteturas, por exemplo, são visibilidades, locais de visibilidade, é porque não são meras figuras de pedra, isto é, agenciamentos de coisas e

> combinações de qualidades, mas, antes de mais nada, formas de luz que distribuem o claro e o obscuro, o opaco e o transparente, o visto e o não visto, etc. (DELEUZE, 1988, p. 68).

As mudanças no processo de desconstrução manicomial ocorrem não só com a saída dos internos do hospital para as Casas. A Casa, o novo endereço é componente de um complexo de "[...] ações e paixões, de ações e reações" (DELEUZE, 1988, p. 68), os quais são produzidos em nossa época.

Habitar em uma casa, em um bairro, em uma cidade traz à luz a possibilidade de circular por outros ambientes como quartos, banheiros, cozinhas, varandas, quintais, ruas, praças, ônibus, praias etc. Expõe a possibilidade de experimentar a relação com outros espaços. Tal possibilidade existe, hoje, pelos movimentos sociais e políticos que vêm se somando ao longo dos últimos anos no sentido de romper com a lógica manicomial. A Casa pode trazer potência de vida, mas também mortificações.

> [...] cada uma de nossas palavras, cada uma de nossas ações produz de potência e de mortificação, no outro e em nós mesmos. Assim, como a vida, promovemos incessantemente montagens que conectam, desconectam, re-conectam o que vemos, ouvimos, sentimos, falamos, pensamos, sonhamos, lembramos, esperamos... (MACHADO, 2008a, p. 60).

Sabemos que o trabalho de desconstrução do paradigma é diário e a maneira de ver e de fazer ver os loucos é desconstruído e construído a cada "saída". Em nossa experiência, vimos surgir movimentos de evitação de envolvimentos por parte da própria comunidade, que como deixou transparecer em determinada situação, não estava interessada em atividades de oficinas em conjunto. No entanto, em outros momentos tal intenção não nos pareceu concluída. De um lado percebe-se o não saber como abordar determinadas circunstâncias, o estranhamento da maneira como se apresentam; de outro, verifica-se a receptividade, a abertura para o convívio e até o relato de experiências presenciadas ou de que se tomou conhecimento.

O tempo vivido nos hospitais, os tratamentos pelos quais se passou, os diagnósticos recebidos, as relações produzidas consigo e com o que estava à volta não são informações que se assemelham a nada que conhecemos. Esse conhecimento não fará compreender o que vemos com o que é dito.

O belo e o sublime não são os únicos objetos de discussão para a estética. O estranho é também pertencente a esse campo. Parece-nos que a arte contemporânea

nos convoca mesmo a enfrentar as incertezas de como lidar como o sentimento de estranhamento e nos põe a pensar em como é possível transformar a vida.

> A arte contemporânea pode ensinar a clínica a pensar a subjetividade contemporânea, buscando alternativas para seus impasses. Se a clínica aspira produzir mudanças no campo da subjetividade, deve aproximar-se da arte, talvez deva mesmo tornar-se arte... no sentido de que a obra de arte é uma 'Psicanálise bem sucedida' [ou o inverso] uma psicoterapia bem sucedida poderia ter uma eficácia semelhante à do processo de criação artística, no sentido de produzir mutações no campo da subjetividade (RAUTER, 1998, p. 111).

Se por um lado o deslocamento e a recusa da representação são interesses da arte contemporânea, por outro, na loucura, tais experiências confrontam, atravessam, embaralham e subvertem a relação com as coisas. Sair do imóvel para ir a outro encontrar pessoas, passando por outros ambientes, é movimento comum, no entanto o modo como pode ser organizado não segue uma regra. Pois não se trata de formas determinadas, como no saber, nem de regras coercitivas, como no poder; "[...] trata-se de regras facultativas que produzem a existência como obra de arte, regras ao mesmo tempo éticas e estéticas que constituem modos de existência ou estilos de vida" (DELEUZE, 1992, p. 123).

No entanto essa subversão, esse embaralhamento dos códigos parece soar como criação, processo de transformação do que nos é dado. A exemplo, quando estivemos no supermercado, fomos desprendidos do lugar do consumo, das ofertas, dos produtos e percebemos outra coisa naquele ambiente de circulação acelerada de pessoas e bens. Houve rede de conexões, houve deslocamento de códigos e recusa de certa representatividade. Saber para que nos serve um supermercado não impede que criemos outros sentidos para ele.

> Uma concepção cartográfica é muito distinta da concepção arqueológica da psicanálise. Esta última vincula profundamente o inconsciente à memória; é uma concepção memorial, comemorativa ou monumental que incide sobre pessoas e objetos, sendo os meios apenas terrenos capazes de conservá-los, identificá-los, ou autenticá-los (DELEUZE, 1992, p. 75, grifo do autor).

O supermercado não foi identificado como supermercado, mas isso não quer dizer que não o fosse. Em nossa experiência cartográfica, "[...] não se trata da busca de uma origem, mas de uma avaliação dos *deslocamentos* (DELEUZE, 1992, p. 75).

4.3 "PARA QUE SERVE UM LIVRO SEM IMAGENS?" [87]

Lembranças, histórias esquecimentos, o que fazemos com as lembranças quando olhamos para as imagens dos livros? Criamos outras? Buscamos sua relação com o texto? Deixamos a imagem fluir em um devaneio? Ou encontramos "[...] aquilo que nem o texto nem a imagem nos dão e não se acha apenas dentro deles, mas que adicionamos a eles para fazer a história acontecer?".[88]

> A imagem não é tudo, mas está longe de ser nada. O filme nos mostra com vigor essa verdade simples, e que, apesar de todas as insuficiências, é possível arrancar dela aprendizado,[89] associando-a com outras imagens, outros depoimentos, outras percepções de mundo, em suma, trabalhando-a na montagem (LINS, 2007b, p. 153).

Durante o processo cartográfico, histórias surgiram e outras foram (re)criadas; do mesmo modo, na edição do vídeo, outras histórias apareceram para montar um roteiro de imagens e (re)criar o "Diário de imagens".[90] As imagens nos serviram, além de um registro-intervenção, para disparar ideias e discussões, para contar ou não história, para produzir ou não outras histórias, para (re)criar histórias.

Ao realizarmos a devolutiva da pesquisa aos moradores das Casas, nos perguntávamos: qual o efeito do dispositivo cartografia por imagens?

Alice, protagonista do livro *Alice no país das maravilhas*, de Lewis Carroll, diz interessar-se mais por um livro com imagens. E, não as encontrando, ela corre atrás de sua intensa curiosidade, "[...] sem sequer pensar como é que iria sair [...]" (CARROLL, 2002, p. 12) da situação. A pergunta que ela lança em seu pensamento – "[...] e de que serve um livro sem desenhos ou diálogos?" (CARROLL, 2002, p. 11) – nos remete a pensar sobre a presença das imagens nas histórias dos livros: por um lado, os livros tornam-se interessantes se contêm imagens-desenhos; por outro, interessante também é quando as imagens podem ser criadas a partir da leitura, como imagens-pensamento.

---

[87] *Alice no pais das maravilhas*, de Lewis Carroll (apud, JOLY, 2004, p. 17).
[88] Fala de Wim Wenders no filme *Janela da alma*, 2002.
[89] "Aprender – nos diz Deleuze (2003:4 apud LINS, 2007c, p. 153) – é considerar uma matéria, um objeto, um ser como se emitissem signos a serem decifrados... Não existe aprendiz que não seja 'egiptólogo' de alguma coisa".
[90] Nome dado ao vídeo-cartográfico produzido a partir da produção de dados desta pesquisa.

Essa provocação de Alice, nos remete à algumas questões, entre elas, a sua curiosidade. Por esse motivo, mergulha em acontecimentos singulares e somos convocados através das imagens a participar dessa experiência. Para pensar sobre essa provocação que inaugura as primeiras páginas do livro, que conta a aventura de Alice imersa em seu devaneio, recorremos a uma discussão sobre história. Pois se ousamos dizer que as imagens produzem, criam e recriam histórias, faz-se importante ponderar: de que história estamos falando?

> Compartilhamos de uma noção de história – o sentido histórico – a partir de uma perspectiva genealógica,[91] e não de uma história linear e contínua que se volta ao passado, na busca de uma origem primeira que determina e explica o presente (LAVRADOR, 2006, p. 79).

A experiência cartográfica nos colocou frente a situações em que a noção de história precisou ser problematizada. Os efeitos do dispositivo refletiam tanto no pesquisador-cartógrafo quanto nos moradores (das Casas e do bairro). Em uma das caminhadas, quando se ouvia apenas o diálogo de um passo e outro, irrompeu um comentário inusitado: “Eles me chamam de Robocop!”. Nesse momento, iniciou-se uma sequência de perguntas (“Quem?”, “Por quê?”) que mais adiante insistiu, buscando ouvir mais sobre o assunto (“Quando isso aconteceu?”), mas a resposta já havia sido dada: “O jeito de andar, por isso”. “Por isso não se trata de um olhar retrospectivo que se volta ao passado para explicar a atualidade”[92] (LAVRADOR, 2006, p. 85).

> [...] em meio a um certo excesso de história, a vida desmorona e se degenera, e, por fim, através desta degeneração, o mesmo se repete com a própria história (NIETZSCHE, 2003, p. 17).

Era preciso escutar a resposta e se deparar com o fato de que a emergência da fala não indicava o motivo que levou o indivíduo a ter esse jeito de andar, mas sim o efeito. O jeito de andar criou outras histórias, que parecem nos falar da conexão existente com algumas pessoas do bairro. Não se tratou de uma queixa em relação

---

[91] Foucault, inspirado em Nietzsche, utiliza a ideia de genealogia para pensar a história e afirma que “[...] o sentido histórico escapará da metafísica para se tornar o instrumento privilegiado da genealogia se ele não se apoia em nenhum absoluto. Ele deve ter apenas essa acuidade de um olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa agir as separações e as margens – uma espécie de olhar que dissocia, capaz de se dissociar dele mesmo e apagar a unidade desse ser humano que, supostamente, o conduz soberanamente na direção do seu passado” (FOUCAULT, 2000, p. 271 apud LAVRADOR, 2006, p. 79).

[92] “O que lhe interessa [a Foucault] é o que se passa, o que somos e fazemos hoje: próxima ou longínqua, uma formação histórica só é analisada pela sua diferença conosco, e para delimitar essa diferença” (DELEUZE, 1992a, p. 142 apud LAVRADOR, 2006, p. 85).

ao apelido, nem mesmo de um autoelogio. Algo havia sido recriado, o não-dito ou esquecido não era mesmo para ser lembrado. A vida continua, e as situações podem mudar. Por exemplo, ao assistirem ao vídeo e ao se verem na tela da TV, escutamos: “eu não estou andando mais desse jeito. Eu estou caminhando todos os dias e esse jeito de andar melhorou”.

Pensar sobre como contar uma experiência e não só em como aguçar a curiosidade nos fez problematizar sobre a noção de história. Poderíamos narrar fato a fato, criar personagens, montar uma sequência de cenas com certa cronologia, fiel à realidade. Todavia, poderíamos também deixar aparecerem situações presentes no processo da pesquisa, mas não nas filmagens. Ou ainda, deixar aparecerem os acontecimentos, ou seja, as multiplicidades de objetos, “rostos”, incluindo também o acaso. Desse modo, deparamo-nos com várias possibilidades de se contar história e nos percebemos respondendo aos efeitos do dispositivo. Apostamos que o vídeo pode tornar mais evidente as transformações, produzindo diferentes olhares sobre como se pode construir uma vida fora do manicômio, como se vive fora das instituições.

No texto *A memória como campo intensivo: algumas direções a partir de Deleuze, Nietzsche e Proust*, Cristina Rauter (2000)[93] traz discussões sobre a utilidade da história e do passado para a vida e busca desenvolver a construção de uma outra concepção de memória, a de uma memória intensiva. A partir da noção de esquecimento em Nietzsche, Rauter problematiza a concepção freudiana, que faz do inconsciente um arquivo de memórias da infância. Esse texto nos ajudou articular os efeitos do dispositivo ao processo dessa pesquisa. Reconhecendo outros caminhos para a clínica – “clínica do esquecimento”, “clínica transdisciplinar”, “clínica do acontecimento” – entre a arte e a clínica.

Como não nos interessava um documentário, no sentido de trazer a ideia de verdade ou representação de um mundo, era preciso mesmo perguntar: como contar essa experiência? Que fatos contar? Como falar sobre a inserção do louco na comunidade? Como mostrar uma vida a partir das imagens?

[93] Ver também *Clínica do Esquecimento: Construção de Uma Superfície* (RAUTER, 1998).

Imanência... uma vida.[94] Foi preciso pensar para além do que se escutou e se viu, ou seja, pensar a experiência e ao mesmo tempo não preservá-la; "[...] a imanência absoluta está nela mesma: ela não está em qualquer coisa, para qualquer coisa, ela não depende de um objeto e não pertence a um sujeito" (DELEUZE, 1997b, p. 16). Algumas cenas podiam ser esquecidas, outras podiam ganhar outros sentidos, mas que critérios usar?

Contar uma história seria uma forma de construir a seqüência de imagens do vídeo. Contudo, não buscávamos nessa história apenas um modo de garantir a existência dos acontecimentos. Nos perguntávamos sobre os modos de fazer história. Nesse sentido, faz-se interessante considerar que a atividade do historiador

> [...] consiste em impor uma organização ao devir – que pode ser boa se é a vida quem a governa. [...] se este ponto de vista organizador, pragmático e calculista ocupa o primeiro lugar, ou se substitui a vida em grau de importância, passa a impedir a mudança. [...] nos leva a buscar o passado para encontrar respostas para o presente (RAUTER, 2000b, p. 28).

Interessava-nos deixar aparecerem as mudanças presentes. E para isso era preciso escapar da atividade de historiador, para não congelar a história no passado ou no presente. "Há de ser considerado o grau em que a força da vida conserva sua plasticidade, o grau em que pode incorporar o passado (o conhecido) e o estranho ou o desconhecido [...]" (RAUTER, 2000b, p. 29).

Foi preciso deparar-se com o estranho das imagens e com o que havia se passado, ao realizar a montagem do vídeo. Entretanto, era preciso um olhar para aquele material para que fosse transformado. Para dar esse passo adiante, era preciso levantar uma perna que ora parecia equilibrada logo que a outra encontrasse um apoio. Foi preciso deixar algo para trás e buscar o acontecimento, ou seja, encontrar-se com aquilo que parecia atravessar todo o trabalho, uma vida. Deparar-se "[...] com o fato de nunca se repetirem na vida os mesmos acontecimentos" (RAUTER, 2000b, p. 29).

---

[94] Título do texto de Gilles Deleuze. "Uma vida é a imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência e beatitude completas. [...] O campo transcendental se define por um plano de imanência, e o plano de imanência por uma vida. [...] O que é a imanência? uma vida... Ninguém narrou melhor do que Dickens o que é *uma* vida, tendo-se em conta o artigo indefinido como índice do transcendental. [...]. *Uma* vida está por todos os lugares, por todos os momentos que atravessam este ou aquele sujeito vivo e que medem tais objetos vividos: vida imanente trazendo os acontecimentos ou singularidades que apenas se atualizam nos sujeitos e nos objetos. Essa vida indefinida não tem, ela mesma, momentos, por mais próximos que estejam uns dos outros, mas apenas entre-tempos, entre-momentos" (DELEUZE, 1997b, p. 17-18).

Ao deparar-se com o desconhecido, foi preciso assumir não saber aonde chegar ou mesmo como sair, pois do contrário, "[...] esta função historiadora apontaria para um eu que se encerra em si, para a incapacidade de agir que é a incapacidade de esquecer. Assim, a função do esquecimento é primordial à ação, à atividade, à criação" (RAUTER, 2000b, p. 30).

> O instante criador, ou o intempestivo, é dado pelo acesso a um outro plano[95] [...]. Poderíamos também nos referir a este outro plano como 'inconsciente', não um inconsciente arquivo de memórias infantis ou inconsciente-linguagem, mas um inconsciente plano de intensidades. (RAUTER, 2000b, p. 30).

Não se trata de viver no esquecimento. No entanto, "[...] é possível viver quase sem lembrança, sim, e viver feliz assim [...]; mas é absolutamente impossível viver, em geral, sem esquecer" (NIETZSCHE 2003, p. 10).

Nietzsche (2003, p. 11, grifo do autor), na *Segunda consideração intempestiva*, propõe pensar sobre os usos da história para a vida, e convida o leitor a considerar o histórico e o a-histórico "[...] *na mesma medida como necessários para a saúde de um indivíduo, um povo e uma cultura*".

> Então, o homem diz: 'eu me lembro', e inveja o animal que imediatamente esquece e vê todo instante realmente morrer imerso em névoa e noite e extinguir-se para sempre (NIETZSCHE, 2003, p. 8)
>
> [...] que se saiba mesmo tão bem esquecer no tempo certo quanto lembrar no tempo certo; que se pressinta com um poderoso instinto quando é necessário sentir de modo histórico, quando de modo a-histórico (NIETZSCHE, 2003, p. 11)

Ouvir e ver o que se passou nas filmagens permitiu refletir sobre questões levantadas anteriormente, como: o que se pode produzir a partir do imbricamento entre arte e clínica na saúde mental? A arte, num primeiro momento, parecia constituir-se apenas como intervenção por meio da filmadora, mas logo se aliou à postura ético-política frente à vida.

> [...] a constituição dos modos de existência ou dos estilos de vida não é somente estética, é o que Foucault chama de ética, por oposição à moral. A diferença é esta: a moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentes (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos,

[95] "Se na *Segunda consideração intempestiva* podemos considerar genericamente este plano da vida, posteriormente, na obra de Nietzsche, vida passa a ser vontade de potência" (RAUTER, 2000b, p. 30).

> em função do modo de existência que isso implica. Dizemos isto, fazemos aquilo: que modo de existência isso implica? (DELEUZE, 1992, p. 125-126).

O que queremos ao escutar histórias? Tentamos organizá-las? Ou queremos fazer combinar essas histórias com as cenas que criamos e julgamos boas?

> [...] é sempre de um corpo que se trata na clínica, um corpo e seus afetos, um corpo e suas marcas, um corpo, suas ações e paixões, seus agenciamentos. Um corpo e um plano de superfície onde este corpo faz deslocamentos intensivos (RAUTER, 1998, p. 18).

Acompanhar um trajeto, por exemplo, não só faz emergirem as subjetividades do próprio meio, como também reflete naqueles que o percorrem (Deleuze, 1992). Cada percurso constitui mapas, que não devem ser compreendidos somente em sua extensão (espaço deslocado). “Existem também mapas de intensidade, de densidade, que dizem respeito ao que preenche o espaço, ao que submete o trajeto” (DELEUZE, 1992, p. 76). Essa clínica, que acompanha deslocamentos, é cheia de paradoxos,

> [...] é uma redistribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras. [...] o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires; já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra, *levantam vôo* (DELEUZE, 1992, p. 75, grifo do autor).

ITACIBÁ
RIO BRANCO
ESTÁDIO KLEBER ANDRADE (JD BRANCO)
VIA CRUCIS
CRUZ LIBERTA

O corpo.

5 SAÍDA

Estivemos atarefados nas últimas folhas, indo e vindo de um lugar a outro, folheando um e outro livro, entre papéis e computador, e, entre uma cena e outra, veio à lembrança uma leitura feita ainda na graduação, para uma disciplina lecionada por um professor intensamente apaixonado pelo que ensinava. *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres,* de Clarice Lispector, inaugurava os primeiros contatos com a esquizoanálise, com a transdisciplinaridade, com a clínica socioinstitucional, com todos esses nomes que compõem uma abordagem teórica, ou seja, um saber em uma perspectiva que se afina com o contemporâneo e traz os nomes de Foucault, Deleuze, Guattari, Rolnik e tantos outros. Contudo, sabemos que cada pensador "[...] lhe dá um nome que lhe é mais expressivo, e cada um percorre segundo itinerários cartográficos únicos e irrepetíveis" (BAREMBLITT, 2003, p. 119).

Não contávamos que essa imagem retornaria. No entanto, ela retorna para apontar o meio da história. Não o fim, nem tampouco o início. De que outra maneira poderíamos chegar às últimas páginas? Com um imprevisto. Contudo, as imagens não esclarecem, mas problematizam. Entre problematizar a conclusão e tecer considerações finais, optamos por dizer o que foi explicitado a partir desta pesquisa.

Abrimos perguntas, como "o que temos chamado de clínica?", "o que temos chamado de rede de atenção à saúde mental?", "que contribuições tem-se a oferecer à construção dessa prática clínica?", "o que temos feito a partir dos encontros com os imprevistos, com as pessoas, com a clínica etc...".

Para tentar respondê-las, usamos a perspectiva cartográfica para acompanhar os movimentos em torno dessas questões. O campo problemático envolveu a rua, os dispositivos-Casa e seus moradores, tendo a arte como intercessora para pensar a prática clínica, a qual se afirmou a partir da expansão da vida e acompanhou as produções das subjetividades no ambiente da cidade.

Questionamos o lugar que o profissional de psicologia tem ocupado no âmbito da saúde mental, bem como as contribuições que tem a oferecer. Que intervenções temos produzido? Que usos temos feito de nossas ferramentas e tecnologias, de nossa potência em criar?

Pensamos a prática clínica que ocorre nas ruas junto aos moradores, mais precisamente nas “saídas” que produzem e/ou provocam. Consideramos que uma saída já havia se configurado (saíram de um determinado lugar para outro), assim pudemos apostar que outros modos de saídas existiriam. Validar essa prática clínica, que se dá no cotidiano, é apostar que no limite da experiência se podem criar bifurcações e construir outros modos de existência ou estilos de vida (DELEUZE, 1992).

Vale dizer que as saídas registradas pela filmadora são diferentes das que se realizam no cotidiano, devido à intervenção. O que fica à mostra nesta pesquisa são as redes de relações que os moradores vêm construindo desde a mudança de endereço, conexões ou reconexões com o ambiente da cidade que trazem à tona a potência de vida. Parece-nos que a rede ganha ramificações e se amplia para além dos serviços e do que usualmente chamamos de rede de atenção. É preciso mesmo ampliar essa noção de rede, pois do contrário ela pode soar como espaço delimitado de circulação. Da Casa para os Serviços de atenção, e destes para aquela. Saindo ou não, correm-se riscos.

Ao acompanharmos o ir e vir dos moradores, pudemos registrar outros caminhos que eles realizam. E como parte desta pesquisa, produzimos e montamos um vídeo, ou seja, uma construção de imagens da subjetividade em conexão e em processo a partir da pesquisa-intervenção. O vídeo se constituiu como um registro cartográfico dos modos de vida, visando a levantar questões presentes no fazer diário do trabalho de desinstitucionalização da loucura, permitindo outras visibilidades e dizibilidades frente ao cotidiano.

Ao acompanhar as saídas, a pesquisa levantou três aspectos relevantes: em um primeiro momento, o ato de percorrer os trajetos, realizados com cuidado e atenção; essa transição de um lugar a outro os expõe de maneira comum às pessoas. Nesse itinerário, experimentamos a forma como percorrem as ruas do bairro. O movimento do andar, num ritmo marcado ora pelo compasso do corpo, ora pela possibilidade da câmera, ora pela intensidade dos veículos nas ruas. O cuidado esteve em circulação enquanto caminhávamos, e fazer aparecer e deixar ecoar essa noção de cuidado entre os moradores e também entre os técnicos pode facilitar o modo como nos

tratamos no dia-a-dia. Dito de outra maneira, é possível que haja cuidado para além da porta das Casas, do ambiente dos serviços da rede.

Outro aspecto é a interação com os lugares (barbearia, padaria, supermercado etc.) e com as pessoas que trabalham nesses estabelecimentos; ao frequentarem outros espaços, estão em confronto com outros modos de vida, o que pode produzir liame ou não. Experimentamos a interação com a comunidade, com o bairro, com a cidade, o desbravamento de terrenos desconhecidos, a circulação por espaços de suas lembranças (de quando ainda habitavam a cidade), como também pelos inauditos. Há vida nas pessoas, há vontade de ir e vir. Pode-se não concordar com uma ou outra coisa, mas é preciso assumir que, impedindo novas experiências, também podemos anular vida.

Outra característica, ainda, são os diálogos; as conversas trouxeram à tona situações e comentários sobre o que se gosta ou não de fazer, preocupações e curiosidades sobre a vida. Abrir um diálogo implica em falar, mas também em ouvir.

Esses três aspectos aparecem entrelaçados no vídeo, que se constitui uma “forma feita de imagens e sons” (MACHADO, 2009, p. 6) e diz de um determinado tempo e espaço. São aspectos que o legitimam como momento de vida, situações que podem ou não mudar. É preciso sempre lembrar que as imagens dizem de um contexto e, nesse caso, podemos ressaltar o que ali se vê e se diz.

Nossa contribuição, como atores nesse cenário, é não só andar ao lado como também apostar na construção de outros vínculos, o qual passa não só por moradores da comunidade, mas também por nós, profissionais e técnicos atuando junto a ela. Ao andarmos juntos, fazemos ver que se constrói uma outra imagem da loucura.

Os ganhos obtidos com a mudança de vida – saída do hospital para as Casas – são perceptíveis no cotidiano dos moradores. Mas para isso é preciso considerar que viveram um longo período de internação em hospital psiquiátrico – cerca de 30 a 40 anos. Os efeitos dos dispositivos-Casa são visíveis quando contamos um pouco das histórias, da história de duas vidas ou mesmo da Reforma Psiquiátrica. Ainda é comum ouvirmos que lugar de louco é no hospício. Contudo, é preciso insistir que é possível a construção de vínculos sociais e afetivos com a comunidade onde vivem,

com os lugares que frequentam. É nesse sentido que insistimos em nos perguntar: “Cuidadores, quem somos?”

É interessante considerar que a potencialização da Reforma Psiquiátrica deve vir acompanhada por um processo de desconstrução do pensamento, de modificação da cultura naquilo que diz respeito ao que se entende por loucura. É na realização de novas possibilidades de existência e, ao mesmo tempo, no uso de instrumentos e tecnologias fortes o bastante para desmistificar a loucura junto à sociedade que se podem criar rupturas ou bifurcações nos processos de subjetividades dominantes.

Ao chegar neste momento da pesquisa, buscamos sempre uma idéia mais concisa ou um esmaecimento da imagem. Finalmente, deixemos a frase cair em dois pontos, ou prosseguirem as reticências, para que o processo contínuo da vida produza sentidos.

REFERÊNCIAS

1 ALTOÉ, Sônia (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.

2 ALVARENGA, Alex Reinacke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**., v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

3 AMARANTE, Paulo D. C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Rev. Ter. Ocup. USP**, v. 3, n. 1/2, p. 8-16, jan./dez. 1992.

4 _____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

5 _____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

6 _____. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

7 _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLIAR, Moacyr; AMARANTE, Paulo D. C. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

8 _____. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente e Cérebro.** 2006. Disponível em: <www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html>. Acesso em: 01 fev. 2009.

9 AMARANTE, Paulo, *et al*. Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; CEREZZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (Org.). **Clio-psyché hoje**: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. p. 51-63.

10 AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

11 ANDRADE, Carlos Drummond de (1902-1987). **Farewell**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

12 BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

13 BÁRBARA, Vanessa. **Viajou sem passaporte**: a intervenção urbana criativa. Disponível em: <www.rizoma.net/interna.php?id=143&secao=intervencao>. Acesso em: 10 fev. 2009.

14 BAREMBLITT, Gregório. **Introdução à Esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2003. p. 119-122.

15 BAREMBLITT, Gregório; BAGGIO, Arco Aurélio. A Clínica, como ela é. In: LANCETTI, Antonio et al. **Saude e loucura**: a clínica como ela é. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 31-41.

16 BARJA, Wagner. **Intervenção/terinvenção**. Disponível em: <www.rizoma.net/interna.php?id=277&secao=artefato>. Acesso em: 10 fev. 2009.

17 BARROS, Armando Martins. Fotografia e verbalidade frente ao (sur)real: notas heterodoxas sobre o uso de imagens em pesquisa. In: LENZI, Luciana Helena Correia; DA ROS, Silvia Zanatta; SOUZA, Ana Maria Alves de; GONÇALVES, Marise Matos (Org.). **Imagem**: intervenção e pesquisa. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. p.151-171.

18 BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.171-195.

19 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

20 BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

21 _____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 01 fev. 2009.

22 BRASIL. **Portaria nº 189**, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Disponível em: <www.inverso.org.br/index.php/content/view/6887.html>. Acesso em: 10 fev. 2009.

23 _____. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

24 _____. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

25 _____. **Portaria nº 1.220**, de 07 de novembro de 2000. Criação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, da atividade profissional Cuidador em Saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes e o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos, o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros. Disponível em: <www.crefito5.com.br/web/sus/28_Portaria%20n%BA%201.220%20de%2007_11_2000.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

26 _____. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

27 _____. **Portaria nº 189**, de 20 de março de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20SAS%20189-2002RE.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

28 _____. **Portaria nº 1455**, de 31 de julho de 2003. Destinou incentivo financeiro, repassado fundo a fundo, para todos CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde até o final do exercício de 2003. Disponível em: <www.inverso.org.br/index.php/content/view/7153.html>. Acesso em: 10 fev. 2009.

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do programa "De volta para casa"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

30 _____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

31 BUARQUE, Chico. Cotidiano. In: BUARQUE, Chico. **Construção** (1971). São Paulo: Polygram, 1993. 1CD, faixa2.

32 BUARQUE, Chico. Futuros Amantes. In: BUARQUE, Chico. **Paratodos**. São Paulo: BMG Ariola, 1993. 1CD, faixa9.

33 CAIAFA, Janice. **Jornadas urbanas**: exclusão, trabalho e subjetividade nas viagens de ônibus na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

34 _____. Comunicação da diferença. **Revista Fronteiras**. Estudos midíaticos, São Leopoldo - RS, v. 7, n. 1, p. 47-56, 2004. Disponível em: <ojs.portcom.intercom.org.br/index.php/fronteiras/article/view/3091/2901>. Acesso em: 10 fev. 2009.

35 _____. Produção Comunicativa e Experiência Urbana. In: XXVIII Congresso Brasileiro da Ciência da Comunicação, 2005, Rio de Janeiro. **Anais**... Rio de Janeiro: INTERCOM, 2005. Disponível em: <www.intercom.org.br/papers/nacionais/2005/resumos/R1589-1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

36 CARROLL, Lewis (1832-1908). **Alice no País das Maravilhas**. Tradução de Charles Lutwidge Dodgson. Porto Alegre: L&PM, 2002. (Coleção L&PM Pocket)

37 CASCUDO Luís da Câmara. **Dicionário do Folclore Brasileiro**. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1954, 2 v.

38 COIMBRA Cecília; NASCIMENTO, Maria Lívia do. **Sobreimplicação**: práticas de esvaziamento político? 2004. Disponível em: <www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto22.htm&codtexto=22&cod=22&nome_autor=&tp=a>. Acesso em: 10 fev. 2009.

39 COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **O centro de atenção psicossocial prof. Luiz da Rocha Cerqueira**. São Paulo, 1987. [Mimeogr.].

40 DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991. p. 53-79.

41 DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Felix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

42 _____; _____. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, v. 5. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Ed. 34, 1997.

43 _____. **Foucault**. Tradução: Claudia Sant'Annna Martins. Revisao da tradução: Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 1988.

44 _____. **Conversações**, 1972-1990. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1992.

45 _____. **O mistério de Ariana**. Tradução de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Vega. 1996.

46 _____.**Crítica e clínica**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997a.

47 _____. A imanência: uma vida... Tradução de Jorge Vasconcellos, Hercules Quintanilha. In: VASCONCELLOS, Jorge; FRAGOSO, Emanuel Angelo da Rocha (Org.). **Gilles Deleuze**: imagens de um filósofo da imanência. Londrina: UEL, 1997b, p.15-19.

48 _____. **Bergsonismo**. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34. 1999.

49 _____. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

50 DIMENSTEIN, Magda. **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde**: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

51 DUBOIS, Philippe. **Cinema, vídeo, Godard**. Tradução: Mateus Araújo Silva. Cosac&Naify, 2004. p. 69-95.

52 EDIFÍCIO Master. Direção: Eduardo Coutinho. Pesquisa: Consuelo Lins, Cristiana Grumbach, Daniel Coutinho, Eliska Altman e Geraldo Pereira. Direção de produção: Beth Formaggini. Fotografia e câmera: Jacques Cheuiche. Som direto: Valéria Ferro. Edição de Som: Denilson campos. Montagem: Jordana Berg. Arte gráfica: Cristiana Grumbach e Patricia Chueke. Produção executiva: João Moreira Salles e Mauricio Andrade Ramos. Produção: Videofilmes, 2002. Brasil. Documentário, DVD (110 min), son, cor.

53 ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Fotografia: Marcos Prado. Montagem: Tuco. Som direto: Leandro Lima. Trilha sonora: Décio Rocha. Mixagem: Rodrigo Noronha. Trilha sonora adicional: Décio Rocha e Pedro Igel. Produção executiva: James D'arcy. Assistente de direção: Alexandre Lima. Assistente de edição: Moema Pombo. Distribuição: RioFilme, 2005. Brasil. Documentário, DVD (115 min), son., cor e P & B.

54 FAVARETTO, Celso Fernando. **A invenção de Hélio Oiticica**. São Paulo: Editora da USP, 1992, p.136-168. (Coleção Texto e Arte; 6)

55 FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 2.ed. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

56 _____. **Isto não é um cachimbo**. 4.ed. Tradução de Jorge Coli. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

57 FREUD, Sigmund. O Estranho. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira com comentários e notas de James Strachey e Alan Tyson. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17, p. 234-273.

58 GUARIDO, Elza Lauretti; CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro n. 22, p. 141-148, 2006.

59 GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. 4ed. Tradução de Ana Lúcia de Oliviera e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Ed. 34, 1992.

60 GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7ed.rev. Petrópolis; Vozes, 2005.

61 GULLAR, Ferreira. **Etapas da arte contemporânea**: do cubismo ao neoconcretismo. São Paulo: Nobel, 1985.

62 HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

63 HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

64 GULLAR, Ferreira. **Etapas da arte contemporânea**: do cubismo ao neoconcretismo. São Paulo: Nobel, 1985.

65 JANELA da Alma. Direção: João Jardim e Walter Carvalho. Elenco: José Saramago, Wim Wenders, Hermeto Pascoal, Antônio Cícero, Paulo Cezar Lopes, Agnès Varda, Marieta Severo, Eugen Bavcar, Hanna Shygulla, Carmella Gross, João Ubaldo Ribeiro, Walter Lima Jr., Oliver Sacks, Manoel de Barros, Arnaldo Godoy, Madalena Godoy, Marjut Rimminen. Europa Filmes, 2002. Brasil. Documentário, DVD (73 min), son., cor.

66 JOLY, Martine. **Introdução à análise de imagem**. 7. ed. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 2004.

67 KIRST, Patrícia Gomes et. al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (Org.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 91-101.

68 LAGNADO, Lisette. **Museu é o mundo**. Trabalho apresentado na 25ª Bienal de São Paulo. São Paulo, maio de 2002.

69 LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

70 LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

71 LEFÈBVRE, Henry. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

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

73 LINS, Consuelo. **O documentário de Eduardo Coutinho**: televisão, cinema e vídeo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

74 _____. O filme-dispositivo no documentário brasileiro contemporâneo. In: MESQUITA, C. et al. (Org.). **Sobre fazer documentário**. São Paulo: Itaú Cultural, 2007a, p.45-51.

75 LINS, Consuelo. O ensaio documentário e a questão da narração em off. In: FREIRE FILHO, João; HERSCHMANN, Micael (Org.). **Novos rumos da cultura da mídia**: industria, produtos, audiências. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007b, p.143-157.

76 MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria, 1839-1908. **O alienista**. Porto Alegre: L&PM, 1998. (Coleção L&PM Pocket)

77 MACHADO, Leila Aparecida Domingues. Subjetividades Contemporâneas. In: BARROS, M. E. B (Org.). **Psicologia**: questões contemporâneas. Vitória: EDUFES, 1999. p. 211-229.

78 _____. Ética. In: BARROS, M. E. B. (Org.). **Psicologia**: questões contemporâneas. Vitória: EDUFES, 1999b, p.145-162.

79 _____. Ética: exercícios de resistência em meio à indiferença. In: NOVO, H.; NOBRE, A.; SOUZA, L. (Org.). **Ética, cidadania e participação**: debates no campo da Psicologia. Vitória: EDUFES, 2001, p. 71-80.

80 _____. **À flor da pele**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

81 _____. Capitalismo e configurações subjetivas. In: ABDALLA, Maurício; BARROS, M. E. B. (Org.). **Mundo e sujeito**: aspectos subjetivos da globalização. São Paulo: Paulus, 2004, p. 164-172.

82 _____. O que chamamos clínica? In: ROSA, E. M. (Org.). **A produção da psicologia social no Espírito Santo**: memórias, interfaces e compromissos. 1ed. Vitória: UFES/ABRAPSO, 2008a, p. 59-69.

83 _____. Políticas de subjetivação. In: MANFROI, V. M.; MENDONÇA, L. J. V. P. (Org.). **Política social, trabalho e subjetividade**. Vitória: EDUFES, 2008b, p. 1-18.

84 _____. **Imagens da subjetividade**. Informática na Educação. 2009. Artigo submetido a publicação.

85 MACHADO, Leila Domingues; GOTTARDI, Denise Pesca Pereira; PINHEIRO, Janayna Araújo Costa. Subjetividade e processo de criação na escrita: um sopro de vida. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO, 4. Rio de Janeiro. **Anais**... Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

86 MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

87 _____. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Revista Vivência**. Natal, n. 32, p. 79-95, 2007.

88 MAGRITTE, René. A traição das imagens (Isto não é um cachimbo). 1928/1929.Óleo sobre tela. 62,2 × 81 cm. Los Angeles, Country Museum. In: MEURIS, Jacques. **René Magritte 1898-1967**. Alemanha: TASCHEN, 1993.

89 _____. Os dois mistérios. 1966. Óleo sobre tela 65 × 80. Courtesy Galeria Isy Brachot, Bruxelas-Paris. In: MEURIS, Jacques. **René Magritte 1898-1967**. Alemanha: TASCHEN, 1993.

90 MANGUEL, Alberto. **Lendo imagens**: uma história de amor e ódio. Tradução de Rubens Figuereido, Rosaura Eichemberg, Cláudia Strauch. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

91 MUNCH, Edvard. O Grito. 1893. Óleo, têmpera e pastel sobre cartão. 91 × 73.5 cm. Galeria Nacional, Oslo. In: BISCHOFF, Ulrich. **Edvard Munch 1863-1944**: Imagens de vida e de morte. Alemanha: TASCHEN, 1997.

92 NICÁCIO, Fernanda et al*.* **Produzindo uma nova instituição em saúde mental**: o núcleo de atenção psico-social. Santos: 1990. [Mimeogr.]

93 NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm (1844-1900). **Segunda consideração intempestiva**: da utilidade e desvantagem da história para a vida. Tradução Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

94 NOSSA Música. Produção Aventura Films, Peropheria, france 3 Cinema, Canal Plus, Vega Film, TSR, DFI, Alain Sarde, Ruth Waldburger. Direção: Jean-Luc Godard. Direção de arte: Anne-Marie Miéville, em memória de: Elias Sambar. Centro André Malraux Saravejo. Fotografia: Julien Hirsch, J-C Beauvallet. Som: François Musy. Dolby SR, DTS, Wild Bunch. Com: Sarah Adler, Nade Dieu, Rony Kramer, J-Ch. Bouvet, Juan Goytisolo, Mahamoud Darwich, George Aguilar, Letícia Gutierrez, Ferlyn Brass, J-P, Curnier, Pierre Bergouniox, Gilles Pecqueux. Distribuição: Califórnia Filmes. França, 2005. **Documentário**, DVD (76 min), son., cor e P&B.

95 O FIM e o Princípio. Direção: Eduardo Coutinho. Produção executiva: Maurício Andrade Ramos e João Moreira Salles. Produtor associado: Eduardo Coutinho. Assistente de direção: Cristiana Grumbach. Direção de produção: Raquel Freire Zangrandi. Direção de fotografia e câmera: Jacques Cheuiche, A. B. C. Som: Bruno Fernandes. Montagem: Jordana Berg. Produção: Videofilmes, 2005. Brasil. **Documentário**, DVD (aprox. 110 min), son., cor.

96 O RAPPA; YUKA, Marcelo. Minha alma (A paz que eu não quero). Interprete: Maria Rita. In: RITA, Maria. **Mariarita**:segundo. Warner Music Brasil 2005, 1CD, faixa6.

97 PALHARES, Taisa. Anarquismo construtivo. **Revista Número**. 2007. Disponível em: <forumpermanente.incubadora.fapesp.br/portal/.rede/numero/rev-numero1/taisa3nos3>. Acesso em: 9 dez. 2007.

98 PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (Org.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 81-89.

99 _____. Passagens da clínica. In: MACIEL JÚNIOR, A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (Org.). **Polifonias**: clínica, política e criação. RJ/ Nitéroi: Contra Capa/ Mestrado em Psicologia da Universidade Fluminense, 2005. p. 89-100.

100 PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

101 PROJETO de Lei nº 3657-B, de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, Tramitado no Senado sob nº 08191. Dispõe sobre a extincao progrssiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Sala de Sessões, 14 dez. 1990. In: CONSELHO Regional de Psicologia - 6ª Região. **Revista "Trancar não é tratar - liberdade**: o melhor remédio" - 18 de maio Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia/6ª Região, 1997.

102 RAUTER, Cristina. Subjetividade, arte & clínica. In: SILVA, André do Eirado *et al.* (Org.). **Saúde loucura 6**. Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 109-119.

103 RAUTER, Cristina. **Clínica do Esquecimento: Construção de Uma Superfície.** 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica); Pontifícia Universidade de São Paulo - 1998.

104 _____. Oficinas para quê? In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-278.

105 _____.A memória como campo intensivo: algumas direções a partir de Deleuze, Nietzsche e Proust. In: FONSECA, T. M. G. F.; FRANCISCO, D. J. (Org.). **Formas de ser e habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 2000. p. 27-43.

106 RELATÓRIO Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. In: CONSELHO Regional de Psicologia/6ª Região. **Revista "Trancar não é tratar - liberdade**: o melhor remédio" - 18 de maio Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia/6ª Região, 1997.

107 REIS, Eliana Schueler. Múltiplos EUS. In: _____ *et al*. (Org.). **Pontos de Fuga**: Visão, tato e outros pedaços. Editora Taurus/Associação Pró-Universidade Livre do Rio de Janeiro, 1996, p. 85-96.

108 ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

109 _____. O mal-estar na diferença. **Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP**. 1995. Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2009.

110 _____. Instauração de mundos. **Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP**. 1998. Disponível em: </www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Instauracao.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2009.

111 _____. Os mapas movediços de Öyvind Fahlström. **Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP.** 2000. Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Fahlstrom.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2009.

112 ROLNIK, Suely. A vida na berlinda. 2002a. **Núcleo de Estudos da Subjetividade** da PUC-SP. Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Berlinda.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2009.

113 _____. Subjetividade Antropofágica. In: MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b, p. 11-27.

114 _____. Despachos do museu: sabe-se lá o que vai acontecer. In: FONSECA, T. M.G.; KIRST, P. G. (Org.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p. 207-218.

115 ROSAS, Ricardo. Hibridismo coletivo no Brasil: transversalidade ou cooptação? 2007. **Fórum permanente**: museus de arte; entre o público e o privado. Disponível em: <forumpermanente.incubadora.fapesp.br/portal/.event_pres/simp_sem/pad-ped0/documentacao-f/mesa_01/mesa1_ricardo_rosas/>. Acesso em: 23 jan. 2008.

116 ROTELLI, Franco. A instituição negada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 89-99.

117 ROTELLI, Franco; LEONAARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

118 SANZANA, Anna Paula Motta P. *et al.* A reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, 2006, p. 169-178.

119 SEMINÁRIO A VIDA COMO OBRA DE ARTE. **Trabalhos apresentados**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 13 a 14 nov. de 2008.

120 SERRES, Michel. **Filosofia mestiça**. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

121 _____. Variações sobre o corpo. Tradução de Edgard de Assis Carvalho, Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

122 SILVA, André do Eirado. Voltar as costas para o tempo: o problema da subjetividade em Bergson. In: _____. *et al.* (Org.). **Saúde loucura 6**. Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 208-220.

123 SILVA, Camila Mariani. **A loucura sai do manicômio**: dispositivos residenciais no Espírito Santo. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

124 SOUTINE, Chaim. **Self-Portrait**. c. 1918. Óleo sobre tela. 54.6 × 45.7 cm. The Art Museum, Princeton Univercity, NJ, USA. Disponível em: <www.abcgallery.com/S/soutine/soutine.html>. Acesso em: 10 fev. 2009.

125 SPINOZA, Baruch. **Ética**. Tradução de Lívio Xavier. Rio de Janeiro: Editora Tecnoprint/Edições de Ouro, [s/d.]. (Coleção Universitária).

126 TAKEUCHI, Maria. **Liberdade aos diferentes**. Disponível em: <www.rizoma.net/interna.php?id=155&secao=neuropolitica>. Acesso em: 10 fev. 2009.

127 VAN GOGH, Vicent. A cadeira de van Gogh em Arles com Cachimbo. Arles, dezembro de 1888. Óleo sobre tela. 93 × 73,5 cm, Londres, Tate Gallery. In: WALTHER, Ingo F. **Vicent van Gogh 1853-1890**: Visão e Realidade. Alemanha: TASCHEN, 1990.

128 YASUI, Silvio. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. **Saúde loucura 1**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

129 WEINRICHTER, Antonio. Un concepto fugitivo: notas sobre el film-ensayo. In: LA FERLA, Jorge (Comp.). **Artes y Medios audiovisuales**: un estado de la cuestión II: las prácticas mediáticas pre digitales y post analógicas. Buenos Aires: Aurelia Rivera Nueva Libreria, 2008, p. 18-48.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo refere-se a um convite para participar, como voluntário (a), da pesquisa de Mestrado intitulada **Cartografia por imagens em uma experiência de clínica,** que teve como objetivo acompanhar, por meio de imagens, a produção de subjetividades que emergem nos encontros dos trajetos percorridos pelos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos no bairro onde habita, Santana, Cariacica. A pesquisa, realizada durante o ano de 2007 e 2008, visou a levantar informações sobre as mudanças no cotidiano dos moradores das Casas, por meio de um vídeo, no qual são abordados três aspectos, incluindo a imagem e/ou áudio do participante: 1) transição, momento em que se percorre um trajeto; 2) interatividade com os lugares, como praça, barbearia, padaria, supermercado; 3) entrevistas, momento em que há fala e/ou diálogo. A produção de dados foi realizada pela pesquisadora Janayna Araújo Costa Pinheiro, mestranda do **Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo**, orientada pela Prof.ª Dr.ª Leila Aparecida Domingues Machado.

Esclarecimentos quanto à participação:

- A identificação dos participantes não é prioridade para pesquisa. No entanto, os nome dos participantes aparecerão assim como as imagens, mas não visam a identificação;
- Não haverá riscos para a sua saúde;
- Não haverá nenhuma forma de pagamento;
- É permitido desistir, a qualquer momento, da participação;
- Os benefícios da participação serão indiretos;
- É possível obter todas as informações e esclarecimentos que julgar necessários diretamente com a pesquisadora;
- Ao término da pesquisa será realizada uma reunião devolutiva com todos os participantes da pesquisa;
- Os resultados da pesquisa serão apresentados em artigos e eventos científicos.

Assim, se o (a) Sr. (a) aceitar o convite para participar da pesquisa e autorizar o uso gratuito de seu nome, imagem e voz em DVD (“digital video disc”) e internet, para fins de divulgação desta pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Eu, _____, RG _____, fui devidamente esclarecido (a) do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar, assim como autorizo o uso gratuito de meu nome, imagem e voz em DVD (“digital video disc”) e internet ou em outra mídia para fins de divulgação desta pesquisa.

Vitória,_____ de_____ de 2009.

_____

Janayna Araújo Costa Pinheiro (pesquisadora)

Para qualquer esclarecimento consulte a pesquisadora: 9942-4441/4009-7643

ANEXO B – MATÉRIA PUBLICADA NO JORNAL A GAZETA

Nova realidade

A VIDA ALÉM DOS MUROS

Muita coisa mudou no maior hospital de tratamento psiquiátrico do Estado.

VILMARA FERNANDES
vfernandes@redegazeta.com.br

FOTOS: CHICO GUEDES

■■ O olhar de puro carinho não deixa dúvidas: Benedito Milagre é um homem apaixonado. O alvo de suas atenções é a esposa, Roseni de Oliveira, uma morena sorridente e alegre. A história de amor do casal é uma vitória de quem não deixou suas esperanças morrerem, mesmo após muitos anos de internações psiquiátricas.

O relacionamento, que já dura oito meses, seria impossível, impensável até algumas décadas atrás. Não ser "normal" significava uma ameaça à sociedade, como lembra o diretor técnico do Hospital Adauto Botelho, Hugo Guangiroli.

Aos "loucos" o destino era a segregação, o distanciamento da família, dos amigos, do convívio social. Não é à toa que o único hospital psiquiátrico do Estado foi construído em um local, à época, bem distante da Capital. E isolado.

Romper essa barreira não é fácil. Que o diga Roseni. Mesmo com seu perfil contestador, teve que lutar para não se submeter ao estigma da loucura, da incapacidade, de que não era capaz de gerir a sua própria vida. Indiferente ao que todos pensavam, fez valer o seu direito de querer uma vida diferente, ao lado daquele "moreno alto e bonito", que conheceu no hospital.

Um sonho rebelde que demorou 20 anos para acontecer. Hoje, vive com seu marido em uma casinha de quatro cômodos, em Porto Belo, Cariacica. Possuem limitações, necessidade de medicamentos e de acompanhamento constante. Mas nada que os impeça de estar inseridos na comunidade, de freqüentar uma igreja, de fazer compras no comércio local, de visitar os vizinhos e os parentes. Enfrentam a luta diária para manter uma relação saudável, como tantos casais.

HISTÓRIA DE AMOR E SUPERAÇÃO. **Benedito Milagre e Roseni de Oliveira: eles se conheceram na unidade e estão juntos há oito meses**

"Vivemos assim: eu cuido dele, ele cuida de mim. Assim nos ajudamos", conta Roseni

"Eles são um exemplo de que os doentes mentais podem assumir a sua condição e gerir a sua própria vida", ressalta a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Moxuara (CAPs), Anelise Nunes Gorza.

MAIS HUMANIDADE

Ao longo dos últimos anos, muita coisa mudou no Adauto Botelho. O número de internos diminuiu, o local foi reformado, e o tratamento humanizado. Já não há mofo nas paredes, lixo pelos cantos, infiltrações nos banheiros, camas sem colchão. Os tratamentos como o eletrochoque e as celas fortes já não fazem parte do dia-a-dia dos pacientes. Eles andam vestidos e utilizam talheres para se alimentar.

Mas uma realidade ainda persiste: o asilamento. É nesse contexto que ainda vivem mais de 80 internos. Homens e mulheres que passam a vida em um mundo completamente diferente. Alheios à crise mundial, à eleição de Obama, nos EUA, e à queda das torres gêmeas. Nem mesmo a internet, que invadiu a casa de todos e promoveu mudanças no comportamento da humanidade, afetou suas rotinas.

Seu dia-a-dia é pontuado pelo vai-e-vem típico dos pacientes psiquiátricos, pelos surtos dos colegas, e de suas crises. E mais, pela ausência de escolhas, de expectativas, de desejos, de voz, de direitos e deveres. Vivem a perda diária de sua autonomia, de sua individualidade, de suas esperanças.

Uma experiência que Roseni não gosta de lembrar. O brilho de seu olhos desaparece quando relata como era seu dia-a-dia. "Era muito, muito triste. Eu não tinha nada, nem amigos."

SEM VÍNCULOS

A maioria dos que residem no Adauto Botelho não tem família ou referência social. Vinte envelheceram e passam os dias na unidade geriátrica. Outros estão no local há, no mínimo, três décadas. O mais novo tem pouco mais de 40 anos. É o caso de Eduardo Endringer, que chegou transferido da antiga Clínica Santa Angélica.

Com um sorriso franco, mostra seu armário, sua pasta de dente, como se fosse um privilegiado, num espaço onde ninguém tem nada. Seu sonho é revelado numa fala rápida: "Quero ir para a casa", diz, se referindo às residências terapêuticas.

ISOLAMENTO

O pouco contato dos pacientes com o mundo externo acontece nos passeios promovidos pelos funcionários ao teatro, à praia ou a um parque. É quando seus olhos vislumbram uma outra vida. Um mundo de cores, sons e perspectivas que se fecha como os portões, quando retornam para o hospital.

As histórias de suas vidas foram ofuscadas pela doença. Os relatos são sempre de terceiros, funcionários com quem convivem, seus únicos amigos. Alguns chegam a ser agressivos. Vivem no incessante ir e vir de uma doença que não tem cura, mas que pode contar com um tratamento completamente diferente.

RESSOCIALIZAÇÃO. **Após uma vida inteira na unidade, José Batista de Souza aprendeu com rapidez novos hábitos em sua casa**

"É o resultado do isolamento, que não ajuda em nada, só piora o quadro", observa Maria Jorgete Barroso Veloso. Ela é gerente da Unidade de Ressocialização, o setor que cuida dos pacientes que estão asilados"

LIBERDADE

No andar de cima do Adauto Botelho, outros 50 sonham com a liberdade. Estão em internações temporárias que às vezes perduram por mais de um ano. Como dona Joseni Freitas, de 67 anos, que ao ver nossa equipe foi disparando: "Me leva embora". Em sua terceira passagem pela instituição, ela se recusava a aceitar aquele ritmo de vida como seu.

Queria ter o direito de acordar, comer, dormir, tomar banho e vestir-se na hora em que desejasse. Queria ser sujeito de sua vida. E conseguiu: recebeu alta há duas semanas.

Deixou para trás colegas que, em pequenos gestos de resistência, chegam a modificar a posição de suas camas. "É o desejo de autonomia dentro do espaço", revela Fernanda Zimmer, gerente da Unidade de Curta Permanência.

Sentimento visível em Carla Cristina, surda-muda recém chegada à unidade. Ela está se sempre arrumada e maquiada,

SAUDADE. **Maria das Graças Souza, interna, emociona-se ao lembrar-se de casa: "Eu podia fazer meu feijão, meu franguinho caipira..."**

DO ADAUTO BOTELHO

Apesar de histórias de superação, pacientes ainda vivem isolados

com muita cor, como se estivesse pronta para sair a qualquer momento.

Ao seu lado, os olhos de Maria das Graças Souza brilham ao lembrar o tempo em que trabalhava e tinha sua casa. "Quando podia fazer meu feijão, meu franguinho caipira, minha canjiquinha, tudo temperado com alho roxo", diz, com saudade.

Sem família e sem casa, recusa-se a viver no hospital, em abrigos ou asilos. Aos 61 anos, gosta da liberdade da rua e das possibilidades que ela proporciona, como o álcool.

PASSADO

Até o início do século, essas pessoas eram denominadas psicopatas, como se todas fossem criminosas. Só mais tarde foram chamadas de psicóticas. Até 1959, correspondiam a 2% da população. Hoje, segundo o Ministério da Saúde, chegam a 15%.

No Estado, até 1918 viviam em uma unidade de Cachoeiro. Depois, foram transferidos para o antigo Hospital Osvaldo Monteiro, na Ilha da Pólvora, em Vitória. Nas últimas cinco décadas, o destino foi o Hospital Adauto Botelho. Um espaço que chegou a ser dividido com os doentes de tuberculose e de hanseníase.

O Adauto, que na inauguração chegou a ser considerado modelo no país pelo tipo de tratamento que oferecia, viveu momentos de grandes dificuldades, chegando a ser comparado a um "circo dos horrores". Superlotação de pacientes, péssimas instalações físicas, falta de medicamento, de roupa de cama e até de alimentos.

Um cenário perfeito para as muitas histórias tristes de abandono, como as relatadas por Maria Lopes. Dos seus 62 anos, ela passou 40 na Enfermagem. Lembra-se da paciente trazida por 11 irmãos, apesar de não apresentar sintomas de transtornos mentais. Aos poucos, a moça contou que foi abandonada para que não tivesse que dividir a herança. Morreu no hospital, muitas décadas depois.

Um tipo de abandono comum à época, quando a internação acontecia diretamente no hospital, e o controle de entrada e saída dos pacientes era feito pelos porteiros. A história da mulher lembrada por ela é igual a outras tantas de pessoas levadas para a instituição por serem usuárias de álcool, perseguidas políticas nos anos de chumbo, e doentes que a família não queria por perto. Pessoas condenadas à morte em vida.

FOTOS: CHICO GUEDES

DIFERENÇA. Corredores mostram que, em termos de limpeza, o quadro é bem diferente de anos atrás. Mas o asilamento continua

A experiência de vida com cada paciente ao longo de 30 anos de trabalho tem mostrado à gerente da Ressocialização do hospital, Maria Jorgete, que todos podem viver longe dali, de forma diferente. Quando chegou ao Adauto Botelho, ela ficava chocada porque os pacientes não tinham colchão para dormir e viviam nus, comendo com as mãos e até no chão. "Viviam em regressão", destaca Jorgete.

> **"Era impossível trabalhar a terapia com quem estava nu, sem cama, sem fala, sem documentos. Precisavam saber e reconhecer que tinham direitos", diz**

Foi um trabalho duro. Quarenta alcançaram a cidadania e aprenderem a viver em sociedade. Como crianças, foram assimilando hábitos simples, como comer em uma mesa, vestir suas roupas, tomar banho sozinho, arrumar sua cama, andar na rua, fazer compras, respeitar o próximo. Hoje, vivem em cinco residências terapêuticas.

José Batista de Souza é um deles. Abandonado quando bebê na Ilha da Pólvora, e transferido para o Adauto, surpreendeu até os funcionários. Aos 67 anos, depois de uma vida inteira no hospital, aprendeu logo os novos hábitos, como lavar e guardar seus copos.

Aos que o visitam, mostra feliz a cama que comprou com seu próprio dinheiro. "É mais confortável", relata, orgulhoso de ter algo que não seja igual ao que os outros moradores da casa têm. Pequenas conquistas para uma sociedade em que é preciso ter muito. Grandes para quem agarrou com toda a força a pequena chance de resgatar sua vida e descobrir, depois de tanto tempo, que é possível viver de outra forma, mais humana. E ser feliz.

ASSISTA NA WEB
Fotos antigas e novas do Adauto Botelho, e ensaio filosófico sobre a loucura do professor Maurício Abdalla no site www.gazetaonline.com.br /agazeta

HISTÓRIAS. Maria Lopes: 40 dos 62 anos de idade dedicados à Enfermagem no Adauto Botelho

A GAZETA denunciou por décadas o caos na unidade

Foram diversas matérias sobre descaso no tratamento; realidade mudou com reforma psiquiátrica

Ruas viram lar de pacientes mentais

'Carrego as palavras de Deus'

PREOCUPAÇÃO. Na página de A GAZETA em 17 de maio de 1987, uma das denúncias

Pacientes sem alimentação, sem banho, sem roupas limpas. O caos reina no Hospital Adauto Botelho, onde o cheiro é de urina e fezes espalhadas pelo chão. O ano é 1987, os funcionários estão em greve, e os pacientes, sem atendimento. No retorno deles foi necessária até da ajuda do Corpo de Bombeiros para limpar a unidade.

Três anos depois, as más condições de trabalho e a falta de medicamentos levaram à demissão do diretor-geral e do diretor-clínico da unidade. Os funcionários ameaçavam também colocar seus cargos à disposição do governo.

Nove anos depois, no momento em que o Congresso Nacional começava a discutir a lei que poria um fim gradativo aos manicômios, nova crise no Adauto: enquanto os "loucos" continuavam internados, a ordem de despejo chegou para todos os funcionários especializados, com o corte das funções por designação temporária.

São algumas das muitas matérias feitas por A GAZETA desde a criação do hospital, em 1954. Anos de denúncias relativas à falta de estrutura, à superlotação, ao descaso e aos maus-tratos aos pacientes internados na unidade. Uma realidade que só começou a ser modificada após a aprovação da reforma psiquiátrica **(leia mais na página 14)** quando as notícias começaram a mostrar as possibilidades de recuperação de quem estava deixando a instituição.

Nova realidade

Sem apoio no município, doente vai para hospital

Mudanças propostas em 2001 dão prioridade ao tratamento no próprio bairro, antes das crises

VILMARA FERNANDES
vfernandes@redegazeta.com.br

O tratamento para o doente mental deve acontecer em seu bairro, na unidade de saúde, com visitas familiares e muito antes de a crise começar. É o que preconizam as mudanças introduzidas pela reforma psiquiátrica a partir de 2001. Na prática, porém, a situação tem se mostrado diferente. As estruturas municipais ainda não estão formadas, e o atendimento que deveria ser ambulatorial acaba na porta dos hospitais.

Além de dificultar o acesso ao atendimento e ampliar a demanda por internações, esse cenário cria situações como a vivida pela comunidade de José de Anchieta, há duas semanas. Uma moradora, sem família, entrou em surto. Sem ter a quem recorrer, os vizinhos apelaram para a polícia. Uma situação que poderia ter sido identificada, com antecedência, no próprio município.

O Estado acena com a ampliação da rede e a construção de novos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs), mas reconhece que precisa da ajuda dos municípios para reverter as dificuldades no atendimento. "Se quiserem, temos como estruturar uma rede completa de atenção aos transtornos mentais", destaca o secretário estadual de Saúde, Anselmo Tozi. Quando ela existe – acrescenta – não se tem a necessidade de internação, que vem do abandono.

O grande desafio hoje é mostrar que a doença mental precisa ser vista e tratada de forma diferente. A avaliação é do diretor-geral do Hospital Adauto Botelho, Renato José Vieira. "As doenças crônicas, como os transtornos mentais, não são tratados só por internação, que deve ser pontual", observa.

E sem abrir mão do cuidado familiar, acrescenta a coordenadora estadual de Saúde Mental, Inêz Antunes Paes Torres. "Se o quadro evolui para uma crise, o paciente pode ser encaminhado para outros serviços da rede, como Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs) ou até mesmo para um hospital", diz.

PLANO

De olho nessa situação, desde o mês passado os promotores do Ministério Público Estadual (MPE) estão informando os municípios sobre a necessidade de se preparar um plano municipal de Saúde. Ele deve contemplar as necessidades da saúde mental e ser incluído no Plano Plurianual (PPA).

O coordenador do Centro de Apoio à Saúde do MPE, José Adalberto Dazi, lembra que que existe "um passado tenebroso" de atendimento voltado para os doentes mentais que precisa ser superado. "O momento para estruturar o serviço e garantir um atendimento decente é agora, quando começam a ser preparados os projetos para o PPA 2010/2013. Se isso não for feito agora, será necessário esperar mais quatro anos", alertou.

Outro alerta é de Tozi e vai para a sociedade: o secretário ressalta que o convívio do doente com a família e com a sociedade e a manutenção de uma atividade laboral é a solução. Tozi acrescenta que, no futuro, todos os hospitais deverão contar com leitos psiquiátricos, pondo fim à necessidade de um manicômio.

FOTOS: CHICO GUEDES

VIDA NOVA. Aparecida vive na residência terapêutica em Itacibá e adora a liberdade que pode vivenciar hoje

Redescoberta com oficinas e terapias

Trabalho do Centro de Atendimento Psicossocial permite ao paciente redescobrir-se a seu tempo

O momento é de psicoterapia em grupo. A conversa no círculo segue animada, menos para seu João. Agachado num cantinho da sala, com o chinelo ao lado, ele prefere observar. Nada fala. É assim em quase todas as oficinas do Centro de Atendimento Psicossocial (Caps) Moxuara, em Tucum, Cariacica. Cada paciente, a seu tempo, vai descobrindo a sua maneira de integrar-se ao convívio social. "Cada um traduz a sua experiência do hospital, onde nada lhe pertence e onde nada decide, de forma diferente", explica a coordenadora do CAPs Moxuara, Anelise Nunes Gorza.

O CAPs é o espaço onde os usuários têm acesso a consultas psiquiátricas, psicoterapia em grupo, a trabalhos laborais, terapia ocupacional e até atendimento para suas famílias. Não há internação. Lá vão aprender a lidar com suas dificuldades: reconhecer seu corpo, ter cuidados consigo, tomar seus medicamentos, receber orientações. É onde aprendem a reconstruir suas vidas.

Como Rodrigo Martins, 23 anos, nove internações no Adauto por drogas aliadas a distúrbio bipolar. Quase destruiu sua vida ao incendiar sua casa. Hoje, em tratamento, sonha em voltar a estudar. "Foram as influências das más companhias, mas consegui superar", diz.

Ou Alda Souza, que ainda reside no Adauto, onde foi abandonada pelo marido. Ela passa o dia no Caps. Quando chegou, mal conseguia mover as mãos. Resultado da depressão e dos medicamentos. Hoje, divide o espaço com vários colegas na oficina de tapeçaria, com uma agilidade de artesã experiente.

O trabalho já rompeu os limites do CAPs e vem sendo vendido nos shoppings e até em feiras, com qualidade reconhecida. "Eles saem da condição de zero de autonomia, zero de cidadania, e começam a ter seus produtos vendidos, porque são capazes", observa Anelise.

VEJA NA WEB

Saiba onde buscar tratamento em caso de transtorno mental no www.gazetaonline.com.br/agazeta

SONHOS. Rodrigo, 23 anos, sonha em voltar a estudar

Gastos

R$ 41,2 milhões

Esse é o valor gasto pela Secretaria Estadual de Saúde, entre 2001 e agosto de 2008, com os 79.508 procedimentos e internações psiquiátricas de curta e longa permanência

Pacientes ganham lar verdadeiro e resgatam vida

Ao todo, são cinco residências terapêuticas, cada uma com oito moradores, em Itacibá

Para pelo menos 40 pessoas, os muros do hospital são coisa do passado. Eles conquistaram o direito de viver em uma das cinco residências terapêuticas, todas localizadas em Itacibá, Cariacica. Oriundos de longas internações, o projeto representa a possibilidade de resgatar suas vidas.

O diferencial, como explica a gerente da Unidade de Ressocialização, Maria Jorgete Barroso Veloso, é que, ao deixar de ser paciente de um hospital, eles adquirem autonomia para decidir. Para enfrentar o desafio, começaram a ser preparados ainda no hospital, na chamada Enfermaria Pré-lar.

Como crianças, tiveram que assimilar hábitos simples, como comer em uma mesa, vestir suas roupas, tomar banho sozinho, arrumar a cama, andar na rua, fazer compras, respeitar o próximo. "Foi um trabalho de ressocialização", diz Jorgete. Para alguns, o trabalho foi tão bem sucedido que conseguiram resgatar seus vínculos familiares.

CONVÍVIO

Cerca de 80 pacientes ainda vivem no hospital. Para atendê-los seria necessária a criação de mais dez residências. A expectativa é de que os municípios adotem a proposta. "A política de exclusão no Brasil não deu certo, criou até mais problemas. O caminho é o convívio social", destaca o secretário estadual de Saúde, Anselmo Tozi.

Que o diga Aparecida, nome que recebeu por ter "aparecido" no Adauto, após ser abandonada ainda pequena no Hospital Infantil, na Capital. Criada pelos funcionários, ela adora a liberdade que vivencia hoje pela ruas de Itacibá, bairro de Cariacica onde reside. Visitar os amigos e fazer compras – como a da bolsa nova onde guarda seus documentos – são suas atividades preferidas. É a cidadania obtida que a faz manter vivo o sonho de casar e um dia ter uma casa sua.

Para outros pacientes, que não "voam" tão alto, já é bom saber que podem ficar na varanda observando o incessante vai e vem da vida alheia, bem diferente do vazio dos corredores hospitalares. "Eu sou feliz aqui", relata Alzira Sales, que um dia teve medo de deixar o hospital.

Os tratamentos

400 a.C. >
Buracos no couro cabeludo são considerados eficazes para expulsar os demônios que provocariam a loucura

1600 >
Ameaças, algemas e bofetadas eram usados como tratamento. Aos loucos, vistos como bichos, o medo é imposto como forma de cura

1701-1715 >
O paciente é machucado com várias técnicas, inclusive causando bolhas na cabeça e jogando soda cáustica nas genitálias. O objetivo era que o paciente focasse na sensação de dor, deixando de lado pensamentos raivosos. Logo depois, surge o tratamento com a ingestão de purgante por vários dias. Com as náuseas, as alucinações seriam suspensas

1745-1826 >
O médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais

1790 >
O sangramento começa a ser utilizado. Eram retirados até quatro quintos de sangue do corpo para normalizar o fluxo sanguíneo para o cérebro

1828 >
O paciente é colocado dentro de um caixão com furos e imerso na água, até que bolhas de ar parem de subir. Depois, é retirado e reavivado

1890 >
A loucura poderia ser resultado da agitação provocada pelo clitóris, que passa a ser retirado em cirurgias ginecológicas. Mais tarde, a esterilização masculina também passa a ser adotada

1920 >
O paciente permanece entre "cobertores" congelados por até três dias, para que a temperatura do corpo caia 12°C ou menos. Esperava-se que o choque térmico pudesse fazer com que recobrasse as funções mentais

1933 >
Os pacientes são induzidos ao coma com uma dose de insulina e reavivados depois de alguns minutos. Mais tarde, médicos passam a provocar convulsões nos pacientes com o uso de medicamentos

1937 >
Era dos eletrochoques. A eletricidade é aplicada diretamente na cabeça para provocar o ataque de epilepsia. A convulsão produziria danos cerebrais, eficientes na recuperação do paciente

1940 >
A psicocirurgia começa a ser utilizada no tratamento, com destaque para a lobotomia - a danificação aos lobos frontais do cérebro

1950 >
Impulsionada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se um movimento, que ganha repercussões em todo o mundo, pelo fim dos manicômios, com os ideais de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania para os doentes mentais

1950 >
O surgimento dos psicofármacos – antipsicóticos – começa a revolucionar o tratamento das doenças mentais

2002 >
No Brasil, é promulgada a Lei 10.216, após 11 anos de tramitação, garantindo direitos individuais aos pacientes psiquiátricos. É a legislação que vai promover a reforma psiquiátrica, propondo um tratamento mais humanizado

Fonte: Entrevistados e Superinteressante