UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Mariana Pelizer de Albuquerque

O QUE NOS DIZ DE NÓS O DELÍRIO?

Uma compreensão psicanalítica sobre as relações na Saúde Mental.

UBERLÂNDIA
2010

Mariana Pelizer de Albuquerque

O QUE NOS DIZ DE NÓS O DELÍRIO?

Uma compreensão psicanalítica sobre as relações na Saúde Mental.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

UBERLÂNDIA
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A345q Albuquerque, Mariana Pelizer de, 1979-
O que nos diz de nós o delírio? [manuscrito] : uma compreensão psicanalítica sobre as relações na saúde mental / Mariana Pelizer de Albuquerque. - 2010.
121 f.

Orientadora: Maria Lúcia Castilho Romera.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1.Loucura - Teses. 2. Psicanálise - Teses.I. Romera, Maria Lúcia Castilho. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.Título.

CDU: 616.89-008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Mariana Pelizer de Albuquerque

O QUE NOS DIZ DE NÓS O DELÍRIO?

Uma compreensão psicanalítica sobre as relações na Saúde Mental.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Uberlândia, 27 de Agosto de 2010.

_____

Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera
Orientadora (UFU)

_____

Prof. Dr. Sérgio Kodato
Examinador (USP)

_____

Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno
Examinador (UFU)

_____

Profa. Dra.Marciana Gonçalves Farinha.
Examinadora Suplente (IMES Catanduva)

Dedico esta dissertação a Ávido.

Berço de incômodos que me motivaram seguir adiante.

Agradeço:

Aos meus filhos, maior de todas as aventuras.

À minha mãe, presença constante dentro de mim.

Ao meu pai, por me fazer acreditar que com “cabeça fria e pés quentes” conseguiria.

À minha amada irmã, brisa e tempestade, em quem sempre me encontro.

À minha avó Elza, tia Vanda, tia Cláudia e tio Rubens pelo suporte no dia-a-dia, sem os quais não seria possível.

Àquele que me tirou do eixo, me apresentou o outro lado, me paralisou; pela parte feliz, pelos diálogos produtivos, pelo sentimento genuíno e pela possibilidade de ter colocado à prova meus ideais, minhas crenças, valores e a mim mesma.

À Mara, essencial no final desta jornada, que vem me ajudando a juntar o que se esparramou, a me estranhar e aos poucos me reconhecer no estranhamento, me conciliando comigo mesma.

Às minhas amigas e amigos, todos que de alguma forma estiveram perto de mim, que foram ombro, colo, ouvidos, palavras, que compartilharam lágrimas e sorrisos. À Bárbara Cecília pelas palavras certeiras e generosidade.

Em especial à Gabriela, por tudo, sem mudar nenhuma vírgula.

À Maria Lúcia, pelo respeito, pelo suporte, por ter me acompanhado neste período de metamorfose e aprendizado. Espero que suas colocações continuem reverberando dentro de mim, me proporcionando rupturas.

E por fim, ao paciente que em atendimento no CAPS, se esforçou para me ensinar jogar xadrez.

Charrua – veículo de tração animal que deixa um sulco na terra por que passa.

Lira é o nome que recebe este sulco, sempre paralelo, para facilitar o plantio.

Daí também veio lírio, pela ranhura central semelhante ao rastro que aquela coisa traça.

Mas sempre paralelo se o condutor se mantém atento, não se seu espírito pega um desvio.

Se sua árdua luta diária, entretanto, convida a alma a um passeio e ele devaneia.

E, enquanto conduz a charrua, seu pensamento rompe as fronteiras de seu quintal.

Levando seus sentidos para o cândido colo de uma deusa, donzela ou sereia.

A geometria se curva à insensatez, e o perfeito paralelo, ganha penteado desigual.

Visto da terra fica o traço inconveniente, sinuoso, irregular.

Curvilínea denúncia de descuidado labor.

Visto de cima fica um risco sem simetria, como um fio fora do lugar.

Destoante matiz no que seria um quadro de uma só cor.

Mas visto por dentro, aquele delírio é a alma humana ensaiando pra voar.

Descomedido desejo que não se “alinha” sem amor.

(Autor anônimo)

RESUMO

Esta dissertação foi motivada por uma indagação sobre o lugar da loucura e sua articulação com a Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, com o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo alternativo aos hospitais psiquiátricos e com profissionais e usuários da saúde mental. A pesquisa foi sendo construída a partir da busca de um lugar para a loucura, dentro e fora de muros, dentro e fora de nós e pela questão: existe espaço para a loucura? Desta forma, me propus a investigar as relações estabelecidas em um CAPS da cidade de Uberlândia e as lógicas que as constituíam. O método interpretativo por ruptura de campo, sugerido por Herrmann, me auxiliou a encontrar uma nova forma de olhar e estar diante da loucura. Em tal perspectiva, o delírio atravessa e é atravessado por conjunções da ordem do real ou do produtor dos sentidos das relações. Discorro a respeito do delírio sob o prisma da Teoria dos Campos, movimento que visa resgatar a importância do método interpretativo frente à teoria e a técnica psicanalítica. Para realizar esse trabalho fiz uso da análise de um caso clínico atendido na instituição e de relatos de profissionais sobre sua rotina naquele serviço de saúde mental. Refletindo sobre rotina, enquanto função psíquica, proposto na teoria de Herrmann e a rotina estruturada no CAPS, fiquei intrigada sobre quais os sentidos desta, neste serviço de saúde mental. A partir disso, procurei delinear algumas formas de relações que ali se estabelecem e qual a lógica que as sustentam. Procurei colocar-me em uma postura típica à forma de pensar sustentada pelo método psicanalítico, qual seja, a interrogante-interpretante e isso me possibilitou habitar outro(s) lugar(es). Um texto literário emergiu como efetivo interpretante integrando-se no trânsito temporal da descoberta. Ao evocar *Alice no País das Maravilhas* de Lewis Carol, a escrita de minhas apreensões tomaram uma nova configuração. Um espaço em movimento se abriu para a reflexão do lugar ou lugares da loucura, da busca e do repúdio pelo diferente, do espanto e da abertura possível para novos sentidos. De alguma forma o discurso delirante do paciente parece denunciar lacunas na organização do serviço e outras lógicas de funcionamento da instituição, além de descortinar as lógicas das relações e do mundo contemporâneo. Tais achados foram postos em diálogo com a teorização de Balman sobre a contemporaneidade, desdobrando-se em uma ampliação da compreensão do problema investigado.

Palavras-chave: Loucura, Psicanálise, Teoria dos Campos, CAPS.

ABSTRACT

This study was motivated by the question of the place of insanity and its relationship with the Anti-Asylum and Psychiatric Reform, according to Mental Health professionals and users of a CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (Psychosocial Care Center), an alternative to psychiatric hospitals. The research was built from the search of a place for insanity, inside and outside walls, inside and outside of us and the question: is there room for madness? Thus, I set out to investigate the relationship established in a CAPS in Uberlândia-MG, Brasil and the fundamentals it was built upon. The interpretive method for breaking fields, suggested by Herrmann, helped me find a new way of looking at and facing insanity. In this perspective, delirium goes through and is gone through by conjunctions of reality or by the producer of the meanings of relationships. I discuss delirium through the prism of Fields Theory, a movement that seeks to rescue the importance of the interpretative method from the psychoanalytic theory and technique. To accomplish this work, I used a clinical case treated in the institution and reports from professionals on their routine at the same mental health service institution. Reflecting on routine, as a mental function, proposed in the theory of Herrmann and structured routine in CAPS, I was intrigued about the meanings of routine at this particular mental health service. From there, I tried to outline some forms of relationships that are established and the basis that supported them. I tried to put myself in a typical position of the psychoanalytic method, that is, the questioner-interpretant, and this enabled me to live in other (s) place (s). A literary text emerged as an effective interpretant integrating the transit time of discovery. In evoking Alice in Wonderland by Lewis Carol, writing my apprehensions took a new configuration. A space opened up for moving the reflection of the place or places of insanity, search and repudiation by the different, of wonder and openness to possible new directions. Somehow the delirious speech of the patient seems to expose shortcomings in the organization of the service and other logical operations of the institution, and uncover the reasonings of relations and the contemporary world. These findings were put into dialogue with the Theory of Balman about the contemporary, unfolding into a broadening of understanding of the problem investigated.

Key-words: Madness, Psychoanalysis, Fields Theory, CAPS.

SUMÁRIO.

Introdução. 9

1. Em Busca de um Lugar. 15

1.1. A loucura dentro e fora dos muros. 16

1.2. A loucura dentro e fora de nós. 26

1.3. Dentro e fora: existe espaço pra loucura? 36

2. O Método da Psicanálise. 43

3. Um Pequeno Ensaio Sobre o Delírio no Contexto da Saúde Mental. 51

4. "Mentiras Sinceras me Interessam" – Sobre como começamos. 61

4.1. O Re-verso do Verso: seria poesia ou agonia? 66

4.2. No País das Maravilhas: ressonâncias de um mundo em desarranjo. 73

4.3. "Eu vejo tudo enquadrado. Remoto controle..." 78

5. Mundo – Um Grande Tabuleiro de Xadrez. 85

5.1. Presos à mesa de chá: a rotina de um CAPS. 85

5.2. Cortem-lhe a cabeça! Vivendo no mundo pós-moderno. 93

6. Considerações finais: O mundo é redondo, mas o quadrado que é perfeito. 102

7. Referências Bibliográficas. 106

8. Anexos – Relatos dos Profissionais. 111

INTRODUÇÃO

> "É que havia acontecido tanta coisa diferente ultimamente, que Alice já começava a pensar que pouquíssimas coisas eram realmente impossíveis." (Lewis Carrol, 2005, pg.20)

Tantos foram os caminhos e descaminhos, mas aqui estou a constatar que pouquíssimas coisas são realmente impossíveis. Esta dissertação foi construída a partir de um grande incômodo sobre o lugar da loucura e sua articulação com a Reforma Psiquiátrica, com o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo alternativo aos hospitais psiquiátricos, e com profissionais e usuários da saúde mental.

A loucura desde muito cedo exerceu um fascínio e uma aversão sobre mim, um estranhamento familiar. Fascínio que descobri com Herrmann (2001a, pg.23) como "uma condição composta de asco e ridículo, duas emoções em si desagradáveis, mas cujo sábio equilíbrio pode produzir um efeito completamente distinto, o mais forte dos apelos imagináveis!".

Na vivência com pacientes psicóticos, ao nos encontrarmos com a exposição desmesurada de seus sentimentos, entramos em contato com "a lógica inconsciente na superfície das idéias: sentimo-nos incomodados por estar sendo exteriorizado pelo outro o fundo de nossas próprias almas" (Herrmann, 2001a, pg. 24). Compreendi então o que me ligava a essa experiência.

Durante todo o tempo que me dispus a pensar um lugar para loucura, passei também a buscar um lugar para mim, muitas mudanças foram sendo experimentadas na construção de um novo olhar.

Ainda na graduação, busquei um estágio no antigo NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial, instituição que já vinha se estruturando na lógica antimanicomial, com objetivos de inserção social e interlocução com a família dos usuários do serviço. E assim, fui

apresentada à luta antimanicomial, ou a luta pelo fim dos manicômios, e ficou evidente o desejo dos profissionais da saúde mental pela Reforma Psiquiátrica, pela aprovação da lei que versava sobre o direito dos portadores de sofrimento mental.

Contaminada por esse movimento político, já psicóloga e com algumas concepções acerca da loucura internalizadas, na busca de encontrar soluções para a situação do portador de sofrimento mental, me especializei em Políticas Públicas. E foi desta forma que constatei que muitas vezes uma lei é feita não para dar certo, mas possivelmente com a finalidade de opacificar um movimento, uma reivindicação de um grupo social ou por interesses políticos e econômicos.

Foi então que passei a trabalhar em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo da Reforma Psiquiátrica, onde pude experimentar vivências que deram fruto a vários questionamentos, berço da vontade de entender, compreender, aprofundar.

Em determinado momento aconteceu na rede de Saúde Mental uma supervisão. Cada CAPS do município levaria um caso clínico para ser discutido, então me ofereci para apresentar o caso de um paciente psicótico que vinha me angustiando. O paciente solicitava minha atenção durante todo o tempo em que permanecia na instituição, queria saber o que fazer por um paciente delirante que precisava ser ouvido a todo instante.

Nesta supervisão entrei em contato com uma questão que ainda não havia considerado, a função sanitarista do profissional de saúde mental. Até que ponto o trabalho realizado junto ao paciente era terapêutico e até que ponto estava apenas exercendo uma função sanitarista. E aqui chamo de função sanitarista, mais que uma prática preventiva direcionada ao bem estar da população, mas a prática higienista[1], uma forma de manter a ordem social, neste caso, de tirar o louco das ruas ou moldá-los para viver em sociedade.

---

[1] "O movimento de higiene mental, da qual fazem parte as Clínicas de Higiene Mental, desloca o foco do "anormal" para o "normal" e considera a saúde conforme o aspecto social de ajustamento e desajustamento. Na situação de ajustamento o individuo deve ser capaz de responder às exigências da sociedade... O desajustamento se deve a influências deformantes do meio social e cultural." (Mendonça, 2004, pg. 5)

Instalou-se em mim um mal-estar. Com leis tão bem formuladas, com discursos tão bem produzidos e reproduzidos pelos profissionais, o tratamento oferecido parecia continuar iatrogênico. Continuamos produzindo crônicos? O que esta rotina tão bem estruturada faz pelos usuários do CAPS? Qual a lógica que rege o CAPS?

É preciso reconhecer que os avanços da luta antimanicomial quebraram a hegemonia do hospital psiquiátrico como única forma de tratamento, possibilitando uma rede de serviços. E traz em seu bojo, um discurso de valorização do sujeito que sofre e do direito à palavra. A reforma tem como uma característica relevante, a reivindicação de uma inserção social e política do portador de transtorno mental.

Neste movimento de reforma percebem-se movimentos concomitantes de avanços e recuos, já que a Reforma é construída por sujeitos que também se constituem em uma rede de relações simbólicas e culturais. Então começava a questionar o que na fala de profissionais e pacientes, na dinâmica dessa instituição evidenciava a lógica de funcionamento que para mim estava se desenhando.

Parecia que o discurso da luta antimanicomial e os princípios da reforma estavam sendo reproduzidos sem embasamento por parte de alguns profissionais, ganhando conotação de palavra de ordem, virando um eco que ressoa vazio, um discurso sem prática. A partir do qual o sujeito da loucura passa a ser objeto de saberes, sem direito a palavra.

Percebendo a necessidade do sujeito que sofre ser apreendido naquilo que tem de especifico, em sua subjetividade, observava que por vezes era objetificado por algum saber, silenciado por profissionais ou familiares e reduzido ao lugar de doente. Parecia que os discursos, práticas, políticas públicas estavam além do indivíduo, que vivenciava a experiência da loucura de forma solitária.

Na busca por um lugar de cidadania e autonomia desse sujeito, passei a perceber também em mim certo enrijecimento, ao levantar bandeiras, tomar o discurso da luta antimanicomial

como verdade absoluta. Mas meu encontro com Ávido, paciente inserido no CAPS e sob meus cuidados, potencializou minhas inquietações. Seu discurso delirante parecia denunciar lacunas na organização do serviço naquele CAPS, além de outras lógicas de funcionamento da instituição.

Desta forma, me propus investigar as relações estabelecidas naquele CAPS e as lógicas que as constituíam. Para realizar esse trabalho fiz uso da análise do atendimento clínico-institucional de Ávido e de relatos de profissionais sobre sua rotina na instituição.

Rotina é uma forma de organização do CAPS, nome dado ao conjunto de atividades e procedimentos que ali devem ser realizados. Fábio Herrmann (2001a, p.189-190) em sua teoria traz o conceito de rotina, que serve para opacificar a origem e a lógica profunda das relações, é ela que elimina a percepção de contradições no quotidiano e confere à realidade sua solidez e habitualidade.

Refletindo sobre o sentido de rotina proposto na teoria de Herrmann e a rotina estruturada no CAPS, fiquei intrigada sobre quais os sentidos desta, neste serviço de saúde mental, que tipo de relações ali se estabelece e qual a lógica que rege a instituição. O que essa rotina opacifica e o que ela reduz.

Foi o método Psicanalítico, que me possibilitou habitar outro lugar, um espaço de movimento, da busca pelo diferente, por novos sentidos. O método interpretativo por rupturas de campo proposto por Herrmann me auxiliou a encontrar uma nova forma de olhar e estar diante da loucura.

Herrmann (2001a, pg. 53) coloca que o que está em causa ao fazer uso do método Psicanalítico “é o psiquismo que, ao mesmo tempo que fala, deve escutar a si mesmo. ...À coincidência entre visão e objeto de visão, entre discurso e objeto de discurso, chamaremos de transferência ou, melhor ainda, de campo transferencial”.

E assim, passei a me relacionar com o objeto de minha pesquisa a partir desse campo transferencial. Passamos por algumas rupturas, representações que estavam sólidas se desestruturaram, e outras novas, aos poucos foram surgindo.

Foi na possibilidade de fantasiar, de caminhar pelo “País das Maravilhas” que consegui produzir conhecimento, que consegui encontrar no delírio de Ávido novos sentidos e nas relações estabelecidas no CAPS, em seu quotidiano, uma lógica de funcionamento.

> Tomando em consideração os efeitos ficcionais contidos na teoria e na clínica psicanalíticas, é viável delimitar uma linha de ceticismo heurístico. Em seu interior não é preciso crer cegamente no sistema inteiro, sem que por isso o tenhamos de demolir. Podemos, portanto, criar novas teorias, desde que não cedamos à tentação de as considerar mais verdadeiras que as anteriores. O próprio princípio cético que nos libera protege-nos da crença cega em nós mesmos. Fica evidente, para o analista que aceita este pacto de dúvida construtiva, uma espécie de descontinuidade entre o fim do caminho metodológico e o começo do ficcional. (Herrmann, 2002, pg.16)

Desta forma, fui construindo esta dissertação. No primeiro capítulo trago uma discussão sobre a busca por um lugar para a loucura, dentro e fora dos muros, dentro e fora de nós, faço uma reflexão sobre a história da institucionalização e desinstitucionalização da loucura e suas diversas concepções.

No segundo, trago o método da Psicanálise e sua importância na construção deste trabalho, dessa nova forma de olhar, que estará presente a partir de então.

No terceiro capítulo trago o conceito de delírio, que foi de extrema relevância para pensar a história de Ávido e as relações estabelecidas no CAPS. No quarto, faço uma análise do atendimento de Ávido e me encontro com “Alice no País das Maravilhas” que me permitiu

refletir minha relação com o paciente, com minha prática, com a instituição e pensar o nosso mundo.

Em o “Mundo – Um Grande Tabuleiro de Xadrez”, analiso o relato dos profissionais inseridos no CAPS e recorro a Zygmunt Balman para uma melhor compreensão das lógicas que regem o mundo contemporâneo.

Dessa forma deu-se a escrita, fui sendo conduzida de um lugar a outro, encontrando novos caminhos ao caminhar, percebo que meu olhar se ampliou com a lente psicanalítica. Iniciei este percurso com uma postura partidária, de denúncias, transitava pelas políticas públicas. Mas aos poucos, juntamente com a loucura para qual precisava encontrar um lugar, fui me humanizando, ampliando meu olhar para o mundo, para novas possibilidades de pensar. Fui ficando um pouquinho menos prosa e um tantinho mais poesia.

1. EM BUSCA DE UM LUGAR

Este capítulo traz uma discussão sobre o lugar da loucura: enclausurada em instituições, radicada em nós e a busca por um espaço onde possa circular em sua diferença. A partir de incômodos, questionamentos e do curso da história, vou desenhando o meu desejo de encontrar sentido nessa experiência, encontrar sentido para minha prática e um lugar de autonomia para o sujeito da loucura.

Sendo assim, com intuito de relembrarmos a situação vivida pelo louco, resgato o retrato dos manicômios em meados da década de 80:

> Um jardim florido na frente. Uma sequência de pátios ensolarados, tipo alçapões de cimento, ao fundo. Muros acinzentados de até cinco metros de altura. Nenhuma área verde no interior, nenhuma sombra, um banco para se assentar. Sequer uma peteca, uma bola, um cigarro para fumar. Apenas uma única salinha, de praxiterapia. Enfermarias escuras e fétidas. Homens e mulheres transmutando seus problemas, piorando da doença. Neuroses, psicoses e ausência de amor reunidas em dormitórios comuns. Nenhum médico nos ambulatórios, nas enfermarias ou nos pátios. Apenas os atendentes. Uma esperança, enfim, muito remota de se livrar do itinerário público da loucura. Um itinerário que começa aqui, no Hospital Galba Velloso, e termina quase fatalmente em Barbacena, depois de um estágio pelo Raul Soares e pelas clínicas particulares que em nada contribuem para a humanização da psiquiatria. (Firmino, 1982, pg. 15).

Temor ao instituído, ao estático, ao que se torna crônico, sentimento que deve compor a prática dos que hoje se preocupam com a promoção da saúde mental. A crítica ao sistema

atual é bem vinda, é necessária, talvez urgente, mas não se pode esquecer o caminho já percorrido, o avanço alcançado por trabalhadores, pacientes, familiares, pessoas que ao vivenciar a barbárie pela qual eram submetidos os loucos, sonharam com a mudança.

Faz-se relevante, resgatar um pouco da história da institucionalização da loucura, para então entendermos o processo de desinstitucionalização, além de uma discussão das formas de perceber e lidar com o louco.

1.1. A loucura dentro e fora dos muros.

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira se deu em 1852, com a inauguração do hospício de D. Pedro II no Rio de Janeiro, destinado a receber pessoas de todo o império.

> A criação do hospício além de ter representado um coroamento simbólico ao Império brasileiro (o decreto de construção do hospício foi o primeiro ato assinado por D. Pedro II), mostrou-se uma resposta do poder público às reclamações feitas pelos médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1831, contra a circulação de alienados pelas ruas da cidade. Esse fato passou a ser associado aos demais fatores de insalubridade, do ponto de vista da higiene pública e da ordem urbana. (Teixeira e Silva Filho, 2008, pg. 67-68)

Segundo Resende (2001, pg. 38-39) “as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social... contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades... Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar.” Nesta

época, os médicos tinham uma pequena atuação nas instituições e pouco participavam da seleção dos asilados e de questões administrativas; sendo assim, começam a denunciar a institucionalização sem controle de órfãos e maus tratos contra os loucos.

Para o referido autor (2001, pg. 41) “a situação social e econômica, que tinha determinado o nascimento de instituições cuja função única, que lhe exigia a sociedade, era a simples segregação de desviantes, alterava-se rapidamente e pedia novas providências”. A Proclamação da República marca também a efetivação da psiquiatria científica em que representantes da classe médica assumem o controle das instituições referendado pelo Estado.

> Se a volúpia científica dos alienistas os levava a acompanhar o indivíduo do ‘do leito até a morgue’, pouco podiam fazer para que ele chegasse ao seu destino final em razoáveis condições de integridade psíquica... há pouca ou nenhuma evidência de que qualquer prática preventiva tenha sido implementada. (Resende, 2001, pg. 46)

Segundo o autor, na época os tratamentos considerados com algum valor terapêutico eram os que tentavam reproduzir o trabalho e a vida de uma comunidade rural dentro ou fora das instituições. Além disso, a sociedade assistia a ascensão do capitalismo, normal eram os indivíduos sadios e aptos para o trabalho.

Com o passar do tempo, o número de hospitais e colônias destinados aos doentes mentais cresce em todo o país, construindo uma massa de sujeitos institucionalizados e cronificados.

Ao final da década de 50 a situação já era muito grave, as instituições estavam superlotadas, com condições precárias de atendimento, paralelamente surge o movimento de industrialização e urbanização das cidades e o tratamento através das colônias agrícolas já não faziam mais sentido. (Resende, 2001)

De acordo com Resende (2001, pg. 60): “O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e... a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.” O período de 1965 a 1970 foi marcado pelo grande fluxo de pacientes para a rede privada, pelo aumento do número de internações nas instituições conveniadas com o poder público, já que a duração das mesmas não era bem controlada. Gerando uma ideologia de psiquiatrização dos problemas sociais.

No fim dos anos 70 no Brasil, o cenário que estava formado era de um número altíssimo de internações em hospitais e clínicas psiquiátricas particulares e filantrópicas, sem condições mínimas de higiene e bem-estar, em que os pacientes sofriam com abusos e maus tratos.

> Corpos estendidos no chão frio de cimento. Amontoados. Rostos descarnados, envelhecidos, embotados. Olhares vazios. Memórias e consciências ausentes, perdidas em algum canto obscuro da mente. Restos humanos. As imagens chocantes de pacientes psiquiátricos flagrados em pleno abandono nos pavilhões, corredores e quartos de manicômios brasileiros estarreceram o país nas décadas de 70 e 80, quando a imprensa começou a revelar a barbaridade por trás dos muros daquelas solenes instituições. (Rocha, 2001, pg.2)

Neste momento histórico, repercutiam sobre o setor da saúde, os primeiros movimentos da transição democrática, e com especial repercussão no financiamento do Estado, a profunda crise econômica do país. Esta teve duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição de renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e contribuições sociais. “Com a abertura política – “lenta, gradual e segura” – para usar a expressão cunhada na época (governo Ernesto Geisel) –

emergem novos atores e movimentos sociais. Reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar com mais destaque a pauta de demandas.” (Mercadante, 2002, pg. 243)

> A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram ao que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (Tenório, 2002, pg. 32)

Segundo o referido autor (2002, pg. 32-33), a década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, cujas ações acabaram ganhando um cunho institucionalizante. As iniciativas foram basicamente a racionalização, humanização e moralização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. No entanto, a reforma do asilo e ambulatorização não melhoraram o atendimento, nem modificaram a hegemonia asilar.

Tendo como pano de fundo o movimento de reforma sanitária e a inquietação de profissionais e familiares sobre a situação precária de atendimento ao doente mental, em Minas Gerais no ano de 1979, acontece o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. No qual foi apresentada a reportagem nos *Porões da Loucura* de Hiram Firmino e o filme *Em nome da razão* de Helvécio Ratton, que escancarava as péssimas condições das instituições psiquiátricas. Após estas denúncias que chocaram a opinião pública, profissionais da saúde mental se organizaram e iniciaram com maior ênfase, o processo de Reforma Psiquiátrica em

Minas Gerais, fortalecendo esta mesma luta em todo o Brasil. (Minas Gerais, Secretaria do Estado, 2006)

No estado de São Paulo, em 1982, esse esforço resultou em um Programa de Saúde Mental que teria como objetivo criar uma rede extra-hospitalar composta por ambulatórios de saúde mental e centros de saúde, de forma que o atendimento de pacientes da saúde mental fosse deslocado do hospital psiquiátrico; porém devido seu caráter estrutural esse programa começou a declinar em 1986 (Goldenberg, 1996, pg. 102-105)

Após essa experiência verificou-se que programas eminentemente de caráter administrativo não produziam efeito em grupos de pacientes como os psicóticos, foi então, que se notou a necessidade de um projeto de saúde mental alternativo aos modelos da rede.

Segundo Goldenberg (1996, pg. 111) no estado de São Paulo, foi formada uma comissão de técnicos que deveriam estruturar uma proposta. Foi produzido então o documento "O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Rocha Cerqueira – Projeto Docente-Assistencial Multicêntrico", que tinha como pontos principais: lidar com a psicose e suas determinações de marginalização e cronificação nas vertentes de assistência, investigação e formação de recursos humanos para a rede de prestadores de serviços de saúde.

Esse novo lugar terapêutico, nos moldes dos centros de saúde de Trieste[2], teria espaço para escuta de expressão verbal e não verbal dos pacientes, medicação ajustada às necessidades de cada indivíduo, além do acolhimento e tratamento da família; o Centro de atenção Psicossocial iniciou o atendimento em junho de 1987. (Goldenberg, 1996, pg. 113)

Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu novas políticas assistenciais e a necessidade de uma nova legislação psiquiátrica no Brasil.

---

[2] Trieste é uma cidade na Itália em que o processo de desinstitucionalização aconteceu de forma rápida e bem sucedida, servindo de exemplo para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Na experiência italiana foi Franco Basaglia seu principal mentor, assumindo a direção do hospital psiquiátrico de San Giovanni, projetando uma nova estruturação da assistência psiquiátrica, englobando e redimensionando os momentos de prevenção, tratamento e inserção social, de forma a ampliar os espaços da comunidade, restringindo os do hospital. Para maior aprofundamento ver Barros, 1994.

Em seguida em um encontro realizado em Bauru, trabalhadores de saúde mental propuseram princípios teóricos e éticos de assistência e lançaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, estabelecendo o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial. (Rocha, 2001, pg.3)

Em setembro de 1987, lançando mão das discussões e mobilização que já vinham acontecendo, o deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de lei 3657, da reforma psiquiátrica, que prevê a extinção dos manicômios e desospitalização progressiva dos portadores de transtornos mentais.

No dia 3 de maio de 1989, a prefeitura de Santos, no estado de São Paulo, decreta intervenção no único hospital[3] da Baixada Santista e uma reduzida equipe de trabalhadores (as) em saúde mental, militantes do movimento antimanicomial, assumem a sua direção com o objetivo de desmontá-lo; desativando as celas fortes, proibindo os eletrochoques, liberando a circulação interna para os pacientes e a saída para alguns deles. (Lancetti, 1990, pg.138)

Nesse mesmo momento político, em Uberlândia, com a vitória de novos atores sociais na eleição municipal de 1982, tendo à frente o médico Zaire Resende, que enunciava em seu projeto político, propostas diferenciadas do conservadorismo vigente, abre-se espaço para a organização da população em associações comunitárias e maior participação na vida coletiva da cidade. Pautado em uma política social-democrata e tendo na composição de seu grupo profissionais liberais e professores universitários, configura-se uma nova forma de fazer política, trava-se um diálogo entre a administração municipal e os movimentos populares. (Pombo, 2007, pg.41-43)

Segundo a autora (2007, pg. 44-46), uma das primeiras ações da gestão de Zaire foi reorganizar as secretarias e criar outras para melhorar a gestão política e definição de prioridades. Foi o médico sanitarista Dr. Flávio A. de Andrade Goulart, que havia assumido a

[3] O hospital em questão é a Casa de Saúde Padre Anchieta.

Secretaria de Ação Social que diagnosticou a necessidade da construção da Secretaria Municipal de Saúde, para a qual foi indicado posteriormente. Desta forma, a nova secretaria toma para si a direção política dos recursos de saúde e estrutura seu programa de saúde de forma gradual tendo como principal objetivo a ampliação da rede municipal principalmente no que se referia às ações primárias de saúde.

As ações em Saúde Mental na cidade de Uberlândia só ganham consistência após a criação da Secretaria de Saúde, desta forma inicia a reorganização do atendimento psiquiátrico, calcado em um projeto mais amplo de modernização de vários setores da administração municipal. Em 1987, a psicóloga sanitarista Luciana Giffoni de Albuquerque, primeira coordenadora de Saúde Mental, faz uma especialização na Universidade Federal de Minas Gerais e ao final do curso apresenta o Projeto de Reestruturação do Programa de Saúde Mental da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia[4], que foi viabilizado sem infra-estrutura adequada, mas valioso pela iniciativa, ao se opor a proposta oferecida pelo INAMPS[5] que era pautada na consulta médico-psiquiátrica. (Pombo, 2007, pg. 57-65)

E assim, o serviço de assistência em saúde mental foi se organizando. Em 1984 teve início nos Centros de Saúde o atendimento ambulatorial; em 1989 criou-se o primeiro Ambulatório Especializado em Saúde Mental, com equipe multiprofissional contando com assistente social, psiquiatria e psicólogo e em 1991 foi criado o ambulatório especializado em Saúde Mental Infantil; em 1994 foram inauguradas as primeiras UAIS (Unidades de Atendimento Integrado) que passaram a oferecer atendimento multidisciplinar em Saúde Mental. (Pereira, 2007, pg. 22-23.)

Em todo esse trajeto narrado, desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, percebe-se a intervenção de profissionais na tentativa de melhorar o cuidado ao doente

---

[4] No projeto de Saúde Mental, são apontados novos aspectos importantes para a abordagem do transtorno mental e propostas de novas terapêuticas. Dentre eles: psicoterapia, grupo de terapia, controle de egressos, orientação de famílias, pais e professores, atividades comunitárias. (Pombo, 2007, pg.64-65)

[5] Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social.

mental, uma busca para reestruturar o atendimento e repensar o lugar da loucura. Em todo processo de institucionalização, já apontavam protagonistas questionando o sistema de saúde vigente e articulando novas propostas.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica vinha acontecendo devido aos esforços de profissionais da área da saúde mental e familiares dos pacientes com transtornos mentais, porém é com a Declaração de Caracas que ela ganha notoriedade.

Acontece em 1990, em Caracas na Venezuela, a “Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina”, que reuniu organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas que a partir das considerações feitas nesta conferência elaboraram na sua última sessão de trabalho, no dia 14 de novembro a Declaração de Caracas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, pg. 9)

Nesta declaração consta a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde; revisão do papel do hospital psiquiátrico enquanto hegemônico e centralizador na prestação de serviços; e a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria. O cuidado e tratamento dado ao paciente da saúde mental devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, baseados em técnicas adequadas, propiciando a permanência do mesmo em seu meio comunitário. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, pg.10)

A declaração enfatiza que as organizações, associações e participantes da conferência devem se comprometer a desenvolver em seus países, programas que visem à reestruturação da assistência psiquiátrica e ainda solicita que os Ministérios da Saúde e Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social, universidades e aos meios de comunicação que a apóiem, assegurando o seu êxito em cada região. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000)

Em 1993, o Conselho Nacional de Saúde, considerando o relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental constitui uma Comissão nacional de Reforma Psiquiátrica. E em

Minas Gerais, em janeiro de 1995 foi aprovada a lei mineira de reforma psiquiátrica, Lei 11.802. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, pg.27)

Nos anos de 1996 e 1997 aconteceram muitos questionamentos em Uberlândia a respeito das ações em saúde mental e à rede de assistência à pacientes graves, o resultado foi a elaboração do “Plano Diretor em Saúde Mental” apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde, este traria o processo de distritalização e a cobertura prioritária de atendimento aos pacientes graves. (Pereira, 2007, pg. 24)

E finalmente, no dia 6 de abril de 2001, doze anos após o projeto de lei 3657[6] ser apresentado ao Congresso, a Lei 10.216 é aprovada, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (Brasil, Ministério da Saúde, 2002, pg15.)

A aprovação desta Lei é um marco na história da Saúde Mental no Brasil, os cuidados alternativos à institucionalização, que muitas vezes só eram possíveis pulando o muro de trás dos manicômios, ganharam os ares de fora, passando pelo portão principal. Propostas que tinham característica de experimentação passam a ser regulamentadas em todo território nacional.

Desde então, experiências de inserção social que já vinham sendo ensaiadas, começam a se concretizar com alguns pequenos avanços dentro desse novo modelo de assistência psiquiátrica: através do trabalho e geração de renda, das artes, do convênio com empresas, entidades e com o poder público.

Programas foram sendo propostos pensando-se no bem-estar e na cidadania das pessoas que precisam de cuidados em saúde mental. Dentre eles se destaca o programa do Ministério da Saúde, “De Volta para Casa” que regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial para a

---

[6] Projeto de Lei n° 3.657/89 resultou na Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto continha apenas três artigos: “o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomiais de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.” (Tenório, 2002).

assistência e integração social fora da unidade hospitalar para pessoas com transtornos mentais e história de longa internação psiquiátrica. (Brasil, Ministério da Saúde, 2003, pg. 1)

Outro programa de extrema importância, também proposto pelo Ministério da Saúde é o de "Saúde Mental e Economia Solidária" que prevê a inclusão social pelo trabalho. (Brasil, Ministério da Saúde, 2006, pg.7)

Em Uberlândia, após a aprovação da Lei 10.216, algumas modificações começaram a ocorrer para atender a nova legislação. A partir da publicação da portaria MS/MG n° 336 de 19/02/2002, o NAPS Adulto foi descentralizado, dando origem a quatro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial para adultos e o NAPS Infantil passou a ser chamado de CAPS Infantil. Em 2004, organiza-se o primeiro CAPS AD que é um Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de dependência de álcool e drogas e, ainda neste ano, inicia-se a inclusão de Ações em Saúde Mental na Atenção Básica, com o objetivo de inserir um psicólogo de referência para cada duas equipes de PSF (Programa de Saúde da Família). (Pereira, 2007, pg. 24-25)

Nos últimos anos, em Uberlândia, aconteceu a elaboração de um novo Plano Diretor em Saúde Mental e novas mudanças foram sendo efetivadas, dentre elas a extinção do CAPS sul onde passou a funcionar um Centro de Convivência para portadores de sofrimento mental, a transformação do CAPS oeste em CAPS III (funcionamento 24 horas) além da substituição das coordenações e reestruturação das equipes.

Sendo assim, após resgatarmos parte da história da loucura e da saúde mental, é visível que desde as primeiras denúncias de maus tratos ao portador de sofrimento mental, desde a abertura e desconstrução de hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios, as concepções sobre a loucura e o cuidado ao sofrimento psíquico vêm sendo repensados e a rede de saúde mental, constantemente reestruturada. É real o grande avanço alcançado, a humanização no tratamento, o engajamento de profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental para mudar o cenário que parecia crônico no Brasil até os anos 70.

Pedro Gabriel Delgado citado por Singer (2006, pg. 11) coloca que “a reforma psiquiátrica não é uma tecnologia de montar serviços de saúde mental, mas um movimento social de transformação profunda e concreta das concepções sobre a loucura e sobre a diferença”.

Mesmo com os ganhos conquistados, com avanços na legislação e com a implementação de políticas públicas em prol do portador de sofrimento mental, não deixamos de sentir a exclusão e segregação ao louco e à loucura em nossa prática. O enclausuramento da loucura foi construído com pilares sólidos que tentamos derrubar, mas que parece permanecer arraigado em cada um de nós.

A tendência ao enrijecimento, ao crônico, ao instituído parece permear todo o caminho na busca de um lugar para a loucura. Até meados dos anos 80, o lugar do doido era dentro dos muros e fora da lei, uma luta era travada por profissionais da área, familiares e afins na tentativa de melhorar o cuidado e o atendimento ao doente mental. Muitas movimentações aconteceram, debates e encontros, projetos e sugestões para que surgissem novas alternativas ao manicômio. Por fim, o projeto antimanicomial ganha corpo e passa a ser instituído, o lugar do louco é legislado no congresso. E a discussão maniqueísta segue: institucionalização x desinstitucionalização, exclusão x inclusão, loucura x normalidade, dentro x fora.

Profissionais e debatedores da saúde mental tomam seus lugares, versam sobre suas concepções de loucura, suas opções de cuidado e tratamento, também tentamos achar um lugar. Mas talvez, a duras penas, perceberemos que ao tratar da loucura, lidamos com o paradoxo, a institucionalização do desinstitucionalizado, a exclusão na tentativa de inclusão, a loucura da normalidade e continuaremos a busca por um lugar que não está dentro nem fora.

1.2. A loucura dentro e fora de nós.

Seguindo a discussão sobre o lugar da loucura, acredito ser relevante entendermos como o conceito de loucura foi construído e internalizado pela nossa sociedade, os olhares e as mudanças na relação que estabelecemos com o louco e a loucura e com as formas de tratamento e cuidado. Assim, será possível uma reflexão sobre o posicionamento e prática dos profissionais de saúde mental.

Segundo Roudinesco e Plon (1998, pg. 478) existem três maneiras de conceber a loucura, desde que deixou o universo da magia e da religião: a loucura introduzida no quadro nosológico do saber psiquiátrico, ou seja, uma psicose; pelo recorte antropológico ou suas diferentes manifestações de acordo com as culturas e por último, pelo ângulo da escuta transferencial da fala, do desejo ou da vivência do louco (psicanálise); sendo que essas três maneiras sempre se cruzam.

Porém, os autores citados (1998, pg. 479) ainda colocam que essa nosografia teve fim com a generalização da farmacologia no tratamento das doenças mentais, substituindo o manicômio pela camisa-de-força química e a escuta do sujeito pela tecnologização dos corpos. Michel Foucault (1972-2007) na *História da Loucura na Idade Clássica* trata desta ruptura entre a desrazão e a loucura, em que ela se transforma em doença de um lado ou se abre para a criação, para as artes, de outro.

Foucault (2008, pg. 10-11) pensando na oposição entre a razão e a loucura coloca que o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros, pois sua palavra pode ser considerada nula e não ser acolhida, não tendo verdade. Mas em contrapartida, para o louco podem ser atribuídos estranhos poderes: de dizer uma verdade escondida, revelar o futuro, de enxergar aquilo que os outros não podem perceber. “Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca escutadas ou acolhidas”.

Hoje, na construção da história da loucura, após tantos estudos, teorizações, lutas e leis, esta discussão parece continuar atual: o discurso da loucura é a fala desrazoada de um doente ou escancara outras lógicas? Apesar de nos depararmos com posicionamentos que sugerem oposição, acredito que o louco pode ser cuidado, ou assistido pelos benefícios médicos e farmacêuticos, mas não deixa de revelar verdades.

Parece que o grande problema acontece quando tentamos eleger um discurso enquanto hegemônico. Então tomamos a loucura sob um ponto de vista, sob uma verdade pré-estabelecida, e o sujeito que a vivencia passa a ser objetificado.

Esse movimento fica evidente, com o que Foucault chama de a Era do patológico, quando a medicina se apropria do saber sobre a loucura e a concepção de loucura passa a ser a de doença mental.

Machado citando Foucault (1988, pg. 85) coloca que “talvez o pertencimento da loucura à patologia deva antes ser considerado como uma confiscação – espécie de avatar que teria sido preparado há muito tempo na história de nossa cultura, mas de nenhum modo determinado pela própria essência da loucura”.

Machado (1988, pg. 84) ao tratar do tema, coloca que “a concepção da loucura em diferentes épocas não é exclusividade de nenhum tipo específico de texto ou disciplina”.

E o que observamos na prática, nos serviços de saúde mental, é uma multiplicidade de posicionamentos, o discurso médico organicista, o discurso psi, o discurso da luta antimanicomial, discurso das artes, discursos assistencialistas, dentre outros. Mas o doido, doente mental ou o portador de sofrimento psíquico continua ainda, muitas vezes, ora reduzido a um diagnóstico, um código da CID-10, ora exaltado pelas suas extravagantes singularidades.

A antipsiquiatria, como um contraponto à psiquiatria, se estruturou para se opor ao poder médico sobre a loucura. Segundo Roudinesco e Plon (1998, pg. 25-26) este termo,

desenvolvido entre 1955 e 1975, serviu para designar um movimento político de contestação radical do saber psiquiátrico, visando eliminar a própria idéia de doença mental. “Ela foi uma espécie de utopia: a da transformação da loucura num estilo de vida, numa espécie de viagem, num modo de ser diferente e de estar do outro lado da razão”.

Sendo assim, o discurso anti-psiquiátrico acaba ganhando um tom extremista, de exaltação à loucura e por fim, ingênuo. Freud foi o primeiro a considerar o delírio como uma forma de expressão e subjetivação da loucura. Não podemos deixar de constatar que existe obra, produção, na experiência da loucura, mas também um sujeito que sofre, que anseia ser cuidado.

Birman (2003, pg. 17-18) coloca que “existe um sujeito na experiência da loucura, enfim, que enuncia e diz algo como produção, que exige, em contrapartida, um ato de reconhecimento de sua existência.” E sob essa perspectiva, levanta a questão da biologização da psiquiatria, tendo na psicofamarcologia seu principal instrumento, em detrimento dos processos de pensamento e simbolização dos psicóticos.

> O que caracteriza o triunfalismo médico na atualidade do campo psiquiátrico é a forma mais requintada de controle da experiência da loucura e do mal-estar das subjetividades do espaço social, pela regulação da produção dos neurohormônios. Com isso, a subjetividade é eminentemente silenciada, em nome do pragmatismo e da razão instrumental... a loucura como obra e produção, se encontra agora radicalmente amordaçada por essa nova estratégia reguladora, numa extensão e profundidade nunca antes atingidas pela tradição psiquiátrica. (Birmam, 2003, pg. 19)

Assim, percebemos como a discussão entre a medicalização e a criação/produção do sujeito da loucura transcorre o tempo e como permanecem atuais os questionamentos sobre os

vários pontos de vista sobre a loucura ou doença mental, influenciando nos discursos e práticas daqueles envolvidos com as políticas em saúde mental.

Dito isso, exponho considerações totalmente divergentes de dois psiquiatras, profissionais da mesma área, sobre o tema em questão:

> Não existe reforma psiquiátrica, o que há é uma reorientação, uma reformulação na assistência aos padecentes de "doença mental"... A competência dessa lei abrange a assistência aos "portadores de transtorno mental" e em nem um de seus capítulos, artigos, parágrafos e alíneas menciona o eufemismo "sofrimento mental". Sofrimento mental é outra categoria de reação adaptativa e que se vincula à normalidade; entre os sofrimentos mentais podemos incluir luto, reação de perda, dor de cotovelo ou ver seu time rebaixado para a segunda divisão. Tais reações não demandam tratamento e exigem, no máximo aconselhamento e compreensão... O Movimento da Luta Antimanicomial mostra-se arredio à Psiquiatria, passa a ser claramente antipsiquiatria e hoje se revela totalmente antimédico. (Romildo Bueno, 2009, pg. 22-23)

> A reforma psiquiátrica deu contribuição decisiva para a transformação do campo psiquiátrico, embora outros agentes tenham participado do processo de mudança. Refiro-me à constituição do campo da saúde mental... Do ponto de vista teórico, a doença mental deixa de ser considerada doença no sentido estritamente médico, tal como fazia a Psiquiatria clássica, e passa a ser concebida como sobredeterminada por múltiplos fatores. É o que está presente na idéia de *sofrimento mental* ou mesmo de *transtorno mental*. (Paes Barreto, 2009, pg. 4)

O posicionamento do profissional frente às políticas públicas vigentes, frente ao tipo de cuidado ou tratamento prestado, bem como sua postura junto à equipe, aos familiares e usuários dos serviços de saúde mental, reflete sua forma de entender a loucura. Nem sempre, entretanto os profissionais conseguem configurar o lastro ou os pressupostos sustentadores de sua postura.

É provável que em um trabalho onde profissionais de saúde mental possam desenvolver seus saberes e dialogar entre si, seja possível aumentar as facilidades na direção de um trabalho interdisciplinar, em que o principal objetivo seja o bem-estar do paciente ou usuário do serviço.

> Na saúde mental, o reconhecimento das diferenças é a base das ações, e começa pelo convívio com a diferença de abordagem e pontos de vista. Trata-se sempre de afirmar a ética implicada em cada formulação e, assim, tornar o debate possível, fruto da vontade de conhecer para compreender, e não da ânsia de ditar regras de conduta ou criar leis e códigos para proibir ou prescrever. Nesse campo, é preciso alertar que, quanto mais limitado for nosso conhecimento, mais seremos empurrados para o confuso terreno dos ditames morais e, daí, para tentativas de restringir a liberdade daqueles cujas ações escapam ao nosso entendimento. (Silva Filho, 2008, pg. 17)

Lobosque (1996, pg. 35) versa sobre essa questão, colocando que existem duas concepções importantes sobre a coisa mental no mundo de hoje: a psiquiatria biológica, que atende a produção contemporânea hegemônica da ciência, e a psicanálise. Uma em prol de uma cultura globalizante e a segunda considerando o alerta freudiano sobre o mal-estar na cultura.

Lobosque (1996, pg.37) ainda expõe sobre o risco do discurso da luta antimanicomial ser apropriado pelos aparelhos ideológicos, estatais, institucionais, que normatizam a ordem no

mundo em que vivemos, colocando que o exercício autoritário do poder sempre o faz em nome do bem universal.

Paes Barreto (2009, pg. 4) considera o mundo globalizado, um mundo padronizado em que se pretende a quantificação da própria subjetividade e por isso, tudo o que é da ordem da diferença ou da singularidade é mal tolerado. Segundo ele, a saúde mental trabalha para a normalização, que é por definição a ordem social e apesar de ter contribuído para a redução da segregação ao nível dos hospícios, ela pode reforçá-la em outros níveis.

> Na saúde mental, há cada vez menos lugar para a clínica, para a singularidade, para a criatividade, para a pesquisa e para o debate. O que vale é o ativismo, a palavra de ordem, o tecnicismo, a produtividade. Sim, produzir o máximo com o mínimo de gastos, como convém ao discurso do mestre contemporâneo. A qualidade do tratamento importa pouco. Não há como evitar a conclusão: o que se busca não são soluções minimamente eficazes para os casos, mas, sim, medidas para acomodar as aparências e para remendar a ordem social... o louco se depara com a exigência do somos iguais, com essa máquina de excluir, que é o imperativo normalizador. A possibilidade de manter-se segregado é grande, na sua família, nas ruas, onde estiver. É a neo-segregação. (Paes Barreto, 2009, pg. 5)

Um olhar crítico sobre a própria prática, sobre o posicionamento dos profissionais frente ao portador de sofrimento mental e aos cuidados prestados, a tentativa de um diálogo entre os vários saberes que lidam com a loucura é um dos caminhos para efetivar mudanças quando o assunto é a segregação. Não raro os profissionais dos serviços de saúde parecem configurar uma espécie de extraterritorialidade ou em linguagem popular “ter caídos de pára-quedas” quando se trata do preparo para posicionar-se e lidar com o louco que se apresenta como

doente ou que é apresentado como doente e que quase não tem chance de reconhecer seu sofrimento psíquico já que mal é escutado.

Sendo assim, este é mais um nó quando se trata da saúde mental, que se soma à dificuldade de estabelecer um debate constante sobre os vários pontos de vista e quando este é possível, de encontrar um ponto de concordância entre os profissionais.

Para aquém, dos vários discursos sobre a loucura e suas implicações nas políticas públicas, fica a figura do louco, do portador de transtorno mental, da subjetividade e da cidadania do sujeito que sofre.

Parece que as lógicas excludentes e confinadoras não se derrubam com articulações bem intencionadas por mais criativas que estas possam ser. Parece que estas lógicas ocupam um campo dominante que como diria Herrmann (2001b, pg. 163) é árduo ou impossível de romper.

O inconsciente, na leitura de Herrmann (1999, pg. 45), os inconscientes relativos, os campos, são as regras lógicas não racionais que concebem nossos pensamentos, emoções e atos, “um sistema de regras que só podemos conhecer pelo reverso; quer dizer, não pelo que produz, pois isso já vem racionalizado pela consciência, mas pelo contorno que impõe a cada um de nós, pelo limite do repertório de idéias e emoções”.

Talvez, essa tentativa de diálogo entre os saberes, de crítica ao que está posto, também faça parte de um campo que tende a manter-se cristalizado. Sentimos que estamos em movimento, levantamos questionamentos, buscamos nos posicionar, mas rodamos em círculo e paramos em um mesmo lugar.

> Um campo total ou parcialmente dominante forja seu mundo de relações adequadas com inteira autonomia e independência com respeito a nossas predileções, já que fabrica também o gosto ou o contragosto de quem o habita. Um campo dominante age sobre os

> outros, qual natureza para o fabricado, é um ponto de partida e, aparentemente, o solo último do real, o criador da realidade absoluta. Quanto mais dele se aproximam, mais naturais se afiguram os campos do social para o sujeito. (Herrmann, 2001b, pg. 163)

Entendo que muitas vezes são travadas discussões, profissionais se colocam, defendem seu saber e acabam atuando sobre um sujeito objetificado, objeto dos vários saberes. Parece que os discursos, práticas, políticas públicas, a saúde mental perpassa o indivíduo, que vivencia sua experiência de forma solitária sendo tomado por louco, doente, filho-pai-irmão problema, improdutivo ou que perturba a ordem social.

Lobosque (1996, pg.21) tratando da clínica antimanicomial, expõe sua preocupação com esse saber que objetifica, coloca que “a pertinência exclusiva dos assuntos da loucura ao mundo “psi” constitui justamente um dos modos principais de sua exclusão da cultura”. E ainda critica as clínicas que têm por objetivo adaptar o indivíduo à sociedade, frisando que antimanicomial é a clínica que convida o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social.

Percebo que o sujeito que sofre, manifesta o desejo de ser compreendido em sua loucura, em sua subjetividade, ser ouvido. Muitas vezes a postura de um profissional que reduz esse sujeito a um saber, seja ele “psi”, seja médico ou mesmo em nome do antimanicomial, extrai deste o direito à palavra, sua autonomia.

Muitas vezes, esses saberes, discursos, parecem não fazer parte da experiência da loucura do sujeito, apenas o manipula para responder à sociedade. Um exemplo recorrente, que cito a partir da minha experiência em um CAPS, é o de pacientes com longo histórico de internações, que após alguns meses participando da rotina da instituição, já fora da crise e “compensados”; ao solicitar a alta, recebem uma negativa em nome da “manutenção de sua

saúde mental". Ou seja, a fala do sujeito é descredibilizada, sua vontade desconsiderada, sua autonomia desapropriada.

A intervenção junto ao portador de sofrimento mental deve ser sustentada por uma reflexão constante sobre até que ponto vai o cuidado, o tratamento e a partir de que instante a intervenção profissional passa à apreensão de sua autonomia. Acredito que antes de qualquer olhar, discurso, ponto de vista daqueles que se opõem à exclusão, deve preceder uma percepção de que o usuário dos serviços de saúde mental é sujeito de sua própria história.

Sabe-se que o portador de transtorno mental pode muitas vezes atuar sua loucura, algumas vezes contra ele próprio, outras vezes contra os outros, mas esses episódios não justificam a tutela excessiva. Ao ser cuidado em sua singularidade, devemos estar alertas à tendência ao protecionismo, se prezamos pela autonomia do sujeito, seu direito à voz, não devemos poupá-lo de responder por seus atos, dentro de suas peculiaridades. Essa é uma linha muito tênue: cuidado - tratamento - apropriação da autonomia - protecionismo - segregação.

> Pode a cultura tolerar a solução porventura encontrada pelo psicótico? Pode oferecer-lhe alguns elementos, algum lastro, que possibilitem o encontro de uma saída – uma modificação da saída encontrada, quando se revela insuportável socialmente? Esta abertura, esta possibilidade de aceitação, não se dá sem conseqüências para uma cultura – nem, tampouco, para a ordem pública segundo a qual ela se mantém. (Lobosque, 1996, pg. 44)

Após analisar um estudo de Deleuze que propõe pensar o lado de fora do pensamento, ou as relações de força que provocam mudanças na forma já configurada, com outras relações e novas configurações[7]. Bom-Tempo versa sobre a loucura e a cultura:

---

[7] Bom-Tempo busca a obra de Gilles Deleuze (2005) "Foucault", em que faz uma análise do pensamento filosófico foucaultiano.

> O fora/loucura por ser extremamente móvel é um desestabilizador da cultura, destes contornos reconhecíveis, passando a exigir uma outra configuração, passando a exigir a criação do fora/cultura. O fora cria abalos sísmicos que, hora ou outra, acabam por se manifestar. Ele promove uma fluidez do que é padrão, do que está estanque na cultura, possibilita a criação de novos territórios, reconfigurando as conformações previstas, deixando emergir os acontecimentos, permitindo que o tempo saia da lógica do hipermoderno, no qual o futuro é vazio, nos colocando em um presente produtivo e fluido. Articulando com as forças de resistência, criando abalos nos diagramas e possibilitando devires na cultura. (Bom-Tempo, 2008, pg.39)

A loucura incomoda, nos tira do lugar cômodo, faz pensar. Para que o sujeito viva sua experiência *dentro* da cultura, da comunidade, da sociedade, não basta a ele, se *adequar*. É necessário que a cultura, a comunidade, a sociedade, cada um de nós permita o trânsito dessa subjetividade e *sofra* (com) as transformações que ela promover.

Parece que a saída não se dá dentro ou fora de muros ou dentro ou fora de nós, mas dentro *e* fora, nos espaços de interstícios, de reflexões críticas e de implicação no sentido de comprometimento e escuta da loucura.

1.3. Dentro e fora: existe espaço pra loucura?

Existe espaço pra loucura? Na cultura, na sociedade, dentro das instituições, dentro de nós? Porque a loucura incomoda? Qual é o discurso possível da loucura neste momento?

Várias podem ser as respostas: não há compreensão do que é dito, não há lógica, não faz sentido, são delírios, são apenas sintomas de uma doença, não chegaremos a lugar algum. Muitos são os expedientes de evitação e assim a fala do louco é descaracterizada, quando não, silenciada.

Mas ouvir delírios e divagações de um paciente psicótico e mais, acolhê-los, mesmo para quem se propõe percorrer esse árido terreno, é sim muito penoso. O louco denuncia lógicas que nos esforçamos para manter invisíveis, mobiliza nossos próprios núcleos psicóticos e nos coloca frente às nossas mazelas; escancara o funcionamento e dinâmica das nossas relações, o avesso das instituições, a matéria-prima com a qual construímos nossa sociedade.

> O louco, em seu dolorido e debochado desarrazoamento, provoca, no fundo, uma reflexão sobre esta grande ilusão capitalista de dar sentido à vida através da acumulação de honras e bens materiais. Ouvir o louco pode ser ouvir um grito que ecoa dentro da alma não só como objeto de curiosa piedade ou nervoso temor, mas um desafio à ilusória segurança de uma vida erigida sob o terreno movediço da busca de uma felicidade que se revela sempre e cada vez mais inalcançável. Reconhecer a impossibilidade de alcançar esta felicidade pode representar o momento crucial de ruptura com todo um projeto de vida voltado para esta promessa e esta opção. Melhor seguir, melhor assumir que o caminho normal, bom ou ruim, garantirá, de alguma forma ainda misteriosa, mas certeira, um belo porvir. A busca do paraíso tem que excluir esta voz, esta angústia – a desrazão – e garantir o grito totalitário da norma. (Oliveira e Dorneles, 2005, pg. 26)

Vivemos o mundo da norma, da normatização, da normalização, do conhecido. Precisamos das regras, precisamos estar certos do que encontraremos ao estar com o outro, precisamos do

que é igual, do que é familiar para convivermos, para nos relacionarmos, para dialogarmos, precisamos da rotina.

Venho então refletindo sobre o espaço da loucura dentro do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo que surge com a reforma psiquiátrica para substituir o modelo hospitalocêntrico, visando o cuidado e inserção social do portador de transtorno mental.

De acordo com a Linha Guia em Saúde Mental, a portaria GM 336/2002 traz critérios para definir o CAPS, dentre eles, que os CAPS devem realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial; devem funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar. Com equipes interdisciplinares próprias, devem oferecer dentre outros recursos terapêuticos: atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família, atividades de suporte social e inserção comunitária, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. A equipe deve desenvolver um trabalho conjunto, pensando em um projeto terapêutico para cada paciente. (Minas Gerais, Secretaria de Saúde, 2006)

Além disso, o CAPS é o lugar onde o indivíduo pode falar e entender o que se passa com ele, tendo auxílio com os cuidados com o próprio corpo e higiene, participando de atividades coletivas como oficinas, reuniões, passeios e ainda, atendimento à família e prescrição adequada da medicação.

Ainda segundo a Linha Guia, os CAPS devem funcionar como um serviço aberto tanto pela ausência de muros e grades como pela ligação com o espaço social, operando como um lugar de passagem. (Minas Gerais, Secretaria de Saúde, 2006)

> O tratamento no próprio CAPS visa não apenas mantê-los na condição de usuário de serviços de Saúde Mental, mas abrir perspectivas em sua vida: o namoro, as amizades, o estudo, o trabalho, o lazer. Portanto, as coisas não vão bem, quando a maioria dos usuários

> é mantida por muito tempo dentro dos limites do serviço. (Minas Gerais, Secretaria de Saúde, 2006)

Sendo assim, talvez uma das divergências entre a proposta da Linha guia em Saúde Mental e a realidade dos dispositivos da Reforma, diz justamente sobre o seu funcionamento enquanto um lugar de permanência e não como lugar de passagem e continência à crise, espaço onde alguns pacientes permanecem por vários anos.

Outro aspecto importante é que parece não ocorrer de forma efetiva, uma ligação com o espaço social, o CAPS acaba funcionando como o único lugar para o paciente estar, além de sua residência. Isso talvez aconteça, não só pela deficiência de outros espaços para o paciente circular, mas pela dificuldade dos profissionais promoverem esse encontro, do paciente com a comunidade, com espaços de lazer e de circulação não só do sujeito da loucura, mas do cidadão.

Oliveira e Dorneles (2005) colocam que a implantação e implementação dos serviços substitutivos e a forma como estão se dando esses processos é motivo de preocupação. Dizem que pesquisas mostram que existem problemas que comprometem a avaliação dos serviços quanto sua adequação aos princípios preconizados na legislação, sendo que, estes, começam em muitos casos a reproduzir o modelo ambulatorial e hospitalar que a reforma busca substituir.

> ...muitos tem se tornado “minimanicômios” e que muito das relações profissionais e terapêuticas se caracterizam por um modelo mental que pouco difere do usado no manicômio tradicional – baseado em rígida hierarquia, subjugo do usuário, fortes estruturas de poder, descrédito da reabilitação, medicalização como principal, quando não única medida terapêutica. (Oliveira e Dorneles, 2005, pg. 31)

Narro aqui uma experiência vivenciada por mim e outras duas profissionais do CAPS, uma psicóloga e uma enfermeira, que percebo como sendo bem sucedida, de grande relevância terapêutica, social, de autonomia e cidadania para os usuários que participaram. Experiência que pode ter sido semelhante à de tantos outros profissionais de saúde mental que se aventuram a buscar o diferente.

Em 2007, em determinado período, alguns profissionais saíram de férias, ficando poucas pessoas responsáveis pela condução da rotina junto aos pacientes. O serviço, oficinas e grupos terapêuticos foram ficando enfadonhos e cansativos, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes.

Então, três profissionais aproveitaram dois eventos que estavam acontecendo na cidade e programaram uma semana diferente, em que os pacientes sairiam do CAPS circulando pelo espaço público. Alguns profissionais e técnicos administrativos se opuseram, alegando a grande responsabilidade que é estar com esses pacientes na rua, o perigo que correriam ou suas atuações contra outras pessoas. Mas nos responsabilizamos frente à coordenação e seguimos com o projeto.

Estava acontecendo em Uberlândia a primeira bienal de Artes, então marcamos uma visita e combinamos com os pacientes que aqueles que preferissem poderiam nos encontrar já no local e ou então nos encontraríamos no CAPS para juntos tomarmos o ônibus até lá.

E assim aconteceu, alguns pacientes seguiram junto com os profissionais de ônibus para o local do evento, mas a grande surpresa foi encontrar um grande número de pessoas que seguiram sozinhas até lá. Então, juntos, apreciamos a exposição, interagimos com algumas instalações, assistimos vídeos e comentamos sobre o que vivemos e sentimos ao estar frente ao inusitado, à arte e a objetos e obras que ultrapassavam nosso entendimento.

Na mesma semana aconteceu em Uberlândia, um evento chamado Trem Doido, que a princípio tinha uma grande adesão de profissionais e pessoas envolvidas na saúde mental, mas uma ínfima presença de usuários da rede. Novamente combinamos que a atividade daquele dia seria no local deste evento.

Assistimos algumas palestras, os pacientes fizeram perguntas, muitos não entenderam o que estava sendo dito, mas tiveram espaço para expressar seu não-entendimento. Participamos do lanche oferecido, assistimos apresentações artísticas e em um determinado momento foi colocado que o palco estava livre para quem quisesse se expressar. Nós profissionais nos surpreendemos quando nossos convidados começaram a se levantar e subir no palco para se expressar.

Nós que conhecíamos suas histórias, assistimos aqueles pacientes se colocando através da arte e nos contando quem eram os sujeitos escondidos atrás da doença. Assistimos uma apresentação de dança, uma música sendo tocada ao piano que se encontrava em um canto do palco, poesias sendo declamadas e a encenação de uma usuária que tinha uma séria miopia, sobre sua experiência dentro de uma clínica psiquiátrica na qual retiraram seus óculos e onde passou longos meses sem enxergar.

Saímos de lá felizes pelo que tínhamos vivido. Parecia que o trânsito do usuário do serviço de saúde mental nos espaços que geralmente ele não freqüenta era possível, que ele precisava de uma ponte, precisava de quem possibilitasse sua circulação por esses locais. E o quanto essa possibilidade de se expressar e ocupar um lugar de cidadão afasta o estigma de louco, do que deve permanecer protegido pelos serviços que a ele são direcionados, e nos mostra o sujeito, a subjetividade, a singularidade e a capacidade de produção daquela pessoa.

Parecia que tinha encontrado uma resposta para minha pergunta, tinha encontrado um lugar. Lugar das artes, da criação, para romper com os dogmatismos. Lugar que não é dentro nem fora, mas inventivo e circular, lugar onde a força psíquica ou de representação é

constituinte e mutativa. Se tudo que é sólido pode desmanchar-se no ar, tudo aquilo que leva a petrificação pode ser revolvido pela análise, pela crítica em movimento, pois até esta pode ficar aprisionada: aí está a loucura! Sair da pedra e esparrama-se na altura!

Para tentar colocar em movimento algo que sempre tende ao estático, à compulsão, à repetição, busquei a Psicanálise como lente, busquei o método interpretativo que me possibilitou encontrar novos sentidos no que vinha sendo estudado, uma repetição que me levou ao diferente.

2. O MÉTODO DA PSICANÁLISE.

"Do reconhecimento do desconhecimento, nasce o saber possível."
(Herrmann, 2006, pg.8)

Neste capítulo pretendo versar sobre o método Psicanalítico, a partir do qual desejei realizar o presente trabalho. Este se fez indispensável, pois passou a ser a lente pela qual procurei enxergar o objeto (sujeito) de meu estudo, as relações estabelecidas por usuários e profissionais inseridos na rotina de um CAPS, e também o mundo em que vivemos – berço da lógica originária dessas relações.

O método Psicanalítico tem como escopo descortinar lógicas que não se evidenciam na realidade quotidiana, regras que se concebem e regem o psiquismo e o mundo. É através deste método em movimento, da interpretação, das rupturas de campo que se evidenciam novos sentidos às relações, aos fenômenos do mundo contemporâneo, ao quotidiano e ao modo do ser humano estar no mundo.

Este método nasce na clínica, dando condições a um modo de pensamento, o desenvolvimento de uma teoria e a estruturação de uma técnica terapêutica.

Freud em Dois Verbetes de Enciclopédia versa sobre a origem da Psicanálise.

> ...em primeira instância, essa psicanálise era uma arte de *interpretação* e estabeleceu a si própria a tarefa de levar mais a fundo a primeira das grandes descobertas de Breuer, ou seja, que os sintomas neuróticos são substitutos significantes de outros atos mentais que foram omitidos. Tratava-se agora da questão de encarar o material produzido pelas associações do paciente como se insinuasse um significado oculto, e de descobrir, a partir dele, esse significado. A experiência logo mostrou que a atitude que o médico analítico

> podia mais vantajosamente adotar, era entregar-se à sua própria atividade mental inconsciente, num estado de atenção *imparcialmente suspensa*, a fim de evitar, tanto quando possível, a reflexão e a construção de expectativas conscientes, não tentar fixar particularmente coisa alguma que ouvisse na memória e, por esses meios, apreender o curso do inconsciente do paciente com o seu próprio inconsciente. (1923-1976, pg. 291)

A psicanálise então se faz na relação inconsciente estabelecida entre analista e analisando, no encontro inconsciente. Inicia sua jornada no consultório, ganhando corpo e reconhecimento, mas não se limita a este; Freud utiliza sua arte de interpretar como uma forma de pensar e observar o mundo. Faz uso dela para pensar a psique humana não só através da relação com o indivíduo, mas através das artes plásticas, da literatura, da política, da cultura, da civilização.

A partir desta possibilidade, de fazer uso deste método como uma lente, como uma forma de compreensão dos fenômenos humanos, a cada dia, a pesquisa psicanalítica vai ganhando espaço na academia.

Birmam (1993, pg. 19) coloca que o campo da pesquisa psicanalítica é limitado pelo objeto psíquico – o inconsciente, pelo método interpretativo e pela técnica de associação livre, além de condições para que formações do inconsciente apareçam. Desta forma, na pesquisa psicanalítica, o espaço analítico pode ser transposto para outras áreas, desde que se respeite esse critério teórico-metodológico.

Lowenkron (pg. 8) também ampara a pesquisa psicanalítica, colocando que “se a experiência estiver alicerçada nos conceitos fundamentais da psicanálise – o inconsciente dinâmico, a resistência e a transferência, qualquer linha de investigação tem o direito de chamar-se psicanalítica.”

Segundo Sampaio (2006, pg.250) o método interpretativo faz-se relevante ao “permitir ou partejar a emergência de um sentido ou de um conjunto de significações que se dá na relação entre o pesquisador e o pesquisado (transferência), conjunto este que não era evidente anteriormente a essa visada”.

E completa:

> Uma pesquisa em psicanálise deve, então, idealmente, permitir o surgimento de significações pertencentes ao fenômeno, mas que não se evidenciavam no primeiro momento, podendo-se dizer mesmo que resistiam dinamicamente a aparecer e que seu surgimento modifica a nossa compreensão do fenômeno. (Sampaio, 2006, p.250)

Herrmann contribui com o conceito de clínica extensa, que compreende a investigação da sociedade e da cultura, quando o método psicanalítico pode ser usado voltado para pesquisa ultrapassando a técnica.

> O conceito que sustenta essa intrínseca extensão da clínica é o da função terapêutica. Quando ocorre uma ruptura de campo, quando se desestabiliza um sistema estruturado de representações, o efeito não é apenas uma abertura para o conhecimento, mas abertura para uma mudança vital. Isto não se limita ao paciente em análise. (Herrmann, 1997, pg. 7-17).

Herrmann (2004, pg.4) ainda coloca que na clínica extensa, “a livre associação, por exemplo, básica diretriz da técnica da análise, não comparece necessariamente, mas a ruptura de campo, operação do método, nunca está ausente”

Herrmann retoma a importância do método psicanalítico frente à técnica e à teoria psicanalítica. O método é o que é invariante ao se tratar da Psicanálise, independente da

escola psicanalítica estudada pelo investigador ou de qual seja o objeto de investigação, um indivíduo, uma comunidade ou uma instituição, o método será a interpretação.

> Há inúmeras técnicas, como se sabe. Além das psicanálises de escolas diversas, há psicoterapias mais analíticas que certas análises, há análises psicoterápicas e até adaptativas, e técnicas bem distantes da psicanálise-padrão, porém metodologicamente psicanalíticas – e aí nem o divã se salva. Já o método é outra coisa. É a forma geral do pensamento e da ação numa disciplina; em técnicas diferentes, o mesmo método deve estar. (Herrmann, 2001a, pg. 51)

Herrmann em sua Teoria dos Campos traz a ruptura de campo como o método da Psicanálise. Segundo ele, "campo significa uma zona de produção psíquica bem definida, responsável pela imposição das regras que organizam todas as relações que aí se dão, é uma parte do psiquismo em ação", são inconscientes relativos a cada movimento de interpretação psicanalítica. (2001a, p.58-59)

Então a ruptura de campo seria a desestabilização dessa zona de produção que dá margem à reflexão e possibilita a estruturação de um novo campo, efeito da interpretação psicanalítica.

Ao romper um campo, o sujeito vê desmanteladas algumas representações que faziam parte de sua identidade, passa então à tentativa de reestruturar esse campo ou se ancorar a novas representações, vive a expectativa de trânsito entre o campo que se rompeu e o que irá se estruturar.

Herrmann (2001a, pg.55) expõe que as "representações que formavam uma espécie de círculo exterior ou periferia da superfície representacional são arrastadas à consciência. E, por falta de um campo organizador, põem-se a girar dentro do sujeito."

Esse movimento é chamado por Herrmann de vórtice e seria o momento em que o discurso a respeito de um campo dá lugar às fantasias, e é através da percepção consciente dessas fantasias pelo analisando e estruturação de novos campos, que o psicanalista pode aos poucos visualizar o desenho do desejo inconsciente de seu paciente.

Segundo Herrmann (2001a, pg. 61) “nosso psiquismo cria e procura manter seus campos, a situação analítica sistematicamente os desmancha; no mais, psiquismo e método psicanalítico são absolutamente iguais, imagens especulares.”

Sendo assim, o método interpretativo por rupturas de campo norteou minha investigação, e ao pretendê-la uma pesquisa psicanalítica em clínica extensa, fez-se relevante entender o uso deste método no estudo do quotidiano e de suas regras de constituição.

Herrmann (2001b, pg. 23) propõe que uma função chamada rotina reduz as diferenças e promove o aspecto homogêneo e natural do quotidiano, e assim, o bom casamento entre homem e o mundo. Os campos do real que criam o quotidiano, “possuem regras essencialmente estranhas ao homem, embora sejam seus constituintes mais profundos”.

> “O homem recria o mundo à sua imagem e este mundo recriado vai produzindo seu homem... mas isto que se patenteia, sendo o miolo do projeto humano, simplesmente não pode ser reconhecido pelo próprio homem, pois é a denúncia de seu descomedimento interno, da falta de proporção entre o que se deseja para si e o que lhe convém.” (2001b, pg. 21)

Quando nos deparamos com as regras de constituição de nosso mundo, de nosso psiquismo, acontece um estranhamento e essa lógica revela-se absurda. É como se tentássemos ler palavras invertidas, precisamos do espelho para que ganhem sentido.

Somos surpreendidos, mas há uma lógica presente. Na relação homem e mundo, este espelho reflete a tentativa de encontrar representações que dêem sentido à realidade quotidiana e ao mesmo tempo, reflete a Psicanálise em movimento, descortinando o absurdo.

Ao escolher um recorte do mundo, do quotidiano, da cultura como foco de estudo, é necessária a compreensão da forma como iremos observá-los. Ao eleger a Psicanálise como método é como se ampliássemos nosso campo de visão, não devemos buscar entender as exceções, estudar microscopicamente os desvios do mundo, mas sim, a partir dessas exceções, investigar as regras que o governa.

Para melhor exemplificar, me lembrei do olho esquerdo de minha mãe. Ainda adolescente minha mãe manifestou uma doença chamada toxoplasmose, que como sequela, a deixou cega de um olho. Mas não foi uma cegueira total, foi apenas da visão central. Se ela olha para meu rosto, consegue ver meus cabelos, minha roupa, meu pescoço, ou seja, tem visão periférica, enxerga tudo que está em volta do ponto em que fixa o olhar. E assim, passa a prestar atenção ao que normalmente ignoramos, ao que está em torno do seu foco de interesse.

Acredito que com a Psicanálise seja um pouco assim, fazemos um recorte e pretendemos estudá-lo, olhamos fixamente para ele, investigamos, tentamos entendê-lo. Mas novos sentidos só serão possíveis, se adquirirmos, como em um lampejo, a cegueira central e passarmos a enxergar o que ali se mantém fora de foco, embaçado, no escuro.

Em nossa disciplina, essa cegueira reveladora, poderia também ser comparada ao delírio do psicótico, que aos nossos ouvidos, conta um mundo completamente estranho e absurdo; que alucina e “enxerga coisas onde não tem” ou que não podemos ver.

Herrmann (2001b, pg. 53) propõe que para fazer uso do método psicanalítico ao investigar a realidade quotidiana, devemos adotar uma postura paranóica, suspeitar do que está posto, desconfiar das aparências, supor intenções ocultas nos menores atos sociais, conceber o mundo como um absurdo disfarçado de naturalidade.

> Nossa paranóia interpretativa é um recurso heurístico que deseja tão-só desmontar a realidade para melhor respeitá-la, conhecendo que diferenças se escondem na superfície unitária da aparência e como as variadas regras dos campos do real constroem formas de realidade irredutíveis umas às outras, não fosse a força redutora da rotina. (Herrmann, 2001b, pg. 53-54)

Fazer uso da neurose como método de investigação, equivale a discorrer sobre os índices que garantem a percepção de realidade e sua possibilidade de ineficácia. Ao pensar neuroticamente o mundo em que vivemos, acabamos sustentando a repetição, defendendo opiniões, visitando discursos prontos e situações em que o enredo não muda.

> ...os acontecimentos só fazem sentido quando vistos em seu contexto quase delirante, as simetrias são, de regra, enganosas. Não restam dúvidas de que isso comporta uma margem de erro; trata-se do erro necessário para que se possa proceder à exegese das regras da realidade quotidiana: estas se aproximam da psicose e de uma organicidade universal, depois de rotinizadas é que se neurotizam, ou seja, podem ser pensadas como um espaço ilusoriamente homogêneo e neutro onde certos fenômenos se repetem sempre iguais. (Herrmann, 2001b, pg. 54)

Sendo assim, o método psicanalítico faz um movimento inverso à homogeneização das regras da realidade quotidiana, desestabiliza a rotina, desestrutura as representações que estão dadas, tenta ampliar o que foi reduzido, psicotizar o pensamento neurótico, romper campos. Interpretar psicanaliticamente, encontrar novos sentidos para o que está instituído é desvendar o que está além das aparências.

Fazer bom uso dessa lente que é o método interpretativo, manter um pensamento psicanalítico depende do seu contínuo exercício. A tendência à redução dos fenômenos estudados, a disposição à repetição, está presente todo tempo. E só mesmo entendendo o erro como uma oportunidade de conhecimento, e por isso, necessário, é que nos voltamos a ele, para alcançar o que denuncia. Penso que deve ser isso a Psicanálise, sem muito saber aonde chegar, errantes pelo quotidiano, em que o erro, o ponto cego é que traz a luz.

A partir deste método, busquei no delírio, no discurso delirante, na fantasia, a compreensão da realidade e das relações estabelecidas em um CAPS.

3. UM PEQUENO ENSAIO SOBRE O DELÍRIO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.

Neste capítulo irei discorrer a respeito do delírio, sob o prisma da Teoria dos Campos[8]. Alguns conceitos importantes da psicanálise serão considerados para entendermos a formação e aparente estabilidade do delírio na crença psicótica. Esta alteração do juízo de realidade, o delírio, será estudada seguida da análise de um caso clínico atendido em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Tratar desse conceito é relevante, pois permitirá compreender um sintoma freqüente em instituições de saúde mental, bem como traçar um paralelo com as relações ali estabelecidas. O delírio é um sintoma central nas psicoses, categoria de patologias que constitui um dos focos mais importantes de atenção em unidades de saúde que tem por objetivo o cuidado ao portador de sofrimento psíquico grave. Nestas unidades, por outro lado, as interações que se estabelecem parecem reproduzir alguns dos vetores constitutivos deste mesmo delírio. De alguma forma o discurso delirante do paciente parece denunciar lacunas na organização do serviço e outras lógicas de funcionamento da instituição, as quais serão tratadas mais adiante.

Esta outra lógica, presente na fala de pacientes psicóticos, é tratada por Herrmann (2006, pg. 20) que a conceitua como lógica de produção. Ou seja, o paciente psicótico está em constante contato com a representação da origem dos estados psíquicos e do processo de diferenciação entre realidade e identidade, ou entre real e desejo, que são respectivamente, inconscientes do social e do individual. Estas representações são “desrepresentadas” pelo

[8] A Teoria dos Campos é um movimento que visa resgatar a importância do método interpretativo frente à teoria e a técnica psicanalítica. Pretende analisar o que vem a ser uma interpretação levando a compreensão desse método de pensamento, além de delimitar as características do homem da psicanálise e do universo em que vive. (Herrmann, 2001a).

indivíduo tido como normal que quando se depara com elas, desacredita, excluindo-as ao campo das exceções.

> ... o mergulho nos grandes temas da vida e da morte, sobretudo a convivência íntima e desprotegida com a lógica de concepção do real humano – ou seja, as regras produtoras de sentido, imersas e ocultas no estofo da cultura, ativas na sociedade e no indivíduo, como campos organizadores da vida quotidiana – desfaz a indiferenciação cuidadosa entre o eu e o mundo, ao mesmo tempo que impossibilita nossa razão comum de funcionar satisfatoriamente. ... Loucura é o estado de fusão e confusão entre identidade e realidade; ou, com mais rigor, a condição de contágio, em que o sujeito se desfaz no real e retorna às origens. (Herrmann, 2006, pg. 20)

Para uma melhor compreensão, segundo Herrmann (2006, pg. 7) "... o real não se representa, é o estado produtor humano, do sujeito individual, da coletividade, da cultura. É o que somos, enquanto produção constante, não como produto acabado...". E ainda explica que:

> ... o real encontra um sistema de representações que a um tempo o patenteia e o disfarça para a consciência: a isto chamamos realidade. A realidade, portanto, é, de regra, representação parcial, viceja dentro de relações bem precisas; porém dentro de cada conjunto de relações de um dado campo, parece dar conta do real inteiro, possui uma aspiração à unicidade e à universalidade... (Herrmann, 2001b, pg. 34-35).

Sendo assim, realidade é representação do real.

Ainda se faz importante conceituar desejo e identidade, sendo que o desejo é a parte do real seqüestrada no sujeito, é "a matriz simbólica que dá forma as emoções. Em sentido estrito

ele é inconsciente, embora vontades e desejos conscientes derivem dele” e identidade é o lado oposto da superfície representacional onde se encontra a realidade. Desta forma, como o paralelo real/realidade, o lado identitário tenta representar o desejo. (Herrmann, 2003a, pg. 118).

E acrescenta:

> Para que realidade e identidade valham-nos de defesa adequada, devem ambas parecer naturais: uma vinda do mundo, a outra, do interior do sujeito... A lógica de concepção que cria as imagens de mim mesma e de meu mundo deve operar em surdina; do contrário, tais imagens de mim não seria críveis, se fosse eu exposto simultaneamente à consciência de que estou a inventar, ao mesmo tempo em que sou inventado. Entretanto, a lógica de concepção é vagamente anunciada por sinais contraditórios, na rotina de nossas vidas. (Herrmann, 2006, pg. 22)

Parece então que os pacientes delirantes inseridos na rotina do CAPS, mais do que os profissionais com seus funcionamentos mais adaptativos, conseguem sentir esses sinais contraditórios que denunciam a lógica de concepção não só de suas vidas, de sua dinâmica psíquica, mas do social, do meio, da estruturação do serviço e imagina-se, das relações estabelecidas dentro da instituição.

Fábio Herrmann em sua teoria traz o conceito de rotina:

> Cabe a função da rotina opacificar a origem e a lógica profunda das relações que entretemos ao longo de nossas vidas. Seu papel é relevante, por ser a fonte do consenso que permite aos homens, de certa época e cultura, entender-se acerca de sua experiência de mundo, criando a realidade partilhada. Essencialmente, a rotina é um redutor. Elimina a

> percepção de contradições no quotidiano e confere à realidade sua solidez e habitualidade. Os aspectos discrepantes do mundo, que poderiam denunciar o caráter fabricado e artificial da realidade quotidiana, são literalmente suprimidos pela apreensão comum. (2001a, p.189-190)

O caso clínico foi escolhido entre muitos possíveis, que a seu modo ilustra essa possibilidade de denúncia que a atividade delirante encerra. No entanto, falas de vários outros usuários da instituição podem ser pinçadas para trazer algumas revelações surpreendentes, sentenças recheadas de fundamentos quase filosóficos, sócio-políticos, de construção de cidadania, em meio a um discurso alienado. Pontuações híbridas que denotam justaposição do conservador, do caótico, do livre e do aprisionado.

Como bem expressa Herrmann (1999, pg. 17): “As mesmas regras que dão sentido à vida cotidiana aparecem na loucura. A diferença é só esta: o que o quotidiano esconde, a loucura faz questão de mostrar.”

Sendo assim, detenho a atenção na construção do delírio, sintoma central da patologia psicótica, que como tal é considerado inadequado e deve ser suprimido, mas que ao mesmo tempo, evidencia a lógica que a rotina, o quotidiano se esforçam para esconder.

Como real e desejo são inapreensíveis ao pensamento humano, só o conhecemos a partir de suas representações, que podem evidenciar algo muito diferente do sentido inconsciente que as originou. A superfície representacional apresenta de tal forma maquiado o desejo que este se torna irreconhecível: tudo o que não é tolerado pelo indivíduo é despistado e nela não está evidente. É como a máscara do Fantasma da Ópera que esconde apenas a parte desfigurada do rosto. Mas existem reminiscências, é como se a própria espessura da maquiagem que mantém o disfarce, pesasse sobre o rosto, gerando uma desconfiança de que há algo além daquela superfície.

O desenho do desejo de um indivíduo pode ser esboçado a partir do momento em que outras possibilidades tomam conta da superfície representacional do sujeito, ou seja, através das rupturas de campo.

A ruptura de campo pode ser descrita como o efeito das interpretações psicanalíticas. No processo de análise objetiva-se trazer o desejo desconhecido ou experimentar novas formas de desejo. O trabalho é desenvolvido a partir das representações que o paciente carrega consigo e que luta por manter, mas que aos poucos vão sendo permeadas por outras possibilidades de representações que vão surgindo a partir da dúvida da solidez desse campo já estruturado. Segundo Herrmann (2006, pg.33) “basta que deixemos surgir a incerteza que toda certeza esconde”.

> ... a representação esconde o que deve esconder. É necessariamente parcial, representa desejo e real, aplainados e empobrecidos de sua essencial função geradora, sob uma aparência estática, isola as contradições e disparidades, despista, tanto quanto possível, os resquícios de lógica de concepção, origem processual de sua superfície, cuja manifestação havia de ser devastadora para a plausibilidade do conjunto. (Herrmann, 2006, pg. 23).

No entanto as representações são particularmente frágeis, e requerem um sistema de sustentação. Um sistema que garanta a integridade e a tendência conservadora da representação. Este sistema receberá o nome de crença. A crença é como a cola passada em um quebra-cabeças montado para mantê-lo intacto. Não importa qual o desenho que nele esteja impresso, se infantil ou muito complexo, não importa o número de peças, nem sua espessura, se é frágil ou resistente. A crença age sustentando a coerência entre identidade e realidade, tenta mantê-las bem coladas.

> ... a crença é uma função pré-consciente que sustenta qualquer representação psíquica dada, com benévola indiferença por seu conteúdo, e assim dá credibilidade ao vasto panorama que fazemos do mundo e de nós mesmos. (Herrmann, 2003a, pg.123)

Abro aqui um parêntese, a constatação de que esta análise de Fábio Herrmann está referenciada ou sustentada pelo constructo teórico da metapsicologia freudiana. Comparecem em forma de penumbra noções como o inconsciente, pré-inconsciente, id e toda constelação de energia pulsional, entretanto elas ficam sugeridas, pois a análise se desloca de uma clareza conceitual apreendidas nos texto de Freud para tentar mesmo que um vôo rasante, ousar novas conceituações em forma de prototeorias, aproximando ainda mais da análise do quotidiano.

De volta à crença, esta serve para assegurar a permanência e credibilidade da representação, trabalha suprimindo a lógica de produção, de concepção da mesma, pois a evidência desta lógica arruína com a representação. Porém, como dito anteriormente, reminiscências desta lógica podem aparecer. Então a crença vai administrando a quantidade de lógica de concepção que pode entrar numa representação sem que a mesma seja destruída. "... cada ponto da representação é assegurado por uma genérica ameaça a todos os outros". Esse vazamento da lógica de concepção para a superfície representacional resulta comumente no processo de suspeita. (Herrmann, 2003a, pg.124).

A suspeita tem a ver com a infiltração da lógica de produção na superfície representacional. Ela, desta forma, não só invoca a falsidade de uma representação, como de todo o modo representacional da psique. É comum uma representação ser colocada em dúvida, repensada, ressignificada pelo sujeito e ser substituída por outra que eventualmente pode ser até contrária à primeira. Mas a suspeita propõe a falsidade de toda a superfície da aparência, coloca em dúvida todas as representações e exige novas.

Como bem coloca Herrmann (2006, pg.82), “a suspeita é uma devoradora insaciável de aparências”. Ela é como uma fresta entre identidade e realidade, mas tem como escopo vê-las fundidas, a suspeita exige muitas comprovações sobre a veracidade da superfície representacional, mas em seguida se contenta com qualquer constatação que lhe seja oportuna.

Para melhor ilustrar, a suspeita seria um borrão na “maquiagem representacional”, uma falha que evidencia as imperfeições do rosto, revela o que está por traz da aparência. Porém ao expor tais imperfeições cobra um retoque na pintura, que logo ao ser recomposta é acometida novamente pela ação da suspeita.

> A suspeita refaz o caminho da crença, de seu campo produtor... muito além das aparências conta achar a verdade. E de novo tem razão e está errada. A verdade só pode estar na superfície da representação. Em direção à profundidade psíquica, é nossa velha aliada a mentira a única figura que se pode permitir chegar, a fim de representar o irrepresentável, os campos, por meio de ruptura de campo; neste caso, representar o campo da crença, meta final da suspeita. Porque a suspeita representa a nostalgia do campo de crença, extraviada absurdamente na superfície da representação. (Herrmann, 2006, pg. 87).

Outra conseqüência desse vazamento da lógica de concepção ao campo das representações é o preconceito. Ele “inculca, num argumento, por exemplo, absurdo e irrefutabilidade ao mesmo tempo.” Tal argumento “pretende apresentar provas conclusivas de uma evidência qualquer, mas apresenta o pretenso fato com um caráter tão estranho, radical e idiossincrático, que o resultado nada tem de evidente, parecendo mais um produto onírico.” (Herrmann, 2006, pg. 100-101).

O preconceito apresenta-se como uma idéia, uma tese absurda para quem o observa de fora, mas é concebido pelo sujeito que o sustenta racionalmente como um argumento coerente e fundamentado. Com intuito de manter a solidez da representação a qual se propôs defender, lança mão de provas e avaliações.

Voltando à alegoria da "maquiagem representacional", o preconceito seria uma pintura mal feita ou tão escandalosamente produzida que chama atenção, mas que está muito bem aderida ao rosto.

Quando a identidade se ancora no preconceito, crença comprometida pelo processo de suspeita, ganha a nuance psicótica, configurando o delírio. "Sempre que um grão de suspeita se lhe depara, a identidade extrema recorre ao modo do preconceito para reassegurar-se." (Herrmann, 2006, pg. 115).

Como exposto no início, as representações que não são aceitas pelo indivíduo, a partir da ação da suspeita, ganham o campo das exceções e são descredibilizadas. Acontece que no processo que caminha à psicose, várias são as representações não aceitas pela pessoa, que vão sendo descartadas ao campo das exceções.

E assim, estas exceções vão se acumulando, ganhando um incômodo volume, uma sensação de estranheza vai tomando conta do sujeito e a desconfiança frente a estas representações vai dando lugar a certeza de outra realidade insuportável, mas construída e comprada pelo sujeito que a sente como uma revelação, uma verdade que num rompante lhe foi desvendada.

> Tudo o que não é idêntico, não é – e, a título de não ser, de exceção ontológica, acumula-se num bloco imenso de intenções sem sujeito, de perversidades naturais sem causa, de puras interferências malignas na vida do sujeito. Até que o conjunto das exceções desaba. Era um agouro vago, depois um pesadelo, depois uma estranheza diurna. De repente, toda a

> participação negada no real surge para o sujeito, mas sem o caráter de real humanizado, de partilha passional: o contágio aparece sob a forma de outra realidade, de um mundo que parecia estar até então oculto, mas que se descortina de chofre, terrível, mas irrecusável. (Herrmann, 2006, pg. 116).

A maquiagem, borrada pela suspeita, escandalosamente produzida e aderida pelo preconceito, vai sendo brutalmente removida, mas não por completo. Algumas sobras ainda vão continuar assombrando o sujeito. Evidenciam-se além do rosto escondido, novas marcas e cicatrizes produzidas nesse processo, e este rosto que agora carrega resquícios desfigurados de uma pintura, já não se faz reconhecer.

Para adiar o desmoronamento do campo das exceções, o sujeito passa a projetar todas as exceções rejeitadas para o mundo. Estas então são percebidas por ele como extremamente familiares, porém abomináveis. A partir daí brota a certeza de estar sendo perseguido, por pessoas, por conspirações, por seres fantásticos quando na verdade é pela própria realidade que se evidenciou para ele.

Por fim, com o desmantelamento do campo das exceções, é a identidade do sujeito que sofre a projeção para o mundo, passando então a ser uma extensão da realidade, co(n)fundindo-se. A suspeita alcançou seu propósito, já não há separação entre identidade e realidade. E este estado nos remete a uma impressão de que o sujeito, já psicótico, perdeu por inteiro sua identidade.

> Assim nascem os delírios, do ponto de vista da crença. Já não se suspeita como na neurose, nem se descredencia, como na perversão; as representações axiais da identidade são preservadas, todavia já não fazem parte da superfície interna das representações, elas se provam cabalmente, são consideradas parte da realidade, concretizam-se, são realizadas,

> tornam-se coisa. Sobra, não obstante uma necessidade de mostrar e demonstrar constantemente a veracidade da projeção da identidade... remanescente da *forma-suspeita*, que agora deve garantir que certa classe de realidade identifica mesmo o sujeito, por intermédio da narrativa delirante. (Herrmann, 2003a, pg.135)

Sendo assim, o sujeito delirante passa a discursar sobre uma realidade que o persegue, o humilha, uma realidade hostil para sustentar fragilmente uma identidade que nela encontra-se dissolvida. O delírio parte de um narrador compulsivo que precisa fazer-se crer, que precisa de um interlocutor que o ouça, acolha sua verdade e mais ainda, que delire junto com ele.

Entender a construção delirante, ouvir obstinadamente o delírio foram os recursos encontrados por mim para estar com o paciente protagonista do caso clínico estudado, na tentativa de cuidar de sua angústia e acolhê-lo.

4. “MENTIRAS SINCERAS ME INTERESSAM” – SOBRE COMO COMEÇAMOS.

O paciente é recebido no acolhimento do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, egresso da enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas da cidade. Chega acompanhado de sua mãe, ambos falam juntos, estão exaltados.

A mãe pede a palavra e começa a contar sobre o filho. Conta que o mesmo faz uso de drogas e está doido. Revoltada, relata que o filho acredita ter sido adotado, quer fazer DNA para provar que não é filho do casal e que se o mesmo insistir, ela irá processá-lo, pois tem certeza que é seu filho.

A mãe tenta afligir seus interlocutores com sua luta e a impressão que passa é que quer convencer de que ela está dizendo a verdade, parece cogitar que sua fala pode ser descredibilizada, enfatizando que quem mente é o filho. Relata sobre as várias internações do paciente, as fugas das fazendinhas e diz que ele precisa ficar no CAPS, mas está resistente.

Quando o paciente começa a falar, contar sua versão da história, a mãe sinaliza com os pés por baixo da mesa, pisca e faz gestos como quem diz: “Está doido”.

O rapaz de vinte e nove anos está visivelmente desorientado, só fica em pé e balança a cabeça discordando do que ouve. Quer falar, mas parece não saber o que dizer ou por onde começar, frente ao discurso da mãe.

Tenta também me persuadir de que ele é que está com a razão, se julga injustiçado por ninguém acreditar no que diz e vai ficando cada vez mais agitado e ansioso conforme vai sendo contrariado.

Peço licença à mãe e me dirijo ao rapaz pedindo que aceite o vínculo com a instituição, e digo a ele que se ficar vou ouvi-lo. O paciente aceita a proposta de imediato e quer saber que dia irei atendê-lo.

Como inúmeros pacientes que utilizam os serviços de saúde mental, sua fala é invariavelmente desacreditada, então está ávido por alguém que o compreenda. Para manter uma frágil identidade, precisa compartilhar essa realidade absurda aos olhos dos outros.

Ávido será o nome fictício do paciente, que se apresenta contando sobre seu sofrimento durante a internação, em uma comunidade terapêutica e sobre sua dificuldade com os pais, desacreditando que aqueles que se dizem ser, realmente sejam. Também discorre sobre sua vida e quem acredita ser.

Ávido conta que é filho de um casal que morreu em um acidente de carro quando ainda era bebê e que o avô paterno é um rico e conhecido empresário da cidade.

Seu pai adotivo trabalha como chefe de mecânica na empresa do avô e é sobrinho do mesmo. A mãe de seu pai adotivo é irmã desse homem o qual Ávido diz ser seu avô. Para melhor compreensão, segundo sua família, este homem é seu tio avô.

Ávido a princípio se mostra muito coerente, organizado, apresentando uma fala rica, rebuscada, aparentemente filosófica e paralelamente apresenta uma preocupação excessiva em se fazer convencer, deixando quem o escuta sem saber o que é delírio e o que não é, ou seja, o delírio foi organizado de forma bastante acoplada a realidade anterior.

Ávido conta que tudo começou com o auxílio de uma mulher que era responsável por um Centro Espírita que seus pais freqüentavam e o levava desde pequeno. Esta mulher que teria incitado seus pais adotivos agirem contra ele, induzindo os mesmos a lhe esconder a verdade.

Ávido é filho do meio do casal, possui uma irmã mais velha já casada e um irmão mais novo que é deficiente mental devido a problemas no nascimento.

O pai conta que até dezesseis anos ele era um garoto estudioso e trabalhador, esforçado, um bom filho. Com essa idade já namorava uma garota da qual gostava muito e sua família também.

Aos dezoito anos entrou para o exército, neste período os pais encontraram maconha no bolso da roupa que usava no quartel. Ávido negou, disse que não era dele e os pais aceitaram.

O paciente estava com dezenove anos e trabalhava como office-boy quando o pai lhe deu uma moto no fim do ano, usando todo seu décimo terceiro salário. A partir daí, o paciente não ficava mais em casa, buscava e levava a namorada na faculdade, freqüentava festas e chegava tarde. O uso de drogas intensificou-se nesta época, sua família desconfiava que o irmão de sua namorada fizesse uso e lhe fornecia a droga (cocaína e maconha).

Neste período, Ávido começava apresentar dificuldades para se manter em empregos. Segundo o pai, seus colegas de trabalho diziam que ele queria mandar em tudo, controlar tudo na empresa, como não podia, pedia demissão.

Em 2002, sofre um acidente de moto e permanece 12 dias em coma induzido, machuca apenas a cabeça, sofre sete pequenos coágulos no cérebro. Aos poucos foi conseguindo melhorar, no início era agressivo, mordia, gritava. Foi recuperando com ajuda da namorada que estava sempre junto dele.

Quando já estava bom, na mesma época em que Ávido iniciou sua faculdade, a namorada surpreende-o com o fim do namoro, nas vésperas da formatura dela, pela qual esperava ansiosamente para acompanhá-la. Ele fica muito deprimido e passa a usar drogas ainda mais.

O pai leva Ávido ao psicólogo e na mesma época, simula uma contratação em uma empresa, pagando do próprio bolso o salário que o filho receberia no final do mês.

O paciente começa a fazer ameaças à ex-namorada, liga várias vezes em seu trabalho, vai até lá. Até que a mesma faz um Boletim de Ocorrência e ele é recluso por quinze dias. Logo que sai da penitenciária, vai para a Clínica Jesus de Nazaré onde fica por 10 dias.

Paciente volta para casa e continua ameaçando a ex-namorada, ele é preso novamente por 30 dias e o pai, dessa vez, tem muita dificuldade para tirá-lo.

Quando consegue ser solto, volta para casa e passa mais um mês fazendo uso de drogas e roubando objetos e alimentos de sua própria casa para trocar em droga.

Pai o leva a uma fazendinha no estado de São Paulo, paga para que ele fique lá, mas ele foge no primeiro dia. Ávido vai de carona até Uberaba e liga para o pai autorizá-lo a pegar uma passagem no guichê da empresa de ônibus na qual o pai trabalha, para voltar para Uberlândia. O pai autoriza e ele retorna.

A partir de então, é internado na enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia algumas vezes, sempre porque se apresentava agressivo ou porque chamava a polícia até a sua casa para denunciar seus perseguidores. Após uma das internações foi encaminhado ao CAPS.

Inserido no CAPS, Ávido consegue ser ouvido por mim, sua terapeuta de referência, relatando sua história sem constrangimento, sentindo-se compreendido e estabelecendo um vínculo de confiança.

Porém o estereotipo de drogadicto cria certo distanciamento entre o paciente e os demais profissionais do CAPS, lacuna que é percebida nos grupos terapêuticos, oficinas e na rotina de uma forma geral.

Então, os laços construídos pelo paciente com a terapeuta de referência, no início do tratamento, vão se evidenciando de forma excessiva e adesiva, no sentido de sobreposição e indiferenciação, ficando persecutório com o restante da equipe, sentindo qualquer aproximação de outro profissional como uma invasão.

A voracidade está presente a todo instante, impaciente solicita o início do grupo terapêutico, conta que já é hora do café, sobe até a sala dos profissionais para solicitar a terapeuta de referência sem nenhum limite imposto pela equipe, quando faz um desenho, quer entregar sempre em minhas mãos e não confia em outra pessoa da equipe para fazer isso.

Em muitos momentos, o paciente vigia o tempo, o relógio, as pessoas e demonstra uma tentativa de controle da realidade. Há uma justificativa eloqüente, mágica para todos os acontecimentos que saem do seu controle.

Nas oficinas e grupos terapêuticos, o paciente fica ansioso para se expressar, falar, porém quando o olhar se volta para ele e lhe é dada a palavra, ele desabafa e desdenha logo em seguida. Quer saber quando terá alta, não escuta os outros pacientes, quer ir embora sempre com a desculpa de que tem umas questões a serem resolvidas.

Ávido sempre pede para ir embora antes do fim da rotina e usualmente os profissionais não o liberam, solicitando sua paciência e que saiba esperar. Em uma determinada ocasião, ao contrário do que normalmente acontecia, ao pedir para ir embora, sofre uma intervenção diferente, a psicóloga que coordenava o grupo terapêutico concorda com sua saída antes mesmo de terminar o grupo. O paciente levanta e vai embora, só que pouco tempo depois, retorna dizendo que resolveu voltar ao grupo com a intenção de ir embora com outro paciente, entrando novamente na sessão terapêutica como se não tivesse rompido com a mesma. Ao ser questionado, desdenha os participantes.

O paciente desenha muito e de forma rápida, assim que termina, tem que fumar e pede para ir embora (mas nunca antes do lanche). Considera seus desenhos documentos que explicam sua história e precisam ser arquivados pela terapeuta de referência, o que soa como uma vigilância e uma necessidade de um cuidado especial.

Nos desenhos, através de uma série de símbolos fragmentados e padronizados, expressa o controle do tempo, a vigilância através da figura de um olho, como também uma balança que no discurso do paciente é o equilíbrio. Expressa ainda, a perda de suas “habilidades” (trabalho, estudo, namoro, relacionamentos de amizade), o sofrimento e a solidão. A todo tempo, Ávido conta sobre seu desejo de recuperar essas “habilidades” que foi perdendo ao longo de sua vida.

4.1. O Re-verso do Verso: seria poesia ou agonia?

A descrição comentada da vida, história e dos momentos conturbados de Ávido feita nos parágrafos anteriores pareceram úteis para gradativamente poder se aproximar de seu aspecto dissonante da realidade concensada ou da rotina do cotidiano normal em que estamos todos situados. Mas algo precisa ser focalizado para conseguirmos atingir o alvo daquilo que ultrapassa a rotina. Adentremos em seus arranjos delirantes.

Ávido cresce em uma família simples, mas na qual não lhe falta nada, o pai se esforça para prover tudo o que a mulher e os filhos precisam para ter uma vida digna, porém o sentimento que esse pai evidencia é de incômodo e pequenez frente aos parentes poderosos que lhe emprega e lhe dá as ferramentas para seu sustento e de sua família.

O pai de Ávido parece ter tentado durante toda a vida não frustrar os desejos de seus filhos, se sacrificando para lhes dar o que queriam, talvez, tratando-os como se fossem filhos dos parentes poderosos. Porém, a postura assumida pelo pai frente aos parentes, era sempre de uma extrema gratidão, corroborando para que Ávido construísse a imagem de um pai fraco, o que era confirmado a todo instante pela postura de sua mãe.

Ávido, até os dezesseis anos, vive bem com sua família, valorizando os pais e tendo facilidade de se relacionar. Parece ter construído representações sobre ele mesmo e sua família, que o auxiliava a tolerar uma imagem inconsciente de um pai fraco, incapaz de prover todos os luxos de uma família rica e mais ainda, submisso e dependente.

No quartel não tolera as regras e as experiências de subordinação e obediência, droga-se. A ordem e o progresso não são sustentáveis, pois não tem ressonância com a desordem de sua construção delirante, e ele irrompe na fantasia.

Então algumas características de uma personalidade psicótica começam a se evidenciar, vai surgindo uma desconfiança em relação às representações que sustentam sua realidade, um

estranhamento vai tomando lugar do que era tido como natural, inicia uma busca por explicações ao que vai lhe parecendo bizarro, tenta controlar a realidade que vai se tornando uma extensão de sua identidade.

Parece que a dificuldade para manter-se em empregos vai abrindo uma fissura na colagem que a é crença, enquanto sistema assegurador da coerência entre identidade e realidade. Com o término do namoro, essa fissura aumenta e vai formando uma fenda que afasta identidade e realidade e Ávido começa a perseguir a namorada. A reclusão, cadeia e hospital parecem aumentar ainda mais esta distância.

E assim, a onipotência e tentativa de controle no ambiente de trabalho já se tornam um problema antes mesmo do acidente de moto. Moto dada de presente pelo pai, engendrado na ótica do consumo e da riqueza material, faz sacrifícios, mas proporciona ao filho a família de mentira, rica, que acaba se tornando verdadeira na atividade delirante. Moto que se torna uma arma, pronta para aniquilar o filho-problema.

Após a recuperação do trauma sofrido no acidente, Ávido tem que superar a frustração do fim do relacionamento. Esse episódio parece ser a gota d’água, parece ser aí que se dá a ruptura com a superfície representacional estabelecida até então. Ao entrar em contato com o fracasso do relacionamento, toda a sensação de fracasso e pequenez incrustada nas relações familiares parece vir à tona, descortinando sua própria insignificância.

Ávido se vê frente a uma revelação, os pais que conheceu durante toda sua vida, são seus pais adotivos. Seus verdadeiros pais estão mortos, mas lhe deixa um avô poderoso o suficiente para lhe ajudar a recuperar todas suas habilidades perdidas. Como agora apresenta uma identidade muito frágil, e diante de todas as evidências se torna incapaz de excluir as suspeitas da fragilidade paterna e sua própria ao campo das exceções; começa a atuar sobre a realidade, modificando-a.

Ávido constrói uma história muito bem adaptada à sua realidade anterior, passa a direcionar sua raiva não aos pais que sempre lhe cuidou, mas a um terceiro, uma mulher que segundo ele induziu seus pais a esconderem a verdade sobre sua origem. Dirige sua frustração também aos seus perseguidores, que surgem através de alucinações auditivas, vozes que lhe difama, atrapalhando seu sono, sempre com palavras que lhe faz sentir humilhado.

Como propõe Herrmann,

> O corpo social sofre minucioso exame da crença suspeitosa, seus mecanismos põem-se a descoberto, no que tange ao menos à linha selecionada dentre a rede do pensar... a suspeita encontra seu reflexo no fundo do objeto perscrutado: verificando perseguição, por exemplo, constata um observador atento olhando-o de fora, na realidade social, que é seu reflexo projetivo. (Herrmann, 2006, pg. 152)

Ávido passa então a apresentar enorme investimento psíquico para justificar todos os questionamentos ou situações que sente que podem desmantelar sua construção delirante, ou seja, esta nova realidade. Isto acontece devido à grande disposição que o paciente delirante tem para captar as desconfianças frente a essa verdade que criou sobre seu mundo.

> A crença suspeitosa do delirante concentra, portanto, enorme força de asseguramento. Não tanto pelo conjunto meticuloso de seus argumentos, os quais estão sempre em tela de juízo, porém pela capacidade de assimilar toda e qualquer dúvida levantada como parte do próprio processo de suspeição universal. (Herrmann, 2006, pg.157)

Além disso, a construção delirante não é a elaboração de novas representações, mas a utilização da suspeita para produzir mais suspeita. Ávido o tempo todo conta lembranças

delirantes, apresenta novos fatos fantásticos, sempre que é posto em dúvida, ou “trazido para a realidade,” termo utilizado pelos profissionais de saúde mental.

> O pensamento sustentado pela crença suspeitosa não é um verdadeiro pensar, nem visa a criar representações do mundo ou do sujeito; é simplesmente uma ação de crença invertida, que muito naturalmente reaproveita qualquer dúvida que se lhe anteponha para produzir mais suspeita. Por fim, esse inesgotável processo movido contra o pensamento, que é o delírio, envolve ao mesmo tempo um gasto energético considerável e lida muito proximamente com a ameaça de revelação da lógica de concepção. (Herrmann, 2006, pg. 157)

Ávido, na busca de suas “habilidades”, vive muitas experiências e em algumas complica ainda mais sua vida e de seus familiares. Vai até a empresa do suposto avô, pois se vê no direito de assumir um cargo na empresa, visita o túmulo dos verdadeiros pais e busca fotografias para se reconhecer neles, quer auxílio de advogados e provar seu lugar de filho nessa família bem sucedida.

O paciente, além de ter um discurso delirante, acaba fazendo muitas atuações em função de seu delírio. Mesmo diante de tamanho investimento para dar credibilidade à nova realidade, o delírio não deixa de ser a melhor forma que este indivíduo encontrou para não sucumbir ao reino do contágio, um mergulho sem volta ao real.

Um dos relatos delirantes do paciente traduz o estado de desamparo no qual se encontrava e como o delírio operava. Ávido conta um episódio em que foi passar um fim de semana na fazenda do avô e em um determinado momento este o convida para caminhar pelo pasto e os dois conversam. A conversa se dá por horas, falam sobre o acidente dos pais, sobre os pais adotivos, sobre a empresa do avô, sobre a necessidade de Ávido conseguir um trabalho e

retomar os estudos, tudo isso enquanto o avô lhe apresenta a fazenda, sempre com uma postura muito acolhedora, compreensiva e pronto a ajudar o paciente.

Em outro momento, em um atendimento com o pai de Ávido, este relata esta mesma situação. Descreve que levou o filho para pescar e se hospedaram em uma casinha às margens de um rio que ficava dentro da propriedade de seu tio (o qual Ávido diz ser seu avô), durante a tarde o pai resolve dormir um pouco e Ávido comunica que vai dar uma volta. O pai acorda mais tarde e percebe que ele ainda não retornou, então vai procurá-lo e demora a encontrá-lo. Seu tio depois conta a ele que viu Ávido por horas andando no pasto e falando sozinho.

Ávido rearranja sua realidade, transformando em acolhedor e provedor um parente com o qual pouco tem contato, isto, na tentativa de salvar-se do estado de desamparo.

Laplanche e Pontalis (1992, pg. 112) conceituam o estado de desamparo:

> Estado do lactante que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia.

Mas Freud, ao tratar do estado de desamparo, vai além das necessidades biológicas do neonato, enfatizando cada vez mais a dimensão simbólica e as formas como o indivíduo enfrenta frustrações e o sofrimento.

Segundo Freud (1927- 1974, pg.29)

> O desamparo do homem, porém, permanece e, junto com ele, seu anseio pelo pai e pelos deuses. Estes mantêm sua tríplice missão: exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, o que particularmente é demonstrada na morte, e

> compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhes impôs.

Para Freud (1927- 1974), a impressão aterrorizante de desamparo na infância desperta a necessidade de proteção que perdura por toda vida. A religião seria uma das formas de manter o pai protetor contra a constatação da própria finitude e do sofrimento promovido pela vida civilizada.

> A dinâmica pulsional gerada por esta nova situação demanda um novo tipo de “alimento”, não mais fisiológico, mas psíquico: afeto, amor, reconhecimento, palavra, linguagem... gerando outra forma de dependência: a dependência psíquica. Os destinos desta dependência são inúmeros. Dentre eles, temos as religiões, as ligações inquestionáveis aos mestres, às teorias tomadas como verdades, as adições e, provavelmente, as que mais nos fazem sofrer: nossas relações com o outro... Enfim, a dependência psíquica se expressa nas diversas formas discursivas que nos dão a ilusão de sermos confortados e acolhidos, o que nos evita de falar em primeira pessoa. (Ceccarelli, 2009, 36)

Freud (1930-1974, pg.101) ao tratar da busca da felicidade pelo indivíduo, na vida em civilização, propõe que uma das formas de satisfação está em amar e ser amado, que inclusive se dá de forma bastante natural devido à intensa sensação de prazer promovida pela experiência do amor sexual. Porém alerta quanto ao investimento em um objeto de amor, pois nos tornamos extremamente suscetíveis aos desejos deste e profundamente desamparados caso o mesmo nos falte.

Voltando à angústia vivida por Ávido, a ruptura com a realidade, como abordei anteriormente, parece se efetivar com o fim do relacionamento e o mesmo se depara com um

profundo desamparo, experimentando uma sensação de fragilidade conhecida a partir de todas as outras experiências de frustração que acumulou durante a vida, principalmente no relacionamento com os pais. E então encontra na construção delirante a forma mais saudável de lidar com o mundo externo.

> Ao longo da vida, reagimos às inevitáveis situações de desamparo que temos que enfrentar segundo o protótipo construído na infância: frente à angústia, buscamos alento no mundo interno ou nas construções imaginárias e simbólicas: os laços sociais que o mundo externo nos oferece fazem parte destas construções... Todos nós, a sua maneira, estamos sempre em buscas de utopias na esperança que elas nos tragam de volta o Paraíso perdido. (Ceccarelli, 2009, 36)

Entendemos ser o Paraíso perdido a fantasia de fusão absoluta com a fonte de criação. Tal fusão implica em satisfação da necessidade sem qualquer esforço. Tal paraíso almejado é alucinado como tendo existido, mas nunca foi, já que a constituição do humano simbólico-linguagem é dada pela diferenciação das duas partes constitutivas do ser. Tais partes podem ser reconhecidas nas figuras de pai e mãe, institno-pulsão e simbólico, no óvulo fecundado que é sempre desdobramento de dois, nunca sendo o um da completude.

Ávido parece então, buscar em suas habilidades perdidas a possibilidade de resgatar um estado de proteção. Não ter a capacidade de conseguir um trabalho, voltar a estudar ou ter um relacionamento amoroso explica todo seu sofrimento, mas permanece a esperança de resgatar essas competências de volta, e então passa a viver em função dessa busca, deslizando para uma busca insana, a qualquer custo.

Estamos diante de uma pessoa que denuncia aspectos da realidade, da construção do quotidiano, que através de sua loucura nos mostra nossas próprias incapacidades, nossas

habilidades perdidas, parcela de uma humanidade que preferimos não olhar, anestesiados por uma vida atribulada, procuramos no consumo uma espécie de blindagem para escamotear a condição limitante do ser humano. Adictos disfarçados, escondemos nossa filiação limitada. Somos filhos da falta, das metades separadas e sonhamos, alucinamos com a origem unívoca que nunca houvemos tido.

Além de entender seu delírio, sua loucura como algo que proporciona fragmentos que denunciam o escopo de nossa realidade, faz-se importante lembrar certas particularidades de Ávido, um paciente que apresenta personalidade psicótica e percebê-lo como um sujeito que sofre com suas construções e atuações.

Segundo Minerbo (2009, pg. 151-153) a experiência subjetiva vivenciada pelo psicótico se refere à própria sobrevivência, é o medo de morrer ou de enlouquecer. A estrutura não neurótica apresenta seus maiores problemas no eixo narcísico que diz respeito ao processo de constituição da estrutura denominada Eu, “o que significa dizer que seu desenvolvimento estancou-se em algum momento do longo e trabalhoso processo de separação do objeto primário”.

Sendo assim, ouvia além do sofrimento pela sensação de abandono e fragilidade, o desamparo e um terrível medo do fim.

4.2. No País das Maravilhas: ressonâncias de um mundo em desarranjo.

“MARIAAAAAANAAA”, meu nome sendo chamado, ao longo da tarde, inúmeras vezes, sempre que minha atenção não se voltava a ele. “ALIIIIICEEEE”, o nome de uma paciente que ele gostava de gritar sempre que lhe dava vontade de ir embora do CAPS, quando já não estava aguentando permanecer na rotina, participar das atividades.

> Havia muitas portas ao redor do salão inteiro, mas estavam todas trancadas. Depois de ter percorrido todo o salão, tentando abrir cada uma das portas, caminhou até o centro, pensando como é que iria sair dali. De repente, deparou com uma mesinha de três pernas, toda feita de vidro maciço. Não havia nada em cima dela, a não ser uma pequenina chave de ouro. Alice logo pensou que talvez ela abrisse uma das portas do salão, mas infelizmente ou as fechaduras eram todas muito grandes, ou a chave é que era muito pequena, porque não servia para abrir nenhuma delas. No entanto, ao dar uma segunda volta pelo salão, Alice topou com uma cortina baixa, que não tinha notado antes, atrás dessa cortina havia uma portinha, que media mais ou menos, uns dois palmos de altura. Alice, então, experimentou a chave na fechadura e, para sua grande alegria, servia direitinho... Mas como é que ela iria atravessar aquela porta tão pequena, que mal dava para passar a cabeça? (Lewis Carrol, 2005 pg. 18-19)

Assim foi meu encontro com Ávido, um encontro no desencontro. Apenas uma chave para muitas fechaduras, a chave certa na porta certa. Mas como na estória de Alice, ainda teria que encolher e esticar muitas vezes tentando encontrar o tamanho certo, o jeito certo e por fim descobrir que é mesmo no desencontro que encontramos o inusitado, que encontramos respostas e também muitas perguntas.

Ávido buscava suas habilidades de volta: um trabalho, o estudo, amigos e um amor. Buscava a habilidade de se relacionar. Apresentava uma extrema necessidade de fazer parte, de participar, de estar inserido. Mas o sentimento que despertava nas pessoas era o exato oposto, ele incomodava, solicitava demais, não se adequava às atividades propostas, não parava sentado no grupo, não se enquadrava na rotina.

A avidez foi a primeira volta da chave, ele ávido por ser ouvido e eu ávida por escutar, ele querendo explicar e eu entender. Mas a volta que abriu essa porta foi o sentimento de solidão.

Coloquei-me a escutar seus relatos, histórias, delírios, angústias, ansiedades e desejos. Ouvia um sofrimento enorme, uma aflição, a dor. Mas além do sofrimento...

Ávido encontrava-se sozinho com seu sofrimento.

Ávido encontrava-se sozinho.

Ávido encontrava-se.

Eu precisava descer por um túnel dentro de uma árvore, encontrar a chave certa, passar pela portinha minúscula para me encontrar com Ávido, encapsulado em si mesmo, para me encontrar.

A princípio imaginava que minha disponibilidade de acolher este paciente se dava pela beleza das estratégias encontradas por ele para lidar com sua dor e pela repetição da rejeição vivida por ele na própria instituição, no CAPS.

Desde sua chegada ao CAPS, sua inserção foi questionada pelos profissionais devido ao histórico de drogadição, pacientes drogaditos devem ser encaminhados ao CAPS AD (álcool e drogas). Porém, Ávido, egresso da enfermaria de psiquiatria, havia sido encaminhado àquele CAPS por estar em franco delírio, com presença maciça de alucinações.

Eu me encontrava diante de muitos questionamentos, muitos discursos, muitas opiniões, oposições. A presença de Ávido no CAPS me demandava muito, o paciente me solicitava o tempo todo e os profissionais me questionavam e recorriam a mim para reclamar ou relatar um novo acontecido em que ele estava envolvido.

Sentia-me a psicóloga responsável por ele, em dar um jeito nele, tentando aliviar não só suas angústias, mas a angústia dos que com ele convivia e as minhas também. Mesmo assim, ocupei este lugar. Num primeiro momento além de acolhê-lo, parecia acreditar de forma

quase onipotente, na possibilidade de cura, de resolver, de dar um jeito. Esse é o primeiro retrato dessa relação.

Em um segundo momento, precisei estruturar uma apresentação sobre o caso deste paciente, que a princípio chamei de Cazuza, por cantarolar as canções do músico. Haveria uma supervisão no CAPS e eu levaria então minhas questões sobre Cazuza. Um grande incômodo emergiu neste dia, pois ficou muito claro que exercia ali uma função sanitarista, de tirar o doido da rua, que transpunha a função terapêutica, de estar com o paciente. Além disso, me deparo com minha impotência enquanto profissional e me vejo a serviço de uma lógica que desconheço.

Continuo o atendimento ao paciente, acompanho altos e baixos, recaídas na drogadição, conflitos com a família e na instituição. Continuo ouvindo seu discurso delirante, trabalhando uma postura flexível, entendendo que ao acolher suas angústias consigo proporcionar um cuidado. Mas percebo que mais que acolher, mantive uma tendência a protegê-lo, uma atitude protecionista diante da equipe, mesmo incorporando o discurso da luta antimanicomial à minha prática, constatando que o CAPS não promove de forma efetiva a ligação com o social e que condutas tidas como manicomiais, cronificantes são recorrentes.

Deixo o CAPS e por decorrência, o atendimento a Cazuza. Os quais permanecem presentes em minhas investigações, mas agora à distância.

> Então, quem sou eu? Primeiro me respondam, e depois, se eu gostar de ser essa pessoa eu subo; se eu não gostar, fico aqui embaixo até virar outra pessoa. Mas... ai meu Deus... – chorou Alice, numa explosão de lágrimas – eu queria tanto que alguém colocasse a cabeça naquele buraco e me chamasse... estou tão cansada de ficar aqui sozinha!... (Lewis Carrol, 2009, pg. 27)

Alice, sem se dar conta calçou a luva do Coelho Branco e começou a encolher. Ao pensar que nada podia ser pior, pois nunca havia ficado tão minúscula, escorregou e se viu com água salgada até o queixo. “– Gostaria de não ter chorado tanto – disse, enquanto nadava, tentado achar a saída. – E agora vou ser castigada por isso, me afogando em minhas próprias lágrimas.” (Lewis Carrol, 2005, pg. 28-29)

Como Alice, sinto que nadei em minhas próprias lágrimas. Permaneço por um período reproduzindo um discurso, uma opinião, não conseguindo sair do lugar, sem enxergar nada além do que já estava dado, do que estava óbvio. Frente à possibilidade de afogamento já cansada de tanto nadar, visitei o outro lado, me aproximo do discurso médico, medicalizante, recorro ao tradicional. Vejo-me cética, silenciando minhas inquietações, desinvestindo do meu pensar, me distanciando de mim mesma.

Mas Cazuza não deixa de ser o berço de muitos questionamentos que em mim brotaram e permaneceram, e após algum tempo, mergulhada em sua história, novas e frágeis percepções começam a ganhar espaço.

Da letra de Cazuza e Frejat (1984) faz-se Ávido:

Eu tô pedindo, sem pai nem mãe.

Bem na porta da tua casa.

Eu tô pedindo a tua mão.

E um pouquinho do braço.

Migalhas dormidas do teu pão.

Raspas e restos me interessam.

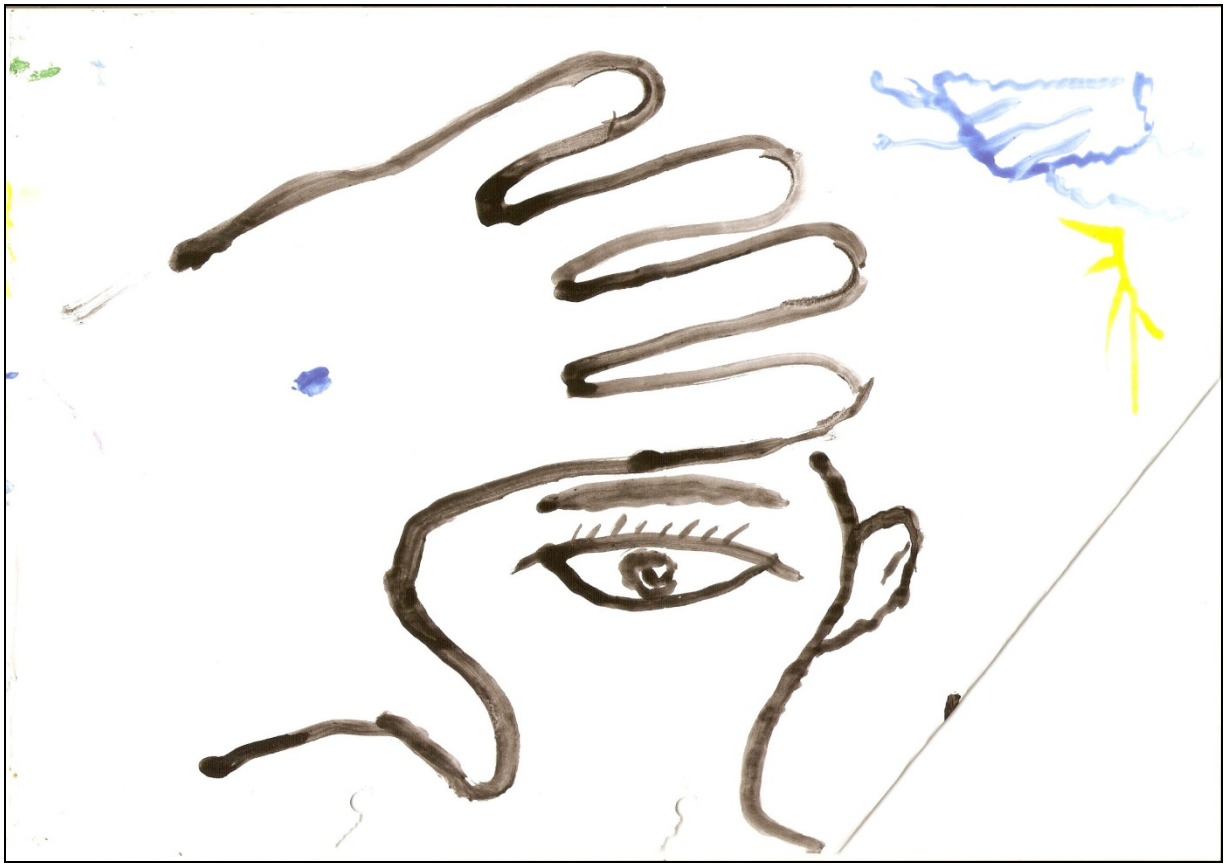
Pequenas porções de ilusão.

Mentiras sinceras me interessam.

Sua avidez, sua fome de mundo, fome de gente, de relações se misturam com minha ânsia de entender, compreender, produzir, criar, circular. Sua ansiedade de contar, de mostrar, de se fazer ouvir, se transforma na minha vontade de dar voz a esses nós.

Busco em seus desenhos, na produção de Ávido, uma maneira de compreender as relações, a loucura, o mundo através desse sujeito que silenciado permanece gritando.

4.3. "Eu vejo tudo enquadrado. Remoto controle... "[9]



Desenho 1. Mão na cabeça. Cabeça sem corpo. O corpo que virou mão.

[9] Trecho da música Esquadros de Adriana Calcanhoto.

Sensibilidade à luz. Tudo está claro demais e não é o pequeno sol escorrido que ilumina, já que se encontra de costas para o mesmo. Uma mão tampa parte do rosto, parece proteger-se, mas gera a sensação de que irá pegar a si mesmo. Mantém-se de olho aberto e orelha em pé.

Essa mão é mesmo sua? De repente senti um movimento no desenho, como se alguém espalmasse aquele rosto, na tentativa de tirá-lo do caminho.

O que esse órfão do mundo enxerga que é tão difícil de ver? Poderia supor que ele tenta se proteger de sua própria história. Mas isso está evidente e me contentar com essa afirmação, seria constatar a realidade consensual, seria me apaziguar com as regras redutoras da rotina.

Ávido enxerga algo que está além das representações que estão dadas em nosso quotidiano, conta em seus desenhos, no seu discurso delirante. Percebo que o estranhamento que provoca ao redor, por se tornar constante, invariável, vai ganhando sentido para mim.

Ávido amola quem está por perto, amolar sinônimo de aborrecer, mas que também significa como nos informa o Aurélio (1980, pg. 106) “tornar cortante; afiar; aguçar... pôr em dificuldades... meditar no que se ouviu, leu”.

Ávido aborrece ao fazer cortes na realidade, na rotina, ao afiar suas palavras e atitudes em uma lógica que desejamos invisível, e assim põe em dificuldades seu interlocutor, mas ao mesmo tempo aguça, põe em movimento, faz pensar.

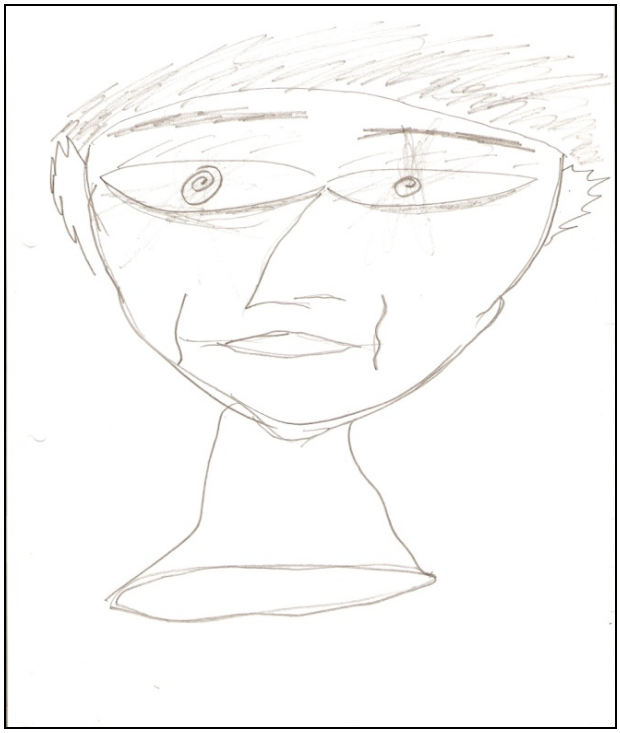
> – Mas não quero me meter com gente louca – ressaltou Alice. – Mas isso é impossível – disse o Gato. – Porque todo mundo é meio doido por aqui. Eu sou. Você também é. – Como pode saber se sou louca ou não? – disse a menina. – Mas só pode ser explicou o Gato. – Ou não teria vindo parar aqui. (Lewis Carrol, 2005, pg. 74)

Como no País das Maravilhas, há algo comum que governa o mundo e seus habitantes, somos produtos de uma lógica que desconhecemos.

Ao tentar esconder a razão para lá de seus limites, iluminando todas as exceções à ordem lógica, nossa disciplina é conduzida, pelas mesmas forças que a evocaram, a denunciar que aquilo que parecia exceção é, na verdade, a regra da organização do mundo humano. Com isso, a lógica do inconsciente, convocada para ser uma explicação de desvios, converte-se em explicação da norma e o absurdo que lhe fora encomendado aniquilar pode mostrar-se inteiro. (Herrmann, 2001b, pg.29)

Herrmann coloca ainda que,

...não são as regras mesmas que se exibem, mas seus resultados insuficientemente rotinizados, passos intermediários da construção da realidade... Finalmente, os homens portadores desse absurdo não são tantos assim e podemos considerá-los alienados e diferentes; como são eles mesmos absurdos, estamos livres para negar que seja nosso o absurdo que manifestam. (Herrmann, 2001b, pg. 27)



Desenho 2. Auto-retrato.

Ávido com suas íris de vórtice, redemoinho, confusão. Uma cabeça sem corpo, orelhas em pé e olhos abertos, estatelados e absortos.

Lembro-me de Ávido, de seu corpo – pontas dos dedos amareladas pelo cigarro, algumas vezes com leves queimaduras, esquálido, ombros encurvados, movimentos robotizados, gestos trêmulos, ansiosos.

Um corpo afetado pelos efeitos colaterais da medicação, pelas drogas, pelo desafeto; um corpo desafetado. Segundo ele, um corpo sem habilidades, as habilidades foram sendo perdidas. Um desenho sem corpo, um corpo perdido. Um corpo expresso nas mãos.

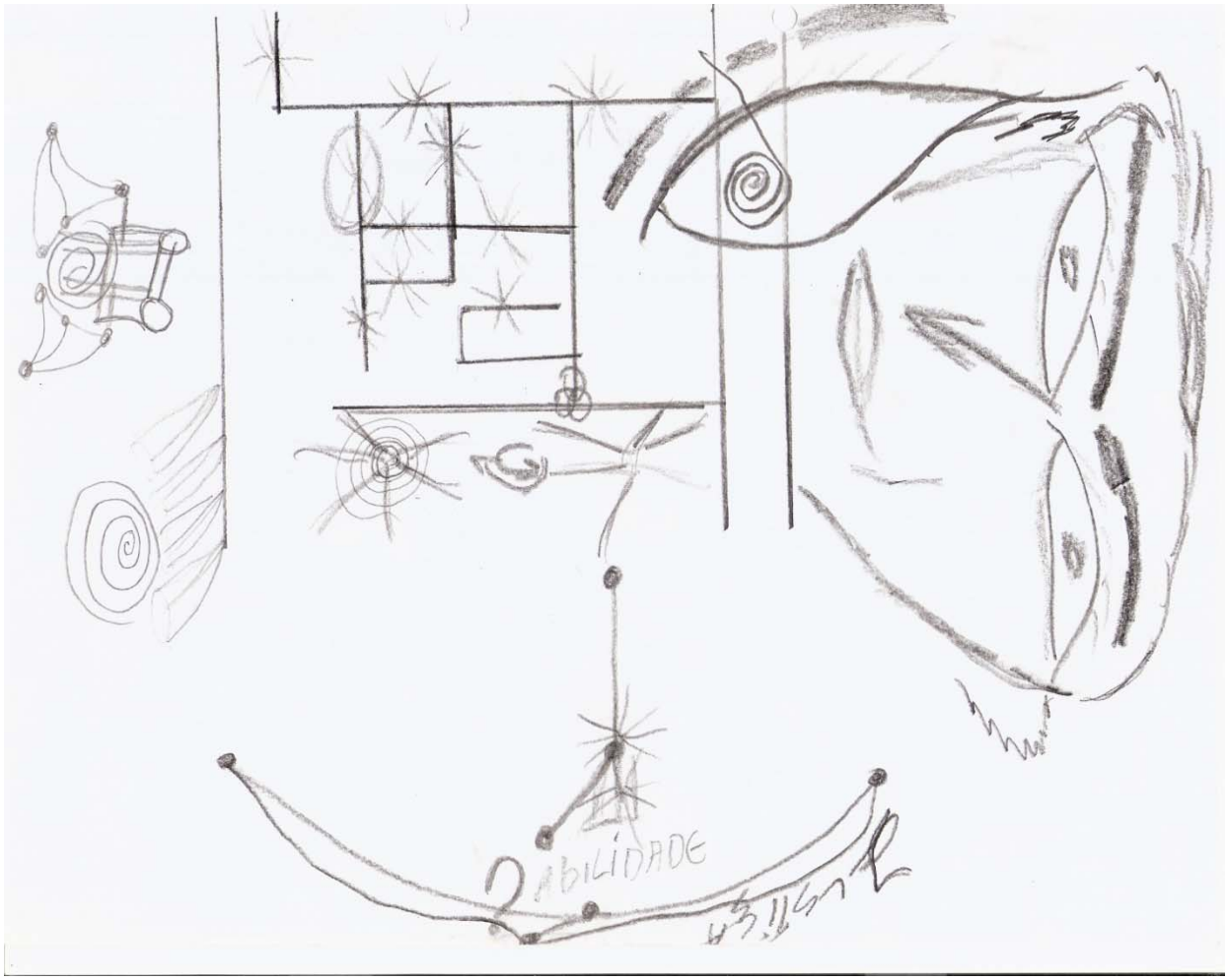
> A Rainha, que só tinha um jeito de resolver todos os problemas, grandes ou pequenos, gritou sem perda de tempo: – Cortem-lhe a cabeça! – Eu vou buscar o carrasco pessoalmente – propôs o rei muito animado... O argumento do carrasco era o de ser impossível cortar a cabeça de alguém a menos que houvesse um corpo do qual ela pudesse ser cortada, e que nunca tinha feito uma coisa dessas na vida e não ia ser agora que ele iria fazer. (Lewis Carrol, 2005, pg.97-99)

Como afirma o carrasco, até para executar uma sentença de morte, a cabeça deve estar ligada ao corpo. Como viver com uma cabeça sem corpo? Como viver sem habilidades que o liga a este mundo? Um zumbi que segue a vida, morto segundo as regras do mundo contemporâneo. Um ser que não produz, morto para a cultura.

Ávido em seu desenho apresenta uma cabeça de balão, que se desprende do corpo e fica solta por aí. Parece que a busca de Ávido pela proteção, pelo amparo, pela capacidade de se relacionar segue solta, sem direção. Pensamentos que não se ancoram, sensações sem significados, necessidade de estar amarrado por um cordão a outra pessoa, caso contrário pode

se perder, pode voar por aí até estourar, estourar o outro, estourar a si mesmo, se deparar com o fim.

Olhar para Ávido e sua cabeça de balão, para um zumbi que corre atrás de habilidades, mas já está dado como morto pelo mundo é como olhar para a nossa busca diária e para limitações contra as quais nada podemos fazer.



Desenho 3. Equilíbrio no desequilíbrio.

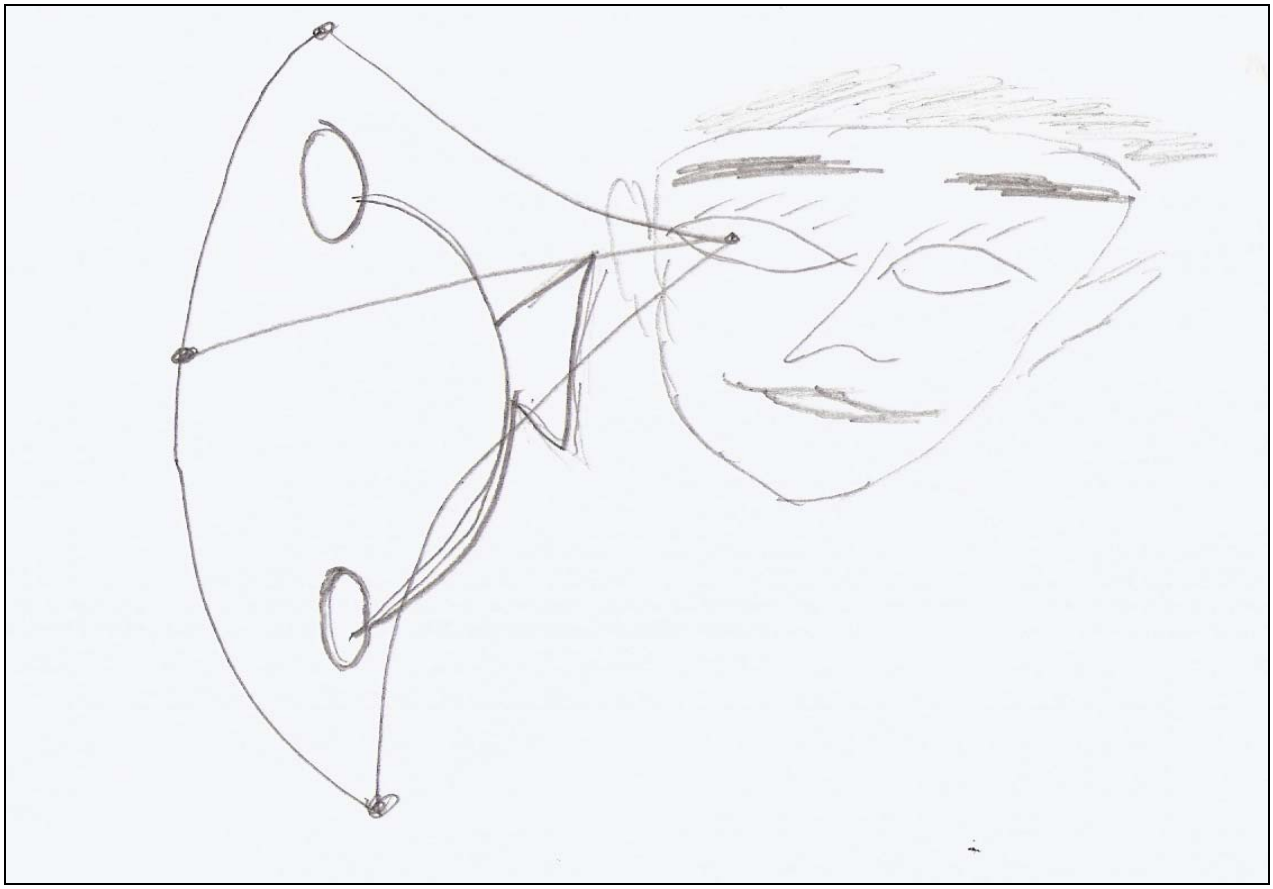
Seus desenhos expressam excesso de símbolos. Segundo Ávido, o caracol é o tempo, os asteriscos são as habilidades perdidas, o triângulo ou figuras de três pontas representam a balança, o equilíbrio. Neste desenho Ávido coloca, a seu modo, de um lado da balança a

palavra habilidade (abilidade) que inicia com um ponto de interrogação e de outro a palavra justiça.

Novamente uma cabeça solta, um olho que parece estar por cima, observando uma situação, olho que tudo vê. Sua íris de vórtice começa dentro do olho, mas sai do globo ocular, continua do lado de fora.

Deparo-me outra vez com as expressões: dentro, fora e loucura. Loucura que sai de dentro e é projetada para fora. Loucura que aponta o absurdo que está fora, como um reflexo do que vem de dentro. Loucura que não tem dentro e fora, que é uma só!

Como expressava Ávido: buscar o equilíbrio no desequilíbrio. Desequilíbrio dele próprio ou do mundo? Suas habilidades parecem esparramadas em um labirinto, como encontrá-las? Existe um jeito? Encontrá-las seria retomar o equilíbrio, corrigir a balança da justiça?



Desenho 4. A pupila dilatou-se e virou o ser ao revés.

Tangível intangível, expressão de Ávido ao contar suas alucinações visuais.

Tangível é tudo aquilo que pode ser tratado como fato, real ou concreto, que é palpável. Intangível, antônimo de tangível, intocável, inviolável, inalienável, abstrato. (Aurélio, 1980, pg. 956-1623) Mas, para Ávido, parece tangível olhar o olho de si mesmo e intangível fazer coincidir rosto, ou a silhueta de seu desejo, e cara, o que mostra para o mundo.

Neste desenho, a balança sai de dentro de seu olho, busca a justiça, busca o equilíbrio no desequilíbrio, constata o tangível intangível.

Ávido anuncia o paradoxo, a busca por algo que não se alcançará. Algo que é concreto, real, o qual não se pode dispor, não se pode tocar.

Parece nos contar sobre o mundo em que vivemos, mundo das incertezas, da constante busca por habilidades que nunca teremos, de novos conhecimentos superados, de novíssimos bens fora de moda, de um recém anunciado estilo de vida ultrapassado, de eternos amores efêmeros.

Ávido, com sua fome de mundo, em sua busca incessante, perturba todos à sua volta ao transformar seus hábitos e atuações em um espetáculo, que exageradamente parece reproduzir como em uma cena teatral a realidade de cada um, que seguem suas vidas tentando alcançar o inalcançável. Ávido acredita alcançar a balança da abilidade e da justiça. Porém a justiça que deveria ser cega para se tornar hábil a julgar, aparece sempre de olhos bem abertos e a pupila extremamente dilatada não vê mais do que espectros de seres.

> – Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui? – Isso depende muito de para onde quer ir – respondeu o gato. – Para mim acho que tanto faz... – disse a menina. – Nesse caso, qualquer caminho serve – afirmou o gato. (Lewis Carrol, 2005, pg. 73)

5. MUNDO – UM GRANDE TABULEIRO DE XADREZ.

5.1. Presos à mesa de chá: a rotina de um CAPS.

Rotina, o que é de hábito, costumeiro, familiar. A rotina que mantém nossas cabeças costuradas ao corpo, que viabiliza a vida quotidiana, as relações, a comunidade.

Precisamos da rotina para crer que temos as habilidades que dão sentido às nossas vidas, precisamos dela para fazer parte e estar no mundo.

Segundo Herrmann (2001a, pg.185) "O mundo, ou a rigor, os diversos mundos em que vivemos, são eles campos do real; cada qual compreende uma forma consensual de representação geral: a realidade."

Propus-me estudar a realidade vivenciada por mim enquanto profissional de um CAPS. Refletindo sobre o sentido de rotina proposto por Herrmann, exponho a investigação da rotina ali estruturada, quais os sentidos desta neste serviço de saúde mental, nas relações estabelecidas, o que essa rotina opacifica, o que ela reduz.

No CAPS, rotina é o nome dado à programação de atividades e procedimentos terapêuticos, estruturada para que os profissionais realizem junto aos usuários do serviço, é uma forma de organização da instituição.

Sendo assim, solicitei aos profissionais do CAPS em questão, que relatassem com o maior número de detalhes, colocando suas impressões, como se dava sua rotina durante o período do dia que passavam no serviço de saúde mental. Colaboraram com a investigação três psicólogas, a enfermeira, uma técnica em enfermagem, a assistente social, a farmacêutica e o médico psiquiatra.

Os relatos são sintéticos, trazem as atividades desempenhadas por cada profissional, suas funções e atribuições, descrevem o período de trabalho desde a hora que chegam até o

momento em que vão embora. Dos oito profissionais que participaram, cinco utilizam a folha padrão de evolução clínica para escrever sobre seu dia no CAPS, espaço usualmente utilizado para registrar a história do paciente, sua evolução clínica, projeto terapêutico, tratamento, diagnóstico e prognóstico.

Apenas uma das psicólogas discorre sobre as dificuldades que enfrenta no serviço, expressando suas impressões e narrando seu sentimento ao lidar com o sujeito portador de transtorno mental, seus familiares e com a equipe.

Com exceção desta psicóloga, a rotina é descrita pelos outros profissionais de forma muito linear, dando ênfase às tarefas realizadas, o paciente parece permanecer como coadjuvante. Segue algumas falas:

“O almoço é servido aos intensivos, que após a refeição participam do projeto de higiene oral supervisionada”. “É realizada a aferição da pressão arterial de todos os pacientes”. “Após a oficina são feitos os prontuários, com a descrição da oficina e o comportamento do paciente”. “Vou para meu consultório e atendo os pacientes em ordem de chegada”. “Temos as oficinas terapêuticas, que confeccionamos trabalhos manuais diversos”. “Leio os avisos, pergunto pras profissionais da manhã, que também estão à tarde, como foi a rotina e me intero do serviço”.

A rotina sempre foi centro de grande atenção no CAPS. Estruturar a rotina, repensar a rotina são recursos encontrados para lidar com os entraves da instituição. A rotina representa as normas, regras, horários, funções, atribuições que cada um deve cumprir; arranjo necessário que serve como ancoradouro à saúde mental, ao consenso, à realidade partilhada, em um espaço por onde circula a loucura.

Dentre as atividades que ocorrem na instituição, um momento é relatado por alguns profissionais como sendo o período de descontração da equipe, se reúnem na cozinha para o café da tarde. Lembro-me bem, durante o tempo que estive no CAPS, que o lanche da tarde

parecia mesmo o evento do dia, os profissionais contribuíam com dinheiro para comprar ingredientes para o bolo, torta ou outra quitanda que seria feita pela funcionária responsável pelos serviços gerais ou qualquer outro profissional que se habilitasse.

Os relatos dos profissionais, ao contrário das denúncias encontradas na história de Ávido, revelam o quotidiano, o que há de comum e habitual na realidade do CAPS, a forma como se relacionam e lidam com seus afazeres.

A princípio esperava encontrar grandes revelações a partir desses relatos, considerava essa, a investigação que poderia denunciar, por exemplo, atitudes tidas como manicomiais, numa instituição considerada um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, onde o discurso recorrente é o da luta antimanicomial. Ou então que a partir dessas falas, fossem descortinadas novas lógicas, dinâmicas inconscientes inusitadas.

> O quotidiano cria a sombra que o esconde; o quotidiano é o campo geral de nossas relações mais fundamentais e decisivas, mas é também o mestre ilusionista que retira delas a aparência crucial de vida ou morte – que bem poderiam ter, pois nossa vida inteira aí se joga –, tornando-as comuns. Ele cria algo que, ao tê-lo como fundo, nos parece incriado, natural, irredutível... (Herrmann, 2001b, pg. 43)

Além dos relatos escritos, paralelamente, chegava a mim situações de conflitos vividas pelos profissionais, dificuldades de relacionamento na equipe, discordância de opiniões frente a condutas ou a condução de casos, problemas que conheci de perto durante o período que estive na instituição. Sempre tentava pensar e me posicionar frente às circunstâncias que me eram narradas, mas de repente, esses episódios me pareceram todos iguais, mudavam os personagens, mas o enredo era sempre o mesmo, comecei a perceber que todos ali eram regidos pela mesma lógica, pela repetição.

– Que relógio mais engraçado! – observou a menina. – Ele mostra o dia do mês e não mostra a hora... – Nós tivemos um desentendimento no mês de março... Foi no grande concerto oferecido pela Rainha de Copas, e eu tinha de cantar... Bom, eu mal tinha terminado o primeiro verso – queixou-se o Chapeleiro – quando a Rainha gritou: “Ele está matando o tempo! Cortem-lhe a cabeça!” – Nossa que violência! – assustou-se Alice. – E desde então – prosseguiu o Chapeleiro, pesaroso – ele não faz mais o que peço! Agora está sempre marcando seis horas. Alice compreendeu tudo de uma vez. – É por isso que essa mesa está posta com um serviço de chá completo? – perguntou a menina. – É isso mesmo – suspirou o Chapeleiro. – É sempre hora do chá, e não temos tempo para lavar a louça nos intervalos. – Então, vocês ficam mudando de um lugar para o outro em círculos, não é? – disse Alice. – Exatamente. Mudamos sempre que a louça está suja – explicou o Chapeleiro. – Mas o que acontece quando vocês voltam de novo ao começo? – Alice se arriscou a questionar. – Acho melhor a gente mudar de assunto – interrompeu a Lebre de Março, bocejando. (Lewis Carrol, 2005, pg. 79-83)

Passei muito tempo presa a mesa de chá, trocando de cadeiras na busca de um lugar confortável, um lugar que fizesse sentido. Qual o lugar da loucura? Dentro e fora dos muros, dentro e fora de nós? Existe espaço pra loucura? Encontro com Ávido e com o delírio, mas só quando me disponho a caminhar pelo País das Maravilhas, me permito à fantasia, consigo caminhar a esmo, deixando que novos sentidos surjam.

É importante perceber, que mesmo com relatos estruturados segundo as normas que neutralizam as regras de construção desta realidade, pequenos sinais surgem em meio a um discurso funcionalista, alguns profissionais contam suas histórias no espaço onde se

documenta a história do paciente. Percebe-se então uma proximidade com este que está inserido no CAPS para ser cuidado.

Segundo o Word 2007, programa para redigir textos que estou utilizando no momento, proximidade é sinônimo de ameaça, prenúncio, iminente. Buscando o dicionário, essas palavras tem como significado comum: algo que está para acontecer, anúncio de um futuro próximo. (Aurélio, 1980, pg.102, 923, 1368)

Então o que anuncia o futuro? O que está para acontecer? Acredito que neste recorte do quotidiano, a rotina de um CAPS em que o convívio com a loucura está dado, os profissionais se esbarram o tempo todo com indícios da lógica que produz esta realidade. Encontram-se de frente com o que há de artificial e fabricado em suas vidas, com a falta de liberdade de escolhas e ausência de autonomia.

Ao contrário de Ávido que enxerga e expõe sua falta de habilidade para estar no mundo, as pessoas sentadas à mesa de chá, atam-se às suas funções, às normas, à organização, à burocracia do serviço como se estivessem sendo vendadas. É só assim que podem sobreviver. A figura da justiça precisa estar cega para não privilegiar ou proteger alguém. Ou seja, para lidar melhor com a(s) realidade(s). Há indícios que já pegaram a justiça sem venda. As pessoas que trabalham na instituição de saúde mental de olhos vendados protegem-se do contágio com o mundo em desarranjo.

> A superfície representacional tem a função notabilíssima de proteger o sujeito do mergulho no real e no desejo, neste reino do contágio em que se perdem os limites identitários e a realidade conhecida... No contágio, o sujeito está mergulhado no mistério... As condições de contágio não são boas ou más, apenas inviabilizam o homem tal como conhecemos. Todos nós participamos delas muitas vezes na vida, em certa medida até continuamente delas participamos, porém tudo o que delas recuperamos como patrimônio vital é a

> representação que as nega, precisamente ao tentá-las capturar. A função defensiva de toda a representação consiste precisamente nisto: que a eficácia do real e do desejo, representados na superfície da aparência, é contraditada constantemente pela própria representação que os faz presentes ao conhecimento. (Herrmann, 2006, pg.28-29)

Retomando meu incômodo, minha busca inicial, a necessidade de encontrar um lugar para o sujeito da loucura, um espaço de cidadania, de autonomia. Depois de tanto rodar em círculos, visitando discursos, concepções sobre a loucura, analisando a história da Reforma Psiquiátrica e a efetivação de políticas públicas; começo a me dar conta desta lógica que parece governar todo esse aparato, discursos contrários, posturas antagônicas, condutas diversas, todos são regidos por uma mesma lógica. A lógica do CAPS, desta realidade partilhada é a lógica neurótica, da reprodução, da repetição. Não há dentro e fora, a lógica que rege fora, rege dentro. Como a idéia central de Lampedusa (1958, pg. 28), em seu livro “O Leopardo”, “Se quisermos que tudo fique como está, é preciso que tudo mude”.

Resgatando os desenhos de Ávido, porque não dizer lógica da abilidade no sentido de álibi, para não ser acusado, para não se perder, para garantir uma legitimidade familiar. Em Ávido ou através do delírio de Ávido esta lógica constitutiva das relações é abalada. A lógica da abilidade pode ser pensada como concordata da rotina. Tenho álibi, pois ele inocenta e posso então não ser acusada de desmoronamento da realidade concensada, do status quo.

Podemos pensar que os vários discursos da saúde mental e da loucura, podem surgir em meio a um desconforto representacional, são rupturas de um campo estabelecido para outro que passa a fazer mais sentido em determinado momento. Porém tanto as condutas manicomiais, quanto os discursos psiquiátrico, medicalizante, da antipsiquiatria ou da luta antimanicomial, quando reproduzidos para manter o campo que está posto, na tentativa de proteger-se contra a dúvida que o abala, acabam enrijecendo e caindo na lógica do

preconceito. Uma idéia é defendida tão fervorosamente que acaba ganhando uma característica extremista, tornando-se tão absurda quanto a opinião que pretendia combater.

Parece que a desinstitucionalização da loucura ainda é uma utopia, dentro dos muros ou fora deles, dentro ou fora de nós, existe uma norma instituída que parece enrijecida, que permanece como pano de fundo em todas as transformações e processos de mudança. Esta norma é da ordem social, excluir o que não é tolerado, que se torna insuportável socialmente é a regra.

Retomando uma colocação de Lobosque (1996, pg. 44) em que ela expõe que a abertura ou tolerância para as soluções encontradas pelo louco não se daria sem conseqüências para a cultura nem tampouco para a ordem pública tal qual se mantém na atualidade; constatamos tal idéia, de que os avanços que vivenciamos ao longo do processo de reforma mantêm como escopo, talvez veladamente, o projeto sanitarista de higienização, de retirar o louco das ruas.

Sendo assim, a reprodução dessa norma, anteriormente aventada, é vivenciada no dispositivo da reforma, no CAPS. E a lógica neurótica, “forma de subjetividade paradigmática de uma civilização marcada por instituições fortes, como eram as do século XIX” (Minerbo, 2009, pg. 28-29), continua operando nessa realidade recortada de uma sociedade contemporânea, onde outras lógicas já se fazem notar.

Ao tratar da neurose, ao fazer referência às instituições superegóicas e a intolerância a desordem social, voltamos a Freud. Segundo ele, a escolha humana pelo mundo civilizado é uma escolha pela segurança em detrimento da liberdade e por conseqüência, da felicidade. A sociedade impõe frustrações aos desejos individuais através da repressão da libido, impondo sacrifícios à sexualidade do homem, e também, à sua agressividade. “A inclinação para a agressão constitui, no homem, uma disposição instintiva original e auto-subsistente... ela é o maior impedimento à civilização.” (1930-1974, pg. 144)

Freud segue expondo como a agressividade inerente do ser humano passa a ser inibida. Segundo ele, essa agressividade que seria controlada externamente pelo medo da autoridade, pelo medo do pai, é internalizada pelo ego.

> “ela é, na realidade, enviada de volta para o lugar de onde proveio, isto é, dirigida no sentido de seu próprio ego. Aí, é assumida por uma parte do ego, que se coloca contra o resto do ego, como superego, e que então, sob a forma de ‘consciência’, está pronta para pôr em ação contra o ego a mesma agressividade rude que o ego teria gostado de satisfazer sobre outros indivíduos, a ele estranhos. A tensão entre o severo superego e o ego, que a ele se acha sujeito, é por nós chamada de sentimento de culpa; expressa-se como uma necessidade de punição. A civilização, portanto, consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o, desarmando-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele, como uma guarnição numa cidade conquistada.” (Freud, 1930-1974, pg. 146-145)

E desta forma o homem moderno ou civilizado é produzido, seus instintos educados para primar pela ordem, “espécie de compulsão a ser repetida, compulsão que, ao se estabelecer um regulamento de uma vez por todas, decide quando, onde e como uma coisa será efetuada”. (Freud, 1930-1974, pg. 113)

Parece que a realidade dos serviços de saúde mental, através dos profissionais com suas funções, discursos e condutas, da legislação, incluindo neste bojo os usuários para os quais essas instituições são criadas, permanecem governados por esse imperativo da ordem. Ordem necessária para manter a segurança e afastar o sofrimento, dinâmica que gera seus próprios infortúnios.

E assim, convivendo com a desordem da loucura, sendo precavidos por Ávido que o tangível é intangível, que o que parece concreto, natural é artificial e fabricado; os profissionais do CAPS se agarram à rotina e, não raro, esta se esquadrinha na forma de ordem.

Presos à mesa de chá, todos rodam e ocupam os mesmos lugares. Ora um é privilegiado pela louça limpa, ora se vê frente às migalhas de quem por ali passou.

5.2. "Cortem-lhe a cabeça!" [10] Vivendo no mundo pós-moderno.

Foram tantas as andanças para chegar até aqui, na busca por um discurso sólido, pela postura correta, pela conduta adequada, por um lugar seguro; idealizei soluções, questionei a realidade, tomei partido, levantei bandeiras, enrijeci, paralisei, me movimentei, circulei por aí ao lado de Ávido, mergulhei no País das Maravilhas.

Ao tentar entender que lugar me era destinado em relação à loucura, me deparei com o excesso, excesso de discursos, de posturas, de palavras de denúncia, com o exagero de Ávido e com meu próprio descomedido desejo de encontrar. Acho que encontrar um jeito de lidar com a loucura, de me encontrar com o outro sem tanto apego à certeza do que fazer ao estar ali, sem tanto medo da desordem, da minha própria talvez.

Pensando melhor, talvez não procurasse um jeito de encontrar e sim, desencontrar. Meu lugar já estava definido e talvez o que eu tenha podido fazer é apenas não permitir que ele ficasse definitivo. Isso só me foi possível pelo circuito do trânsito e da reflexão, da investigação e dos percalços.

Não poderia deixar de considerar algo da lógica das palavras de ordem: autonomia, cidadania. Ao me surpreender com a balança-justiça no labirinto de Ávido, de olhos bem

[10] Frase repetida inúmeras vezes pela Rainha de Copas, personagem de Alice no País das Maravilhas (Lewis Carrol, 2005).

abertos, algo do quotidiano foi des-velado. Como encontrar um espaço, um lugar de cidadão para o usuário de saúde mental, em um mundo, em um tempo onde ninguém tem autonomia, cuja loucura é o excesso.

A partir dessa constatação, trago uma reflexão sobre o mundo contemporâneo, onde parece reinar a incerteza, a insegurança e o prazer grudado ao ter, a corrida pelo consumo frenético de pílulas de felicidade.

Ao contrário da moderna civilização de Freud, em que o sentimento de segurança valia pela carência de liberdade, hoje estimada é a liberdade individual em detrimento da segurança.

Na contemporaneidade, o indivíduo é aquilatado pelo seu potencial de consumo e não por sua mão de obra, por seu potencial produtivo como já aconteceu. Balman traça um panorama em que mostra a transformação das relações de trabalho até chegarmos nesse cenário.

Segundo ele, com o capitalismo, o trabalho deixa de ter um vínculo com conceitos de dignidade e honra, o trabalhador passa a ser observado não mais por seus companheiros ou vizinhos, mas pelo capataz das fábricas, e seu esforço passa a ser sentido como inútil. Tolerando uma rotina artificial, já não desempenha suas funções com o mesmo engajamento que tinha em comunidade e um regime disciplinar rigoroso faz-se necessário. Subordinados estão presos aos seus supervisores e a recíproca é verdadeira, governados e governantes passam a estar presos uns aos outros, acontece uma dependência mútua. (Balman, 2003, pg. 32)

Desta forma, os governantes encontram-se numa posição incômoda e custosa, ao regulamentarem normas bem definidas de coação, assistem também a organização de movimentos rebeldes e a desobediência. É na sensação de incerteza com o que está por vir, que encontram uma saída para esse ciclo, mantendo o controle de uma forma ainda mais eficiente. Com a desregulamentação, com a insegurança na próxima estratégia dos

governantes, os governados acham-se submissos à falta de alternativa. “Insegurança quanto à posição social, incerteza sobre o futuro da sobrevivência... gera uma incapacidade de fazer planos e segui-los... as chances de resistência firme, organizada e solidária, são mínimas – virtualmente inexistentes.” (Balman, 2003, pg. 42)

Desta maneira é que se instala uma inversão na balança segurança/liberdade, com afrouxamento da ordem social, acontece uma ampliação da sensação de insegurança e também da liberdade individual, que passa a ser valorizada e necessária para a sobrevivência, em um mundo onde a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso é atribuída inteiramente ao individuo, às suas escolhas.

Segundo Balman (1998, pg. 15) “ordem significa um meio regular e estável para nossos atos; um mundo em que as possibilidades dos acontecimentos não estejam distribuídas ao acaso”. Então em um tempo em que paira a inconstância, a improbabilidade, não sabemos o que está por vir, não existe solidez, projetar um estilo de vida com metas e objetivos é perda de tempo já que não há garantias. Não existe estabilidade no emprego, na profissão, nos conhecimentos e habilidades adquiridas, experiências vivenciadas não valem como regra para o desenho de um futuro.

A construção de um projeto de vida equivale à construção de uma identidade, num mundo frágil e errático, em que não há onde se fixar, a busca por uma identidade segue freneticamente, e esta não se define, segue solta; o estilo de vida, modos de pensar, de se comportar são substituídos com as tendências da moda.

A velocidade é a mola propulsora do mundo pós-moderno, tudo acontece de maneira rápida e fugaz, logo o novo já está ultrapassado, novas opções já estão disponíveis e infinitas são as possibilidades de escolha. É a liberdade de escolha que sustenta a sensação de liberdade individual.

> No entanto, seria uma liberdade vazia que negasse o direito de colocar uma possibilidade acima das outras – reduzir a multiplicidade de perspectivas, de bloquear e rejeitar as possibilidades indesejadas –; em outras palavras, de podar ou cancelar totalmente a escolha. ...a essência da livre escolha é o esforço para abolir a escolha. (Balman, 1998, pg.175)

Herrmann (2001b, pg. 178) ao tratar do processo autoritário, que são regras responsáveis pela manutenção do quotidiano, que pretende organizar o todo sob o disfarce do consenso, do familiar; coloca que "o fenômeno original de nossa época é a difusão absoluta de idéias fabricadas, pelos meios de comunicação de massa. Esta aquisição cultural recente amplia a extensão do todo organizado, cria e move a massa, penetra cada poro do quotidiano".

Então podemos convir que o sentimento de liberdade individual apreciado em nossa pós-modernidade é também fabricado, de grande valia para o funcionamento da engrenagem dessa máquina que move o mundo, chamada consumo.

Herrmann (2001b, pg. 156) ainda afirma, "o mundo pensa-se através de mim, e o modo de meu pensar é o modo de ser deste mundo em que vivo". Ao primar por minha liberdade individual, minha liberdade de escolha, faço parte desta lógica que está posta, quanto a essa questão não há como optar.

O mercado produz cada vez mais alternativas de consumo, produtos criados para se tornarem imediatamente obsoletos logo após o instante da compra. O prazer de um novo bem adquirido é tão efêmero quanto sua desvalorização. Logo somos informados que já estamos equivocados quanto ao nosso estilo, gosto, pensamento, ou então que novas possibilidades agora na versão *plus* ou *advance* já estão disponíveis.

Balman (2007, pg.7) conceitua essa sociedade como líquido-moderna, “em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir”.

> A vida líquida é uma sucessão de reinícios, e precisamente por isso é que os finais rápidos e indolores, sem os quais reiniciar seria inimaginável, tendem a ser os momentos mais desafiadores e as dores de cabeça mais inquietantes. Entre as artes da vida líquido-moderna e as habilidades necessárias para praticá-las, livrar-se das coisas tem prioridade sobre adquiri-las. (Balman, 2007, pg. 8)

Desta forma, o sujeito pós-moderno não pode ligar-se a nada, mantêm-se protegido aquele que não cria vínculos, que mantém uma distância segura de tudo que pode gerar dor ou trazer-lhe sofrimento, pois o fim é certo e já se faz avistar.

O retrato do homem contemporâneo é de um indivíduo que clama pela ordem, pela segurança pessoal, mas está amarrado ao binômio liberdade/solidão; teme perder sua liberdade, ao mesmo tempo se sente paralisado frente à solidão. Em um mundo em que tudo pode (e deve) ser descartado rapidamente: os objetos, o conhecimento, as relações, as pessoas; proteger sua individualidade, preservar sua independência ganha extrema relevância, parece ser essencial para sua sobrevivência.

> Pleiteando uma independência de tudo e de todos, o ser humano parece estar distante e desconhecido de si mesmo... Constata-se a existência de uma espécie de apelação para que o ser humano seja dono absoluto de si. A mente fica doída/doida frente a opressão em bloco para um fortalecimento ostensivo do eu. A lei do “vale mais eu”, desconsidera a condição de flexibilidade que a estrutura egóica requer para exercer sua função por

> excelência de sintetizadora das exigências internas/externas, sustentadoras da psique. (Romera e Torrecillas, 1988, pg. 1-2)

O sujeito constituído na relação com o outro e para estar com o outro, na pós-modernidade se vê frente uma rede social esgarçada, ele é o único responsável pelo rumo que toma sua vida, por suas conquistas e fracassos, tem como direito e dever cuidar de sua individualidade. E para isso, deve correr o mais rápido possível, e essa busca desenfreada não será para consolidar um projeto futuro, uma identidade, e sim para sobreviver à fluidez do mundo líquido.

> E correram tão depressa, que afinal pareciam mal resvalar pelo ar, tocando apenas o chão com os pés, até que, de repente, quando Alice já se sentia exausta, pararam, e ela se viu sentada no chão sem fôlego, e apatetada. A rainha encostou-a a uma árvore, e disse com um ar bondoso: – Agora pode descansar um pouco. A menina olhou em roda, muito surpreendida. – Mas... creio que estive sempre embaixo desta árvore! ... – Agora você já viu que, para ficar no mesmo lugar, é preciso correr a bom correr, como você fez. E se quiser mudar de lugar é necessário correr duas vezes mais depressa que aquilo! (Lewis Carrol, 2007, pg.38-39)

No mundo líquido-moderno as pessoas correm atrás da promessa de satisfação, mas não saem do lugar, o que alimenta a sociedade de consumo é o desejo não realizado, uma eterna insatisfação. E assim observamos indivíduos vivendo maquinalmente, anestesiados pela velocidade dos acontecimentos, presos a um *tarefismo* infindável, agarrado a funções a realizar, buscando no consumo, no lazer comprado, alegrias fugazes.

Herrmann ao analisar a sociedade contemporânea e seus indivíduos, localiza essa forma de viver, em que o ato, ou a ação, está colado ao pensamento, o indivíduo age quando deveria pensar.

> Quando o pensamento não consegue conceber minimamente seu mundo, consiste em fundir pensamento em ato, inventando uma forma de operação que se poderia descrever como *ato puro.* Isto é, o pensamento deixa de motivar o ato, mas coagula-se ele mesmo em ato solto... O ato puro é uma forma de pensamento concentrado, que se desvirtuou completamente, perdendo vínculos lógicos com o conjunto das idéias, bem como vínculos veritativos com o mundo empírico. (Herrmann, 2001b, pg.190)

Engolimos o que nos chega sem digerir, absorvemos uma exagerada quantidade de informações, de dados, sem refletir em como nos afeta, assim, produzimos sintomas-atos: a ansiedade, bulimia, anorexia, obesidade, drogadição, somatizações; psicopatologias contemporâneas da falta de tolerância à dor que é viver, à incapacidade de pensar.

> A vida numa metrópole, a tela de uma televisão, até a simples página do jornal convidam a embarcar em orgias identificatórias, tantos são os enredos oferecidos. Podemos ser tudo ao mesmo tempo. Não há como pensar, julgar, escolher. Numa palavra, a identidade não se consegue organizar e delimitar, por excesso de identificações, e ameaçada de fragmentação, tende, como resposta, a se encolher defensivamente, a se especializar. (Herrmann, 2005, pg. 3)

O indivíduo contemporâneo diante da insatisfação, na busca por mais, frente a uma enorme quantidade de possibilidades, e ao mesmo tempo frente à impossibilidade de escolher;

reproduz a dinâmica da sociedade. Segundo Herrmann (2003b, pg.3) “Uma nova psicopatologia está sendo fermentada pela descrença social... o doente manifesta uma dimensão social, não uma oposição à sociedade”. E assim, este sujeito é acometido pela adição, a patologia do somar, do consumo. O que vemos são robôs de carne e osso, do prazer imediato, da intolerância à dor, dos problemas descartáveis, das soluções relâmpago.

“Tem vez que eu fico pensando, eu não sou um robô sanguíneo, não sou”. Lembrei-me de Estamira, protagonista do documentário de Marcos Prado, na sua loucura, prega ter vindo ao mundo para “revelar a verdade”. Passa seus dias trabalhando em um aterro sanitário, vive dos restos produzidos pelos indivíduos pós-modernos, “às vezes é resto, às vezes é descuido”. E incha uma categoria de seres humanos que vivem a margem da lógica do consumo, da liberdade de escolha, assoalha o lixo humano anunciado por Balman. (Estamira, 2005)

Como constatamos, vivemos na sociedade dos excessos, em que tudo o que é desnecessário é descartado, tudo o que não permite ampliar a capacidade do mercado consumidor é lixo, que deve ser logo eliminado para dar lugar a mais excesso.

> Redundância sugere permanência e aponta para a regularidade da condição... Ser “redundante” significa ser extranumerário, desnecessário, sem uso – quaisquer que sejam os usos e necessidades responsáveis pelo estabelecimento dos padrões de utilidade e de indispensabilidade. Os outros não necessitam de você. Podem passar muito bem, e até melhor, sem você. Não há uma razão auto-evidente para você existir nem qualquer justificativa óbvia para que você reivindique o direito à existência... “Redundância” compartilha espaço semântico de “rejeitos”, “dejetos”, “restos”, “lixo” – com refugo. O destino dos desempregados, do “exército de reserva de mão-de-obra”, era serem chamados de volta ao serviço ativo. O destino do refugo é o depósito de dejetos, o monte de lixo. (Balman, 2005, pg.20)

Balman trata de um grupo de indivíduos considerados obsoletos como produtos que perderam a validade, que produzidos pelas regras que governam o mundo, incomodam ao escancarar a falácia que é a sociedade de consumo, onde reina a infelicidade, a insegurança, a impossibilidade de pensar e onde a próxima cabeça a ser cortada pode ser a de qualquer um, onde ninguém parece permanecer ileso ao descarte.

E assim, seguimos fugindo do refugo, pois sua presença é a presença de nossa própria fragilidade, da incerteza quanto ao futuro, do desprazer, do despropósito do quotidiano.

Bem, é este nosso mundo, mundo que me trouxe incômodos e questionamentos, no qual me encontrei com Ávido e tive tantos desencontros. Mundo onde me coloquei a procurar um lugar para a loucura, em que imaginei que poderia encontrar um espaço de autonomia e cidadania.

Parece que corri muito, comprei e joguei fora alguns discursos, angariei relatos, consumi delírios, caminhei na incerteza em busca de segurança. E aqui me encontro, um tanto mais segura com minha incerteza. E tão admirada quanto Alice: “– Oh! Mas é uma imensa partida de xadrez que estão jogando... sobre o mundo inteiro...” (Lewis Carrol, 2007, p. 37)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS - O MUNDO É REDONDO, MAS O QUADRADO QUE É PERFEITO![11]

"Transito entre dois lados
De um lado
Eu gosto de opostos
Exponho o meu modo
Me mostro
Eu canto para quem?"

Adriana Calcanhoto.

Nesta partida de xadrez jogada sobre o mundo inteiro, sou apenas mais um peão, como todos os outros governados pela lógica pós-moderna. Só consigo andar para frente e se encontro uma peça em meu caminho, paraliso, até que outra possa me tirar do lugar. Sigo com minhas representações, acreditando em autonomia, na liberdade de escolhas, mas só posso escolher um sentido para caminhar.

A lógica do nosso mundo nos faz agir impulsivamente rumo ao consumo e ao descarte. Essa é a forma de pensar do sujeito pós-moderno, o pensamento em ato, em ação. Como diria Estamira (2005), somos "espertos ao contrário". Tomamos conta de nossas vidas, nos responsabilizamos por nossos êxitos e hesitações; somos espertos, nos protegemos do outro, prezamos nossa liberdade e bem estar, mas ao contrário do que acreditamos, fazemos parte de uma lógica que nos dirige, que não conseguimos desvencilhar. Somos peões no tabuleiro de xadrez.

Mas pelo que percebo, alguns desses peões rompem com a lógica que está posta. Como um iniciante no jogo, um principiante que aprende ao errar e por vezes leva vantagem com seu

[11] Frase repetida por um paciente da rede de saúde mental de Uberlândia.

erro; o peão passa a ocupar o lugar do cavalo e anda em L, ou ainda, quer tomar o lugar da rainha para andar por todos os lados, transgredindo a lógica do tabuleiro, infringindo a lógica do mundo.

Ávido foi meu encontro com o erro, com a denúncia que caminhava por um mundo redondo, mas enquadrado. Ávido despertou minha vontade de entender onde pisava e ainda de cantar para quem quiser ouvir sobre o absurdo que somos nós.

Ávido estabelece comigo um vínculo fusional, que parece resistir ao modelo líquido. Finais rápidos e indolores: disso precisamos para sobreviver à liquidez. Mas ele não experimenta sua vida assim, passagens de dor e perda vão fazendo com que se distancie e se desconheça de si mesmo.

Ao produzir seus desenhos-documentos, sente um pouquinho mais de segurança, um remoto controle sobre o vínculo que estabeleceu, mas escancara o enquadramento ao qual está submetido. Ávido bagunça o tabuleiro de xadrez, denuncia a mesa de chá, expõem a lógica da abilidade.

Precisamos de álibis que nos auxiliem a sustentar o campo de representações que criamos para viver. Ávido também precisa, mas não criou para si um campo partilhado pelos outros, mas um lugar solitário de contato com a lógica da repetição, da busca sem fim, da velocidade, do excesso, de apontar seu lugar de órfão no mundo.

Ávido retira a venda da justiça, com olhos bem abertos, escancara a desproporção entre o que somos e o que acreditamos ser. Desvenda a sensação que vivenciamos no quotidiano de sermos passados para trás, de sermos enganados, mas que não conseguimos dar nome, um ínfimo sentimento de paranóia que perpassa as relações.

Os profissionais, presos a mesa de chá, com suas xícaras em punho, seguem vendados, pois esta é a condição para sobreviver. Precisam da justiça cega, com a balança na mão. Justiça, sinônimo de ajustamento, honestidade, integridade, inteireza.

Inteireza que nos remete a completude, busca de todos os homens. Ávido além de desvendar a justiça, põe a mostra nossa busca incessante pelo inteiro, escancara nossa condição de ser faltante.

Vivemos em um mundo líquido em que precisamos nos livrar de tudo e de todos para seguirmos lúcidos, é perigoso criar vínculos; mas nos fazemos sujeitos e nos reinventamos a partir do outro, a partir das relações, somos seres em busca da completude: paradoxo, absurdo.

Essa lógica escancarada por Ávido e pelas relações na rotina de um CAPS nos conta de um enrijecimento, de um lugar instituído, de um espaço em que o movimento ao ser repetitivo, roda em 360 graus, retomando o mesmo lugar. Em tempos de velocidade, circulamos rápido demais sem nos darmos conta de que não saímos do lugar. A loucura parece ser o movimento que leva ao diferente, movimento em vórtice, redemoinho.

Essa é também minha história, o enrijecimento vai virando concreto, cimento que seca rápido, difícil de quebrar. Algumas pessoas constroem e vivem presas às suas paredes, não conseguem desfazer seus muros. Parece que passei um tempo assim, mas me permiti abrir mão de crenças e certezas, para seguir errante, buscando o desconhecido, o inusitado.

O que fazer para não enrijecer? Acho que aqui entra Alice, que vai para o País das Maravilhas, cai por um túnel dentro de uma árvore, encontra salas e portas, bolinhos e garrafinhas e se permite experimentar. Encontra com seres estranhos, ímpares e mesmo não entendendo o que esperar de seu interlocutor, consegue se relacionar. Consegue estar ali, vivendo uma lógica que desconhece, mas que busca entender. A menina é um tanto camaleônica, muda para se fazer compreender, mesmo com conceitos pré-concebidos, escuta, espera ou fala e põe em movimento. Passa a fazer parte dessa lógica e a dançar conforme o ritmo, mas sabe que existe uma banda tocando e se quiser, pode sair do compasso.

> A Lagarta tirou o cigarro da boca e perguntou, com voz lânguida e sonolenta: – Quem é você? Não se pode dizer que esse foi um começo de conversa muito animador. Alice respondeu, meio encabulada: – Não estou bem certa, senhora... Quero dizer, nesse exato momento não sei quem sou... Quando acordei hoje de manhã, eu sabia quem eu *era*, mas acho que mudei muitas vezes desde então... (Lewis Carrol, 2005, pg. 55)

O fascínio pela loucura me tirou do lugar estático, me possibilitou a criação, a produção. Foi com muita dor, que me desvencilhei do lugar seguro, do certo, do igual. A Psicanálise foi meu veículo, que me conduziu por descaminhos, desencontros, me fez aceitar o estranhamento sobre esse novo lugar, lugar das possibilidades.

Antes de encerrar, preciso dizer que me encontro em outro lugar, talvez nem fosse preciso, mas tenho que registrar aqui. Sinto que valeu a pena, mais do que atingir um objetivo, descortinar as lógicas de funcionamento da rotina de um CAPS e pensar o mundo, aprendi fazer Psicanálise.

Para mim, todo esse trabalho, valeu por esta descoberta. Não foi com o fim que veio o gozo, mas ao trilhar arduamente todos os percalços. Surpreendo-me com a possibilidade de criação e de descoberta que o método psicanalítico por rupturas de campo me oportunizou.

Cazuza continua por aí, transitando pelos serviços de saúde mental, sendo rotulado, medicado, objetificado. Mas me sinto extasiada ao olhar para Ávido que aqui, agora sim, reconheço um sujeito, senhor de sua história, de sua loucura e de sua arte, um sujeito que silenciado pelos nós, a partir da fantasia, pôde ganhar voz.

Saibam que o absurdo assusta, mas também fascina. Que como Alice, lidava com o estranhamento que aos poucos se tornava familiar. Caminhava pelo País das Maravilhas, entre sustos e deslumbramento, sem muito saber para onde estava indo ou o que ia encontrar. E aqui me encontro!

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.

AURÉLIO B. H. F. (1980). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

BALMAN, Zygmunt. (1998) O Mal-Estar da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (2003) Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (2005) Vidas Desperdiçadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ (2007) Vida Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

BARROS, D. D. (1994) *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP.

BIRMAN, Joel (1993) O objeto teórico da Psicanálise e a pesquisa psicanalítica. In: *Ensaios de teoria Psicanalítica.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 12-24.

_____ (2003). Loucura, singularidade, subjetividade. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 13-19.

BOM-TEMPO, J. S. (2008) *Loucura e Cultura: Cartografias da Extensão de uma Clínica Poética.* Universidade federal de Uberlândia. Dissertação de Mestrado.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). *Legislação em Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). *Programa de Volta para Casa*. Brasília: Ministério da Saúde.

CALCANHOTO, A. (2003) Esquadros. On *Perfil*. [Cd] Rio de Janeiro: Som Livre.

CARROL, Lewis. (1866-2005) *Alice no País das Maravilhas.* São Paulo: Martin Claret.

_____ (1872-2007) *Alice no País dos Espelhos*. São Paulo: Martin Claret.

CECCARELLI, P. R. (2009) Laço Social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, 58, 33-41.

FIRMINO, Hiram (1982). *Nos Porões da Loucura.* Rio de Janeiro: Ed. Codecri.

FOUCAULT, M. (1970-2008) *A Ordem do Discurso* (16ª ed.) São Paulo: Loyola.

_____ (1972-2007) História da Loucura na Idade Clássica (8ª ed.) São Paulo: Perspectiva.

FREJAT, R. e CAZUZA (1984). Maior Abandonado. On *Maior Abandonado* [Disco]. Rio de Janeiro: Som Livre.

FREUD. S (1923-1976) *Dois Verbetes de Enciclopédia.* (Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. XVIII) Rio de Janeiro: Editora Imago.

_____ (1927-1974) *Futuro de uma Ilusão*. (Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. XXI) Rio de Janeiro: Imago Editora.

_____ (1930-1974) *Mal-Estar na civilização*. (Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. XXI) Rio de Janeiro: Editora Imago.

GOLDENBERG, J. (1996) *Clínica da Psicose: Um projeto na rede pública* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Te corá.

HERRMANN, FÁBIO. (1997) Investigação Psicanalítica. In: *Jornal de Psicanálise*. Instituto de Psicanálise. SBPSP. 30 (55/56), 7-17.

_____. (1999) *O que é Psicanálise. Para iniciantes ou não*. São Paulo: Editora Psique.

_____ (2001a) *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2001b) *Andaimes do Real: Psicanálise do Quotidiano*. (3ª ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2002) *A infância de Adão e outras ficções freudianas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2003a) *Clínica Psicanalítica. A arte da interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2003b) *Adição à adição*. Intervenção na I Jornada PROMUD. São Paulo.

_____ (2004, Outubro-Dezembro) Pesquisa Psicanalítica. *Ciência e Cultura*. São Paulo, 56, 4.

_____ (2005) *Da Psicose de Ação à Adição Vazia*. Trabalho apresentado ao I Simpósio Internacional do Adolescente, Faculdade de Educação da USP.

_____ (2006) *Andaimes do Real: Psicanálise da Crença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LAMPEDUSA, G. Tomasi (1958-1982). *O Leopardo*. (Rui Cabeçadas, Trad.) São Paulo: Editora Círculo do Livro.

LANCETTI, A. (1990) Loucura Metódica. In: GUATTARI, F. et al. *Saúde e Loucura 2*. (3ª ed.) São Paulo: Hucitec.

LAPLANCHE e PONTALIS (1982-1992) *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

LOBOSQUE, Ana Marta (1996). Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec.

LOWENKRON, Theodor S. (2005) A investigação psicanalítica está ameaçada de extinção? Mesa redonda: *Psicanálise e Pesquisa*. XX Congresso Brasileiro de Psicanálise, Brasília.

MACHADO, Roberto (1982). *Ciência e Saber. A trajetória da arqueologia de Michel Foucault.* Rio de Janeiro: Graal.

MENDONÇA, D. (2004). *Arthur Ramos e a Higiene Mental na Educação*. Seminário de Pesquisa do PPE, Universidade Estadual de Maringá, ISBN 85-904445-2-X.

MERCADANTE, O. A. (2002) Evolução das Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. In: FILKEMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MINAS GERAIS, SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE (2006). *Linha Guia em Saúde Mental.* Belo Horizonte: Coordenação de Saúde Mental.

MINERBO, Marion (2009) *Neurose e Não Neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

OLIVEIRA, W. F. e DORNELES, P. (2005) Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.* Rio de Janeiro: Nau.

PAES BARRETO, F. (2009, Dezembro) Da Antipisquiatria à Antissaúde Mental. *O Risco*, 23, 3-5.

PEREIRA, P. O. (2007) *O Psicólogo de CAPS: desafios e impasses na construção de uma identidade.* Universidade Federal de Uberlândia. Dissertação de Mestrado.

POMBO, R. M. R. (2007) *A Nova Política de Saúde Mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984/2006).* Universidade Federal de Uberlândia. Dissertação de Mestrado.

PRADO, M. (Direção). (2005). Estamira. [Documentário]. Brasil: Europa Filmes.

RESENDE, H. (1992) Políticas de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 15-73.

ROCHA, I. (2001) *Abaixo a Barbárie!* In: ROCHA, I. Apostila Cidadania. Brasília: Gabinete Deputado Paulo Delgado.

ROMERA e TORRECILLAS (1988). Bloco da Solidão: angústia no desamparo. Trabalho apresentado no XXII Congresso Latino Americano de Psicanálise.

ROMILDO BUENO, J. (2009, Dezembro) Esboço histórico de uma pretendida reforma. *O Risco*, 23, 22-23.

ROUDINESCO, E. e PLON, M. (1998) Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

SAMPAIO, C. P. (2006, Junho) Algumas Idéias sobre Pesquisa em Psicanálise. *Jornal de Psicanálise.* São Paulo: 39, 243-255.

SILVA FILHO (2008). Saúde mental, seu saber e seus desafios. In: SILVA FILHO. *1968 e a Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

SINGER, Paul (2006). Saúde Mental e Economia Solidária. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho.* Brasília: Ministério da Saúde.

TEIXEIRA e SIVA FILHO (2008). A psiquiatria e a Universidade do Brasil. Nascimento, ciência e identidade nacional. In: SILVA FILHO. *1968 e a Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

TENÓRIO, F. (2002, Janeiro-Abril) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* Rio de Janeiro, 9, 25-59.

8. ANEXOS – RELATOS DOS PROFISSIONAIS.

Rotina no CAPS.

Minha rotina tem início às 13:00hs, às vezes chego às 12:55 outras às 13:12hs como hoje. Ao chegar deixo minhas coisas pessoais no armário, cumprimento os colegas e os pacientes que já chegaram e normalmente ficam no espaço de convivência.

Realizo acolhimento, às vezes encaminhados de pontos de atenção da rede, outras vezes por demanda espontânea dos pacientes e/ou de seus familiares, avalio os casos e, conforme cada caso, realizo condutas. Inserção, consultas psiquiátricas, contra-referência a rede ou encaminho p/ unidade de referência.

Realizo também atendimentos à familiares, quinzenalmente temos um grupo em que toda a equipe técnica participa, mais além disto realizo, conforme a necessidade e demanda orientações e atendimentos individuais aos familiares.

Temos além das oficinas terapêuticas, que começamos trabalhos manuais diverso, e além do grupo terapêuticas.

Esporadicamente realizo visitas domiciliares, mas esta, fica na maior parte das vezes, sob responsabilidade da Ass. Social.

No CAPS, a equipe, de certa forma, também tem iniciativa em promover, eventos comemorativos como festa junina, aniversários, passeios, dia da beleza, comemorações natalinas, entre outras.

A equipe também procura discutir casos e elaborar sempre que possível, projetos terapêuticos em conjunto.

Cotidianamente a rotina se encerra após as anotações de prontuários e algumas conversas entre a equipe sobre condução de casos.

30/2/2010

Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

SUS

Nº do Registro:

COLAR ETIQUETA

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
20.01.09 8:00 ás 9:00	Horário de chegada na Unidade, em primeiro momento passo pelo administrativo, onde recolho as primeiras informações sobre os pacientes inseridos na rotina (faltosos, intercorrências, medicações, consultas etc.). Dirijo-me ao posto de enfermagem guardo meus pertences e sigo para a área de convivência neste momento aproveito para cumprimentar todos pacientes presentes e colher informações pertinentes sobre cada um. (uso das medicações, sono, dieta, alterações fisiológicas e emocionais).
9:00 às 9:30	Subo para cozinha, tomo um lanche e retorno para o posto de enfermagem supervisiono o trabalho da equipe enfermagem (liberação da medicação monitorada, administração da medicação de horário, anotações em prontuários, limpeza e assepsia de colchonetes e ambiente de trabalho).
9:30 ás 11:15	Desço para área de convivência participo da oficina bordados, oriento alguns pacientes durante a realização do grupo terapêutico sobre o tema pré-definido anteriormente (Climatério feminino e masculino), após o término do grupo os pacientes semi-intensivos são dispensados e o almoço é servido aos intensivos que após a refeição participam do projeto de higiene oral supervisionada (escovação).
11:15 as 12:30	Ao final da rotina sigo para sala de reunião da equipe onde auxilio no preenchimento dos prontuários e participo da discussão de casos ou em específico ontem: caso de um paciente idoso

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	de locomoção, nutrição alterada, e possível conduta em relação à maior participação dos familiares nos cuidados para este paciente.
13:30	Retorno do horário de almoço, ao passar novamente pelo administrativo, me deparo com uma intercorrência: Paciente foi deixada no CAPS pelo marido, completamente sedada, entro em contato com o mesmo via telefone, onde ele esclarece que deu Clonazepam e Desperidona a mais
ás	para ela pois não conseguiu dormir a noite faço às devidas esclarecimentos ao esposo e firmo um acordo com ele em monitorá-la e observá-la na sala de repouso caso seja necessário um encaminhamento para UAT torno a solicitar sua presença. Aferido PA: 120 x 80mmHg consciente sonolenta fica
17:00	em observação até o momento do término da rotina sem maiores intercorrências, ao os cuidados da equipe de multiprofissionais.
	Ao mesmo tempo acompanho o trabalho no posto de enfermagem realizado pela técnica de enfermagem: às receitas de medicações monitoradas, assim como, a sua liberação diária.
	O café da tarde é servido, observo calmamente a conduta de cada um: qtde de dieta ingerida, a aceitação ou não da mesma, participação e socialização dos mesmos neste momento.
	Ao final da rotina subo para novamente preenchimento dos prontuários, discussão do caso ocorrido e interação com o restante da equipe.
	Após estes procedimentos encerro meu expediente de trabalho.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

Secretaria Municipal de Saúde

EVOLUÇÃO CLÍNICA

SUS Sistema Único de Saúde

Caps Norte.

COLAR ETIQUETA

Nº do Registro:

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	2ª feira.
12:00	Entro na unidade e recebo o plantão do período da manhã de todas as intercorrências.
13:30	É realizado a aferição da pressão arterial de todos os pacientes que são em média 30 pacientes; sem excessão, antes do período da educação física que é feito com os pacientes que estão presentes;
14:00	Começa a preparação da medicação e liberação dos mesmos para casa, dos que são monitorados e supervisionados, para começar a distribuir às 15:00 horas.
15:00	É o horário da distribuição do lanche, juntamente é liberado as medicações para os pacientes que são monitorados e supervisionados. Logo após tomar a medicação, é liberado o medicamento para levar e assinado no livro de ocorrência pelo responsável do paciente. Após a distribuição é feito o relatório e checado a medicação distribuída e relatado as intercorrências com o paciente. Logo em seguida acontece a reunião em grupo c/ a psicóloga responsável do dia.
16 às 16:30 hs	→ É liberado os pacientes e fica responsável por pertences de pacientes a entregar ao familiar, como ex: roupas trocadas e outros pertences, que o paciente nos entrega durante a rotina.
13:30	Voltando neste horário, é recolhido todos os colchonetes dos pacientes que estão em descanso, para participarem da educação física.

Técnica em Enfermagem

Relato da noteira no méd. psiquiatra.
CAPS Norte

Chego à unidade e me dirijo aos administrativos que têm os prontuários dos pacientes agendados p/ serem T.R. para serem vistos no dia. Nestes, também há pacientes ainda não inseridos que foram acolhidos e o profissional entendeu nec. um parecer médico antes de decidir pela ~~[illegible]~~ inserção. Vou para meu consultório e atendo os pacientes em ordem de chegada, algumas vezes passando pacientes ansiosos "na frente". Durante as consultas há discussões rápidas de casos com terapeutas do ~~horário~~ turno, que queriam tecer algum comentário.

Encerro as consultas dos pacientes, me certifico de que não haja mais nenhum paciente aguardando antes de ir embora.

Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

SUS

COLAR ETIQUETA

Nº do Registro:

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	Quando chego ao trabalho no CAPS no
	período da tarde cumprimento alguns pacientes
	que estão aguardando atendimento com o
	psiquiatra.
	A maioria deles vem acompanhado por um
	parente, amigo ou mesmo vizinho. Sinto a angustia,
	tristeza, ansiedade, quando os acompanhantes
	relatam a doença mental que acometeu seu ente
	querido.
	Não é fácil ter uma doente mental em
	casa, diz um deles, quando meu pai está
	nesta unidade, tenho sossego para resolver
	minhas coisas do dia-a-dia.
	Quando chego na farmácia, escuto um
	tumulto no corredor, corro lá pra ver e
	eis que chega na unidade uma paciente
	muito prostrada, sonolenta.
	A psicóloga acolhe a paciente e permite
	que a mesma fique deitada em uma sala
	de repouso. Enquanto isso, é aferido sua
	pressão e sinais vitais, toda a equipe se
	reune e se preocupa muito com a paciente.
	Enquanto isso, a atendente liga para
	um familiar dessa moça e a enfermeira o
	coloca a par da situação. A enfermeira
	pergunta: qual o tipo de medicamento, ele, o
	marido dera para sua esposa, e
	qual o motivo dessa administração. E se
	acontecer algo com ela, vou levá-la para UAI.
	O mesmo concordou. A paciente ficou
	dormindo e sendo observada por toda a
	equipe. Felizmente, não aconteceu nenhum agravo.
	Com isso, o psiquiatra chega na unidade,

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	farmácia, eu os acolho, converso e dispenso os medicamentos.
	A enfermeira converse com o psiquiatra, e o mesmo a tranquilize.
	Sinto que a nossa equipe está em sintonia, pois quando ocorre alguma intercorrência, todos se preocupam, e ocorre solidariedade para ajudar ao próximo. Isso é muito bom, gratificante, por isso gosto de trabalhar aqui.

Secretaria Municipal de Saúde — PREFEITURA DE UBERLÂNDIA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

SUS

COLAR ETIQUETA

Nº do Registro:

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	Atribuições do Serviço Social - CAPS. Norte
	* Oficinas: jogos, vídeos e bordado. Nas oficinas é averiguado a adequação do paciente, seu comportamento e interação com os demais participantes.
	* Acolhimento: no acolhimento é colhido informações e relatos para inserção ou não do paciente na rotina CAPS.
	* Orientações: o atendimento específico do Serviço Social acontece na 3ª feira (manhã) e 5ª feira (tarde). O paciente é orientado sobre questões do INSS, LOAS, Auxílio Doença e carteira de passe do SETTRAN.
	* Reunião de Equipe: são discutidos casos ou algum problema relacionado ao trabalho.
	→ Também quando preciso é feito escuta do paciente, de maneira informal. Não é relatado em prontuário.
	* Visitas Domiciliares: são feitas somente quando são requisitadas. Busca ativa dos pacientes faltosos e altas da Psiquiatria - VFU.
	* Atendimento a família: quando requisitado, e reunião de família, toda 2ª e última 5ª feira do mês
	Rotina: (8
	Chegada ao expediente as 8h. Primeiro café da manhã feito na unidade. As 08:30h oficina de bordado, atendimento ou alguma intercorrência acontecida neste período. Na oficina o trabalho é em grupo, mas dependendo da gravidade, a orientação é individual (são casos de literalmente pegar na mão do paciente e ajuda-lo a executar o trabalho). Na oficina a conversa se torna informal, mas com atenção para a fala dos pacien

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
	Após a oficina são feitos os prontuários, com a descrição da oficina e o comportamento do paciente. Caso haja alguma intercorrência, é discutido em equipe para obter melhor resultado em relação ao paciente.
	12h as 13h: almoço. Feito na unidade. É servido marmitex aos funcionários e pacientes. O horário de descanso também é feito na unidade (sala de relaxamento).
	As 13:30h começa a rotina tarde. Caso haja acolhimento, é feito e tomado as diretrizes. Caso não haja, existe a ajuda ao profissional que está na oficina para que não exista sobrecarga de trabalho. ~~Após~~ A oficina começa 13:30h e acaba às 15h. Após são feitos novamente os prontuários, ~~os~~seguindo as mesmas normas da manhã. O lanche da tarde é servido às 15h, neste momento quase toda equipe se reune na cozinha, é o momento de descontração da equipe. Após é feito grupo terapêutico, sempre coordenado por uma psicóloga. E as 17h é o encerramento das atividades e do expediente.