



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**



**Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada**

Margarete Aparecida Domingues

**A Psicanálise e a Arte: A construção de ofícios terapêuticos em
saúde mental**

**UBERLÂNDIA
2009**

Margarete Aparecida Domíngues

A Psicanálise e a Arte: A construção de ofícios terapêuticos em 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

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

**UBERLÂNDIA
2009**

Margarete Aparecida Domíngues

A Psicanálise e a Arte: A construção de ofícios terapêuticos em 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

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Banca Examinadora:

Uberlândia 07 de agosto de 2009

Prof. Dra. Ana Cristina Figueiredo

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini - UFU

Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D671p Domingues, Margarete Aparecida, 1960-

A psicanálise e a arte: a construção de ofícios terapêuticos em saúde mental / Margarete Aparecida Domingues. - 2009.

195 f. : il.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicanálise e arte - Teses. 2. Saúde mental - Teses. I. Paravidini, João Luiz Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU:

159.964.2:7

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. João Luiz Paravidini que tem lugar muito especial no meu coração, aceitando generosamente me orientar na pesquisa; pela sua paciência com os meus movimentos inconstantes; pela sua singular relação com a escrita, permitindo-me construir meu próprio texto, e que me mostrou que para ir atrás de um sonho não tem choro e nem vela, tem luta!

Aos meus pais Jerônimo e Vilma que sempre lutaram para que os filhos seguissem uma vida acadêmica, abdicando de seus próprios desejos;

Aos meus irmãos Marcos, Marcelo, Marta e Edinho companheiros nos momentos de aridez e de alegrias em nossas vidas;

Aos amigos Christiano Lima e Maria Gorete Tavares, pessoas especiais que muito me ajudaram para que eu chegasse ao fim desse percurso;

Aos meus generosos colegas do extinto CAPS SUL e às minhas amigas e colegas do Centro de Convivência e Cultura, Celeide, Cida, Elaine, Juliana, Lígia, Marli, Tânia e Viviane pela solidariedade e paciência durante esse processo;

Às amigas Cesira e Neiva que indicaram caminhos possíveis facilitando a minha trajetória;

À Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera pelo seu carinho e incentivo;

À Prof. Dra. Ana Cristina Figueiredo que aceitou prontamente o convite para fazer parte desse momento tão importante em minha vida;

Às alunas do Curso de Graduação em Psicologia da UFU, Aline Fernandes, Aline Rezende, Ana Marla e Isabela Carneiro assistentes de pesquisa, que muito contribuíram para a construção deste trabalho;

Aos colegas e professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia;

Aos colegas da Associação Clínica Freudiana que compartilham do pensamento psicanalítico e da instigante tarefa de produção de saberes;

Aos usuários e profissionais que participaram da pesquisa e às instituições que abriram suas portas para ela se tornasse possível;

A todos os meus amigos com quem aprendi a conjugar o valor de uma grande amizade;

RESUMO

Este estudo procurou analisar os discursos dos profissionais e dos usuários sobre o “fazer artístico” tomando-se em consideração a realidade atual do trabalho de Oficinas Terapêuticas em Centros de Atenção Psicossocial nos Serviços de Saúde Mental no Estado de Minas Gerais, estratégias oriundas da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, utilizou-se do conceito de repetição conforme as proposições de Freud, Lacan, Kierkegaard e Deleuze, enfatizando dois diferentes níveis, espacial e temporal, uma vez que a repetição traz a marca da diferença e do tempo. Buscou-se neste estudo: analisar o fenômeno descrito em psicanálise por automatismo de repetição a partir da fala dos atores envolvidos nas oficinas; investigar como os profissionais entendem a função da arte na terapêutica com os pacientes psicóticos; produzir uma articulação entre a clínica do sujeito advinda da prática psicanalítica e a clínica psicossocial, e os possíveis reflexos disso na produção da subjetividade e na criação de laços sociais dos sujeitos. Para a realização das entrevistas e a análise dos resultados encontrados empregou-se o método psicanalítico. Foram empreendidas entrevistas semi-estruturadas com 11 profissionais e 19 usuários em quatro municípios do Estado, com duração média de 40 minutos. Na análise das entrevistas decantaram-se os analisadores que mais se repetiram para articulá-los com o fenômeno da repetição e com as sínteses do tempo preconizadas por Deleuze. Concluiu-se que o trabalho de oficinas terapêuticas, em sua dimensão de um “fazer” repetitivo, pode contribuir com o resgate do lugar de sujeito no qual ele, usuário ou profissional, pode tornar-se um artista construtor de sua própria vida, visto que a repetição traz a dimensão da diferença, da criação, da possibilidade do novo e da transgressão. As oficinas terapêuticas que desenvolvem a atividade artística na perspectiva da criação, do novo, do devir, através da produção de acontecimentos, experiências, ações e objetos, possibilitam ao homem reinventar-se e ao mundo em que vive. Deste modo, tomar a oficina no lugar de potência permite que os protagonistas dessa cena se tornem inventivos e criativos. Para tanto é fundamental que o condutor de uma oficina esteja ciente do seu papel e do nível de implicação necessária para interrogar o sujeito e imbricá-lo em sua condição de responsabilizar por seus atos e construir novos laços sociais. Nesse sentido é preciso que o profissional aposte no louco como um sujeito que por anos não teve reconhecimento. Ao ser reconhecido, ele pode integrar a rede da cultura e buscar vitalidade para continuar sua vida sempre marcada por um triz.

Palavras-chave: oficinas terapêuticas; fazer artístico; repetição; clínica do sujeito; síntese do tempo;

ABSTRACT

This study aimed to analyze the speeches of mental health professionals and users on “artistic doing” , considering the current reality of the work in Therapeutic Workshops in Centers of Psychosocial Attention in Mental Health Services in the State of Minas Gerais, strategies which originated from the Psychiatric Reform in Brazil. To do so, the concept of repetition according Freud, Lacan, Kierkegaard and Deleuze, emphasizing two different levels, space and time, as repetition marks difference and time. In this study, it was sought to: analyze the phenomenon described in psychoanalysis by repetition automatism starting from the speech of the actors involved in the workshops; investigate the professionals understanding of the role of art in therapy of psychotic patients; produce an articulation between the clinic of the subject that come from the psychoanalytical practice and the psychosocial clinic, and the possible reflexes of that production of subjectivity in the creation of social relationships. The psychoanalytical method was used to perform interviews and analyze findings. Semi-structured interviews were undertaken with 11 professionals and 19 users in four cities of the State, averaging 40 minutes each. In the analysis of the interviews, the analyzers who repeated more stood out as to articulate them with the phenomenon of the repetition and with the syntheses of the time extolled by Deleuze. In conclusion, therapeutic workshops, in their repetitive dimension, contributes to the rescuing of place of the subject in which he/she, user or professional, can become a artist constructor of his/her own life, because repetition brings the dimension of difference, of creation, of the possibility of new and of transgression. Therapeutic workshops, that develop the artistic activity in the perspective of creation, of new, of becoming, through the production of events, experiences, actions and objects, make it possible for man to reinvent the world in which he lives. Therefore, turning the workshop into a place of potency allows the protagonists of that scene to become inventive and creative. It is fundamental that the workshop coordinator is aware of his/her role and the level of necessary implication to interrogate the subject and to involve him/her in his/her condition of being responsible for his/her actions and to build new social relationships. Thus, it is necessary for the professional to bet on the mentally health impaired as a subject who has not had recognition for years. When being recognized, he/she can integrate the net of the culture and search for vitality to continue his/her life always marked by a fine limit.

Keywords: therapeutic workplaces; artistic doing; repetition; clinic of the subject; time synthesis;

Se eu não disser nada
Como é que vou saber
Onde fica a entrada
Do castelo do querer
Qual é a resposta
Me diga então
Qual é a pergunta?
Se eu não disser nada
Como é que eu vou saber
Onde fica a chave
Do mistério de viver.

(Péricles Cavalcanti- Adriana Calcanhoto)

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	11
1. APRESENTAÇÃO.....	12
CAPÍTULO II - LOUCURA: UM BICHO DE SETE CABEÇAS?.....	18
2.1- Foucault e a constituição da loucura.....	19
2.2- O nascimento da psiquiatria como especialidade médica.....	25
2.3- O surgimento da psicanálise	28
2.4- As apropriações da loucura nos campos da Psiquiatria e da Psicanálise...	31
2.5- Caminhando para a implantação da Reforma Psiquiátrica.....	35
2.6- A implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	39
2.7- A inserção da psicanálise na proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	46
CAPÍTULO III - ASAS DA LIBERDADE: OS CRUZAMENTOS DAS NARRATIVAS DA LOUCURA, ARTE E PSICANÁLISE.....	49
3.1- Arte, psicanálise e loucura.....	50
3.2- As contribuições da psicanálise para a criação.....	62
3.3- Tecendo fios.....	67
CAPÍTULO IV – A ILHA.....	71
4.1- A inserção de psicanalistas na Saúde Mental de Minas Gerais.....	72
4.2- Oficinas Terapêuticas: Novos dispositivos para o tratamento da loucura.....	74
4.3- O conceito de repetição e suas relações com a produção artística no trabalho de oficinas terapêuticas.....	77
4.3.1- A repetição em Freud.....	78
4.3.2- A repetição em Lacan.....	83
4.3.3- A repetição em Deleuze.....	87
4.3.4- A repetição em Kierkegaard.....	93
4.4- A atividade artística como possibilidade de inserção simbólica na Psicose.....	98
CAPÍTULO V- A OUTRA FACE.....	100
5.1- Metodologia.....	101
5.2- A Pesquisa em Psicanálise.....	101
5.3- Os rumos da Pesquisa.....	103
CAPÍTULO VI - ANÁLISE DOS DADOS.....	107
6.1- Chegando nos serviços.....	108
6.2- Análise das entrevistas.....	109
6.2.1 – Perturbação do coordenador de oficinas sobre sua função.....	111
6.2.2 – A oficina terapêutica como um lugar, como um lócus.....	120
6.2.2.1 – A oficina como um lugar de simbolização e de elaboração.....	120
6.2.2.2 – A oficina como um lugar de trocas e socialização.....	128
6.2.2.3 – A oficina como lugar de ocupação e da mesmice.....	133
6.2.2.4 – A oficina é vista como um lugar de distração.....	137

6.2.2.5 – A oficina é vista como um lugar de aprendizado.....	139
6.2.2.6 – A oficina como um lugar de desconstrução do mesmo.....	141
6.2.3 – O saber sobre o sujeito é do profissional/instituição.....	147

CAPÍTULO VII 155

7- Discussão dos resultados	156
7.1- Primeiro analisador: Perturbação do coordenador sobre sua função.....	156
7.2- Segundo analisador: A oficina se configura como locus de realização de atividades.....	162
7.3- Terceiro analisador: O saber é do profissional/instituição.....	175

CAPÍTULO VIII – MUITO ALÉM (AQUÉM) DO JARDIM.....182

8- Considerações finais.....	183
------------------------------	-----

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....187

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....192

ANEXO I.....193

ANEXO II.....194

CAPÍTULO I

“... A trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos”.

Clarice Lispector (1986)

1 - Apresentação

A loucura sempre esteve enredada ao longo da história da humanidade em um véu de preconceitos e ignorância, tendo sido considerada desde uma possessão demoníaca até castigo divino. No âmbito da saúde mental existem muitas controvérsias para circunscrevê-la, representando um grande desafio para profissionais desse campo, pois mesmo tendo seus saberes específicos, dedicam-se a acolher, diagnosticar e tratar um sujeito “desrazoado”. Nenhuma teoria dá conta plenamente da questão da existência do sujeito seja louco ou não, mas frente ao desamparo em que nos constituímos não resta outra alternativa a não ser inventar saídas.

Parece que os diferentes saberes frente à impotência de oferecer uma resposta realmente eficaz sobre as manifestações bizarras da loucura, vislumbram como saída sua apropriação, produzindo soluções paliativas e não menos defensivas. No Ocidente, disciplinas como a Medicina, a Psiquiatria, e a Psicanálise, foram se apropriando da loucura, cada uma a seu modo. No processo de apropriação da loucura pela medicina o conceito de alienação teve um papel crucial. A loucura foi decifrada como um distúrbio das paixões humanas, incapacitando o sujeito de partilhar do pacto social. O conceito de alienação produziu um lugar para o louco como sujeito da desrazão ou mesmo como uma ausência de sujeito. Sendo alienado, o sujeito tornou-se nessa perspectiva incapaz de juízo, de produzir sua verdade, sendo perigoso para si e para os demais. Seu maior direito seria receber tratamento. Com o surgimento da Psiquiatria moderna, o “louco” passou a ser encarado como um doente. Desse ponto de vista, buscaram-se respostas para entendê-lo e tratá-lo melhor.

Com a descoberta do inconsciente Freud dividiu o sujeito, descentrando-o da razão, o sujeito da consciência preconizado por Descartes, apontando que ele é um desconhecido em sua própria morada, sendo movido por seus desejos e fantasias inconscientes. A partir dessa premissa a psicanálise interrogou as disciplinas herdeiras diretas do positivismo, sobre o lugar em que se colocavam como detentoras da verdade do sujeito, entre elas a Medicina, a Psiquiatria etc. Ainda que a psicanálise tenha fundado um saber que se sustenta num não saber sobre o sujeito, pois ele deve ser construído através da escuta clínica, no caso a caso, acredita-se que alguns psicanalistas

participaram do processo de apropriação da loucura na medida em foram se posicionando como tendo um “Todo saber/fazer” sobre a loucura e a psicose. Será que o legado freudiano foi sendo menosprezado por alguns seguidores? E em nome do que? Presume-se que essa posição de “Todo saber/fazer” testemunha um lugar de poder no campo da saúde mental, lugar amplamente ocupado pela psiquiatria.

No universo da arte pondera-se ter ocorrido também alguma apropriação da loucura, pois desde o Renascimento e no século XIX ela foi sendo cultuada através da linguagem artística. Ao final do século XV e durante todo o Renascimento a loucura foi experimentada essencialmente em estado livre, ou seja, ela circulava fazendo parte do cenário e da linguagem comuns. Procuravam mais exaltá-la que dominá-la. Nesse período a loucura era representada como enunciativa da verdade. No século XX determinados representantes do movimento surrealista exploraram-na incansavelmente. Os artistas se apaixonaram pelas produções pictóricas que valorizavam o irracional, inclusive as obras dos loucos internados em hospícios. Muitos artistas correram o risco de desabar nos abismos da loucura, levando suas experimentações artísticas a regiões em que obra e subjetividade se confundiam numa nova experiência da linguagem e das coisas, num face-a-face entre arte e loucura.

Dessa forma, frente ao enigma da loucura e às inquietações da pesquisadora no cotidiano da prática clínica em um dispositivo de CAPS e posteriormente num Centro de Convivência e Cultura, no campo da Saúde Mental, foi que esta pesquisa teve início. Dentro desses dispositivos que se constituíram após a Reforma Psiquiátrica como substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, observava-se que as oficinas terapêuticas se configuravam como espaços privilegiado do funcionamento desses serviços, para a produção de diferentes atividades, inclusive artísticas, inserindo-se ali pacientes com diferentes manifestações sintomáticas.

Num primeiro momento da pesquisa partiu-se de uma indagação a respeito de como foi se dando nesses dispositivos a apropriação das narrativas da arte e da psicanálise, tendo em vista uma certa disposição geral para transformar esses saberes em discursos oficiais. Durante a realização das

oficinas terapêuticas, tanto usuários como profissionais demonstravam uma forte tendência para a execução de atividades de forma mecânica e/ou automática. Podia-se ainda evidenciar a perda do sentido da produção artística singular, em sua forma disruptiva e criadora, desvelando-se um assujeitamento dos atores envolvidos, impossibilitando o surgimento de atos efetivos de transformação. Portanto, presentificava-se de forma maciça e incontornável, o que dizia respeito ao esvaziamento em ato da produção artística, que em Psicanálise é conceitualmente chamado de automatismo de repetição.

A primeira direção tomada para circunscrever esse conceito no trabalho de oficinas terapêuticas encaminhou-se para uma posição dicotômica, entre um fazer mecânico e outro criativo. No entanto, percebeu-se no decorrer do processo que seria fundamental pensar de forma ainda mais abrangente o conceito de repetição. A oficina terapêutica não se configura somente como um espaço para a realização das atividades. Ela é um espaço que traz em si a dimensão do tempo. Sendo assim, na medida em que se situa de maneira privilegiada, como um lócus previamente definido, coube indagar: como articular a dimensão do tempo durante a realização das oficinas, uma vez que o conceito de repetição porta a marca da diferença e do tempo.

Através desses vários confrontos, inquietações e indagações, foi que o objeto e o objetivo desta pesquisa pode ser delineado. Para tanto, buscou-se mapear as condições de emergência do fenômeno da repetição em dois diferentes níveis, espacial e temporal, no trabalho de oficinas terapêuticas, pois ele tanto pode se situar no âmbito do processo constitutivo do trabalho institucional e ao mesmo tempo ser um produto decorrente dele. Por fim, visou-se dimensionar este conceito tão crucial e que se presentifica na e para a produção artística, trabalhando nesse fio tênue, em sua filigrana metapsicológica.

Para desdobrar esta questão traçou-se um percurso metodológico com os seguintes objetivos:

- * Analisar o fenômeno do automatismo de repetição que se faça presente nas oficinas terapêuticas, proveniente dos discursos dos usuários e profissionais;

* Investigar como os profissionais em CAPS entendem a função da arte na terapêutica com os pacientes psicóticos;

* Produzir uma articulação entre a clínica do sujeito, advinda da prática psicanalítica, e a clínica psicossocial, e os possíveis reflexos disso na produção da subjetividade e na criação de laços sociais, a partir do trabalho em oficinas terapêuticas;

Para percorrer esse itinerário buscou-se fazer uma varredura bibliográfica das produções teóricas existentes sobre o tema, mas como o universo é muito amplo, fez-se necessário um recorte, tomando-se como referência as obras que possibilitaram um diálogo com as principais inquietações. A partir daí as idéias foram se desenhando, possibilitando a construção deste escopo que se configurou da seguinte forma:

O capítulo II, *“Loucura: um bicho de sete cabeças?”* tem uma explanação sobre a constituição da loucura na visão de Foucault e de alguns autores que comentaram a respeito de sua obra clássica: *“A história da loucura”*; um relato sobre o nascimento da psiquiatria, da psicanálise e das apropriações da loucura que foram ocorrendo nesses campos; as propostas reformistas, tanto no exterior quanto em nosso país, enfocando mais sobre a Psiquiatria Democrática Italiana que foi fonte de inspiração para a Reforma Psiquiátrica Brasileira; e como a psicanálise se inseriu na proposta da reforma psiquiátrica no Brasil tendo um papel de grande destaque, diferentemente do que ocorreu na Itália.

O capítulo III *“Asas da liberdade: os cruzamentos das narrativas da loucura, da arte e da psicanálise”*, contém uma análise das narrativas da arte e da psicanálise; como esses campos se atraíram e se influenciaram reciprocamente e de como a loucura foi tratada em ambas as perspectivas. Levantou-se o grande interesse de Freud, desde o início de sua produção teórica pelo processo de concepção artística e pelas articulações significativas entre o objeto da psicanálise, o inconsciente, e aquilo que aparecia expresso nas obras dos artistas; e como os artistas modernos e contemporâneos se interessaram pelo conhecimento psicanalítico. Tratou-se da importância do cruzamento desses campos para a criação de propostas de trabalho alternativas para os loucos

internados em hospitais psiquiátricos, ou que viveram um longo processo de exclusão, destacando-se as contribuições essenciais dos médicos Osório César e Nise da Silveira, do artista plástico Flávio de Carvalho e do crítico de arte Mário Pedrosa; as contribuições da psicanálise para o processo de criação, sobretudo segundo o pensamento do psicanalista Joel Birman, e da relevância da arte no trabalho com pacientes psicóticos a partir dos ensinamentos do psicanalista Jacques Lacan.

No capítulo IV “*A ilha*”, salientou-se a inserção de psicanalistas lacanianos nos dispositivos de saúde mental no Estado de Minas Gerais, guardando uma peculiaridade em relação a outros dispositivos; o trabalho de oficinas terapêuticas na visão de vários autores, com destaque para as contribuições de Guerra (2004). Explorou-se o conceito de repetição na visão de Freud, Lacan, Deleuze e Kierkegaard, e suas relações com a produção artística no trabalho de oficinas terapêuticas; a atividade artística como possibilidade de inserção simbólica na psicose na concepção de Costa e Figueiredo (2004). Mostrou-se que dentro dos dispositivos de Saúde Mental existe a clínica do sujeito advinda da psicanálise e a clínica psicossocial oriunda da Reforma Psiquiátrica.

Traçou-se no capítulo V, “*A outra face*” sobre a metodologia, o que é a pesquisa em psicanálise, os rumos da pesquisa, realizada em quatro municípios do Estado de Minas Gerais com usuários e profissionais que trabalham na Saúde Mental em dispositivos de CAPS. Entrevistou-se 30 pessoas que foram catalogadas através de letras (A, B, C e D) e subdivididas em números (A1 a A6, B1 a B8, C1 a C5 e D1 a D11) visando resguardar a identidade das mesmas. Os números de 1 a 3 representam os profissionais e os subsequentes os usuários, com exceção da cidade A que somente 1 e 2 são profissionais.

O capítulo VI contém a análise dos dados obtidos com as entrevistas que foram articuladas com as maiores inquietações do estudo. Na análise das entrevistas decantaram-se os analisadores que mais se repetiram para articulá-los com o fenômeno da repetição e com as sínteses do tempo preconizadas por Deleuze.

Tratou-se no capítulo VII, da discussão dos resultados, encadeando-os com a questão norteadora desta investigação, com os objetivos traçados, e com o aporte teórico de Freud, Lacan, Deleuze e Kierkegaard, a respeito do conceito de repetição, que se tornou crucial neste processo.

Por fim, o capítulo VIII “*Muito além (aquém) do jardim*” contém as nossas considerações finais.

CAPÍTULO II

Talvez um dia não saibamos muito bem o que pode ter sido a loucura. Sua figura terá se fechado sobre ela própria, não permitindo mais decifrar os rastros que ela terá deixado. Esses rastros mesmos seriam eles outra coisa para um olhar ignorante além de simples marcas negras? Quando muito farão parte das configurações que nós outros, agora que não saberíamos desenhar, mas que serão, no futuro, os quadriculos indispensáveis através dos quais nos tornaremos legíveis, nós e nossa cultura.
Foucault (1999)

2 – Loucura: Um bicho de sete cabeças?

2.1– Foucault e a constituição da loucura

Para tornar inteligíveis os processos históricos do louco e da loucura no mundo Ocidental considera-se fundamental transitar sobre algumas articulações que Foucault, personagem importantíssimo nesse cenário, articulou sobre a história da loucura, do nascimento da psiquiatria, da instituição psiquiátrica e das práticas médicas constituídas na idade média, clássica, e na modernidade. O texto “A história da loucura na Idade Clássica” representa seu grande arcabouço teórico nesse empreendimento de uma arqueologia e uma genealogia do poder no campo da loucura e será utilizado como fonte de inspiração para algumas reflexões neste estudo.

Conforme Birman (1994) Foucault foi um pensador que se opôs em sua época à tradição epistemológica francesa predominante fazendo-lhe críticas severas, abandonando em suas pesquisas o estudo dos conceitos e dos objetos teóricos das ciências. Sua proposta teórica era realizar uma arqueologia do saber, debruçando-se sobre como a história do Ocidente construiu os saberes que se inscreveram em práticas sociais de normalização. Posteriormente, ele foi se deslocando para verificar as estratégias de normalização implicadas nesses saberes, passando de uma arqueologia do saber para a genealogia do poder. Foi nesse panorama que o autor empreendeu a leitura da história da loucura no Ocidente, indicando que a superposição da concepção da loucura com a de doença mental foi um fato histórico do início do século XIX, mas que se iniciou desde a Idade Clássica.

O que pareceu mover o texto de Foucault, segundo Noronha (2002), foi o élan de resgatar a desrazão como elemento vivificador e subversivo da cultura. Seu texto tornou-se não somente um texto arqueológico, mas uma contextualização da modernidade, dos sonhos de liberdade que esse momento histórico engendra.

Foucault (1975) assinala que não existe cultura que não seja sensível aos fenômenos relacionados à loucura, sendo que a sociedade os particulariza. Os loucos não são considerados nem completamente doentes ou criminosos, ou feiticeiros, nem inteiramente normais, mas há neles algo da diferença e que chama à diferenciação. Para o autor, tanto na Antiguidade quanto na Idade

Média, o louco gozou de certo grau de extraterritorialidade e a loucura era experimentada em estado livre, fazendo parte do cenário e linguagem comuns.

Na visão de Ribeiro (2003), loucura e sociedade se iluminam reciprocamente. Através da análise de uma dada sociedade, compreenderemos muito a respeito das manifestações da loucura que ali acontecem, bem como do que aparece no discurso dos loucos sobre a sociedade na qual este processo se desdobra. O autor assinala que a loucura não é somente um conjunto de fenômenos psicopatológicos, mas uma relação entre pessoas, entre saberes, e entre poderes, mediada pelo imaginário da loucura.

Oliveira (2003) enuncia que no domínio da linguagem Foucault apontou o louco como um transgressor das normas, projetando uma linguagem excluída, rompendo com os códigos linguísticos. No domínio das atividades lúdicas ele ocupava um lugar diferenciado, sendo sua apresentação uma manifestação oposta a tudo que estava instituído, criando espaço real para confirmação de sua exclusão social. Para a referida autora, mesmo que Foucault tenha dado elementos para pensar que se a ideia de exclusão se sobrepõe ao enclausuramento, ele estaria falando além do exílio físico e social, de uma posição de exterioridade, do fora, da alteridade e da transgressão que configura a diferença materializada na figura do louco.

Na Idade Média e no Renascimento havia uma tolerância relativa ao louco, pois embora ele tivesse uma posição marginal, não era totalmente desintegrado do conjunto social. Foucault (2007) destaca que nos hospitais do mundo árabe, criados por volta do século XII e destinados exclusivamente aos loucos, a música, a dança, os espetáculos e as narrativas de contos fabulosos eram utilizados como forma de intervenção e de cura da alma.

Interessante os paradoxos que vão surgindo com relação às formas com que as manifestações da loucura vão se apresentando na sociedade. Guerra (2004) considera que a partir de um determinado período da Idade Média a burguesia condenava qualquer forma de ócio, improdutividade e a loucura, não foi exceção. Criaram-se casas correcionais com a finalidade de impedirem a mendicância e a ociosidade. Visava-se, principalmente, uma imposição do trabalho aos

ociosos, levando a concluir que o uso do trabalho e de outras atividades como modalidades terapêuticas não nasceram no território psiquiátrico, mas num território que poderia ser associado ao da polícia ou da assistência social.

No Renascimento e no século XIX, com a explosão do lirismo, a loucura teve uma nova acolhida através da linguagem artística. Ao final do século XV e durante todo o Renascimento a loucura foi experimentada essencialmente em estado livre, ou seja, ela circulava fazendo parte do cenário e da linguagem comuns. Procuravam mais exaltá-la que dominá-la. Nesse período a loucura era representada como enunciativa da verdade.

Foucault (2007), fazendo referência à arte e à pintura, exemplificou que pensadores, poetas e artistas como: Nietzsche, Holderlin, Nerval, Goya, e Van Gogh escaparam ao grande aprisionamento moral instaurado no século XVIII com Pinel. Segundo Oliveira (2003), Cervantes e Shakespeare dão testemunho de uma loucura como experiência enunciativa, presentificando “(...) uma inquietação, que vem da confusão entre o real e o imaginário, a comunicação entre a invenção fantástica e as fascinações do delírio, como se fizessem sobreviver essa forma de ser extemporânea que já não encontra lugar na Idade Clássica, e por isso é percebida como desatino. Nas figuras de Quixote ou Lady McBeth, a razão é irre recuperável (...)” (p.15). Nesse período a loucura vai sendo apropriada pela arte, tendo aceitação e valorização na sociedade.

Na Europa, durante a Renascença, houve uma retomada de conhecimentos e práticas da Antiguidade e um interesse pela loucura. No entanto, ao longo do século XVII, o que Foucault (como citado em Lima e Pelbart, 2007) chamou de experiência trágica da loucura, foi relegado ao isolamento, dando lugar a uma consciência crítica da loucura. Esta passou a ser percebida não mais como uma estranheza familiar do mundo, mas como uma incapacidade para o trabalho, uma impossibilidade de integrar-se ao grupo e por fim como doença mental, reduzida ao silêncio. Este momento coincide com a criação dos hospícios organizados em torno do tratamento moral, cujo principal aliado era um trabalho estruturado e bem dirigido. Importante ressaltar que foi nesse contexto que os romances, as histórias, os espetáculos teatrais e a música passaram a ser vistos

como meios de perversão de toda a sensibilidade, desregramento dos sentidos, cultivo das ilusões, produtores, enfim, das doenças nervosas e mentais.

Amarante (1996) destaca que Pinel, o pai da Psiquiatria via a doença mental como um desequilíbrio das paixões, sendo que o objetivo da cura era trazer o alienado mental de volta à realidade, afastando suas ilusões, dominando seus impulsos mais irracionais. Através do conceito de alienação, o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passou a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel definiu como alienismo. Se o alienado era incapaz de juízo, incapaz da verdade, seria, por extensão, perigoso para si e para os demais.

No contexto pós-Revolução Francesa, a elaboração do conceito de alienação possibilitou a manutenção do internamento do louco. O internamento deixou de ter uma natureza filantrópica ou jurídico-política, característica do período absolutista, e passou a ter o caráter de tratamento. Se a alienação representava um distúrbio das paixões, o seu tratamento deveria ser a reeducação moral ou tratamento moral. O alienado poderia recobrar a razão após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, e assim tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão, podendo fazer escolhas, desejar e decidir. A finalidade de seu internamento nessa concepção seria de natureza terapêutica, não significando perda de direitos. Portanto, o tratamento para Pinel e seus seguidores consistiria em uma reeducação moral associado ao terapêutico. O trabalho foi associado à saúde, embora fosse também utilizado a repressão como disciplina para se chegar à cura.

A história da loucura não é a loucura como história, mas a história que aconteceu à loucura, surgindo a seu respeito a esperança de que se foi feita, poderia igualmente ser desfeita. Foucault (2007) vai apontar que a história da loucura é a história da produção de uma entidade, a doença mental, e é, ao mesmo tempo, a da repressão da loucura como linguagem proibida. A loucura foi transformada em doença mental com o advento do capitalismo e o louco foi visto como o alienado que não tinha valor no mundo do trabalho. Como ele não se encaixava na nova ordem social, passou a ser visto como patológico e anormal.

Frayze-Pereira (1995) considera que as reflexões de Foucault revolucionaram a maneira de pensar a Psiquiatria, permitindo conhecer seus reais propósitos com relação à dicotomia normalidade/anormalidade, movimentando-se entre dois pólos: a experiência da Desrazão e a Psiquiatria na Modernidade, sendo que nesse período a loucura estava associada à Psiquiatria.

Na leitura desse autor, Foucault partiu da hipótese de uma loucura originária, pré-histórica, para fazer ao final uma diferenciação entre loucura e doença mental, demonstrando a não-universalidade da patologia moderna como o Ocidente a entendia. A loucura e doença mental eram duas configurações diferentes, reunidas e confundidas a partir do século XVII. Frayze-Pereira (1995) comenta que embora existisse a crença de que os progressos da Medicina pudessem fazer desaparecer a doença mental como ocorreu com outras doenças que foram erradicadas, algo permaneceria, pois a relação do homem com seus fantasmas, seu impossível, sua dor, sobrevive como infelicidade.

O próprio conceito de doença mental era muito mais restrito que atualmente, sendo que a observação do comportamento do louco era dirigida àqueles que se constituíam em estorvo para a família e para a comunidade. Conforme Oliveira (2003), Foucault afirmou que não podemos encontrar a loucura em seu estado selvagem, pois ela só existe em uma sociedade, não existindo fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam.

Em seu projeto arqueológico Foucault descobre uma separação entre o saber sobre a loucura constituído pela medicina e aquele constituído pelas práticas que agiam sobre o louco, levando-o a retirar a ciência da posição que ocupava de detentora absoluta da verdade. Delimitou também como a relação de exclusão da loucura foi se inserindo no contexto social, sustentada pelo discurso médico/psiquiátrico. Entretanto, há um paradoxo que se delineou, pois se por um lado a loucura apresentava-se como indissociável da exclusão, por outro, ela fazia uma composição e se aproximava dela (Oliveira, 2003).

A autora acima registra que nos anos 60 Foucault interrogou-se sobre as origens da loucura e como os saberes se constituíram e se transformaram na modernidade. Sua grande preocupação girou

em torno das razões que levaram a uma medicalização excessiva nessa década, se expandindo para as subseqüentes, ao menor desvio de conduta apresentado pelo sujeito. A Europa naturalizou a doença mental por uma psiquiatria sustentada nos moldes positivista.

A loucura teria que ser vista dentro de um contexto histórico-social. Oliveira (2003) menciona que nos anos 70, Foucault enunciou que a loucura foi amplamente excluída na diversidade de culturas, das sociedades primitivas às industriais. O louco foi retirado da produção econômica, da família, da linguagem e das atividades lúdicas, sendo confundido com um indivíduo marginal. No domínio econômico ele foi considerado incapaz para o trabalho sustentando-se a relação entre loucura e ociosidade¹. Isso apareceu de forma explícita no processo do grande internamento, no século XVII. A família foi um núcleo fundamental e responsável pela segregação do louco desde o século XVII.

Dentro dessa trajetória de exclusão do louco e da loucura dos espaços da cidade até o aparecimento de diversos movimentos de luta em prol da busca de cidadania para o sujeito com problemas psíquicos graves e a efetivação de propostas de inclusão, o caminho foi longo e árido. Conforme Barreto (2003), a loucura, em qualquer de suas manifestações, desde os transtornos mais graves até os mais brandos, teve uma trajetória secular de discriminação e exílio da vida em comum dos tidos por normais, exílio que, de forma mais clara ou velada, ainda tenta ser legitimado, através de tentativas de restauração do hospital psiquiátrico como espaço de tratamento e recuperação.

Lerner (2006) discorre sobre os questionamentos que surgiram no século XX sobre as formas asilares de tratamento mental inauguradas por Pinel. Após a segunda grande guerra iniciaram-se diversos movimentos de desinstitucionalização nos países capitalistas, dando origem às primeiras propostas no interior do campo psiquiátrico que tentavam rediscutir o status da loucura. O investimento voltou-se para o enfrentamento e a superação da instituição psiquiátrica, seus muros, e com a identificação cristalizada dos especialistas com esse pensamento. A partir da década de 70 com o fim das ditaduras militares, a América Latina também abriu espaço para a criação de formas

¹ Isso prevalece na atualidade. A diferença hoje está na resistência do louco frente às imposições mercadológicas disciplinares.

mais democráticas de atenção à Saúde Mental, pois até então os loucos eram confinados aos porões manicomiais.

2.2 - O nascimento da psiquiatria como especialidade médica

A Revolução Francesa segundo Amarante (2007) representou um período histórico importantíssimo, cenário de grandes transformações econômicas, sociais e políticas na área da medicina e da saúde, em particular para a história da psiquiatria e da loucura, sendo a instituição hospitalar uma dessas transformações. Na Idade Média o hospital representava uma instituição de caridade e sua função era de oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Esta função convergia com o significado em latim, onde hospital significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade. A transformação do hospital em instituição médica ocorreu através de um longo processo. Até então o significado da loucura e dos loucos percorria a extensão de endemoninhado a endeusado, de comédia a tragédia, de erro a verdade, e seus espaços de circulação eram ruas e guetos, matas e florestas, igrejas e hospitais.

Em 1656 foi criado o Hospital Geral pelo Rei da França para cumprir uma função de ordem social e política. Segundo Foucault (2007) o advento do Hospital Geral foi de suma importância para a definição de um novo lugar social para o louco e a loucura no Ocidente, referindo-se a ele como “A Grande Internação”, na medida em que na época sua prática era o isolamento e a segregação. Muitos médicos nesse período movidos pelo lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade foram atuar na instituição hospital no sentido de humanizá-la e adequá-la ao espírito do ideal revolucionário. Se em sua origem a função do hospital era a caridade e depois o controle social, após a revolução passou a assumir outro extremo que era o de tratar os enfermos.

A Psiquiatria como especialidade médica nasceu com Philippe Pinel dentro dos asilos com a finalidade de abrigar, proteger, cuidar, investigar, diagnosticar e tratar os indivíduos loucos que eram recolhidos juntos com todos os outros discriminados socialmente. Na Europa do século XVII aconteceu uma onda de internamento de loucos, mendigos, vagabundos, alienados, miseráveis,

prostitutas etc. Conforme Foucault (2007) a psiquiatria nasceu desse confronto que, tributário da Idade Clássica, foi sempre marcado pela exclusão da loucura.

Amarante (2007) assinala que o gesto de Pinel, ao desacorrentar os loucos, poderia nos dar a ilusão de que estavam libertos e salvos da violência institucional, porém o que houve foi uma transformação da natureza da instituição. O hospital deixou de ser um espaço de filantropia para se tornar lugar de tratamento médico de alienados, mas não mudou sua posição de clausura. O hospício, que na idade clássica tinha como função principal servir de hospedaria, passou a se constituir em instituição de enclausuramento e internação assumindo a conotação do hospital moderno medicalizado, e respondendo a exigências econômicas, políticas e sociais na modernidade (Lerner, 2006).

Seguindo essa lógica resultante do grande internamento no século XVII pode-se afirmar que foi somente no final do século seguinte que a medicina passou a utilizar uma metodologia mais rigorosa, constituindo um corpo de saber mais consistente a respeito das doenças de ordem mental. Se na Idade Média era permitido uma certa circulação à loucura, com o advento da sociedade burguesa ela passou a ser identificada com o ócio e a desrazão, restando-lhe somente o mundo da exclusão. Foi nesse período que nasceu e se estruturou a Clínica (do grego, Klinein = leito), tendo em Pinel seu principal artífice. A clínica foi organizada por Pinel e erigida em três pilares: um método, uma linguagem e como uma experiência que privilegiava o olhar.

Conforme Amarante (2007) a clínica nasceu inspirada na tradição filosófica nominalista, sendo fundamental a relação do ato perceptivo com a linguagem. Pinel introduziu diversas inovações na prática de hospitais de alienados quando escreveu o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania”, lançando bases para a “síntese alienista”. Ao elaborar a primeira nosografia, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista.

Transformando os hospitais nos quais atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, instaurando o primeiro modelo de terapêutica ao introduzir o tratamento moral, que consistia prioritariamente num isolamento do mundo exterior. O tratamento adequado seria a

institucionalização/hospitalização integral. Em última instância a hospitalização tornava-se um lugar de cura em oposição ao hospital-albergue aonde as pessoas iam para morrer. O trabalho terapêutico estava entre as estratégias mais importantes do tratamento moral, assumindo uma importância singular na sociedade capitalista que se anunciava, pois o trabalho seria um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis (Amarante, 2007).

Portanto, a modernidade no século XVII estabeleceu uma relação de exclusão absoluta com a loucura. Inicialmente ela foi vista como doença moral e depois orgânica. Se o mal era moral, o castigo e a reeducação foram os remédios utilizados. Ao tornar-se orgânico o tratamento era químico, físico ou até cirúrgico. Segundo Lima (1997) o mal deveria ser extirpado, ao preço de se extrair pedaços do corpo do sujeito. A modernidade precisou isolar e excluir a loucura de modo violento, pois, como apontou Foucault (2007), a experiência moderna da loucura viu nessa figura estranha do louco o que nos é perigosamente mais próximo, como se subitamente se perfilasse, em relevo, o recôncavo mesmo de nossa experiência.

Ainda conforme Lima (1997), ao transformar a loucura em doença mental passível de ser estudada, conhecida, classificada, representada e curada, a modernidade tentou apagar tudo que ela provocava de incômodo e desestabilização, deixando-a bem longe de nós. A loucura foi silenciada, mas ela não se deixava aprisionar, algo escapava, sobrava. O esforço para afastá-la produziu efeito contrário, trazendo-a cada vez mais para perto. A partir da criação do hospício, a loucura tornou-se verdade médica.

Se a clínica da doença mental teve Pinel como seu fundador, Bichat, outro médico importante nessa cena, constituiu o método anátomo-clínico estabelecendo um fundamento objetivo, real e indubitável de descrição das doenças. Ele correlacionava achados clínicos com achados lesionais. “(...) era a lesão local que explicava o quadro clínico, e este só fazia manifestá-la para o exterior” (Bercherie, 1989 p.34).

Birman (2001) menciona que a constituição da clínica médica na passagem do século XVIII para o século XIX, teve nas figuras do médico e do enfermo uma de suas características

fundamentais. Encontrou no modelo da anatomia patológica a sua fundação epistemológica, sendo denominada de anátomo-clínica, pela qual a pluralidade de signos e sintomas exibidos pelos doentes remeteria para uma lesão inscrita no corpo anatômico.

A medicina ocidental deu prevalência ao método anátomo-clínico enquanto que na psiquiatria sobressaiu-se o método clínico, privilegiando-se o olhar e a descrição fenomenológica. Contudo, pode-se afirmar que ambas foram deixando progressivamente de lado qualquer preocupação com os registros imaginário e discursivo, presentes na experiência subjetiva da enfermidade, preocupando-se apenas com seu registro objetivo. A singularidade do sujeito foi sendo colocada de lado, excluindo-o de qualquer implicação no seu processo de adoecimento.

2.3 - O surgimento da psicanálise

No processo de apropriação da loucura pela medicina e pela psiquiatria o conceito de alienação teve um papel estratégico, no momento em que se tornou sinônimo de erro. A loucura passou a ser significada não mais como algo da ordem do sobrenatural, mas como uma natureza estranha à razão, uma desordem desta, um distúrbio das paixões humanas, que incapacitava o sujeito de partilhar do pacto social. O tratamento se dirigia à doença e não ao doente. Todavia, esses campos do saber se viram num grande impasse frente à multiplicidade dos sintomas corpóreos da histeria, pois eram irreduzíveis a qualquer explicação anatomopatológica.

Embora a Psiquiatria trabalhasse com fenômenos de linguagem, ela não os admitia como legítimos, reduzindo-os a signos de doenças cerebrais. Por conseguinte, este reducionismo a impedia de fazê-la discernir que a experiência da linguagem obedecia a princípios e causalidade singulares, irreduzíveis à causalidade orgânica. Ela não conseguia responder aos impasses colocados pela histeria, pois esta não se sustentava no substrato biológico. A histeria era para a medicina positiva no final do século XIX uma figura enigmática, sendo o disparador da aventura teórica empreendida pela psicanálise. O desvendamento do enigma clínico da conversão histérica foi a grande missão de Freud, esforço que funda o nascimento da Psicanálise.

Segundo Birman (2003), em “Uma neurose demoníaca do século XVII”, Freud inscreveu a psicanálise numa genealogia que teria na demonologia da Idade Média a sua origem. Isso porque ambas teriam pontos fundamentais de tangência e de superposição, de maneira a se oporem em conjunto aos pressupostos da medicina positivista. Foi pela crítica sistemática da medicina positivista que a psicanálise se constituiu, propondo uma outra cartografia para o corpo e o psiquismo, fazendo uma crítica metódica do saber médico que fazia uma leitura objetiva das enfermidades.

A psicanálise se constituiu, por assim dizer, pelo deciframento dos impasses que a histeria colocava para a racionalidade clínica. Ela se constituiu como saber e como experiência clínica. O enfermo, na visão psicanalítica, tinha uma posição estratégica no processo de produção da enfermidade, sendo para o campo da experiência imaginária daquele que a medicina deveria se voltar como prática terapêutica.

Birman (2003) indica que Freud enunciou a existência na histeria de um corpo falante no qual a linguagem e o fantasma eram os pontos cruciais de ancoragem. A construção da psicanálise como discurso teórico e clínico exigiu o reconhecimento de que o sujeito tem um saber sobre o que lhe acomete. Ele não é ingênuo sobre os males que porta. Há um saber para a subjetividade. Esse é um saber genuíno sobre a loucura de múltiplas maneiras.

Como clínica do particular, o papel fundamental da psicanálise é levar o sujeito a se posicionar, a se implicar no seu tratamento e no contexto social em que está inserido. Desde os primórdios a psicanálise considerou o sintoma como um enigma a ser decifrado pela interpretação do analista. Neste contexto, sua principal estratégia foi tentar desvendar os enigmas das patologias psíquicas, inclusive da psicose, na singularidade daquele que sofre, através de sua escuta, criando para o sujeito um espaço terapêutico privilegiado.

Segundo Coutinho (2005) o delírio e a alucinação na psicose contêm uma significação para o sujeito, assim como a fala, os sonhos, os chistes, os sintomas e os atos falhos para o neurótico. Aquilo que no psicótico se exprime em maneirismos e estereotípias é passível de interpretação, pois

tem uma causa psíquica, sendo a chave para seu tratamento. É com essa perspectiva que Freud, na sua famosa análise do caso de paranóia de Schreber (1911), defendeu a tese de que o delírio seria uma tentativa de cura por parte do psicótico e que sua escuta analítica permitiria definir os mecanismos psíquicos da loucura, possibilitando ao sujeito buscar saídas para seu sofrimento. Freud (1924) no texto “Neurose e psicose” diz que o delírio é como um remendo, uma fenda que aparece na relação do eu com o mundo externo. Se esse remendo é ameaçado ou a fenda esgarçada, é possível que o mínimo de interioridade construída se esvaia.

Freud, ao considerar o delírio como um sintoma cardeal da psicose, levou toda a psiquiatria da época a se escandalizar com tal afirmação. Além do mais, ele indicou que o impasse conceitual da psiquiatria em reconhecer um saber na loucura passava pelo discurso da ciência que destituiu a presença de verdade no discurso da loucura. O discurso freudiano se fundou em uma suposição de saber a respeito das diferentes formas de perturbação do espírito, propondo-se a ser um espaço em que esse saber poderia não apenas ser restaurado, mas também resgatado.

Birman (1999) expõe que, ao se fazer um investimento narcísico no psicótico através da escuta analítica, garantindo-lhe ser “ouvido por alguém”, estimular-se-ia a produção e verbalização de delírios, gerando material psíquico passível de trabalho interpretativo. Decerto que esta posição não é compartilhada pela maioria dos psiquiatras. A tecnologia e o conhecimento científico produziram um saber obsessivo que, com frequência, serve apenas para proteger o médico do contato com a dor, a morte e o medo trazidos pela fala e pelo delírio do paciente. Este é, sob o aspecto epistemológico e ético, o espaço específico da Psicanálise.

Essas posições genuínas em relação aos enigmas do sofrimento psíquico provocaram e ainda provoca muita disputa entre os campos da psiquiatria e da psicanálise nas instituições públicas, pois eles estão bem delimitados, conforme suas diferenças, limites e aproximações. Contudo é inegável que em ambos busca-se o poder pelo saber e suas práticas, culminando com a apropriação que cada uma faz do louco e da loucura.

2.4 - As apropriações da loucura nos campos da psiquiatria e da psicanálise

Na cultura vigente há uma grande intolerância ao sofrimento em todas as suas formas, e pensando que é delegado à Medicina o poder de intervenção sobre a vida, admitir o sofrimento e a dor como dimensão inevitável da condição humana é insuportável. É muito incômodo lidar com a impotência. Houve épocas em que a dor física do sujeito tinha um valor moral. Como ilustração pode-se tomar as mulheres que pariam seus filhos com dor e tinham uma grande valoração moral. Era uma experiência que enobrecia sua condição de mulher. Hoje esta relação com a dor se transformou profundamente, passando a ser um desconforto evitável. Algo semelhante acontece no que diz respeito à dor psíquica. Ela é cada vez mais destituída de uma significação. É um obstáculo a ser eliminado da forma mais rápida e silenciosa possível. Parece haver cada vez menos sentido o sujeito se perguntar sobre o que está acontecendo consigo, e porque, já que se algo acontece, não é exatamente com ele, mas com regiões do cérebro, com as sinapses, com os sistemas de regulação neuronais.

A psiquiatria e a psicanálise foram ao longo da história se apropriando da loucura a partir de um lugar de saber/fazer sobre a loucura. A primeira tomou para si o saber sobre a doença mental, apropriando-se efetivamente da loucura, do corpo, mesmo em face de sua limitação frente às neuroses, enquanto a última também se colocou como um lugar de saber/fazer sobre a singularidade do sujeito. Durante muito tempo a psicanálise se restringiu ao psiquismo, legislando sobre as representações psíquicas, posição mantida até a descoberta por Freud da pulsão de morte² em 1920, momento de uma grande virada teórica, em que o corpo, a linguagem e os afetos se sobressaem.

Na visão psicanalítica, “o corpo existe para gozar”, como diz Lacan no Seminário “Mais Ainda” em 1972. O sujeito se constitui através da relação com o Outro, de quem ele deve receber o necessário investimento libidinal e narcísico, para ser reconhecido. O “corpo” em Psicanálise é um corpo pulsional, não se equivalendo ao corpo biológico que é estudado pela Medicina.

² O conceito de pulsão de morte será explanado adiante.

Pode-se, a partir destas reflexões, compreender a apropriação que a Medicina fez do corpo e da alma do sujeito. Entretanto, torna-se necessário pensar que a loucura, a dor subjetiva, a morte, o envelhecimento, não são ruídos, desvios, disfunções de uma vida que se extraviou de seu rumo, mas, ao contrário, são os signos de uma vida normativa. Como Amarante (2007) ressaltou, ter saúde não é não adoecer. É poder adoecer e se recuperar. Poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com vida. Uma vida que não se depara com o intolerável, com o assombro, com o sem-sentido, é uma vida empobrecida, normatizada, incapaz de agir criativamente.

A inserção da psicanálise no campo da loucura se deu com a crítica de Freud sobre a medicina positivista que era hegemônica no campo dos cuidados, focalizando apenas numa leitura objetiva dos sintomas, esquecendo-se de que era sempre pela linguagem que os enfermos comunicavam os seus males para os médicos. Esta leitura teórica do precursor da psicanálise implicava numa ruptura epistemológica de grande significação. Atentando-se para aquilo que o paciente enunciava, o discurso freudiano autonomizou o registro da linguagem, frente aos referenciais psíquico e somático, até então hipostasiados como campos separados nas suas positivities específicas.

Conforme Birman (2001), a psiquiatria atual defende de forma contundente sua autonomia em face da psicanálise, levando a primeira a evitar qualquer tipo de relação com a última, sobretudo, porque estando calcada nos discursos das neurociências, acredita ter finalmente alcançado as bases de sua cientificidade e sua pretensão de ser uma modalidade da medicina, deixando de ser sua filha bastarda. Entretanto, houve um tempo nos anos 1950/60 em que a psicanálise foi o ponto de referência fundamental da psiquiatria, sendo o caso das terapêuticas anglo-saxônicas, da psicoterapia institucional francesa, da psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana, da francesa psiquiatria de setor, bem como das práticas terapêuticas com pequenos grupos após a segunda guerra. Em função de a psicanálise ser a base teórica da psiquiatria nesse período, os psiquiatras tinham como sonho serem psicanalistas.

Com as descobertas dos psicofármacos nos anos 1950, iniciou-se um movimento de desconstrução dessa aliança. A psicofarmacologia passou a fornecer à psiquiatria tanto um fundamento biológico, quanto um instrumento terapêutico com eficácia operatória. Sabe-se que com essas descobertas mesmo que o manicômio, em sua forma tradicional, ainda sobreviva, os novos psicofármacos, certamente, ajudaram em muito a abrir as portas das velhas enfermarias psiquiátricas. Mesmo não curando efetivamente as doenças da alma, conseguiram ao menos controlá-las através dos medicamentos. Iniciou sua aplicação no campo das psicoses e passou a estendê-la ao campo das neuroses com a descoberta dos ansiolíticos e antidepressivos.

A psicofarmacologia como instrumento de controle tornou-se o suporte da prática psiquiátrica, com uma identidade bastante afastada da psicanálise. A psiquiatria se tornou num fértil terreno de expansão da indústria farmacêutica, passando a se apropriar desse campo e a subsidiá-lo. São os grandes laboratórios internacionais que financiam suas pesquisas. Os laboratórios tornaram-se grandes “Igrejas”, e o medicamento o “pão de Cristo”³.

O monopólio dos laboratórios lembra Foucault (1977) ao afirmar que a sociedade disciplinar seria substituída pela sociedade do controle. Em grande parte este controle é exercido de forma suave, travestida em reivindicação do direito de consumir objetos e serviços que ofereçam o bem estar que hoje por obrigação devemos exhibir. Os medicamentos se associam à ilusão de uma saúde perfeita que foi impulsionada pela explosão do mercado da alegria e da jovialidade, e pela convicção crescentemente compartilhada de que sofrimento mental, dor psíquica, nada tem a ver com conflito subjetivo. A ação dos medicamentos configura as formas de ser das perturbações mentais. A experiência do sujeito, o confronto existencial, nada mais é do que disfunção e um desvio de funcionamento dos sistemas biológicos de regulação do organismo. A psicofarmacologia é um campo fundamental, mas cometeu seus excessos, pois se sabe que os psicotrópicos, atuando no organismo, "funcionam tanto melhor quando sua prescrição leva em conta a questão do sujeito" (Lobosque, 1996, p. 63).

³ Fez-se esta metáfora por acreditar que é nesse lugar que o medicamento é tomado no imaginário social.

Para a psicanálise o corpo é atravessado, marcado pela linguagem. O corpo para a psicanálise não é o corpo biológico da medicina. Ele é a marca de um sofrimento originário, do encontro traumático entre carne e verbo. Freud ensinou que é preciso escutar o sujeito que sofre. Embora ele tenha dado voz inicialmente às histéricas, posteriormente ao analisar o texto de Schreber em 1911, ele se deu conta de que na psicose, o delírio representava uma tentativa de cura por parte do psicótico, uma tentativa de reconstrução de seu mundo. Portanto, é fundamental que o analista o escute na sua singularidade, deixando-o falar de si, não apagando suas marcas.

O lugar do analista é o de um sujeito suposto saber⁴ sobre aquele que sofre, e sua função é escutar, dar voz ao sujeito que padece de um mal psíquico. O psicótico não toma o analista num primeiro momento no lugar do sujeito suposto saber, pois ele não está inclinado a supor, por padecer mais da certeza do que da dúvida. Figueiredo (2002) assinala que para o psicótico, ou o analista sabe tudo, lê seus pensamentos, ou nada sabe, mas para se trabalhar na sua análise, é preciso escutá-lo, para fazer vacilar a certeza em direção a uma suposição possível.

A psicanálise ao privilegiar a ética do desejo, denunciou os equívocos cometidos pela medicina e pela psiquiatria, que se posicionaram de um lugar de “Todo-Saber”, de detentoras da verdade do sujeito que sofre e procura por assistência. Quem sabe sobre o sujeito, não é ele mesmo, pois ele porta uma doença, e sobre esta, esses saberes se debruçaram, esquecendo-se de que ali havia um sujeito que porta um corpo de linguagem, um corpo pulsional.

Segundo Montezuma (2001) essa separação entre psiquiatria e psicanálise é estéril, as duas são essenciais para minimizar o sofrimento psíquico das pessoas. A autora ressalta que o próprio Freud dizia que quem se opunha à psicanálise eram os psiquiatras e não a psiquiatria. A psicanálise para Freud relacionava com a psiquiatria aproximadamente como a histologia relacionava-se com a

⁴ Conceito que Lacan utiliza para dar um rumo à transferência. A noção de *sujeito suposto saber* não aparece em Freud. É uma contribuição de Lacan, ao refletir sobre a teoria e a prática da psicanálise. Ele faz uma crítica à psicologização da psicanálise e às formulações técnicas fundadas na análise das resistências e na elaboração da contratransferência preconizadas por analistas pós freudianos. Chama a atenção para o fato de que há uma implicação necessária do analista na situação de transferência, o que torna inócua a noção de contratransferência. A transferência é uma só, estando envolvidos o analista e o analisando. A psicanálise descobre com a noção de inconsciente, que a fala não se reduz à comunicação e que se dirige ao Outro, que está ali, mesmo que não se saiba. O analista é o ouvinte privilegiado que, do lugar do Outro, convida o analisando a falar o que lhe vier à cabeça, sem consideração pelas conveniências, conduzindo-o para a associação livre. A noção de *sujeito suposto saber* está relacionada com o desejo do analista de analisar, contudo o analisando atribui-lhe um saber sustentado no amor transferencial, preconizado por Freud, que vai se destituindo com o desenrolar da análise.

anatomia: uma estudava as formas externas dos órgãos, enquanto a outra sua estruturação em tecidos e células. Quando se fez necessário que a psicanálise se opusesse à psiquiatria, foi em decorrência da iatrogenia e dos abusos de sua prática em relação aos direitos humanos, reduzidos no modelo manicomial de atendimento, produzindo a exclusão do sujeito.

Quando uma disciplina faz críticas a outras vertentes teóricas existe uma grande possibilidade de repeti-las se não tiver muita cautela. Acredita-se que muitos psicanalistas incorreram nesse equívoco, pois mesmo fazendo críticas à comunidade psiquiátrica dominante em relação à sua posição do “Todo-Saber” sobre a loucura, também caíram nesse engodo totalitarista. Posicionar-se desse lugar é assumir uma posição dogmática que não cabe a nenhum campo do conhecimento, pois não existe a Toda-verdade, seja ele qual for.

Nessa perspectiva Alonso (2001) afirma que o psicanalista ao se colocar como seguidor de alguém, quer seja de Freud, Bion ou Lacan, fica preocupado com a fidelidade a um texto, um autor etc. Esse não é um bom lugar para o analista, trazendo consequências para a relação que se tem com as teorizações. Diante da instabilidade que se vive na clínica e para lidar com isso, buscam certa estabilidade narcísica atribuindo a um autor ou à teoria a totalidade do saber, “mantendo uma relação de fidelidade e absoluto dogmatismo. Com isso correm o risco de se converterem em meros repetidores” (p.132).

O psicanalista Jurandir Freire Costa no prefácio de 2007 de seu texto “História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico” escreveu que “(...) não é demais lembrar que a psiquiatria e a psicologia nunca poderão ver o sujeito como se fossem uranianos desgarrados no planeta terra... e que ...nós os especialistas da mente, já partimos de narrativas estabelecidas sobre o que é bom ou ruim, desejável ou indesejável, possível ou impossível para todos ou para cada um(...)”.(p.10). Além de concordar com o autor, considera-se que esta advertência possa se estender também aos psicanalistas.

2.5 - Caminhando para a implantação da Reforma Psiquiátrica

Segundo Amarante (2007) as duas Grandes Guerras mundiais trouxeram importantes reflexões para a sociedade no que tange à crueldade e também à solidariedade entre os homens, criando condições de possibilidade histórica para as transformações no campo da psiquiatria. A sociedade ao final da Segunda Guerra lançou um outro olhar para os hospícios, constatando que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos internados não diferiam daquelas dos campos de concentração nazistas, possibilitando o nascimento das primeiras experiências de “reformas psiquiátricas” em vários países.

O autor destaca alguns grupos pioneiros nesse processo. O primeiro foi composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional⁵ propondo mudanças no hospital, afirmando que o fracasso estava na forma de geri-lo. O segundo grupo foi formado pela Psiquiatria de Setor* e a Psiquiatria Preventiva**⁶. Acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado com a construção de serviços assistenciais objetivando o cuidado terapêutico como hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc. Para o grupo em que estavam a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o modelo psiquiátrico e as instituições assistenciais foram colocados em xeque, e não utilizaram o termo reforma por achá-lo inadequado.

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se inspirou fortemente na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, cabe aprofundar na análise de constituição deste movimento. Amarante (2007) indica que ela iniciou-se nos anos 60 em Gorizia, cidade ao norte da Itália com Franco Basaglia e outros psiquiatras que se propuseram a reformar o hospital existente. Para Basaglia, o hospital psiquiátrico era semelhante a um campo de concentração, sendo necessária sua transformação em um lugar efetivo de tratamento e reabilitação dos internos. Sua inspiração inicial

⁵ A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tinham em comum a crença de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, tornando-a uma instituição efetivamente terapêutica.

⁶ *A Psiquiatria de Setor considerava que era preciso adotar medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, no intuito de evitar reinternações ou até mesmo internações de novos casos. Para isto criaram os CSM- Centros de Saúde Mental, em diferentes setores das regiões francesas.

** A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos e se tornou conhecida como Saúde Mental Comunitária, dando visibilidade às condições precárias de assistência, a violência e aos maus-tratos aos pacientes internados do país. O conceito de crise para a intervenção preventiva foi crucial.

veio com o trabalho produzido na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, porém com o decorrer do tempo percebeu que a instituição psiquiátrica não poderia ser combatida através de medidas administrativas ou de humanização. Embora a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional tenham sido influências importantes para a desmontagem do hospital psiquiátrico na Itália, esta não seguiu o mesmo fundamento daquelas. O objetivo principal era criar estratégias reais de inclusão social.

Conforme Amarante (2007), Basaglia teve como fundamentação teórica os trabalhos de Foucault e Goffman. Ele percebeu que o combate seria de outra ordem, voltando-se para a idéia de superação do manicômio, não apenas como a estrutura física do hospício, mas como um conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam o hospital como lugar de segregação, isolamento e patologização da experiência humana. A experiência em Gorizia foi levada nos anos 70 para a cidade de Trieste, quando Basaglia iniciou uma transformação radical no hospital psiquiátrico local, considerada a mais rica e original experiência dentro dessa proposta. Com o fechamento de pavilhões e enfermarias psiquiátricas no hospital psiquiátrico de Trieste outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial foram sendo criados. Adotou-se a expressão serviços substitutivos para caracterizar o conjunto de estratégias que tomassem o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não fossem alternativas das mesmas dentro da mesma lógica hospitalar. Os primeiros serviços foram os CSM (Centros de Saúde Mental), distribuídos pelas regiões da cidade de forma regionalizada. Os dispositivos em Saúde Mental eram entendidos como lugares de acolhimento, de cuidado, de trocas sociais e produção de subjetividades.

Figueiredo e Frare (2008) concordam com diferentes autores de que a Itália representa um marco nesse processo de reestruturação da forma de atendimento e concepção de tratamento. Tendo como objetivo a desconstrução do aparato manicomial e a crítica ao aprisionamento da doença mental como objeto da psiquiatria, a desinstitucionalização tornou patente a ardilosa superação do modelo excludente, ao mesmo tempo em que propôs um rompimento com a prerrogativa médica

sobre a loucura. A experiência italiana serviu de fonte de inspiração em todo o mundo. No Brasil o processo se iniciou na cidade de Santos no final dos anos 80.

Amarante (2007) indica que Franco Rotelli, psiquiatra italiano sucessor de Basaglia após sua morte, considerava que o mal obscuro da psiquiatria estava em separar “a doença” da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social, construindo-se diversos aparatos científicos, legislativos, administrativos em relação à doença. O herdeiro de Basaglia propôs outra via considerando a complexidade do processo ao acionar os atores sociais diretamente envolvidos, compreendendo que a transformação transcende a reorganização do modelo assistencial, devendo alcançar as práticas e concepções sociais. O ponto de partida seria pensar o campo da saúde mental e a atenção psicossocial como um processo que é social e complexo que produz pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões e não como um modelo fechado. A concepção de doença foi colocada entre parênteses não para negá-la como uma experiência que produzia dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas, sobretudo, para romper com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que havia adotado o modelo de ciências naturais para conhecer a subjetividade, levando à coisificação do sujeito e da experiência humana.

Ainda segundo Amarante (2007), para Basaglia, a psiquiatria separou a doença, da existência complexa dos sujeitos, fazendo dela um objeto natural, externo ao homem. Esta ciência passou então a se ocupar desse objeto, a doença, e não do sujeito. É possível verificar essa afirmação, através dos tratados de psiquiatria, que classificam as doenças como objetos da natureza. Dessa forma a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses, ocupando-se fundamentalmente da doença. A posição de Basaglia foi oposta à da psiquiatria. Ele colocou a doença entre parênteses e passou a se ocupar do sujeito. Ao fazer isso os sujeitos que estavam neutralizados, alijados, tiveram condição de aparecer. Sua crítica à psiquiatria era incisiva. Como ela estava totalmente voltada para tratar a doença mental, a pressão por parte de vários movimentos foi extrema, levando-a inclusive abandonar o termo.

A psiquiatria atual não utiliza mais o termo “doença mental” para se referir às pessoas que tem um grave sofrimento psíquico e sim “transtorno mental” para as traduções em português e espanhol, e “desordem mental” em inglês. Amarante (2007) indica que a troca dos termos foi devido à força do movimento da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática, embora a corrente psiquiátrica não a assuma. A legislação brasileira utiliza a expressão “portadores de transtorno mental”. Para o autor a expressão “portador” dá a ideia de alguém carregando um enorme fardo, um peso enorme. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental leva a pensar numa pessoa transtornada. Por isso, no campo da saúde mental e na atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, pois a idéia de sofrimento remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. A prática clínica da pesquisadora leva a concordar inteiramente, com a proposta de Amarante quanto à mudança de denominação, pois assim os sujeitos podem inserir-se e se implicar como responsáveis pelo seu sofrimento e pelo seu tratamento.

No Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica inspirou-se fortemente nas experiências italianas, como se constata a seguir.

2.6. A implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Na década de 60 houve no Brasil uma explosão da implantação de hospitais psiquiátricos de caráter privado com fins eminentemente lucrativos. A loucura passou a ser altamente rentável, gerando um índice elevadíssimo de internações psiquiátricas, tornando-se um grande negócio. A indústria da loucura foi denunciada pela imprensa, expondo diversas irregularidades na diversidade de internações existentes em todo o país. A gravidade dessa situação tornou-se objeto de severas críticas por parte do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, movimento em prol da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Inspirando-se na Reforma Italiana, ele propunha o questionamento da suposta universalidade e do racionalismo científico da psiquiatria. Segundo Birman (1992) todo o movimento apresentava grande maturidade teórica e política.

Vários movimentos sociais se organizaram em torno de uma sociedade sem manicômios. A arquitetura dessa luta voltava-se para a desestigmatização social da loucura. A proposta de inclusão do louco na cidade estava relacionada à possibilidade de reconstruir vínculos familiares e sociais, e resgatar a sua condição de cidadão, mesmo em face da diferença por apresentar problemas de ordem psíquica.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi criado em 1978 no Rio de Janeiro. Ele constituiu-se dentro de um conjunto de reformas sociais no âmbito da reforma sanitária, consolidando a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, levando a sociedade a se envolver na discussão e formulação das políticas de saúde. O SUS foi regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Com o início da Reforma Psiquiátrica, a hegemonia do saber médico ficou abalada possibilitando a entrada de outros saberes no campo da Saúde Mental. A Reforma visava o questionamento do paradigma médico-psiquiátrico como o detentor exclusivo do saber sobre a loucura. Ele deixava de ser hegemônico dando lugar para outros saberes se agregarem e o hospital psiquiátrico mesmo se mantendo como um recurso a ser utilizado em caso de extrema necessidade, também deixava de ser a única alternativa, dividindo-a com os novos dispositivos de tratamento criados.

Outros movimentos sociais de crítica ao modelo hospitalocêntrico quanto à assistência psiquiátrica também se agregaram ao da Reforma, delimitando mais claramente os projetos de transformação em psiquiatria para além de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, abrangendo questões teóricas, políticas e sociais. O questionamento a respeito da exclusão de pessoas em sofrimento psíquico e a violência dos manicômios era pauta de discussões no interior desses movimentos. Essas discussões voltavam-se, sobretudo para a natureza do modelo privatista e à sua incapacidade de contemplar as reais necessidades de seus usuários.

A década de 80 foi muito importante para a consolidação das propostas que se iniciaram na década anterior, ganhando projeção política e social. Vale destacar que esse foi um período

histórico fundamental no Brasil, pois representou o fim da ditadura militar, abrindo várias possibilidades de mudanças no setor da saúde, permitindo que outros setores da sociedade, além da medicina tivessem participação nesse processo. Para esses outros setores tornava-se relevante que o conceito de normalidade fosse repensado, como também a construção de um novo espaço para a loucura exigia debater a noção de cidadania. Seria preciso inventar novos modos de estabelecer relações sociais com os sujeitos acometidos pela loucura. Surgiram então novos protagonistas nesse cenário como os usuários e seus familiares, aumentando o coro de reivindicações por outras possibilidades de assistência. Houve também a implantação de hospitais-dia.

Dentro de todo esse processo, houve na cena brasileira, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1987, representando um marco histórico em prol da consolidação da Reforma. Durante seus trabalhos, deliberou-se a realização do II Congresso de Saúde Mental em Bauru, para dezembro do mesmo ano, com o lema: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Esse lema surgiu no ano anterior na cidade de Buenos Aires, no III Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria. No Congresso de Bauru houve uma participação efetiva não só de profissionais da saúde mental, mas também de usuários e familiares, deliberando-se o dia 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, comemorado anualmente em vários Estados do Brasil. Mobilizam-se nesse dia trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares, artistas, intelectuais etc., onde ocorrem várias atividades culturais, políticas, esportivas, etc. A finalidade maior é promover um amplo debate e instigar a reflexão e participação de toda a sociedade.

Em 1988 criou-se em São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira e também houve a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos. Outro fato fundamental foi a criação do Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado reivindicando a consolidação das propostas de viabilização do processo de desinstitucionalização e inclusão dos sujeitos com problema psíquico grave nos espaços sociais. O Projeto explanava sobre a ineficiência dos tratamentos psiquiátricos propondo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, através do impedimento da abertura de novos e ou financiamento de outros leitos além dos já existentes.

Propôs concomitantemente a criação de recursos assistenciais alternativos, estruturas não manicomial, como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência etc.

Com a realização de três Conferências Nacionais de Saúde Mental, 1987 no Rio de Janeiro; 1992 e 2001 em Brasília; abriram-se novas possibilidades inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão e construção das políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

Amarante (2007) afirma que loucura/alienação não representa irracionalidade ou incapacidade de exercício da cidadania. Ele defende que na dimensão jurídico-política existem vários desafios e estratégias a serem encarados, sendo necessária uma revisão de toda a legislação, pois nossas leis estão cobertas de referências danosas aos sujeitos, obstaculizando tal exercício. Um avanço nesta direção se deu com a Lei 10.216 promulgada em 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ela dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. Mesmo representando um avanço não assegurou algumas das intenções originais do projeto inicial, sobre a extinção progressiva dos manicômios.

A realidade brasileira congrega, ainda, a existência de hospitais psiquiátricos como um recurso possível, no entanto não representa a única forma de tratamento, pois desde a Reforma subsiste esse novo modelo de assistência como alternativa da saúde mental para os usuários e seus familiares. Nos novos dispositivos de tratamento encontram-se outras terapêuticas visando rumos distintos da Psiquiatria Clássica, do tratamento moral e do trabalho terapêutico. Houve um florescimento de diversas práticas de tratamento em substituição à internação em hospitais psiquiátricos.

O trabalho com sujeitos em sofrimento psíquico grave a partir da Reforma direcionou-se prioritariamente para a “inclusão social do louco e assunção de sua cidadania“ (Tenório, 2001, p.14). Segundo Amarante (1996), nesse novo cenário, o conceito de cidadania representou uma palavra fundamental, pois anteriormente quando o louco vivia encerrado nos manicômios sua

inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade e no mundo dos direitos, era subtraída completamente. No discurso da cidadania o paciente psicótico é um cidadão capaz de interagir com a sociedade e de circular em seus espaços nos quais a comunidade também circula.

A Reforma Psiquiátrica não trata a questão da cidadania do louco como algo que se somaria ou como consequência de uma renovação no plano das técnicas clínico-assistenciais, mas está situada no âmago do novo quadro teórico e prático que a movimenta. A nova rede assistencial à loucura é concebida como um fenômeno complexo e histórico, não como uma clínica que persiga a solução-cura, mas como a emergência de vida, de sociabilidades, e de subjetividades (Barreto, 2003).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se constituindo como um “processo social complexo” que envolve quatro diferentes dimensões: “teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural”, que de forma simultânea e interligada busca atender necessidades concretas de indivíduos para os quais a Psiquiatria não proporcionava alternativas de assistência senão a internação e a exclusão social. Ela foi se materializando mediante as propostas de desinstitucionalização e da criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, sendo fomentada pelo movimento da luta antimanicomial (Amarante, 2007, p.64).

Segundo Amarante (2007) destaca-se nesse processo a dimensão sociocultural, como uma estratégia muito criativa tendo como um dos princípios fundamentais o envolvimento de toda a sociedade, no intuito de provocar o imaginário social a ponderar sobre o tema da doença mental, dos hospitais psiquiátricos a partir da própria produção cultural e artística de todos os atores envolvidos. Recomenda que os serviços de atenção psicossocial saiam da sede do serviço e busquem vínculos na sociedade que complementem e alarguem os recursos existentes, articulando-se com a Rede de Saúde Mental; com o campo da saúde, com a esfera das políticas públicas em geral e também com os recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se e solidarizar-se.

Figueiredo e Frare (2008) mencionam que o modelo de atenção psicossocial proposto como paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem como principal papel o de devolver ao louco um lugar no tecido social. Nos anos 90 criaram-se no Brasil os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), Lares Abrigados, Centros de Convivência, etc. Essa década tem uma característica importantíssima, pois, seu papel primordial foi a implantação dos novos dispositivos da Saúde Mental, mantendo viva a reflexão da mesma.

Neste ponto, faz-se necessário discorrer sobre a função e estrutura dos CAPS, tendo em vista que o enfoque deste trabalho está voltado para uma investigação da produção artística nas oficinas terapêuticas nestes dispositivos. Existem diferentes tipos de CAPS de acordo com a população do município.

Os CAPS representam um serviço de saúde mental substitutivo aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Sintetizam um avanço na reorientação de um modelo assistencial que durante muitos anos concentrou-se no hospital psiquiátrico, gerando segregação e exclusão dos pacientes em grave sofrimento psíquico. Sua principal função é se constituir como lugar de referência e tratamento para essas pessoas que demandam inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. A proposta é de que os CAPS sejam lugares de atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento de laços familiares e comunitários, dentre outras ações práticas e eficazes. As Portarias Ministeriais 336 e 189 de 2002 regulamentaram a implantação e funcionamento desses serviços.

A pessoa atendida em CAPS tem acesso a vários recursos terapêuticos que vão além de consultas e de prescrição de medicamentos, caracterizando o que vem sendo denominado de “clínica ampliada”. Essa idéia de clínica é (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças significativas nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento do sofrimento psíquico. Acolher a crise é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPS que é o de evitar internações. Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tenha que ficar a

maior parte de seu tempo dentro de suas instalações. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, na comunidade, no trabalho, na vida social, podendo ou não ser articuladas pelo CAPS.

Os CAPS se dividem em tipos diferentes de acordo com a população dos municípios:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.

CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas.

CAPS III - municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas diariamente, inclusive finais de semana e feriados.

CAPSi - municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas.

CAPSad - municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas.

Ocorreram mudanças significativas na Saúde Mental no Brasil com a implantação dos CAPS, visto terem saltado para mais de 1000 em funcionamento a partir de 2002. No campo da saúde pública foram poucas as iniciativas tão felizes como esta. Segundo o psicanalista Bezerra (2004) avaliações objetivas comprovam que os usuários que têm acesso aos CAPS se reintegram menos, aderem mais aos tratamentos, abandonando menos os serviços. Houve um grande avanço no processo de desconstrução da hegemonia manicomial, podendo-se alegrar com isso, mas nem tudo são flores.

Para o psicanalista citado acima, o projeto de implantação dos CAPS vive hoje um momento particular. No primeiro instante ele foi um laboratório, uma experiência isolada cujo objetivo principal era o de demonstrar que o cuidado em saúde mental podia incorporar outros dispositivos que não a tradicional dobradinha hospital/ambulatório e suas variantes. Com a progressiva implantação de unidades em outras cidades o projeto ganhou corpo, e tornou-se efetivamente uma proposta alternativa, disputando espaço no campo das políticas de assistência. A principal tarefa

passou a ser encontrar maneiras de defender esse projeto e consolidá-lo com medidas legais, dispositivos de financiamento, etc. O Brasil é um país de copiosas realidades sociais, econômicas e políticas não sendo possível falar em CAPS como uma proposta a ser implantada do mesmo jeito em todo lugar.

O Informativo da Saúde Mental no SUS do segundo semestre de 2007 indicou que em dezembro de 2007 o número de CAPS em funcionamento totalizava 1153, como resultado de uma parceria importante entre o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, e as Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental, que vem acolhendo cada vez mais a proposta desse serviço.

Pode-se afirmar que o processo ainda é lento, não existindo uma rede de serviços de saúde mental eficaz e capaz de suprir a demanda dos pacientes em sofrimento psíquico de forma alternativa e plenamente substitutiva. Os serviços existem, mas eles são, ainda, insuficientes, carecendo de constante reflexão de suas práticas e dos referenciais teóricos adotados, a fim de não se institucionalizarem dentro de uma lógica alienante e enclausuradora. Até 2011, o planejamento do SUS prevê a implantação integral da rede de CAPS necessária à boa cobertura assistencial.

Barreto (2003) menciona que nesse sentido o desafio a se superar na nova política de Saúde Mental e na nova clínica a serem construídas, aliadas da cidadania, não é o da negação romântica da realidade da loucura, mas o da constituição de novos cenários de negociação entre a normalidade e a loucura, da promoção do respeito social à diferença, criando espaços de ascensão de todo indivíduo à condição de sujeito político, em substituição aos modelos de segregação e discriminação. Para a maioria dos autores que trabalham com esse tema é a cidadania que se tem em mente quando se empregam termos como autonomia, reinserção, competência social, etc., sendo nesse nível que se deve avaliar a qualidade dos serviços e programas de Saúde Mental.

2.7 – A inserção da psicanálise na proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Um movimento em prol da psicanálise se estabeleceu e os psicanalistas passaram a integrar efetivamente o campo da Saúde Mental. Há um consenso de que a psicanálise entrou neste contexto

como um recurso teórico/clínico, sendo necessário a sua sustentação. Dentro dos dispositivos ela voltou-se para a dinâmica subjetiva do sofrimento, compreendendo as especificidades dos processos de subjetivação e os conflitos subjetivos que fazem sofrer as pessoas que demandam atendimento. Não obstante, no exercício da prática em Saúde Mental, estão presentes além da psicanálise, a psiquiatria, e o trabalho de reabilitação social, entre outros recursos advindos da psicologia, assistência social e enfermagem. Se essas abordagens fossem usadas isoladamente, o tratamento daquele que sofre não teria eficácia.

Para Barreto (2003) a penetração da psicanálise seguiu uma trajetória sinuosa, desde uma posição inicial de hostilidade recíproca em relação à psiquiatria e às propostas reformistas, até a sua integração e reivindicação de hegemonia nos projetos de *aggiornamento* do setor. Sua inserção possibilitou a implantação de uma nova clínica, mais sofisticada, valorizando primordialmente a escuta do sujeito para se chegar à “outra cena” (o inconsciente), à qual se tem acesso pelos caminhos sutis da transferência.

No entanto, para esse autor, no cotidiano dos serviços de Saúde Mental a presença institucional da psicanálise apresenta diversos problemas. Sua proposta obriga repensar a formação do profissional quase sempre cheia de reservas para mergulhar nas águas turvas das instituições públicas. No Brasil, em virtude da forte pregnância do ideário político de esquerda, herdeiro da tradição comunista italiana, houve uma crescente demanda por formação psicanalítica dos novos psiquiatras e, sobretudo, uma ocupação maciça de psicólogos de formação lacaniana.

Nessa perspectiva, a psicanálise trouxe uma nova luz para despertar a loucura do sono de chumbo que uma tradição secular da psiquiatria lhe havia reservado circunscrita nos muros do asilo. Partilhava com os projetos que reuniam subjetividade e cidadania os mesmo objetivos emancipatórios daqueles que vislumbravam uma sociedade autônoma, fazendo surgir indivíduos autônomos, embora sua influência só tenha ganhado vigor mais tarde, quando novas formas de análise das instituições e do poder vieram à tona. A psicanálise por um bom tempo se manteve distante, limitando-se a abastecer os primeiros reformadores de referências, mas que não abalava a

hegemonia psiquiátrica e suas técnicas. Só com alguma resistência é que veio a afirmar a sua presença nos serviços assistenciais, instituídos ou mantidos pela gestão pública.

Nota-se que a maioria dos trabalhos publicados por psicanalistas inseridos nos dispositivos de tratamento de Saúde Mental, direciona-se prioritariamente para a clínica individual, e são muito bem fundamentados com o aporte teórico utilizado. No entanto, é raríssimo encontrar relatos sobre a prática, sobretudo aquelas relativas às intervenções de ordem coletiva. Estariam mais interessados em se proteger com a teoria do que contar os benefícios que a clientela estaria obtendo com suas intervenções? Qual a razão? Os discursos que subsistem estão mais para atividades envolvendo as produções artísticas dos sujeitos. Em certo sentido não teriam se apropriado também das narrativas da arte no tratamento dos loucos?

O trabalho com a loucura sempre provoca novas questões e desafios, pois a clínica da psicose e da neurose grave apresenta constantes surpresas, mas não é nenhum *bicho de sete cabeças*, desde que os profissionais e outras pessoas envolvidas façam uma aposta no sujeito em sofrimento psíquico. A intenção dos novos aparelhos da assistência visa resguardar a subjetividade na loucura, daquele que é atendido. A produção artística é um recurso muito utilizado como alternativa, dentro da proposta da clínica ampliada e da clínica do sujeito. No capítulo seguinte pode-se ver o cruzamento desses vários discursos na visão de vários autores e de como foram se inserindo no tratamento da loucura.

CAPÍTULO III

A vida não existe, ela tem de ser inventada.
A arte de inventar a vida é um desafio diário
e os artistas tem muito a mostrar.
Através de sua arte transformam
as dificuldades e o absurdo
da existência em representações
com as quais o homem
pode conviver.
Sousa, Tessler e Slavutzky (2001)

3 - Asas da liberdade: Os cruzamentos das narrativas da loucura, da arte e da psicanálise

3.1 – Psicanálise, arte, e loucura

A obra social e cultural de Freud mostra que ele nunca se contentou em ver na psicanálise apenas uma clínica da subjetividade. Segundo Safatle (2005) havia um desejo de Freud de elevar a reflexão analítica à posição de teoria das produções culturais, capaz de desvendar a origem libidinal dos vínculos sócio-políticos e a estrutura pulsional da produção estética.

Conforme Pacheco Filho (2003) na correspondência endereçada a Wilhelm Fliess, já se observava o interesse de Freud pelo processo de concepção artística e pelas articulações significativas entre o objeto da psicanálise e aquilo que aparecia expresso nas obras dos artistas. Ele tinha enorme consideração pela sensibilidade e intuição dos artistas. É isso que se presentifica nas obras do Édipo Rei, de Sófocles, e do Hamlet, de Shakespeare. Em toda a sua obra pode-se perceber que ele não abandonou esse interesse. Constituem-se exemplos relevantes: “Delírios e sonhos na ‘Gradiva’ de Jensen” (1907[1906]), “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância” (1910), “O Moisés de Michelangelo” (1914b), “O ‘estranho’” (1919) e “Dostoiévski e o parricídio” (1928[1927]).

Em 1910 com o texto sobre “Leonardo da Vinci e uma lembrança da infância”, Freud abriu caminho de utilização da psicanálise com o objetivo de analisar os conteúdos latentes das manifestações artísticas de neuróticos e psicóticos, especulando nos quadros do artista os anseios reprimidos de sua infância. Considerou nessa obra que a investigação científica como um dos muitos atos criativos que caracterizam o humano. Nesse período de seu edifício teórico Freud enfatizou que a criação estaria presente na fantasia, no sonho, no delírio, no brincar infantil, envolvendo os mesmos processos psíquicos que os da produção artística.

Freud (1914b) afirmou que a arte formava um reino intermediário entre a realidade que faz barreira ao desejo e o mundo imaginário que o realiza, embora não confiasse na possibilidade de uma junção feliz dos dois opostos. O fundador da psicanálise estabeleceu um parentesco entre as

neuroses e a criação artística. O neurótico se rebelava contra a realidade opondo-se à satisfação de seus desejos, buscando uma fuga através da doença. Se tivesse dotes artísticos poderia compartilhar com os outros a sua produção e encontrar um caminho de volta à realidade. O mesmo ocorreria com o artista ao expor sua obra, pois através dela poderia dar forma às suas fantasias narcísicas e eróticas.

Para o pai da psicanálise as forças pulsionais presentes na arte eram as mesmas que levavam ao adoecimento neurótico e à formação das instituições sociais. Empreendeu uma luta para tentar apartar a formação de sintomas da criação artística, mas não deixou de encontrar vestígios da arte mesmo no mais simples e insuspeitado cotidiano do mais comum dos seres humanos neuróticos. A arte teria a capacidade de reconciliar o homem que ao renunciar à satisfação pulsional em favor da civilização fortaleceria seus laços de pertencimento. Freud na sua primeira tópica deu o nome de sublimação a essa renúncia pulsional do sujeito ao buscar atividades mais valorizadas socialmente, lançando luz sobre o processo da criação artística. Constituem-se como exemplos de atividades sublimatórias a criação artística, investigações intelectuais e atividades valorizadas socialmente.

Desde o princípio, o criador da psicanálise manteve um olhar curioso sobre a atividade do artista. Contudo, essa estratégia muitas vezes foi vista por críticos da arte como um reducionismo psicologizante, considerando que havia transferido o foco do questionamento sobre a racionalidade interna das obras para o desvelamento da vida pessoal do artista. Leite (2000) considera que os críticos de Freud tomaram como principal referência de sua obra, as Conferências Introdutórias à Psicanálise de 1917, onde sustentam que ali o psicanalista colocava o artista como um “quase neurótico”, cujas pulsões o levavam a buscar fama, fortuna, honra etc., mas seria incapacitado para consegui-las. Não alcançando suas metas ele desenvolveria outros interesses criando fantasias para se distanciar de seus desejos, sobretudo os sexuais.

Segundo Rivera (2005) a psicanálise e a arte do século XX são contemporâneas e a humanidade tornou-se herdeira da revolução de Cézanne e de Freud. O primeiro mostra que o quadro não se arranja a partir da posição sólida e bem localizada de um olho ordenador, segundo as

leis da perspectiva, desestabilizando o espaço da obra. Freud complementa essa noção ao sustentar que é o sujeito representado por este olho que perde sua segurança, pois com a fundação do conceito de inconsciente o eu é um desconhecido em sua própria morada, estando irremediavelmente dividido. O eu se vê fragmentado no espelho que a arte e a psicanálise lhe expõe.

A referida autora faz uma análise das narrativas da arte moderna e da psicanálise afirmando que esses campos sempre tiveram uma mútua atração, influenciando-se reciprocamente, partilhando do mesmo espírito da época. Freud recorreu à Literatura e às Artes Clássicas, por lidarem com questões fundamentais que movimentam a Clínica Psicanalítica. Elas lhe mostravam aquilo que constatava no seu exercício clínico: o sujeito mergulhado em seus desejos inconscientes, preso a impulsos e sobredeterminações incontrolláveis intencionalmente, em oposição ao princípio de realidade.

Rivera (2006) indica que a busca de uma pureza artística, de se retomar a arte em suas origens (ingênuas, loucas, primitivas), integra em seu ideal revolucionário a noção de inconsciente opondo-se ao racional, consciente, permitindo irradiar imagens livres de qualquer amarra de convenções e exigências estéticas. Por isso o conceito de inconsciente foi alçado à condição de fonte temática e formal para a criação artística.

São diversas as possibilidades de entrecruzamento da arte e da psicanálise, entretanto Freud não escondia sua antipatia pela arte moderna, e mesmo não fazendo referências aos artistas modernos é inegável que os conceitos sobre a posição do sujeito, presente em ambas, tem uma vizinhança. Para Azevedo (2006) mesmo que suas ligações não sejam visíveis e permaneçam latentes há variações de aproximação e afastamento.

O conceito de inconsciente freudiano influenciou a arte e a loucura no século XX conquistando vários interessados. Os artistas do início do século XX se apaixonaram pelas produções pictóricas que valorizavam o irracional, inclusive pelas obras dos loucos internados em hospícios. Concorde-se com a posição de Rivera (2006) ao declarar que se a psicanálise marcou a

arte do século XX, certamente sua influência se presentificará no futuro e por sua vez as artes moderna e contemporânea vem deixando na psicanálise profundas marcas.

A autora em “Arte e Psicanálise” (2005) avalia que foi possível uma aproximação entre arte e loucura através da forma como os representantes do movimento surrealista se apropriaram do conceito de inconsciente. André Breton, um dos precursores desse movimento foi um dos mais atraídos em aproximar a arte, a loucura e o inconsciente postulado por Freud. Os surrealistas inclusive adotaram como busca do inconsciente, o procedimento da escrita automática que visava uma escrita livre de tudo que lhes passasse pela cabeça, semelhante à regra fundamental da psicanálise, a associação livre. Eles trabalharam o conceito de inconsciente numa visão crítica à realidade instituída como o oposto da civilização e da racionalização excessiva, como o lugar da não-razão, sendo considerado o lugar privilegiado da loucura.

Esse movimento integrava em seu seio pintores, escritores, poetas, fotógrafos que produziam diferentes tipos de trabalho, usando a diferença para produzir significados. Salvador Dali como um de seus maiores representantes, com sua arte alucinatória pretendia revelar o inconsciente na representação e se desfazer das concepções de ordem e realidade. Os surrealistas buscaram fundamentar-se em Freud e Marx para criticar a ordem social e se apropriaram de conceitos da psicanálise como Édipo, sexualidade e inconsciente para alicerçarem suas proposições contestadoras.

Freud admitiu não compreender a arte moderna, e Rivera (2005) interroga se os artistas compreenderam os fundamentos psicanalíticos. Apesar das distorções que possam ter acontecido é inegável a influência que a psicanálise exerceu sobre os surrealistas, embora haja uma lacuna, um desencontro representativo que perpassa as relações entre a psicanálise e a arte em geral, deixando nos dois campos marcas abissais, levando-os à busca de novas criações, invenções e transformações. Nesse sentido é que arte e psicanálise acabaram por se influenciar mutuamente. Assim, os entrecruzamentos de ambas vão além do emprego de temas psicanalíticos em obras de

arte ou do interesse da psicanálise pelas pegadas deixadas pelo autor ou por sua obra. Eles produziram verdadeiras transformações nas produções artísticas e psicanalíticas.

Em “Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação”, Bartucci (2002) assinala que o que vem a ser reafirmado tanto por artistas quanto por psicanalistas parece ser a própria condição da arte moderna como “prática de problematização”. Houve um deslocamento da tradição da arte moderna como representação, tradição que pretendia subordinar a matéria indiferenciada a uma hipotética “forma pura”, pois, era no exercício com ela própria que o artista moderno operava a decifração do mundo. Já a arte contemporânea rompia ainda mais com tais contornos, na medida em que o artista contemporâneo explorava mais livremente os diversos materiais que compõem o mundo, inventando um método apropriado para cada exploração.

Coelho (como citado em Lima e Pelbart, 2007) afirma que arte e loucura, representaram uma questão da modernidade, findando-se com ela. Para o autor, a trama unindo arte moderna, psicologia e loucura, foi tecida pelas imagens que os estudiosos da loucura extraíram da arte moderna para iluminar a loucura, e pelas leituras que os artistas fizeram dos estudos psicológicos para construir sua estética. Contudo, o autor acredita que essa intrincada trama já se desfez, pois diante das obras contemporâneas, a reação das pessoas já não é considerá-las 'coisas de loucos', mas coisas de mau gosto, lixo. Ele considera haver atualmente uma nítida percepção de que a loucura nunca poderá enunciar a verdade da arte, assim como a arte nunca terá como enunciar a verdade da loucura.

Lima e Pelbart (2007) consideram que o campo da arte não diz a verdade do campo da loucura, mas se interrogam se não haveria outras ressonâncias se presentificando entre a arte e a loucura; que marcas esse universo da arte que se compõe com o da clínica ou o da loucura ganha em nosso tempo; como teria se produzido esse território que se fez atravessarem arte, clínica e loucura, na modernidade, e se ainda faz sentido hoje. Para explorar tais indagações os autores mapearam esse universo que foi se constituindo no Brasil, a partir de meados do século XIX e durante o século XX, quando a arte, clínica e loucura começaram a dialogar.

Os autores perceberam que esse território possui amplas conexões com o surgimento da terapia ocupacional brasileira, tendo em primeiro plano a psiquiatria, as instituições asilares e suas ocupações. Os loucos no Brasil nesse período, tal como na Europa, viviam confinados em prisões ou em enfermarias psiquiátricas sem qualquer assistência médica, vítimas de maus tratos e castigos corporais. A implantação do primeiro hospício “Hospício D. Pedro II” definiu um lugar da ação social sobre o louco, embora tenha sido num momento inicial totalmente inexpressiva. Estabeleceu-se como um lugar para o louco e como um lugar de saber dos médicos sobre a loucura. O tratamento era um tratamento moral, sobretudo após a implantação de colônias onde o trabalho e as atividades culturais eram utilizados como a principal terapêutica. Eram propostas de tratamento totalmente consoantes com os princípios pinelianos. Entretanto, a valorização da ocupação terapêutica no tratamento das doenças mentais não se manteve hegemônica e constante na história da nossa psiquiatria.

Nos anos 1890 esse modelo de tratamento que seguia os princípios de Pinel e Esquirol começou a ser substituído pela praxiterapia embasada na teoria alemã de Kraepelin, que buscava uma causa orgânica para as doenças mentais. Seu maior representante no Brasil foi Juliano Moreira que tentava conjugar as idéias de Kraepelin com conceitos psicanalíticos. Como método de tratamento, a terapêutica ocupacional começou a ganhar espaço significativo, assumindo um caráter educativo. O médico não deveria enxergar no doente somente o patológico, mas também sua parte sadia e utilizável de sua personalidade. No final do século XIX, no momento em que se formavam as primeiras instituições asilares no Brasil, a arte não era vista como instrumento terapêutico, nem como apoio para se estabelecer um diagnóstico.

A clínica, no início de sua forma moderna, desinteressou-se pela arte, reinando um silêncio entre esses dois campos. Um silêncio, que se concretizou no internamento. Entretanto, a loucura pode conquistar uma linguagem própria. O reaparecimento da loucura no domínio da linguagem precedeu qualquer interesse da clínica pela arte. Concomitantemente vão emergindo propostas de tratamento ocupacional de inspiração psicanalítica com o objetivo de promover sublimações. Como

enfatzaram Lima e Pelbart (2007) começava-se uma tentativa desses campos de estabelecerem um diálogo. Nesse período, ocorria no campo da arte a revolução impressionista e se alargava a sensibilidade ocidental. A arte explorou sua vizinhança com a loucura, tanto no processo de criação do artista quanto no interesse por aquilo que alguns sujeitos produziam enredados nas malhas de instituições asilares.

De acordo com os autores mencionados foram muitos os artistas que correram o risco de desabar nos abismos da loucura, levando suas experimentações artísticas a regiões em que obra e subjetividade se confundiam. Era uma nova experiência da linguagem e das coisas que se estava fazendo e que inscrevia no seio da criação, um face-a-face entre arte e loucura. Eles lembram que para Foucault a partir do século XIX a loucura estava associada ao que havia de decisivo para o mundo moderno em toda obra, e que Nietzsche, Artaud e Van Gogh, ao acolherem a loucura, deram-lhe uma expressão e uma ascendência sobre o mundo ocidental. O pensamento psiquiátrico não se distraiu a essa junção entre loucura e arte, e a psiquiatria começou a se interessar pelas manifestações artísticas dos pacientes com problemas psíquicos.

As relações entre arte, clínica e loucura se esboçavam a partir da junção de dois deslocamentos: de um lado, buscavam conquistar uma linguagem própria, dirigindo-se à criação artística; de outro, alguns artistas, voltavam seu olhar para o mundo da loucura. Pode-se citar na literatura brasileira, o conto “O Alienista” de Machado de Assis como exemplo, em que o autor oferece segundo Lima e Pelbart (2007), uma análise precisa e contundente, mas também extremamente satírica e irônica, do que era a prática psiquiátrica em seu início. Com seu interesse pela exploração da alma humana, sua fineza e leveza no trato das questões mais complexas, ele foi capaz de revelar certas experiências da loucura e descortinar os mecanismos de poder em jogo nas relações entre o Estado e a ciência psiquiátrica.

Nas primeiras décadas do século XX, houve um cruzamento das práticas ergoterápicas, da psiquiatria, da psicanálise e da arte brasileira, fazendo emergir um território inspecionado por artistas, profissionais da área clínica e pacientes. Nesse contexto apareceram dois personagens

muito importantes: Osório César, eminente médico psiquiatra e crítico de arte e Flávio de Carvalho, artista moderno. Em torno das décadas de 1940 e 1950, Nise da Silveira e Mário Pedrosa foram as figuras que se destacaram apresentando importantes contribuições da arte para a clínica e sobre as relações entre arte e subjetividade. Os trabalhos produzidos por esses notáveis personagens serão vistos adiante.

No Brasil, a idéia de inconsciente de Freud influenciou muito dos intelectuais brasileiros, sobretudo do movimento modernista e também de médicos interessados pela psicanálise, orientando um movimento de aproximação entre arte e loucura. Conforme Lima e Pelbart (2007) os modernistas se apropriaram da psicanálise como um instrumento de crítica aos valores culturais predominantes na sociedade brasileira, servindo-se do conceito de inconsciente como possibilidade de expressão, pois para Mário de Andrade o inconsciente gritava. O conceito de inconsciente e pulsão foi valorizado no processo de busca de novos modos de apreensão artística e para pensar formas alternativas de civilização. Os surrealistas na Europa fizeram uma apropriação semelhante.

Enquanto os modernistas brasileiros se apropriavam dos conceitos da psicanálise numa proposta de crítica aos valores predominantes na sociedade, outra apropriação paralela foi se constituindo pelos médicos psiquiatras que se valiam dos mesmos conceitos para compreensão das neuroses e psicoses, como uma chave para proposição de outro tratamento das desordens mentais. A psiquiatria foi se apropriando da arte dos loucos para tentar desvendar as manifestações inconscientes expressas em suas produções. No entanto, essas produções artísticas eram utilizadas mais para fins diagnósticos e compreensão do processo psicótico do que como meios terapêuticos legítimos. Essa proposta de tratamento visava incluir atividades que pudessem satisfazer necessidades pulsionais do paciente relacionadas ao seu processo de adoecimento.

Para Lima e Pelbart (2007) estudos realizados na psiquiatria sobre as expressões artísticas dos pacientes com problemas mentais chegaram ao Brasil simultaneamente com as primeiras referências do pensamento psicanalítico e da arte moderna européia, influenciando as atividades de laborterapia desenvolvidas nos manicômios. Como consequência emergiu em nosso cenário a trama

moderna que articulou arte, clínica e loucura relacionado-as com a produção artística e com os processos inconscientes. Essa trama caracterizava-se pela proximidade entre a produção dos artistas modernos e aquela encontrada nos manicômios. No entanto, essa vizinhança entre arte moderna e loucura e as relações entre arte e inconsciente foram tomadas de formas diferentes e com efeitos muito diversos.

Os referidos autores consideram que essa proximidade apareceu com o trabalho desenvolvido por Osório César, ao trabalhar no Hospital Psiquiátrico do Juquery a partir da década de 1920. Persuadido pelo seu interesse em arte e contagiado pela vizinhança com os modernistas paulistas, o psiquiatra começou a ver em folhas de papel, nas paredes, no chão, traçados, linhas, e formas que passou a recolher, catalogar e analisar ordenadamente. Segundo o médico havia nessas produções, evidentes qualidades estéticas, não somente expressões psicopatológicas da loucura, mas imagens que possuíam um inquietante parentesco com aquilo que os artistas modernos estavam produzindo. As preocupações de Osório César eram de caráter clínico e social. Para ele a finalidade primordial de um departamento de arte num hospital psiquiátrico era a reabilitação, a possibilidade de dar a cada internado uma profissão de acordo com sua capacidade e a construção de alternativas fora do hospital. Ele apostava no potencial artístico dos pacientes tanto que promoveu exposições de trabalhos dos internos, visando mostrar mais a parte social e a parte cultural, do que a parte psiquiátrica propriamente dita.

No Brasil com o crescimento hegemônico das concepções biológicas no campo da psiquiatria, houve um declínio das práticas que visavam a produção artística dos “alienados”, contudo as atividades não desapareceram dos asilos. Foram mantidas, porém eram atividades monótonas e repetitivas que serviam de combate à ociosidade e o vazio provocado pela instituição. Quando Nise da Silveira entrou em cena em 1946, ela tomou a arte do psicótico como um legítimo recurso terapêutico, sendo reconhecida nacionalmente como uma psiquiatra rebelde, trabalhando na interface entre psiquiatria, terapêutica ocupacional, psicanálise, psicologia analítica junguiana, arte e mitologia privilegiando as imagens do inconsciente moldadas durante a expressão artística dos

pacientes. Ela introduziu a questão da expressão e dos significados simbólicos na compreensão das atividades, onde antes só havia ocupação e pedagogia moral.

Na proposta da psiquiatra foram introduzidos no atendimento e na pesquisa, profissionais variados, incluindo artistas plásticos e músicos, visando um caráter interdisciplinar. Pretendia-se com a interdisciplinaridade uma compreensão do processo psicótico e um meio de tratamento dos doentes mentais. Nise deu um destaque especial à produção artística dos alienados, dizendo que eles se serviriam da arte como um instrumento para reconstruir seu mundo interno e reintegrar o mundo externo. Mesmo trabalhando dentro do manicômio ela introduziu uma outra lógica, gerando conflito no espaço asilar e fora dele.

Segundo Dias (2003), o Museu de Imagens do Inconsciente fundado por Nise da Silveira em 1952 com suas obras genuínas produzidas pelos psicóticos imprimiram um pioneirismo, destacando-se de outras terapêuticas que já trabalhavam naquele momento aproximando arte e loucura. O Museu de Nise é um exemplo de como a relação arte-loucura ali se inscreve, como um núcleo de estudo e pesquisa da esquizofrenia. Foram realizadas inúmeras exposições de obras de seu acervo no Brasil e no exterior. A estratégia utilizada foi inserir essas produções no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas.

Até aparecer os trabalhos com finalidade terapêutica envolvendo arte, havia uma predominância de ampla utilização das psicocirurgias e das convulsoterapias no tratamento das desordens mentais. Esperavam que o ato cirúrgico neutralizasse os sintomas da doença provocando modificações na vida psíquica de seu portador.

Para a criadora do Museu de Imagens do Inconsciente as obras produzidas pelos loucos valiam por sua significação expressiva e terapêutica. Era um meio de acesso ao mundo interno do paciente, sendo um instrumento de reorganização da realidade interna e externa. Nise da Silveira (1981) disse que o artista é aquele que desce às funduras do inconsciente, trazendo através das imagens essas marcas do inconsciente. Seria preciso o terapeuta estar de antenas ligadas e conhecer

a linguagem arcaica de raízes universais para seguir o processo de criação, que se desdobraria em imagens, tornando o invisível em visível.

Segundo Lima (1997) o trabalho de Nise da Silveira, de grande sensibilidade e delicadeza, introduziu uma outra lógica. Para Dias (2003) a psiquiatra desenvolveu um trabalho portentoso em oficinas de expressão como pintura, escultura, música, dança; em trabalhos manuais, e em atividades recreativas - jogos, passeios, festas, fazendo interface com várias disciplinas, abrindo caminhos para o trabalho das Oficinas e ateliês terapêuticos como ferramentas importantíssimas nos dispositivos implantados no Brasil com o processo da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, as inovações no tratamento do psicótico proposto por Nise utilizando-se da arte não foi bem recebida no meio médico, pois estavam convencidos da eficácia das terapêuticas biológicas, e não estavam interessados na arte dos loucos. Eles denominavam-na de arte psicopatológica. Entretanto, se não houve respaldo pela maioria dos psiquiatras brasileiros, a arte brasileira a acolheu prontamente. Esse acolhimento faz lembrar-se de Freud, para quem a psicanálise estaria muito mais próxima da arte que da ciência, propondo a arte como possibilidade de se estabelecer um caminho de volta à realidade de um jeito novo, para aquele que havia se perdido na loucura.

Havia um grande preconceito sobre as produções artísticas dos loucos até utilizar-se a arte como forma de tratamento para a loucura. No Brasil, Mário Pedrosa destacou-se como um dos opositores a essa postura. Frayze-Pereira (1995) assinala que Mário em 1950, escreveu a favor da arte que não leva em consideração convenções acadêmicas ou receitas de escolas. Ele a denominou de “arte virgem”, descrevendo-a como uma arte que pertence a todo ser sensível. Atrás da obra há um artista, mesmo sendo louco. No plano da arte nada o faz distinto dos considerados normais. A vontade de arte se manifesta em todo homem independente de qualquer coisa. As obras produzidas são da mesma natureza das dos grandes artistas. O processo de elaboração da criação é o mesmo, pois o artista empresta forma aos seus sentimentos e imagens de seu eu profundo.

O modo de Mário descrever o processo criativo está em consonância com a proposta psicanalítica, pois, segundo Tessler (2002) havendo uma paralisação da subjetividade frente a um conflito psíquico o artista teria na arte um meio para restabelecer sua criatividade e seus laços com o mundo. A arte poderia ajudar o sujeito a inventar uma forma de estabelecer seu contorno singular em relação ao vazio.

A referida autora assinala que na produção de um artista, aquilo que é singular expande-se quando é tornada pública, pois, absorverá olhares e gestos, incorporando a experiência do outro. O artista é aquele que se apropriando de aspectos da vida cotidiana produz obras que perturbam o olhar, oferecendo uma nova concepção estética de inserção do sujeito em seu contexto social. Na interface com a arte a liberdade de expressão é condição *sine qua non* para o exercício da criação. A atividade do artista é transformar atos em formas. Ele vai configurar uma ausência criando sua linguagem específica. O artista contorna o vazio com sua criação. Em muitos momentos na história da arte exigiu-se um afastamento crítico diante de diversas manifestações artísticas, pois poderia correr-se o risco do estabelecimento de camisas-de-força conceituais. A arte é sempre linguagem e a criação de imagens tem a sua especificidade independente de técnicas ou categorias artísticas. Encontram-se como pontos de referência de muitas manifestações artísticas atuais a memória, a repetição, a busca de uma origem e a questão de identidade.

Através dos aspectos abordados nota-se a proximidade que há entre o discurso da arte e da psicanálise, contudo isso não se dá numa relação de continuidade, pois, segundo Azevedo (2006) é numa construção que analistas ou críticos de arte podem fazer essa articulação, tratando-se de campos discursivos distintos. Sempre que um analista se propõe a fazer essa articulação ela será feita a partir do discurso da psicanálise. Esses campos são “diversos, tanto nas suas linguagens quanto nos seus gestos de invenção e nas materialidades que manejam” (Birman, 2002, p.97).

Rivera (2005) afirma que de onde a psicanálise fala, a arte funcionaria como um olhar que vem de outro lugar trazendo importantes indagações. É na intersecção entre esses dois campos, a

partir de pontos comuns que deve ser feita uma aproximação. Nesta aproximação não há tranquilidade, mas cisão, irrupção da diferença, fragmentação das semelhanças.

3.2 – As contribuições da psicanálise para a criação

Cada campo do conhecimento tem sua especificidade, contudo concorda-se com Joel Birman (2002) ao assinalar que o discurso psicanalítico poderia contribuir para a produção de uma teoria da criatividade, ao lado de outros saberes, conjugando esforços múltiplos de diversas disciplinas, num projeto interdisciplinar de pesquisa para explicitar a experiência da criação humana.

O autor indaga sobre o que significa a criação em psicanálise, e se existe em psicanálise algo que é da ordem da criação. Após resgatar vários aspectos sobre o psiquismo e a subjetividade ele demarca que a criatividade é a finalidade da experiência psicanalítica. É passando por ela que o psiquismo pode funcionar de maneira criativa, restaurando a potência conflitiva dos opostos, dos dois modos de funcionamento do psiquismo – princípio do prazer x princípio de realidade, para que estes possam fornecer a matéria-prima das suas produções. Dizer que a experiência psicanalítica busca a promoção de mudança psíquica, implica em afirmar que ela tem a intenção de produzir criatividade na subjetividade. Entretanto, isso não significa dizer que algo semelhante ocorra em diversos processos artísticos, sobretudo porque estes se realizam pela mediação de diferentes materialidades artísticas colocadas em cena. Escrever uma prosa ou poesia é manejar a palavra de diferentes maneiras, da mesma forma que pintar e esculpir pressupõe materialidades e procedimentos diferenciados.

O que a psicanálise tem a propor é uma leitura da subjetividade criadora como condição de possibilidade da experiência artística da criação. A psicanálise pode até oferecer uma leitura dos processos criativos, buscando circunscrever o lugar do sujeito na sua produção quando a tônica está colocada nos registros do inconsciente e da pulsão, mas o que existiria seria uma posição, uma postura da subjetividade criadora, o que transcenderia as diferenças presentes nas diversas práticas

artísticas e científicas. Essa posição, por outro lado coloca em questão o mecanismo da sublimação que se refere sempre aos fantasmas primordiais do criador. Nessa perspectiva, a psicanálise busca os rastros da obra no fantasma que a organiza, e a sublimação é o mecanismo cardeal da experiência criadora. Contudo Birman (2002) enfatiza o estrangulamento dessa posição.

A psicanálise trabalha com o conceito de sublimação para referir-se a processos criativos, artísticos, entretanto valer-se formalmente desse conceito, na concepção do autor acima, pode ser um contra-senso, pois existe uma opacidade em sua leitura nesse campo. Ele adverte que a psicanálise está voltada para o particular da subjetividade, e tomar conceitos de forma universal pode embaralhar as cartas do jogo desnecessariamente. Enunciar qualquer sentença em psicanálise sobre criatividade significa dizer que algo possa ser legítimo, o que poderia levar a inúmeras dificuldades. É preciso separar o joio do trigo. Todavia, no caso da experiência psicanalítica o que se busca é a criatividade psíquica durante o processo. No final a produção criativa é uma de suas marcas insofismáveis.

O conceito de sublimação foi usado incansavelmente como um dos destinos da pulsão na primeira tópica freudiana para designar somente a dessexualização pulsional para finalidades criativas e mais valorizadas socialmente, assinalado anteriormente, mas ele é muito mais abrangente. Com a segunda teorização freudiana após a enunciação da pulsão de morte esse conceito e a concepção psicanalítica da criação se tornaram mais evidentes, não se opondo mais ao erotismo.

Birman (2003) sustenta que o conceito de pulsão de morte como pulsão sem representação em oposição à pulsão de vida significou uma radicalização de Freud em seus postulados teóricos de 1915. Nessa visão, a pulsão de morte indicaria a força da pulsão em estado puro, sem articulação com os registros do objeto e da representação. Com seu caráter disruptivo, marcada pelo silêncio, por estar fora do campo da linguagem, ela produziria ruídos pela sua irrupção fazendo uma exigência constante de trabalho ao psiquismo pela sua ligação com o corporal, configurando diferentes destinos da força pulsional. O psiquismo diante da morte como imperativo real da

condição humana, se valeria da erotização e da sublimação como aspectos complementares para sua evitação e regulação. Erotizar se oporia ao movimento do ser para morte e seria a matéria-prima do processo sublimatório, sem qualquer marca de idealização. Sublimar implicaria a reutilizar a força pulsional, erotizada, para a criação de novos objetos de satisfação possível. Seria o triunfo da vida contra a morte.

O autor referido indica que a sublimação permitiria uma flexibilização do circuito pulsional de origem, retificando a compulsão à repetição⁷ presente nas fixações originárias do psiquismo, denotando novas possibilidades de gozar. A sublimação implicaria numa ruptura com as fixações eróticas originárias, abrindo espaço para o aparecimento da diferença, marca por excelência do psiquismo que retificaria os traços do “mesmo” presentes nas fixações primeiras. Nessa vertente ela possibilitaria o triunfo da vida contra a morte, sendo que a erotização continuaria sendo sua matéria-prima, mas sem qualquer marca de idealização, presente no objeto de fixação originário.

Essas idéias de Birman são ratificadas por Bartucci (2002) ao tomar o conceito de pulsão como o conceito fundamental da obra freudiana. A partir daí outros conceitos como o psiquismo e o sujeito do inconsciente, serão destinos da pulsão, ao lado do retorno ao próprio eu, da transformação em atividade em passividade e da sublimação. A pulsão faz uma exigência de trabalho constante ao psiquismo, necessitando fazer ligação e simbolização para que ali possa fazer sua inscrição. Isso demonstra a importância da experiência artística e literária, pois ao mesmo tempo em que as coisas são inalcançáveis pela arte, abrem-se a possibilidade de intensidades e excesso pulsionais se presentificarem. Por meio da criação artística há a possibilidade de se estruturar a realidade de modo pessoal e estilizado, constituindo destinos possíveis para as forças pulsionais, organizando circuitos e inscrevendo a pulsão no registro da simbolização.

Ainda segundo a autora, é a concepção de sujeito do inconsciente como destino das pulsões que possibilitará pensar o ato da criação como criação de um sujeito. Há no ato artístico uma produção de um outro lugar de enunciação do sujeito que só poderá ser inferido a partir do que é

⁷ Esse conceito será objeto de investigação adiante

produzido. A arte constitui-se então como uma prática de produção de sentidos, de criação de mundos, estruturando a realidade de modo pessoal. Tanto a psicanálise quanto a arte encontram na inscrição da pulsão no registro da simbolização a sua ordenação do circuito pulsional, constituindo uma outra economia que possibilita o trabalho de criação, de produção de sentido e de ligação. Portanto, a sublimação designa um campo muito diversificado de atividades e não especifica a produção artística como um todo, embora a arte não deixe de ser uma espécie de modelo de sublimação.

Numa outra análise de Birman (2002) sobre os métodos psicanalítico e poético de criação, ele considera que a subjetividade deveria colocar a sua imaginação livremente sem se preocupar com os signos de realidade, pois a fantasia poderia operar sem obstáculos, sempre em direção à criação, delineando algo novo. Para isso seria necessário que o analista e o poeta pudessem suspender as certezas do eu, para que novas possibilidades pudessem surgir no horizonte, e que estivessem dispostos a correr riscos como em qualquer experiência transgressiva. É nesse caminho errante que a sublimação se materializa pelo livre fantasiar, tornando possível a experiência da criação para a subjetividade. As formulações da teoria psicanalítica não são definitivas, estão sempre se reformulando repetidamente. Tentar compreender o segredo do fazer artístico pode estar relacionado com as condições do próprio trabalho analítico, do que uma análise produz, pois ela não gera artistas, mas pode originar caminhos sublimatórios não menos enigmáticos e imprevisíveis.

Chnaiderman (2002) assinala que na arte, trata-se do processo de construção em uma forma de algo informe. Já no processo analítico, a escuta desconstrói formas, surgindo em circuitos instituídos para produzir novas articulações entre mundos possíveis. “Palavras tornam-se fluxos de rios que jorram afetos inimagináveis” (p.133).

Já para Souza (2002) “o artista é aquele que oferece ao olhar de todos um detalhe do mundo (...) o artista é fundamentalmente um intérprete, e suas obras são leituras endereçadas ao mundo” (pp.143-144). O autor resgata as idéias de Santo Agostinho a respeito da arte e o considera muito atual na medida em que o filósofo chama a atenção para a singularidade da pulsão criadora no

homem. Os efeitos dessa posição podem ser percebidos quando a arte permite que alguns sentimentos, lembranças, pensamentos alcancem maior densidade, por mais singulares e únicos que sejam, ou também quando os objetos de arte conseguem propor à sensibilidade em geral formas compartilhadas de apreensão e visibilidade do real.

A obra de arte produz um nada, origem de tudo, espaço de convite à presença do outro. Um dos pontos cruciais de encontro entre a arte e a psicanálise é em torno do nada que se produz como efeito de um ato (o ato analítico e o ato criativo).

...Pensando no ato artístico quanto no ato psicanalítico, vemos que o ato vem revelar o contorno do objeto e do sujeito que é revelado. Teríamos ainda que fazer decantar desse objeto os últimos resquícios de subjetivismo e psicologismo. Esse objeto enuncia a complexidade da relação ao mundo. A obra serviria, então como uma espécie de testemunho de uma nova atitude diante da vida...A arte desvela sua dimensão de pensamento, mesclando de forma única os planos da racionalidade e da sensibilidade (Souza, 2002, pp.145,147).

Se assente com o autor acima quanto a sua postura em relação à obra de arte, ao ato artístico e ao psicanalítico, pois ele discorre sobre os temas com muita propriedade. Ele diz que a obra de arte cria um espaço de presença, um lugar de fôlego, propiciando sentido e visibilidade à realidade, tendo uma dupla função: dar forma a mundos informes e desfocar vícios interpretativos e interpretações repetitivas. Portanto, a produção artística só pode ser pensada como fundamentalmente crítica e essencialmente envolvida com os laços sociais de seu tempo. Soma-se a isso o fato destacado por Souza sobre o ato criativo, pois revela uma experiência que não é pura continuidade do vivido. A psicanálise mostra que é a experiência construída num processo de relação ao outro e ao mundo que dá consistência ao vivido. A obra de arte aponta mais para um horizonte de possibilidades do que para uma radiografia do que aí está.

São vários os pontos de diálogo entre arte e psicanálise considerando o ato criativo e o ato psicanalítico. Ambos se inscrevem como produtores de rupturas e descontinuidades na construção

da subjetividade, pois eles convergem para a divisão subjetiva, para as tensões, ambivalências, paradoxos que perpassam o sujeito. Souza (2002) relembra as dualidades vividas pelo sujeito tão bem exploradas por Freud ao longo de sua obra: desejo e lei, repetição e criação, vida e morte, para dizer que as obras de arte funcionam como pólos de desequilíbrio na relação entre o eu e o mundo, sendo a arte um movimento mimético que possibilita harmonização com o mundo. Os atos artísticos e analíticos resistem à inércia que nutre ideais de completude. “O ato artístico é uma prática de enfermeiro do vazio, de um vazio que jamais cicatriza” (Passeron, como citado em Souza, 2002, p.149).

O homem cria em todos os momentos de sua vida. Ele cria na doença, no sonho, em seu delicado cotidiano ao expressar seu pathos, no sofrimento, na paixão, e não só nas artes e nas ciências. Persicano (2002) menciona que a criação humana sempre foi identificada pelo homem em supremacia com as artes, sendo o modelo de expressão criativa. Todavia, qualquer que seja a criação artística ela se endereça à alteridade e é consenso de que a arte nasce concomitantemente com o aparecimento da humanidade, é a explosão criativa que ocorreu na vida.

Frayze-Pereira (2002), ao fazer uma análise sobre a arte contemporânea e a body-art, recorda-se de uma frase de Merleau-Ponty cabendo incluí-la nesse ponto do presente estudo: “o artista emprega seu corpo... é emprestando seu corpo ao mundo que ele transforma o mundo em obra de arte...” (p.258). Ao ter como foco a produção artística de sujeitos em sofrimento psíquico grave, parece oportuno relacionar o artista que faz de seu corpo uma arte, emprestando-o ao mundo, com o psicótico quando ele faz arte, visto que este também faz uma entrega transformando o mundo e o seu mundo numa obra de arte absolutamente singular.

3.3 – Tecendo fios

Constata-se pelas diversas posições dos autores relacionados acima que são muitos os fios ligando arte, psicanálise e loucura. A psicanálise sempre desenvolveu um diálogo com a cultura e com a estética. Seguindo o caminho aberto por Freud, vários psicanalistas de diferentes escolas

fizeram suas leituras sobre o tema. Jacques Lacan, psicanalista francês contribuiu muito para a continuidade dessas reflexões.

Segundo Rivera e Safatle (2006), Lacan foi um psicanalista que repensou os modos de subjetivação presentes na clínica a partir do recurso da reflexão estética, sobretudo no final de seu ensino ao analisar a obra de James Joyce. Safatle (2005) assinala que é como se a análise na sua visão devesse procurar nas formalizações estéticas de vanguarda, os modos de subjetivação que deveriam operar na clínica. Não se trataria simplesmente de colocar a criação artística como ideal de final de análise, mas de mostrar que o sucesso de uma análise implicaria uma mudança na maneira com que os sujeitos estruturam seus vínculos sociais. A cura estaria fundamentalmente ligada à capacidade dos sujeitos em destruir o vínculo imediato à língua com seus procedimentos gerais de simbolização, como James Joyce que escreveu de uma tal maneira que para ele a língua inglesa não existiria mais.

Borges (2008) indica que Lacan havia sido muito crítico à aplicação da psicanálise à obra de arte ou a seu autor. Em 1975 ele afirmou numa exposição na Universidade de Yale, que a psicanálise só se aplica ao sujeito que se encontra em tratamento. Em outras palavras, a arte pensa através dos dispositivos que a faz funcionar, cabendo à psicanálise discernir as verdades que anuncia e procurar os meios para formulá-las.

Mesmo que Lacan tenha radicalizado seu pensamento com o passar do tempo, no início de sua prática psiquiátrica ele iniciou uma fecunda interlocução com os dadaístas, passando depois aos surrealistas, reconhecendo a influência que tiveram sobre sua obra e identificando-se com aquilo que mais se dedicavam: arte, loucura, psicanálise, homicídio etc. Salvador Dali, representante do movimento surrealista, considerava o delírio paranóico uma atividade de criação capaz de mostrar que na percepção uma manobra interpretativa estaria em jogo. Tal como a experiência da loucura em que o mundo é interpretado através do delírio, a arte abalaria a percepção imediata das coisas, convocando uma potência interpretativa. As obras paranóicas para o artista fariam uma crítica radical à realidade perceptiva.

Em seu seminário XI Lacan expôs que a obra de arte teria por modelo a olaria (o vaso faz um contorno do vazio), tal como o filósofo Heidegger a concebia. Assim como o vaso, a obra contornaria um vazio que deveria ser inferido na experiência estética. Essa apreensão exigiria a noção de repetição e a referência ao tempo. Ele também discorreu nessa obra sobre a diferença entre ver e olhar. Argumentou que um quadro deveria ser considerado uma espécie de armadilha para o olhar. Para apreensão da imagem o sujeito deveria se distanciar da tela para reconstruir o caminho da perspectiva presente no quadro. As imagens ganhariam forma, o espaço se organizaria de modo que se poderia incluir o ponto de vista do pintor.

Lacan defendeu nesse seminário uma espécie de descompasso entre o que vemos e o que nos olha. Ele indicou que o pintor faz um endereçamento de sua obra ao Outro, dando-a-ver ao Outro sua produção, porém apresentou a contramão disso interrogando: O que esse dar-a-ver pacifica? Concluiu que há um apetite do olho naquele que olha e isso é o que constitui o valor da pintura, pois o olho é cheio de voracidade, que é o do mau-olhado. Sustentou a idéia das condições presentes na criação artística poderem se estender para a produção artística do psicótico.

Com estas contribuições pode-se afirmar que se o artista faz um endereçamento ao Outro de sua criação, o psicótico com a sua produção num trabalho de Oficina Terapêutica também o faz, sendo que a presença do Outro (coordenador, colegas) é fundamental, pois podem encarnar-se num público privado. O olhar e a presença vão incidir sobre sua produção propiciando uma função restitutiva de certa integridade, de suplência em sua desorganização psíquica, para além da produção no campo narcísico. Logo, a Oficina Terapêutica conforme indica Guerra (2004) deverá ser um lugar social de trabalho, que se organize pela via da criatividade, permitindo deslocamentos em relação ao trabalho repetitivo e alienante, contribuindo para a ressignificação e transformação subjetiva.

O objetivo em relacionar as contribuições dos diversos autores explorados neste capítulo, articulando arte, psicanálise e loucura, foi para refletir sobre o tema e interligá-lo com a análise dos dados da pesquisa realizada com os sujeitos inseridos em dispositivos de CAPS. Acredita-se que em

qualquer campo do conhecimento (ou não) há que se ter “*Asas da liberdade*” para voar, dar asas à imaginação em busca da potência de criação e da invenção.

No próximo capítulo há uma explanação mais detalhada sobre como esses dispositivos em Saúde Mental foram se organizando no Estado de Minas, onde há grande concentração de psicanalistas, o que é o trabalho nas oficinas terapêuticas, mas, sobretudo sobre o que significa o conceito de repetição, na visão de alguns autores fundamentais.

CAPÍTULO IV

Vou criar o que me aconteceu.
Só porque o viver não é relatável.

Viver não é vivível.

Terei que criar sobre a vida.

E sem mentir.

Criar sim, mentir não.

Clarice Lispector (1986)

4 – A ilha

4.1 - A inserção de psicanalistas na Saúde Mental em Minas Gerais

O termo Saúde Mental segundo Fernández (2001) marca uma importante diferenciação: se por um lado se refere a um estado de vida mental que se definiria como ao que seria o seu oposto – doença mental, por outro, designa um campo complexo de práticas, sustentado por diversas disciplinas, dentre as quais se destaca a psiquiatria.

Amarante (2007) fez uma ampla discussão sobre essa questão assinalando que na prática assistencial, até pouco tempo atrás, atuar profissionalmente na Saúde Mental significava trabalhar com doenças mentais, com hospícios, com manicômios, levando a um impasse: O que é um indivíduo normal? E anormal? De perto alguém é normal? Considerando tais questões o autor trazendo outras contribuições afirma que de perto também ninguém é anormal. Ele expressa que esse é um problema científico grave, ficando claro que o modelo científico dualista-racionalista não é suficiente para lidar com determinados problemas e não só no campo da Saúde Mental. Este é um campo de domínio bastante polissêmico e plural, pois diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades altamente complexos. Qualquer categorização pode levar a um reducionismo e a um achatamento das possibilidades da existência humana e social.

A vertente psiquiátrica predominante em geral tem uma concepção do psiquismo numa prevalência eminentemente biológica. No que diz respeito à psicanálise, desde o início o psíquico a que Freud se referiu é de outra ordem que não a do biológico. Para Freud os produtos psíquicos não podem ser localizados em elementos orgânicos do sistema nervoso, mas entre eles, ou seja, não se trata do biológico, mas de operações psíquicas efetuadas por um aparelho simbólico. É o inconsciente, o psiquismo freudiano, a base indispensável que a psicanálise tem a oferecer à Saúde Mental. Se esta aceita a oferta, abre-se a possibilidade de um campo de intersecção entre ambas.

Em outros países que viveram seu processo da Reforma Psiquiátrica como, por exemplo, a Itália, a Psicanálise ficou de fora do movimento, diferentemente do Brasil, em que há a peculiaridade de grande presença de psicanalistas de orientação lacaniana e clínicos de diferentes

matizes, tanto na linha de frente da assistência quanto nos grupos de orientação política. A Saúde Mental focaliza o homem determinado pela supremacia da razão, privilegiando os aspectos conscientes e a psicanálise se funda ao descentrar o homem de sua razão, quando Freud desvela a supremacia do inconsciente. Mesmo mantendo diferenças significativas é a Saúde Mental que viabiliza o exercício da prática psicanalítica em instituições públicas de saúde.

Barreto (1999) afirma que devido à junção de diversos fatores, a história da saúde mental no Estado de Minas Gerais está marcada pela forte influência da psicanálise sustentada nos postulados lacanianos, na manutenção da práxis clínica, com implicações de ordem ética e política, exigindo constante reinvenção por parte dos seus atores. A questão ética indica os direitos do sujeito, enquanto a política, os direitos do cidadão. O autor estabelece uma aliança direta entre clínica lacaniana e Reforma Psiquiátrica. Para os psicanalistas dizer que o louco é um cidadão significa o mesmo que dizer que ele é sujeito. A dimensão do sujeito implica a dimensão da liberdade, da implicação e da responsabilização sobre seus atos, enquanto a do cidadão relaciona-se com o direito que ele tem aos cuidados, mesmo que não se implique na posição de sujeito no tratamento. Como pensar uma clínica do sujeito que responda a tantos desafios colocados pela Reforma Psiquiátrica?

No Estado de Minas Gerais a psicanálise se tornou um discurso articulador para refletir as práticas dentro dos serviços pioneiros na Saúde Mental, e estes se tornaram uma referência nacional. No entanto, nestes serviços outros discursos não se inseriram. Porque um discurso como o cognitivista – comportamental não entra? Ele não tem ressonância porque a luta antimanicomial tem como traçado se contrapor a um discurso dessubjetivante presente no posicionamento cognitivo-comportamental?

Dentro da Saúde Mental houve uma apropriação dos discursos da psicanálise e da arte transformando-se em discursos oficiais. Eles foram se oficializando, mas a que isso vem responder e o que isso tem de significativo como um fenômeno? Apropriar-se desses discursos não garante uma posição de saber/fazer determinando um lugar de poder?

4.2 – Oficinas terapêuticas: Novos dispositivos de tratamento para a loucura

A palavra oficina contém em seu aspecto etimológico, entre outros significados, o de ser um lugar onde se exerce um ofício ou onde trabalham oficiais e aprendizes de alguma arte. O aparecimento das Oficinas Terapêuticas nos novos dispositivos da Saúde Mental ligou-se diretamente aos princípios da desinstitucionalização e da luta antimanicomial. O princípio da desinstitucionalização visou romper com a idéia de que o louco tem de se submeter a processos de disciplinarização e exclusão.

As oficinas estariam segundo Guerra (2004), num campo inédito, numa interseção entre o lugar da clínica especificamente, de um lado, e o lugar das atividades coletivas, de cunho eminentemente sociopolítico, de outro. Elas estariam no campo do tratamento possível da psicose, da clínica ampliada, que une política e clínica, consistindo prioritariamente em respeitar o louco pessoal e civilmente para poder circular pela cidade, tolerar o preconceito existente que o retira da cena social e encontrar para si um modo particular de convivência.

Para Campos (2004), a prática de oficinas dentro da saúde mental absorve novos sentidos, pois se trata de uma atividade de convivência própria, uma experiência aliada a recursos favoráveis à saúde, estimulando a catarse, a transformação e a autonomia; propiciando a reinteração e oportunizando o participante a elaborar vivências passadas. Por sua vez Ribeiro (2004) considera que elas se sustentam como possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalisadores da produção psíquica dos sujeitos nelas enredados, facilitando o trânsito deles na família, na cultura, bem como sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo.

Na concepção de Guerra (2004), o que diferencia e particulariza a atividade das oficinas na saúde mental das demais intervenções, coletivas ou não, é o fato de o paciente psicótico trabalhar com o objeto concreto, o que a autora define por *materialidade do produto*, surgindo uma densidade simbólica diferenciada. As oficinas vinculam-se de forma estreita à questão do estatuto do objeto, mais que à própria fala, visto que seu funcionamento, independente da tendência da oficina (trabalho, arte, convivência, subjetividade), sempre referencia um produto, uma produção material,

produzindo efeitos subjetivos e socializantes por operarem sobre uma superfície material concreta, permitindo uma circunscrição do gozo⁸ fora do corpo do sujeito.

Essa autora sustenta a idéia de que os sujeitos nas oficinas podem apropriar-se de suas histórias de vida. Ao produzirem um texto, ao lerem ou recitarem um poema, eles podem se remeter ao seu passado, compartilhando-o com os colegas, suportando histórias de vivências de dor e sofrimento, de profunda angústia e desumanização. Veiculando a emoção, criam uma circulação de lembranças, propiciando ao outro também, a expressão de relatos pessoais. Cada encontro é inusitado, podendo proporcionar aos sujeitos aprendizagem, produção, intercâmbio, ampliação das relações e mergulho no universo cultural, propiciando-lhes escapar à imposição de uma rotina massificante e ao mesmo tempo oferecendo resistência ao que é singular e próprio desse sujeito.

As oficinas procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica. Nos novos dispositivos da rede de atenção, a ênfase na particularidade de cada caso, o trabalho multiprofissional, a escuta e o respeito ao louco e a invenção de novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico deram ensejo à recuperação do uso da atividade como um valioso recurso no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial (Guerra, 2004).

Alguns autores como: Rocha (1997), Wanderley (2004), Varella (1997), Assis (2004) e Rauter (1997) (como citado em Cedraz e Dimenstein, 2005, p. 109) fazem uma articulação entre o trabalho nas oficinas terapêuticas e a arte, harmonizando-se com a proposta deste trabalho. Eles destacam a arte como fonte de energia, como conexão do exercício de diferentes linguagens, como

⁸ Gozo é um conceito circunscrito na obra do psicanalista Jacques Lacan para designar aquilo que se revela, desde o que é mais banal até o mais sórdido do nosso ser. O sujeito na tentativa de apreender o impossível que é da ordem do real, se lança numa repetição incessante produzindo um excedente. Lacan localiza o conceito de gozo num efeito de entropia, num desperdiçamento, no mais-de-gozar. No seminário 20 ele afirma que o gozo “é aquilo que se reduz a ser apenas uma instância negativa. O gozo é aquilo que não serve para nada”, porém temos o direito de usá-lo, de abusá-lo, mas não muito. O gozo se manifesta na forma de um imperativo superegóico: “Goza” (Lacan, 1985, p.11). Nesse texto o autor fala de um gozo do corpo, um gozo do Outro. Se num primeiro momento havia uma busca do gozo sexual, fálico, num outro, temos um gozo do corpo, assexuado, pois o que torna o gozo sexuado é a linguagem, pela nomeação e significação das partes do corpo. O gozo do ser é um gozo fora-da-linguagem, que suporta o corpo, mas não o corpo mortificado pela linguagem. Do lado desse gozo está o gozo feminino, que como o gozo do corpo é inacessível, por não corresponder a nenhum desejo, não podendo ser apreendido pela linguagem.

meio de transformação de si e do mundo, como forma de dar vazão à loucura, como possibilidade do louco através da produção artística sair do lugar de desacreditado socialmente e que se a clínica pretende produzir mudanças subjetivas deve aproximar-se da arte, talvez até mesmo tornar-se arte.

A atividade artística propicia o processo construtivo e a criação do novo através da produção de acontecimentos, experiências, ações, objetos; "reinventa" o homem e o mundo. Sob essa perspectiva, as atividades das oficinas em saúde mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais. A loucura traz a marca de uma diferença quanto à forma de organização subjetiva que permitiria ao paciente psicótico fazer um laço simbólico com a ordem social.

A dimensão da clínica está presente no cotidiano das oficinas, em um olhar e uma escuta atenta ao sujeito. O que orienta a condução do tratamento e a reabilitação do paciente em sofrimento psíquico grave são suas produções sintomáticas e seus arranjos subjetivos, ou seja, o discurso do sujeito e não o discurso ideal político da autonomia. A ética possível das oficinas é a de possibilitar a produção de uma subjetividade que enriqueça, de modo contínuo, a relação do psicótico com o mundo. Coordenar uma oficina com psicóticos leva a se deparar por um lado, com a realidade do intratável da psicose, e, de outro, com as lições que se pode tirar da lógica das "soluções" ou das invenções da psicose.

A função do coordenador das oficinas é acolher os sons, as falas, as formas, os atos, afirmando que há ali um sujeito com algo a dizer e a fazer, interessando-se por esse algo e esforçando-se por buscar um sentido nesse fazer. Isso significa estar à escuta de uma linguagem muitas vezes sem palavras, a partir da qual essas produções podem instituir canais de troca e encontro e criar novos universos existenciais. As atividades devem ser pensadas, planejadas e orientadas por parâmetros éticos e estéticos e por uma equipe interdisciplinar, conciliadora dos diversos discursos.

Entretanto, nesse cotidiano, profissionais de diferentes formações são envolvidos, apresentando dificuldades distintas, visto que a clientela atendida apresenta sofrimento mental grave, tanto com sintomas positivos quanto com os sintomas negativos da doença, para empregar uma terminologia psiquiátrica. Não raro eles apresentam movimentos estereotipados, inércia, automatismo, etc., negando total participação nas atividades propostas. As novas abordagens de tratamento inclusive combatem o excesso dos discursos psi (Psiquiatria e Psicologia) e defendem a realização das atividades nas instituições, nas oficinas, por profissionais de outras áreas. É o caso das oficinas nos centros de convivência coordenadas por artistas, artesãos e instrutores.

4.3 – O conceito de repetição e suas relações com a produção artística no trabalho de oficinas terapêuticas

Ao abordar o ato de criação artística através do conceito de repetição, Hofstaetter (2005), busca explicitar e relacionar o tipo de repetição, que seria uma repetição nua, material e conceitual, com outro tipo de repetição que a envolve e é mais profunda, implicada pela inserção da diferença. Um de seus pressupostos é que todo ato criativo é constituído de repetição, assim como a repetição faz parte da constituição do ser humano, de acordo com a psicanálise. Entretanto, esta é uma repetição que se faz pela via do diferente, por onde se desloca um “diferencial”. Segundo a autora, esta forma de pensar a repetição, tanto no âmbito da criação artística, como na psicanálise, leva a pensar numa intersecção entre estes referenciais.

Considerando o fenômeno da repetição como crucial nesta investigação, tornou-se fundamental transitar sobre alguns estudos realizados a seu respeito. Garcia-Roza escreveu em 1986 o livro intitulado “Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões” indicando que o fenômeno da repetição é central para o homem desde tempos remotos, perpassando o mito, a noção de “eterno retorno” de Heráclito até Nietzsche. Ela atravessa a história do pensamento ocidental, ressurgindo com Freud, através de suas construções e desconstruções teóricas. “O mundo, no que possui de verdadeiro (ou de sagrado), é uma repetição. O que não é repetição permanece imerso no caos, carecendo de sentido e realidade” (Garcia-Roza, 1986, p.28).

Vários autores importantes trabalharam sobre o conceito como Hegel, Kierkegaard, Nietzsche, Freud, Lacan, Deleuze, etc. Cotejando suas análises percebem-se semelhanças e diferenças em cada um, e percorrê-las tornaria mais rico o presente estudo, entretanto, como é necessário fazer um recorte, serão enfocadas as principais noções do conceito de repetição em Freud e Lacan na psicanálise, e em Deleuze e Kierkegaard no campo da filosofia, produzindo uma articulação conceitual com o subsídio de comentadores a respeito do mesmo.

4.3.1 – A repetição em Freud

Em alemão repetição é *wiederholen*, e etimologicamente significa *buscar novamente*. O tema da repetição apareceu na obra freudiana a partir do “caso Dora” (Freud, 1905 [1901]) articulada à clínica, contudo, nesse período Freud ainda não havia se dando conta de sua importância para a prática analítica. Dora abandonou o tratamento três meses após o seu início, repetindo na transferência uma situação pregressa ocorrida em sua história de vida. Desde o início esse conceito emergiu vinculado à clínica e, sobretudo, à transferência.

Freud introduziu o conceito de compulsão à repetição no texto Recordar, Repetir e Elaborar (1914a) associado à perlaboração dos conteúdos recalçados que iam se tornando conscientes no processo de análise. Ele afirmou que o sujeito, ao invés de recordar o recalçado, atua-o. A experiência não é lembrada, mas “atuada”. Para ele o neurótico tenta ao longo da vida, a qualquer preço, repetir, buscar novamente, situações prazerosas vivenciadas. Nessa época o psicanalista colocou a repetição no centro do processo analítico de forma negativa, pois precisava ser evitada, cabendo ao analista conduzir a análise para que o analisando trouxesse para a esfera da recordação o que insistia em emergir no campo da repetição. A via privilegiada para um bom desenlace do tratamento era a recordação.

Para lidar com os demônios da repetição, segundo Elia (2006), Freud colocou o manejo da transferência na análise como o principal recurso a ser utilizado, pois é nesta que a compulsão à repetição encontra o parque de diversões para se esbaldar, sendo neutralizada, tratada pelo

simbólico. As pulsões patogênicas podem se revelar, desde que o analista obtenha do analisante a complacência suficiente para respeitar as condições da mesma. Quando essas condições são cumpridas instala-se a neurose de transferência, tratável pela análise e que transpõe num nível artificial, o fragmento da vida real que o analisante repete. O material psíquico recalçado precisaria ganhar espaço para verbalização, não obstante, apareciam conteúdos que não eram passíveis de simbolização e recordação (Maia, 2005).

Em 1919, em “Das Unheimlich”, traduzido como “O Estranho”, o tema da repetição é tratado por Freud em associação com o estranho e o assustador. O Unheimlich relaciona o estranho ao que é conhecido, familiar, provocando o assustador. Garcia-Roza (1986) ao analisar o artigo diz que a característica do estranho é essa proximidade e essa familiaridade aliadas ao oculto. Contudo, o absolutamente novo, o que jamais se deu na experiência, não pode ser temido. Só há Unheimlich se houver repetição. O estranho é o que retorna, que se repete, mas que ao mesmo tempo se apresenta como diferente. O Unheimlich é uma repetição diferencial e não uma repetição do mesmo. Mas foi com o texto “Além do princípio do prazer” (1920), que as elaborações teóricas de Freud sobre a repetição tornaram-se mais claras. Se a repetição em 1914 era inerente ao material psíquico recalçado, em 1920 a compulsão à repetição surge com uma tendência do pulsional que se dá para além do princípio do prazer.

Para que a virada teórica a partir de 1920 fique mais clara torna-se importante discorrer sobre um conceito eminente do campo psicanalítico, que é o de pulsão. Ele delimita e marca a diferença entre o homem e o animal, visto que o homem não é inscrito numa dimensão instintiva, como o último. O conceito de pulsão em psicanálise é primordial, pois é através dele que se funda o recalque e o inconsciente.

Freud pensou em sua primeira teorização sobre as pulsões, que o aparelho psíquico ou aparato anímico, abarcava o inconsciente e o pré-consciente/consciente, sendo o lugar da ordem, da representação regida pelo princípio do prazer/princípio da realidade. A partir de 1920, na segunda teorização com o texto “Além do princípio do prazer”, ao postular sobre a pulsão de morte, a pulsão

vai ocupar o lugar do acaso, situado além da ordem e da lei. A pulsão se situa além da linguagem embora seja referida à linguagem. Ela refere-se ao corpo, mas também não é o corpo. Conforme Garcia-Roza (1986) a pulsão que Freud se referiu seria a emergência do caos original, de uma força não domada, persistindo como fundo não ordenado de todo ser vivo.

A leitura dos textos freudianos mostra que a repetição é própria à natureza das pulsões, prevalecendo sobre o princípio do prazer. Através de sua experiência clínica, Freud extraiu situações repetitivas e que foram objeto de minuciosa investigação como rituais obsessivos, sonhos, delírios, traumas, medos, brincadeiras infantis etc. O autor se utilizou, dos sonhos traumáticos, das neuroses traumáticas, das brincadeiras infantis e da situação analítica através da neurose de transferência em “Além do princípio do prazer”, para encontrar aquilo que é da ordem da repetição e que está para além do princípio do prazer. Ele circunscreveu que o que está além do princípio do prazer é a pulsão de morte, distinta da pulsão de vida, considerada como algo mais primitivo, mais elementar e mais pulsional que o princípio do prazer. Nem todos os atos repetitivos respondem ao princípio do prazer, estando além do princípio do prazer.

Ao estabelecer o conceito de pulsão de morte Freud desvelou o caráter conservador das pulsões, afirmando que uma pulsão seria um impulso, estruturalmente ligado à vida orgânica, impelido a restaurar um estado anterior de coisas. Para a psicanálise, a repetição seria uma espécie de “força demoníaca”, capaz de ultrapassar o próprio princípio do prazer, sendo uma característica do inconsciente e fundamental para o funcionamento psíquico. Entretanto, nesse texto Freud ficou envolto em impasses, não conseguindo afirmar exatamente qual era a energia específica da pulsão de morte. Em relação às pulsões de vida ele manteve a libido, que em sua primeira teoria era a energia própria das pulsões sexuais. Até 1920 as pulsões eram divididas em pulsões de autoconservação e pulsões sexuais. A partir desta data, Freud faz uma junção destas pulsões designando-as de pulsões de vida, numerosas e ruidosas, opondo-as à pulsão de morte, identificada como pulsão de destruição, invisível e silenciosa.

Segundo Garcia-Roza (1990) é somente em 1930 com o texto “O mal-estar na cultura” que Freud vai afirmar a pulsão de morte como pulsão de destruição, sendo a destruição compreendida como uma disposição pulsional autônoma e originária do ser humano. Sexualidade e destrutividade passaram a ser absolutamente autônomas. Freud entendia essa destruição como vontade de destruição, todavia Garcia-Roza preferiu chamá-la de potência de destruição, na medida em que o uso do termo vontade poderia ser entendido como uma das funções da consciência, bastante exploradas pela psicologia. Acredita-se que a argumentação de Garcia-Roza é concernente com os desdobramentos teóricos que se seguiram em Freud.

A autonomia da pulsão de morte, como potência de destruição é totalmente consistente com a idéia de que “a pulsão, por se situar além da representação, além da ordem, além do princípio do prazer, é pura dispersão, pura potência dispersa” (Garcia-Roza, 1990, p.143). Nesse sentido, pode-se afirmar que ela é a pulsão por excelência. Toda pulsão é pulsão de morte, pois não tem como objetivo a autoconservação, a repetição do mesmo, sendo, sobretudo expansão, produção de diferenças, puro lugar de dispersão (Garcia-Roza, 1986).

Em 1990 o autor referido alegou que a sexualidade se constitui a partir da captura das pulsões pela rede significativa, sendo que o sexual pertence ao registro do desejo e não ao registro da pulsão, implicando além do registro imaginário, o simbólico. O real da pulsão é o seu suporte. Enquanto pura potência, a pulsão é vazia de forma, de sentido, não é nem sexual nem agressiva, mas pulsão pura. Fazendo-se referência às pulsões oral, anal, fálica, escópica e invocante aponta-se para a diversidade das fontes pulsionais.

A pulsão em Freud é o que se repete, ficando claro que pode haver dois tipos de repetição: a “*repetição do mesmo*”, que se aproxima da reprodução, pois é estereotipada e a “*repetição diferencial*”, produtora do novo e de transformações (Garcia-Roza, 1986). Segundo Freud (1920) a compulsão à repetição faz parte da constituição do ser humano. A repetição demanda o novo, voltando-se para o lúdico. “A diversidade mais radical que constitui a repetição em si mesma é o verdadeiro segredo do lúdico” (Lacan, 1988, p.62). Para Maia (2005) o movimento de repetir

voltado para o lúdico infantil é fundamental no processo de estruturação subjetiva. Quando ele é afirmado em sua positividade lúdica, torna criativo qualquer processo de repetição. Sendo assim pode-se concordar com a proposição de Hofstaetter (2005) de que todo ato criativo é constituído de repetição.

Para delimitar o que significa a repetição diferencial Garcia-Roza (1986) lançou as seguintes questões: “O que a repetição repete? Qual a relação da repetição com a pulsão?” (p. 44). Seguindo as contribuições de Deleuze ele proferiu que a repetição se refere a algo singular, não sendo substituível nem intercambiável. Garcia-Roza na obra citada asseverou que a repetição se constitui como disfarce através de máscaras, sendo a sexualidade humana um disfarce e constituída pelas máscaras. O jogo de repetições é constituinte do sexual. O princípio do prazer-desprazer tem início nesse jogo de repetições.

Em Freud a repetição é o ato pela qual a pulsão se presentifica, mas que é ao mesmo tempo o ato pelo qual permanece encoberta. Falar de ato implica falar do humano, já que como disse Lacan (1998), não há ato animal. O animal tem apenas comportamento. Um verdadeiro ato diz respeito a um real que não é evidente. O real é o que retorna sempre ao mesmo lugar, sendo uma presença silenciosa e que transparece ou se faz presente pelas máscaras. Estas não representam um objeto, elas significam algo. Cada máscara encobre outra máscara, não havendo um primeiro termo da repetição. A própria máscara é o sujeito da repetição. São as máscaras que fazem aparecer o real.

O real está além das máscaras, dos disfarces, dos significantes, está além do princípio do prazer. O real está além da repetição, não porque seja contrário a ela, mas porque a funda...(Garcia-Roza, 1986, pp. 43-52).

... não há um elemento primeiro, sem máscara, que poderia ser tomado como referencial absoluto e como a verdade sob os disfarces. [...] ...nessa série de travestimentos não encontramos o travesti desnudo que seria o primeiro elemento da série... (Deleuze, como citado em Garcia-Roza, 1986, pp. 44-45).

A repetição não é o vivido, mas o que possibilita o encontro e a formação da realidade. O que se repete é o que falta a cada encontro, em que vem alocar-se algum significante ou outra forma

de linguagem, na melhor das hipóteses. Do contrário, apareceriam as condições traumáticas, invasões intensivas sem implicações subjetivantes e subjetivadoras. Sendo assim, o que se repete é o real da pulsão de morte, silencioso e abrigador de potências que poderá ou não adquirir formas de significação, mas que não deixa nunca de transparecer suas formas de afetação (por exemplo, desamparo, terror sem nome, sensações de desintegração).

Em *O Mal-estar na Civilização* (1930) Freud citou como exemplo o caso da sublimação, que apontada como um destino dado à pulsão é capaz de atender também às exigências do psiquismo humano e do processo de civilização, transformando a transgressão, inerente à pulsão de morte, em processos de subjetivação sob as múltiplas formas da criação, da fantasia, da produção do saber. Todavia, nem sempre o conflito entre as forças de morte e de vida resulta em criação, em destinos sublimatórios.

O mecanismo da repetição é o que propicia a análise, o processo terapêutico, pois sendo a transferência o que funda a relação analítica, e constituída como um caso particular de repetição é somente quando o paciente produz uma repetição deste tipo que se inicia o tratamento psicanalítico. “Assim, se a repetição é o que impede a reminiscência, ela é, ao mesmo tempo, o sinal irrecusável do conflito psíquico; se por um lado é uma forma de resistência, por outro é o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos.” (Garcia-Roza, 1986, p.22).

4.3.2 – A repetição em Lacan

Para fundamentar suas hipóteses sobre o conceito de repetição no seminário XI (1988), Lacan recorre às duas formas da noção de causa accidental em Aristóteles: *tyche* e *automaton*. Essas duas formas são causas reais, incluindo-se na categoria de causa eficiente pelo seu caráter de excepcionalidade. Em geral elas foram associadas ao acaso, pois se referiam a algo que ocorria sem que a razão humana atribuisse alguma inteligibilidade. Contudo, não eram consideradas como fortuitas ou absurdas. As noções de *tyche* e *automaton* foram tomadas por Lacan para esclarecer a função do real. Para ele o *automaton* é a rede de significantes, enquanto a *tyche* seria o encontro do

real. Ele indica que a *tyche* é o encontro com o real como faltoso. “O real está para além do automaton, do retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer” (Lacan, 1998, p.56).

No Seminário XI Lacan traça a repetição como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, sendo parte da própria definição de inconsciente. Ele considera que o inconsciente caracteriza-se pela descontinuidade, pela função estruturante de uma falta, sendo o conceito da falta o limite do inconsciente. A repetição é o encontro evitado, faltoso que Lacan designa como *tyche*, necessitando, portanto de dois termos: o acaso e o arbitrário. Para ele o que se repete é sempre algo que se produz como por acaso, colocando-se na relação do pensamento com o real. “(...) A repetição demanda o novo. Ela se volta para o lúdico que faz desse novo, sua dimensão (...)” (Lacan, 1998, p.62).

Para Castilho (2007) o automatismo da repetição em Lacan inclui a experiência do significante. A falta existe e só pode ser pensada por intermédio do jogo dialético do simbólico. É por isso que a compulsão à repetição não se dá pela exigência pulsional, mas pela lógica do significante, por sua insistência. A insistência dos signos indicada por Lacan é a própria insistência do desejo, mas que para continuar insistindo vai estar marcado pela falta, na medida em que não há nenhum objeto que a preencha totalmente. A pulsão de morte mobiliza a repetição, que se manifesta no rastro da sintaxe do significante. Uma repetição inscreve-se tendo, na cadeia simbólica, a experiência de um *ser-para-a-morte*. Nesse ponto, a compulsão à repetição redonda-se pela exigência pulsional da lógica do significante.

Em Lacan há um deslocamento do erotismo pulsional freudiano para o registro do desejo, acentuando a falta e não a satisfação alucinatória realçada por Freud. O real não se localiza entre os objetos do mundo, como objetos possíveis do desejo, mas como o impossível, como o que falta ao encontro marcado, e em cujo vazio aparece o significante. Garcia-Roza ao analisar a função do real na obra de Lacan, afirma que ele não é a realidade, mas o que confere realidade ao mundo. O real

sendo o que se repete, funda o próprio mundo como realidade. “Esta é a repetição que vai caracterizar essencialmente a pulsão” (Garcia-Roza, 1986, p. 43).

Castilho (2007) menciona que uma sequência do significante impõe-se com o mais além do princípio do prazer, e um exercício da repetição no campo do simbólico rouba a cena. O que se repete é o gozo, portanto, o que a repetição introduz é a dimensão do gozo. Em cada sujeito existiria um gozo inicial que constitui uma infração que se fixa a partir do trauma. A instauração do trauma, a sua incidência, traz para a cena a repetição. É o trauma que traz a repetição. Essa distinção lacaniana sobre a repetição propõe um momento para o inconsciente se revelar no campo do simbólico. Lacan estabelece uma temporalidade para a repetição a partir da noção de repetição em Kierkegaard.

Segundo Garcia-Roza (1986) Lacan em uma conferência realizada em 1955 proferiu que o sentido que o homem sempre deu ao real é o de algo que se encontra sempre no mesmo lugar. As ciências exatas se tornaram possíveis ao se apropriarem desta função do real. A ciência mede o espaço com sólido, e mede o tempo com o tempo. A unidade de tempo é sempre referida ao real, ao fato dele voltar ao mesmo lugar, sendo de maneira análoga que Lacan vai pensar o real em psicanálise, ou seja, enquanto temporalidade ligada à cadeia significante. Esta é a cadeia do desejo comandada pelo princípio do prazer. Para além do jogo dos signos e seu retorno (automaton), além da fantasia e do que é regulado pelo princípio do prazer, há o real. O real é o que se repete, e o que se repete é sempre algo que se produz, como por acaso.

A função da *tyche*, do real como encontro faltoso, apresenta-se na história da psicanálise na forma do traumatismo. O real não é o desejável, mas o tanto de tempo que o desejado não surge. Por isso é que a função de repetição não pode ser confundida com a função de retorno ou com a rememoração.

O lugar do real, que vai do trauma à fantasia - na medida em que a fantasia nunca é mais do que uma tela que dissimula algo de absolutamente primeiro, de determinante na função da repetição - (...) O real pode ser representado pelo acidente, pelo barulhinho, a pouca - realidade, que testemunha que não estamos sonhando. Mas, por outro lado, essa

realidade não é pouca, pois o que nos desperta é a outra realidade escondida por trás da falta do que tem lugar de representação - é o Trieb nos diz Freud (Lacan, 1998, p.61).

Lacan enfatiza no Seminário XI que embora na análise a transferência seja constituída por repetição, ela não se dá pela reprodução de situações reais vividas, mas pelo que ele chama de “protótipos infantis”, “equivalentes simbólicos do desejo inconsciente”. Hofstaetter (2005) afirma que Lacan introduz a idéia de repetição diferencial, em contrapartida a uma repetição do “mesmo”. A repetição, na transferência, só faz sentido em relação ao analista. Portanto, é uma repetição diferencial, e é só desta forma que pode constituir-se como elemento do tratamento.

Bruno (2004), ao analisar a dimensão do trágico na obra de Lacan e Deleuze, delimita diversas posições desses autores que chamaram muita atenção. Ele acentua que Lacan não separa o conceito de pulsão de morte da dimensão do conflito, considerando inútil o ponto de vista econômico da metapsicologia freudiana. Em virtude de Lacan considerar que toda articulação simbólica só ganha sentido após a inscrição do Nome-do-Pai⁹, haveria sempre uma negatividade fundadora no cerne da constituição do sujeito, negatividade do significante marcada pelo encontro faltoso com a Coisa, levando-o a reescrever as proposições da lógica formal de Aristóteles. Reiterando a afirmação de Bruno, Birman (2000) anuncia que em suas primeiras formulações teóricas ao trabalhar a tópica do imaginário e do simbólico, Lacan aboliu radicalmente o registro econômico. Sua justificativa é de que essa abolição contribuiu para associar exigências teóricas do racionalismo e do hegelianismo a uma leitura lingüística do sujeito do inconsciente.

Esses desdobramentos foram amplamente discutidos no seu Seminário 7, e não será perfilado neste trabalho, mas interessa pensar que ao enfatizar a respeito da repetição diferencial, Lacan estaria trazendo a possibilidade de uma perspectiva positiva, produtora do novo, como foi tão bem colocada por Deleuze, conforme se segue .

⁹ Em Lacan o nome-do-pai representa uma metáfora para designar que o desejo da mãe de reintegrar seu filho em si e da criança de se colocar como o objeto de desejo da mãe foi substituído pelo nome-do-pai que tem a função de barrar esse desejo primário, narcísico, possibilitando à criança se tornar humanizada e desejante.

4.3.3 – A repetição em Deleuze

Gilles Deleuze foi um pensador que explorou a filosofia trabalhando sobre obras de vários filósofos, percorreu o campo da literatura, das artes, do cinema, mas foi mais ambicioso com sua obra “Diferença e Repetição”, publicada na França em 1968, pois estudou detalhadamente o problema da diferença, do sentido, do desejo, da multiplicidade, levando em consideração não só a filosofia, mas as ciências, as artes e a literatura. Segundo Hofstaetter (2005) ela é de grande importância para a discussão da problemática da repetição, sendo desde então, utilizada por diversos pesquisadores, em diversas áreas do conhecimento. Deleuze faz também uma reflexão a partir de contribuições da psicanálise, abordando aspectos relativos à constituição do objeto artístico e analisa profundamente vários autores que se ocuparam desse material, sendo assim uma obra fundamental.

O autor inicialmente pensou a repetição a partir da semelhança, da identidade, dizendo que ela pode ser afirmativa ou negativa e a partir da diferença, pois implica transformação, singularidade e multiplicidade. Esta repetição a partir da diferença transgride a dimensão do tempo e do espaço, produzindo deslocamentos e um outro tipo de ordem. Deleuze trouxe nesse conceito de repetição a dimensão da diferença constitutiva, bem como de sua condição de multiplicidade.

Para Hofstaetter (2005) esta repetição lida com o jogo, com o acaso, com diferentes lógicas combinatórias de múltiplos fatores, introduzindo a noção de serialidade. Na repetição diferencial não é o um que se repete, mas cria-se uma série. A repetição tem uma potência própria, revelada pelas pequenas diferenças que se deixam entrever nas repetições, em um sistema ou série de elementos coexistentes e ressonantes. Para Deleuze, a repetição é verdadeiramente o que se disfarça ao se constituir, mas também é o que se constitui ao se disfarçar.

Deleuze (2006) afirma que em vários domínios há uma potência própria da repetição, potência análoga à do inconsciente, da linguagem e da arte. Ele considera que a diferença e a repetição tomaram o lugar do idêntico e do negativo, da identidade e da contradição. Todavia, a diferença só faz supor o negativo e se deixa levar até a contradição se subordiná-la ao idêntico. A

primazia da identidade define o mundo da representação, embora no mundo moderno haja uma falência da representação e uma perda das identidades com várias forças agindo sobre a representação do idêntico. Esse é o mundo dos simulacros, sendo todas as identidades simuladas e produzidas pelo jogo da diferença e da repetição. A diferença deve ser pensada em si mesma e a relação do diferente com o diferente livre das formas da representação que as direcionam ao Mesmo e as levam ao negativo.

Para o referido autor costuma-se extrair mesmo das repetições mais mecânicas, pequenas diferenças. No simulacro, a repetição recai sobre repetições e a diferença sobre diferenças. As repetições se repetem, mas o que as diferencia é o diferenciador. Em sua longa investigação sobre a diferença e a repetição, Deleuze direciona-a para dois caminhos principais: um em que a diferença não sendo subordinada ao idêntico, não iria até a oposição e a contradição e outro que tem relação com o conceito de repetição do Mesmo, pois nas repetições físicas, mecânicas ou nuas, estas encontrariam sua razão nas estruturas mais profundas de uma repetição oculta, disfarçando-se e se deslocando um “diferencial”. “(...) a mais exata repetição, a mais rigorosa repetição, tem, como correlato, o máximo de diferença (...)” (Deleuze, 2006, p.18).

Deleuze (2006) trabalha o conceito de repetição em relação às três sínteses do tempo. Ele denominou a primeira como a síntese do hábito constituindo o tempo como um *presente vivo*, a segunda a da memória constituindo o tempo como um *passado puro* e a terceira como *insuficiência da memória*.

A primeira síntese do tempo, a do hábito, constituía o tempo como um presente vivo, numa fundação passiva da qual dependia o passado e o futuro. Ela é verdadeiramente a fundação do tempo. O autor destaca que embora essa primeira síntese seja originária ela não deixa de ser intratemporal, constituindo o tempo como presente, mas como um tempo que passa. O tempo não se desloca do presente, mas esse não pára de se mover por saltos, recobrando-se parcialmente, instaurando seu próprio paradoxo. Constituir o tempo e passá-lo, atravessá-lo, leva a uma

consequência: é preciso de um outro tempo em que se opere a primeira síntese do tempo, o que levará à segunda síntese.

A segunda síntese, a da memória, constituía o tempo como um passado puro, do ponto de vista do fundamento que faz que o presente passe e dele advenha um outro. O filósofo afirma que a memória é a síntese primordial do tempo, constituindo o ser do passado, o passado que faz passar o presente. “O passado não é o antigo presente, mas o elemento no qual este é visado” (Deleuze, 2006, p.124). O antigo presente e o atual não são como dois instantes sucessivos na linha do tempo, sendo que o atual ao poder representar o antigo e a si mesmo admite uma dimensão a mais. Pode-se denominar de síntese ativa da memória o princípio de representação tanto da reprodução do antigo presente quanto a reflexão do atual.

Todavia, para o filósofo na terceira síntese “o presente é apenas um ator, um autor, um agente destinado a apagar-se; e o passado é apenas uma condição operando por insuficiência” (p.140). O presente e o passado nesta última síntese são apenas dimensões do futuro, sendo o passado a condição e o presente o agente. “A síntese do tempo constitui aqui um futuro que afirma ao mesmo tempo o caráter incondicionado do produto em relação a sua condição e a independência da obra a seu ator ou autor” (pp.140-141). O presente, o passado e o futuro se revelam como repetição por meio das três sínteses, mas de modo muito diferentes. O presente é o repetidor, o passado é a própria repetição e o futuro é o repetido. A repetição régia é a do futuro subordinando as duas outras e destituindo-as de autonomia. O segredo da repetição está no repetido, como significado por duas vezes. Essa terceira síntese assegura a ordem, o conjunto, a série e o objetivo final do tempo.

O autor enuncia que uma filosofia da repetição, passa por todos os estágios, condenada a repetir a própria repetição, entretanto por meio destes, ela assegura seu programa que é fazer da repetição a categoria do futuro, servir-se da repetição do hábito e da repetição da memória, mas delas servir como estágios e deixá-las pelo caminho; fazer da repetição o pensamento e a produção do absolutamente diferente; fazer que para si-mesma, a repetição seja a diferença em si-mesma.

O conceito de repetição é visto numa perspectiva positiva, no sentido de que ele carrega em si uma potência para a criação do novo, um devir. Deleuze ressalta que até mesmo Freud não se satisfazia com o esquema negativo do repete-se porque se recalca, explicando a repetição pela amnésia. Considera que desde o início o recalque na obra freudiana designa uma potência positiva, extraindo essa dimensão positiva do princípio do prazer ou do princípio da realidade. No entanto, a grande virada do freudismo veio com o texto de 1920 “Além do princípio do prazer”, na medida em que a pulsão de morte é descoberta através dos fenômenos da repetição, desempenhando o papel de um princípio transcendental, enquanto o princípio do prazer é tão somente psicológico. Essa seria a razão pela qual a pulsão de morte é silenciosa e o princípio do prazer é ruidoso.

Porém, para o referido autor, isso leva a questionamentos: como o tema da morte, que parece reunir o que existe de mais negativo na vida psicológica, pode conter o que há de mais positivo, a ponto de afirmar a repetição? Como pode esse conceito ser relacionado à pulsão primordial? Ele vai dizer que no fundo, trata-se da relação entre a repetição e os disfarces que aparecem no sonho, no sintoma, pois estes têm como função atenuar uma repetição bruta e nua. A repetição é verdadeiramente o que se disfarça ao se constituir e o que só se constitui ao se disfarçar, não estando sob as máscaras, mas se formando de uma máscara a outra. Deleuze é enfático quanto à sua posição, tanto que a exemplifica dizendo que não há um primeiro termo que seja repetido, pois mesmo o amor de infância pela mãe repete outros amores adultos por outras mulheres. Não há repetição nua que possa ser retirada ou inferida do próprio disfarce. Pode-se confirmar sua posição com o trecho abaixo:

...A mesma coisa é disfarçante e disfarçada... Em suma, a repetição é simbólica na sua essência; o simulacro é a letra da própria repetição. Pelo disfarce e pela ordem do símbolo, a diferença é compreendida na repetição.

...É porque a repetição difere por natureza da representação que o repetido não pode ser representado, mas deve ser sempre significado, mascarado por aquilo que o significa, ele próprio mascarando aquilo que ele significa. ...Não repito porque recalco. Recalco porque repito, esqueço porque repito. ...Eros e Tânatos distinguem-se no seguinte:

Eros deve ser repetido, só pode ser vivido na repetição; mas Tânetos (como princípio transcendental) é o que dá repetição a Eros, o que submete Eros à repetição (Deleuze, 2006, pp.41; 42).

O pensador acredita que Freud se aproximou muito de uma razão positiva interna da repetição, quando postulou sobre o recalque originário, que diz respeito, sobretudo, a apresentações puras ou à maneira como as pulsões são necessariamente vividas, para além do recalque propriamente dito, que incide sobre representações. Esta razão seria mais tarde determinável da pulsão de morte. Por isso, a lei de uma relação inversa repetição-rememoração não é satisfatória, visto que faz a repetição depender do recalque. Freud já assinalava no princípio de suas construções teóricas que não basta lembrar-se abstratamente, sem afeto, nem formar um conceito em geral, nem mesmo representar o acontecimento recalcado para deixar de repetir. A lembrança deve ser procurada onde se encontrava. É preciso voltar ao passado para fazer operar a junção entre o saber e a resistência, pois não se cura por simples anamnese e não se adoece por amnésia. A tomada de consciência significa pouca coisa.

A cura em psicanálise se dá através da transferência que é antes de tudo repetição e o princípio que funda toda a experiência psicanalítica. O filósofo acima enfatiza que se é a repetição que nos faz doentes, é ela que propicia a cura. Se ela é destrutiva, podendo levar ao aprisionamento, ela também pode ser libertadora, dando o testemunho de sua potência demoníaca. O tratamento analítico leva ao fundo da repetição. Refletir sobre a transferência foi um motivo crucial para a descoberta de um além, sendo que é neste sentido que a repetição constitui por si mesma, o jogo seletivo da doença e da saúde, da perdição e da salvação. A idéia de pulsão de morte, ou como Deleuze a denomina, instinto de morte, deve ser compreendida em função de três exigências paradoxais e que se complementam: dar à repetição um princípio original positivo, um poder autônomo de disfarce e um sentido permanente em que o terror se mistura com o movimento da seleção e da liberdade.

Essa posição de Deleuze a respeito da repetição encontra ressonância em Prigogine e Stengers (1984), pois esses autores acreditam que é possível produzir, a partir do caos, configurações diferentes, novos estados de matéria. Haveria uma dimensão criadora, transgressora da pulsão de morte, aliada à repetição. Na clínica psicanalítica se reconhece além dos disfarces, do aspecto destrutivo da pulsão de morte, que parecem conspirar contra o sujeito, um trabalho de criação, presente na sua indissociável ligação com as pulsões de vida, pela via das ligações afetivas, estabelecidas com o Outro.

Segundo Bruno (2004) o enfoque que Deleuze deu sobre a metapsicologia freudiana não se direcionou para o aspecto dinâmico, ao caráter conflitual do inconsciente, mas sim para o ponto de vista econômico, permitindo a este filósofo pensar o “além do princípio do prazer” por meio da repetição das três sínteses do tempo. Na visão de Bruno, ao retomar o registro pulsional e metapsicológico privilegiando o aspecto econômico, é como se Deleuze fosse um freudiano contra Lacan propondo uma teoria do inconsciente atravessada pelas intensidades pulsionais.

Considera-se fundamental apresentar também a concepção de Deleuze a respeito da arte e de como está enlaçada com a repetição na vertente transgressora. Ele menciona que a repetição diz respeito a uma singularidade não permutável, insubstituível, pois não há algo semelhante ou equivalente. A arte para o autor não imita, porque ela repete, e repete todas as repetições, a partir de uma potência interior. Como a arte é simulacro ela subverte as cópias em simulacros. Mesmos a repetição mais mecânica, mais cotidiana e habitual encontra seu lugar na obra de arte, estando deslocada em relação a outras repetições, desde que se saiba extrair dela uma diferença para estas outras repetições. Não há segundo Deleuze outro problema estético a não ser o da inserção da arte na vida cotidiana. Nossa vida cotidiana deve se ligar à arte arrancando dela a diferença.

Em relação a uma obra de arte ele afirma que é a primeira obra que repete todas as outras. Exemplifica com a afirmação de Péguy de que é a primeira ninféia de Monet que repete todas as demais. Assegura que uma obra de arte repete-se como singularidade sem conceito. Pode-se representar a repetição como uma semelhança extrema, mas passar gradativamente de uma coisa a

outra não impede que haja diferença de natureza entre elas. Em sua essência, a repetição reporta-se a uma potência única diferindo da generalidade por natureza.

A obra de Deleuze é muito vasta e sua análise abrange diversos aspectos e diferentes autores, porém lançou mão de alguns pontos sobre o conceito de repetição agregando-os a comentários de outros autores, essenciais para os propósitos deste estudo. No entanto, mantem-se a clareza de que fazer esse recorte implica uma medida certamente injusta face a extensão do pensamento do filósofo.

4.3.4 – A repetição em Kierkegaard

O tema da repetição aparece em obras de Kierkegaard como "Temor e tremor" e "A repetição". No início de seu ensaio "A repetição" (1975) com o pseudônimo de Constatin Constantius destaca estar se ocupando há algum tempo com o problema da possibilidade da repetição e de seu verdadeiro significado, interrogando-se se uma coisa perde ou ganha em repetir-se. Em seguida, afirma que a repetição viria a se expressar de modo decisivo como foi a reminiscência para os gregos, e que repetição e recordação constituiriam um mesmo movimento, só que em sentido contrário. Esta última é algo que se foi e o que se repete, repete-se em sentido retroativo. Para esperar e recordar se necessitaria de juventude, mas para quem deseja repetir, haveria de ter, sobretudo coragem.

Ao longo desse texto, o pensador analisa o amor-recordação e o amor-repetição, tomando a história de um jovem apaixonado, que não consegue concretizar seu amor com a amada, mas que o inspira com a sua poesia. O jovem vivia um amor que se fez impossível de realizar, não compreendendo a repetição, não acreditando nela e não a querendo com coragem (a história é congruente com a própria história do amor "impossível" por Regina Olsen vivida por Kierkegaard).

O desfecho dessa história leva Kierkegaard (1975) afirmar que somente é um homem o que é capaz de amar de verdade e em realidade, e somente o artista é quem pode expressar seu amor de uma maneira arbitrária e caprichosa. Essas observações não são conclusivas para o que viria a ser o

conceito de repetição na obra desse autor, pois ele vai fazendo um movimento de idas e vindas, inclusive analisando extensamente o teatro da farsa, onde seu maior objetivo era verificar a existência da repetição. Chega inclusive a dizer que havia comprovado não se dar nenhuma repetição. Interroga-se também se o que acontecia na vida era definitivo.

O pensador destaca que quanto mais somos velhos, mais enganosa a vida se mostra e que quanto mais somos prudentes e mais tentamos superar os reveses da vida, menos conseguimos e maiores são os nossos sofrimentos. As crianças ao contrário, como são incapazes de prever e menos de superar por si mesmas os perigos em que se metem, sempre saem ilesas. Acrescenta que o homem vai se sentindo menos contente e satisfeito quanto mais velho ele for, quanto maior for seu conhecimento da vida, ou seja, quanto mais competente, mais descontente. Para o pensador, o homem nunca estará totalmente satisfeito. Parece ter falado de modo melancólico quando afirmou ter descoberto não ser possível em absoluto a repetição.

Entretanto, embora dizendo que estava convencido de suas descobertas, Kierkegaard (1975) voltou às suas indagações. Ele retomou o assunto declarando que constatava de maneira evidente que a constância uniforme dos mesmos hábitos e costumes, assim como o embotamento de nossas faculdades de observação pode criar uma monotonia que vai se impondo a cada dia em nossa vida. O filósofo esteve muito próximo do teatro, e há uma passagem em que através do personagem Constantin Constantius ele tenta reviver uma experiência anterior de encantamento de uma noite de estréia num teatro de Berlim de uma maneira excessivamente objetiva. Conforme Garcia-Roza (1986) não se tratava da reprodução pura e simples da experiência anterior, porque isto não seria possível, nem de algo exterior, mas que era um exercício de liberdade. O que ele distinguia então era a repetição natural, que se confundia com a lei e a repetição como liberdade, como potência de interioridade, como subjetividade.

De acordo com o último autor a visão de Kierkegaard sobre a repetição não admitia totalização, estando mais próxima da visão cristã do que da visão grega, pois na primeira admitia-se que a repetição pela fé apresentava possibilidade de renovação. O pensador foi influenciado pela

visão religiosa de seu pai, percebendo a radicalidade da precariedade do ser humano, sua angústia e seu desespero. Ao se aprofundar nos conhecimentos teológicos, passou a se angustiar frente à distância entre a pregação e a vida. Empenhou-se em elaborar uma teologia que provocasse a paixão.

Sampaio (2003) descreve que o filósofo defendia a idéia da necessidade de tornar-se repetitivamente cristão, renascendo diariamente uma nova pessoa, coerente e compromissada com as idéias cristãs. Sua filosofia existencialista incitava o homem a existir inteiramente no aqui e agora, aceitando no momento atual sua realidade humana, visto que o passado representaria apenas registros de experiências a serem usadas no presente, enquanto o futuro não seria outra coisa senão visões e ilusões, que dariam ao presente direção e propósito.

Kierkegaard (1975) indica que no instante em que o eterno entrasse em contato com o temporal, ocorreria o paradoxo entre alma e corpo, sustentado pelo espírito, ocorrendo um salto qualitativo, momento que daria início à história. Esse salto qualitativo designaria um novo estado na história e na vida individual, possibilitando avançar de um estado a outro. Se não houvesse salto, ocorreria o movimento quantitativo, movimento de repetição.

Ainda conforme Sampaio (2003) para Kierkegaard o desejo de repetição, desejo de vir a ser novamente si-mesmo, permaneceria como paradigma e atravessaria os tempos – ético, estético e religioso - etapas do caminho do homem na existência. Tornar-se sujeito envolveria um interesse absoluto do homem por sua própria existência e por sua beatitude eterna. A subjetividade seria determinada como condição de possibilidade da fé. Cada um é, em potência, o Indivíduo, sendo que a fé deveria ser adquirida por cada homem, num esforço contínuo, numa dupla relação: de alteridade e de identidade.

Para Kierkegaard (1975) a existência é fértil e complexa como a arte numa tensão criadora. O artista representaria o modelo para a luta do pensador subjetivo. Este seria um artista consciente da diferença entre pensamento e ser, encerrando a paixão necessária para desenhar uma existência transparente à idéia, agindo eticamente com paixão, e descobrindo as possibilidades imaginadas. O

pensador subjetivo reconquistaria uma vida sensível, de modo que a categoria religiosa da repetição teria um alcance não apenas ético, mas também estético: a felicidade sensível.

O filósofo acredita que o sentido do indivíduo estaria na afirmação radical de sua singularidade. E a individualidade do homem deveria ser entendida primordialmente como a solidão que o caracteriza, como a finitude que define sua existência. O caminho para a verdade estaria em aprofundar sua subjetividade, sua individualidade autêntica, e sua interioridade. Ele não fala de buscar refúgio na idéia de um Deus, um pai benevolente, disposto a ressarcir a humana criatura de seus dissabores terrenos, conferindo-lhe um paraíso após a morte. Ao contrário, trataria-se de abrir caminhos ao desejo. A repetição é um sintoma gerador de angústia, mas é também condição *sine qua non* do devir humano, uma retomada radical da condição existencial da singularidade humana. Ainda que carregada de angústia, a repetição é uma retomada, uma reconciliação, um ato criador.

Garcia-Roza (1986) ao analisar a obra de Kierkegaard verifica que para este as experiências não se repetem, mas são retomadas e vivenciadas de uma nova maneira. A existência não é o puro acaso do devir, mas repetição. Esta advém ao se cotejar a subjetividade com a realidade. A repetição implica sempre um novo começo, uma nova vida, um novo ser reconciliado consigo mesmo, sempre novo e diferente a cada instante.

Para o autor referido há muitos pontos em comum entre Kierkegaard e Nietzsche, embora considere o último o grande filósofo da repetição diferencial, fazendo dele um pensador trágico por excelência. O trágico é a afirmação do acaso, repetição diferencial de uma afirmação que é um puro devir. Não há trágico naquilo que é inteiramente novo, pois o trágico implica a repetição como produtora de diferenças.

Um ponto em comum é que ambos, Kierkegaard e Nietzsche, opõem a repetição às leis da natureza, pois se a repetição diz respeito ao âmago da vontade é porque tudo muda em torno dela. Para a lei da natureza a repetição é impossível. Não se trata da repetição natural em consonância com a lei, nem tampouco de algo semelhante ao movimento dos astros ou ao ciclo das estações. Sob esse ângulo Kierkegaard condena tanto a repetição epicuréia como a estóica, bem como a repetição

estética. A repetição se opõe à lei moral, faz dela a suspensão da Ética, o pensamento para além do bem e do mal. É obra do solitário, é o logos do pensador privado, oposto do professor público, o doutor da lei.

A repetição se opõe também não só às generalidades do hábito, mas às particularidades da memória. É pela repetição que o esquecimento se torna uma potência positiva e o inconsciente, um inconsciente superior e positivo. Tudo se resume à potência. Kierkegaard fala da repetição como segunda potência da consciência, não no sentido de uma segunda vez, mas o infinito que se diz de uma só vez, a eternidade que se diz de um instante.

Deleuze (2006) faz uma análise minuciosa a respeito da repetição na visão de Nietzsche, Kierkegaard e Péguy, mas para ele ninguém soube opor sua repetição à repetição do hábito e da memória como os dois últimos. Ninguém soube denunciar melhor a insuficiência de uma repetição presente ou passada, a simplicidade dos ciclos, a armadilha das reminiscências, o estado das diferenças que se pretendia extrair da repetição como esses autores. Ninguém invocou tanto a repetição como categoria do futuro. Ninguém recusou com tanta veemência a reminiscência platônica. Embora fossem os maiores repetidores, Deleuze assevera que eles não estavam prontos a pagar o preço necessário. A repetição suprema como categoria do futuro era confiada à fé, na medida em que esta tinha força suficiente para desfazer o hábito e a reminiscência, o eu dos hábitos e o deus das reminiscências, a fundação e o fundamento do tempo. Eles realizavam o kantismo, ao confiar à fé o cuidado de ultrapassar a morte especulativa de Deus e de curar a ferida do eu. Com isso renovava-se o hábito e refrescava a memória.

Considerando a apresentação do conceito de repetição sob a ótica dos autores acima, pode-se afirmar que a repetição em seu aspecto diferencial coloca-se como um canal aberto para o encontro de si mesmo, da própria potência de vida sendo essencial para pensar os fundamentos deste trabalho. Lembrando Gilles Deleuze:

Se a repetição existe, ela exprime, ao mesmo tempo, uma singularidade contra o geral, uma universalidade contra o particular, um notável contra o ordinário, uma instantaneidade contra a variação, uma eternidade contra a permanência. Em todos os

sentidos, a repetição é a transgressão. Ela põe a lei em questão, denuncia seu caráter nominal ou geral em proveito de uma realidade mais profunda e mais artística (Deleuze, 2006, p.21).

4.4 - A atividade artística como possibilidade de inserção simbólica na psicose

Ao explorar o conceito de repetição na perspectiva dos autores acima vislumbra-se novas possibilidades de rupturas criativas nesse cortejo de transformações envolvendo arte e psicose. Ele harmoniza-se com a posição de Costa e Figueiredo (2004) quando ratificam que o produto final obtido nas atividades de oficina se faz simbólico quando escapa do automatismo de repetição, do sem-sentido, tornando-se público ao ser investido pela cultura e pelas relações sociais.

A loucura traz a marca de uma diferença quanto à forma de organização subjetiva. Trabalhar nas atividades de oficina com finalidade artística possibilitaria ao psicótico uma forma de inserção na rede de trocas simbólicas, mesmo não sendo a única possibilidade em face dessa diferença. A atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo, através da produção de acontecimentos, experiências, ações e objetos, possibilitando ao homem e ao mundo reinventar-se. Sob esse ponto de vista, as atividades das oficinas em saúde mental deveriam ser instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais.

Como afirmam Tenório e Rocha (2006) a partir da Reforma Psiquiátrica que tem como direção a clínica psicossocial, houve uma ampliação do escopo de intervenções para o tratamento da psicose no próprio território social, promovendo condições mais favoráveis de preservação e de resgate dos laços sociais ao sujeito acometido pela doença. Esse campo emoldura e mesmo autoriza a prática de muitos junto aos psicóticos. A psicanálise nessa vertente privilegia a clínica do sujeito e os demais agentes da Saúde Mental nesses dispositivos priorizam uma proposta de reinserção social. Como efeito desse cruzamento aparece uma tensão entre o que é da ordem da clínica do sujeito e o que é da ordem da clínica psicossocial.

Figueiredo e Frare (2008) afirmam que a inserção da prática psicanalítica em dispositivos de saúde mental se mostrou indispensável por reconhecer que o saber está do lado do sujeito, sem, no entanto, equiparar essa posição com a chamada “autonomia”, tão cara à clínica psicossocial.

Ao realizar este percurso neste capítulo, constata-se que os profissionais inseridos nos dispositivos de Saúde Mental, não podem se encerrar numa ilha, considerando ter o “Todo saber/fazer” sobre o louco e a loucura. É fundamental estar constantemente vigilante da posição que ocupa. Nesse campo estão os sujeitos em grave sofrimento psíquico, sendo necessário estar disponível para confrontar com o estranho/familiar que se manifesta constantemente, e que é da ordem da repetição, trazendo em si as duas dimensões, tanto a forma automática quanto o que é da ordem da diferença, possibilitando criação, invenção. Posicionar-se para se ver a todo instante acometido de um não saber, de um não saber fazer pode não ser muito confortável, mas é a possibilidade que se tem de contribuir para que a subjetividade do sujeito possa aparecer e tornar esse ofício uma arte.

Adiante será conhecido os rumos desta pesquisa e de toda a trajetória percorrida.

CAPÍTULO V

A CRISE

"Não pretendemos que as coisas mudem se sempre fazemos o mesmo. A crise é a melhor benção que pode ocorrer com as pessoas e países, porque a crise traz progressos. A criatividade nasce da angústia, como o dia nasce da noite escura. É na crise que nascem as invenções, os descobrimentos e as grandes estratégias. Quem supera a crise, supera a si mesmo sem ficar "superado". Quem atribui à crise seus fracassos e penúrias, violenta seu próprio talento e respeita mais os problemas do que as soluções. A verdadeira crise é a crise da incompetência. O inconveniente das pessoas e dos países é a esperança de encontrar as saídas e soluções fáceis. Sem crise não há desafios, sem desafios, a vida é uma rotina, uma lenta agonia. Sem crise não há mérito. É na crise que se aflora o melhor de cada um. Falar de crise é promovê-la, e calar-se sobre ela é exaltar o conformismo. Em vez disso, trabalhemos duro. Acabemos de uma vez com a única crise ameaçadora, que é a tragédia de não querer lutar para superá-la"

Albert Einstein (The world as see it, 1930)

5 - A Outra Face

5.1 – Metodologia

Esta pesquisa orientou-se dentro dos princípios do método psicanalítico, tendo como premissa que a posição metodológica da psicanálise é uma leitura do particular, impedindo generalizações abusivas e universalizações simplificadas.

5.2 – A pesquisa em psicanálise

A pesquisa em psicanálise iniciou-se com Freud, mas sempre foi palco de discussões, impasses e controvérsias, sobretudo porque suas questões metodológicas incluem o inconsciente e a interpretação, elementos que sustentam a clínica individual (Guerra, 2001).

Então como aplicar a lógica de orientação do trabalho clínico ao trabalho coletivo numa experiência acadêmica? Rosa (2004) afirma que a psicanálise tem como premissa a superação do discurso consciente, campo de saber que sustenta a verdade do sujeito e que não produz certezas ou generalizações, afetando também o pesquisador na medida em que vai fazendo descobertas. Se o que guia o pesquisador é a interpretação do inconsciente, numa pesquisa aplicada, esta não adviria de material inconsciente, o que também levaria a questionamentos de sua validade, corroborando as críticas recebidas. Então como superar as dificuldades? Recorrendo ao próprio Freud que, segundo ela, nunca fez uma separação entre o indivíduo e a sociedade. O sujeito se constitui através do Outro e na sua obra social isso fica muito claro.

Para a autora acima, Freud recusa a divisão indivíduo-sociedade, psicologia individual-social, afirmando uma concepção bio-psico-social. Há profundas modificações psíquicas no sujeito a partir de influências advindas do social. O fundador da psicanálise a concebia como um método de investigação do inconsciente, como uma teoria e uma técnica de tratamento, mas também como um corpo teórico que sistematiza os modos de funcionamento do humano, tanto normal quanto patológico. Ela sustenta que o psicanalista não aplica teorias e não é um especialista da interpretação ou da fantasia, pois não é só aí que o inconsciente se manifesta. Ele deverá estar a

serviço da questão que aparece. A observação dos fenômenos está em reciprocidade com a teoria, produzindo o objeto de pesquisa, que não surge a priori, mas que é produzido na e pela transferência.

Guerra (2001) extrai do texto de Miller algumas categorias de análise de entrevistas na pesquisa psicanalítica. A autora indica que o psicanalista francês propõe três operações-redução. Essas operações que são a repetição, a convergência e a evitação, sobrevêm sobre os três registros, real, imaginário e simbólico. A repetição seria aquilo que se sucede na vida do sujeito, fatos aparentemente aleatórios e diferenciados, revelando aspectos estruturais, repetindo-se nas mais diferentes situações. A repetição significaria uma forma de saber. A convergência já seria uma conversão de enunciados para um enunciado essencial que é o significante-mestre do sujeito. Ela prescreveria aquilo que o sujeito pode ou não dizer, modulando sua escolha a longo prazo e sem o seu conhecimento. E a evitação possibilita as duas primeiras operações, mas se relaciona com elas por oposição. Uma análise deve pretender deslocar o sujeito do discurso em que se encontra instalado, produzindo novas formas de lidar com o gozo, com o obstáculo, que se coloca como evitação.

A autora acima enfatiza que pela lógica freudiana, o discurso do sujeito se organizaria pelos elementos estruturais, que são os restos deixados como traços mnêmicos inscritos no inconsciente no momento de sua constituição psíquica. No campo científico analisar esse discurso através de entrevistas recorrendo a essa questão estrutural, permitiria mapear os pontos nodais, construindo uma rede de sentido e dar uma amarração lógica ao texto. O traçado que esses pontos nodais estruturariam desvelaria no seu avesso, um texto que não é lido, na medida em que se constitui a partir daquilo que foi evitado. A autora diz que aqui se poderia encontrar a originalidade da contribuição da psicanálise à pesquisa científica. Tal como no processo de uma análise seria interessante utilizar as repetições que o texto traz, seus pontos de convergência e seus mecanismos de evitação para fazer sua leitura. Diferentemente do analista, o pesquisador se assemelharia ao

analisante explorando ao máximo o texto, aproximando-se o quanto pudesse do real. Ao teorizar o pesquisador é quem se coloca em transferência.

5.3 – Os rumos da pesquisa

No intuito de investigar o “fazer artístico” nas oficinas terapêuticas, foram realizadas entrevistas com usuários e profissionais de alguns municípios do Estado de Minas Gerais: Betim, Monte Carmelo, Uberlândia, e Uberaba. A escolha dos mesmos não foi aleatória. Partiu-se de alguns pontos considerados relevantes e que tem relação com o processo de desinstitucionalização ocorrida no Estado.

Betim foi escolhida pelo grau de importância nesse contexto, pois junto com Belo Horizonte e Contagem é pioneira no processo de implantação dos dispositivos alternativos ao modelo hospitalocêntrico.

Elegeram-se Monte Carmelo pela surpresa de existir na cidade de poucos habitantes duas residências terapêuticas, uma feminina e outra masculina. Conhecer sua realidade levou à descoberta de que essa implantação aconteceu após uma intervenção executada pela Secretaria de Saúde do Estado, ao receber denúncias anônimas de que uma instituição privada que abrigava doentes mentais, praticava maus tratos absurdamente e não pelo seu compromisso com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Uberlândia foi selecionada por ser a cidade em que a pesquisadora está inserida como trabalhadora em Saúde Mental, inicialmente em dispositivo de CAPS e posteriormente num Centro de Convivência e Cultura, e por ter iniciado as mudanças na estrutura de funcionamento da rede de atendimento em Saúde Mental em 1998.

Quanto a Uberaba sua escolha está relacionada com o fato de o seu serviço de Saúde Mental não ser muito veiculado, e contar com um Sanatório para doentes mentais que é referência regional.

Realizou-se um total de 30 entrevistas, sendo 19 com usuários e 11 com profissionais, com duração média de 40 minutos. Seguiu-se o modelo de entrevista semi-estruturada conforme os anexos A e B.

A intenção inicial seria visitar 5 cidades diferentes e entrevistar 05 profissionais e 15 usuários em cada local, mas durante a qualificação do projeto a banca examinadora aconselhou sua diminuição, sobretudo pelo tempo de investigação, considerando ser um trabalho de mestrado. Frente às argumentações optou-se por fazer a redução.

No decorrer do processo de entrevistas foi inevitável não fazer alguns ajustes devido ao surgimento de alguns contratempos. Na cidade de Uberlândia tornou-se necessário encontrar uma outra instituição que viabilizasse a pesquisa, pois não foi possível efetuar a primeira contatada. Após o exame de qualificação do projeto, julgou-se essencial a inclusão de alguma instituição de Belo Horizonte nesse campo de investigação, pela importância que tem no cenário nacional com as propostas da Reforma, visto que no período inicial de contato com as instituições não foi possível fazê-lo. Tentou-se um contato pessoal com a coordenadoria de Saúde Mental da cidade, mas não houve permissão para realizá-la a não ser que o projeto de pesquisa sofresse mudanças estruturais. Optou-se pela não inclusão da mesma.

Tais impedimentos reais, se num primeiro momento foram desmotivantes para o seguimento da pesquisa, em outro, transformaram-se em grande estímulo para sua continuidade. Um pesquisador precisa estar disposto a enfrentar diversidades, denegações, sobretudo, porque elas não estão relacionadas consigo na sua personalidade e sim com seu objeto de investigação que pode provocar traços persecutórios nos envolvidos. Sendo o campo da saúde mental um palco onde estão presentes várias forças em jogo, desde a psiquiatria biológica, a clínica psicossocial, a psicanálise, estar nos serviços como pesquisador implica a priori, se despir o máximo possível de crenças, teorias, valores e juízo crítico, para escutar os sujeitos durante o processo.

Apoiados em Figueiredo (2002), considera-se esta pesquisa empírica, pois a partir de indagações sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental, a pesquisadora foi a campo

entrevistar os sujeitos, indagar, olhar e deixar-se olhar e neste movimento colocar-se em posição para enxergar algo novo. Procurou-se investigar toda a problemática criando um espaço para dialogar com o entrevistado, a fim de apreender suas experiências, opiniões e pontos de vista acerca das questões contidas no roteiro de entrevistas semi-estruturadas, bem como estar atenta para o inusitado. Conforme a autora acima, os relatos dos entrevistados devem ser tomados como “fatos de linguagem”, sem a pretensão de demonstrar com exatidão os enunciados, mas citando-os, considerando a situação em que aparece a enunciação, examinando de que lugar eles falam, para quem, e a sequência das falas, descobrindo novas significações, à luz do método psicanalítico.

Guerra (2001) ressalta que o conhecimento em psicanálise, é determinado e regido a partir da existência do inconsciente. Trata-se de abrir o poder do significante, levando ao extremo seu efeito, ao ponto de se entrever um obstáculo, formular uma questão, provocando deslocamentos das verdades teóricas. O conhecimento é o inconsciente desvelado na(s) sua(s) lógicas.

Para ir a campo foi necessário munir da instrumentalização que subsidiasse a efetivação da proposta: roteiro de entrevistas, gravador mp4, termo de compromisso. Em cada cidade foi escolhida uma instituição. Acordou-se com seus coordenadores, e com cada participante, que se procederia privilegiando o compromisso ético de resguardá-los, para evitar qualquer possibilidade de reconhecimento. Depois de esclarecidos sobre os pontos da pesquisa, eles assinaram o termo de compromisso.

A fim de cumprir o compromisso assumido, a vida pessoal dos entrevistados não foi investigada. Concentrou-se naquilo que de fato pudesse ser relevante, para dialogar com as hipóteses traçadas para o desenvolvimento da pesquisa, porém, o que surgiu da história pessoal foi mantido sob estrito sigilo. Seguindo o mesmo raciocínio, as cidades foram denominadas de A, B, C e D e subdivididas em números (A1 a A6, B1 a B8, C1 a C5 e D1 a D11). Os números de 1 a 3 representam os profissionais e os subsequentes os usuários, com exceção da cidade A, que somente 1e 2 são profissionais. Gravou-se as entrevistas com os usuários e profissionais, que concordaram em colaborar com a pesquisa. A pesquisadora transcreveu grande parte das foi entrevistas e as

demais foram transcritas por três assistentes da pesquisa, estudantes do Curso de Psicologia da UFU.

O material das entrevistas foi dividido em tópicos, orientando-se tanto pelas perguntas elaboradas no roteiro das entrevistas semi-estruturadas, quanto por novos conteúdos que se destacavam nas falas dos sujeitos. Em seguida passou-se à leitura pormenorizada das mesmas, recortando trechos que se destacavam como fundamentais e que dialogavam com as questões centrais. As falas dos entrevistados estão em aspa e em *itálico*.

O estudo foi desenvolvido durante os anos de 2007 a 2009, sendo a pesquisa de campo realizada em 2008 quando o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia em janeiro do mesmo ano.

CAPÍTULO VI

“Cada corredor possui diversas portas

Cada porta dá para um quarto

Cada quarto se comunica com o outro

Cada outro é ele mesmo sem fim

Cada fim recria seu próprio começo

Cada começo traz em si a esperança

Cada esperança em si é a ilusão

Cada ilusão é a próxima mentira

Cada mentira cria uma realidade

Cada realidade some como poeira

Cada poeira é um grão

Cada grão é soprado pelo vento

Cada vento vem de um lugar

Cada lugar ocupa um espaço

Cada espaço é a sua própria ocupação

Cada ocupação delimita um tempo

Cada tempo provoca uma espera

Cada espera procura uma solução

Cada solução não é nada em si mesma

Cada corredor possui diversas portas”

Luiz Alphonsus (artista plástico)

Bartucci (2002)

6 – Análise dos dados

6.1- Chegando nos serviços

As cidades visitadas são heterogêneas e tem envolvimento distinto com as propostas da Reforma Psiquiátrica, desde a implantação de seus serviços em Saúde Mental. Os dispositivos de CAPS conhecidos estão estruturados de acordo com a população da cidade, com a área de abrangência a que pertencem e com os avanços alcançados em cada cidade desde sua criação. Percorreu-se durante a investigação CAPS I, II e III para atendimento de adultos. Em cada cidade foi distinta a maneira com que profissionais e usuários receberam a pesquisadora em suas dependências.

Na cidade A, a priori muitas pessoas ficaram desconfiadas, reticentes, mas através de explicações sobre a pesquisa, e contando com o auxílio de um técnico para estabelecer contatos, surgiram interessados em colaborar a mesma. A equipe disponibilizou uma sala de atendimento para fazer as entrevistas. Nesse período o CAPS estava sem coordenação oficial, e um técnico de cada turno se responsabilizava pelo serviço.

Os profissionais e usuários da cidade B foram muito receptivos com a pesquisadora. A coordenadora explicou à equipe e aos usuários preliminarmente sobre em que consistia a pesquisa, investigando quem se disponibilizaria a participar. As entrevistas foram realizadas numa sala de atendimento liberada para esse fim.

A maioria da equipe da cidade C foi muito simpática e calorosa, disponibilizando também um espaço como em A e B, para execução das entrevistas. Dois usuários nesta cidade não permitiram que suas entrevistas fossem gravadas narrando acontecimentos de suas histórias pessoais, que não tinham coragem de falar com alguém da equipe local. A justificativa foi que uma pessoa desconhecida permitiria que se sentissem mais a vontade para fazê-lo. Relataram aspectos que consideravam sórdidos em suas histórias pessoais. Eles foram escutados, e levados a pensar sobre a importância de articulá-los ao processo de tratamento, que não poderia se limitar às consultas psiquiátricas e ao uso da medicação.

Por último a cidade D, em que as entrevistas se deram nos espaços em que cada um trabalha ou fica diariamente. Elas ocorreram em salas, no corredor, na sala de TV, no pátio. A experiência foi muito interessante porque foi possível observar o cotidiano de cada um.

6.2 – Análise das entrevistas

De posse de um amplo material obtido com as entrevistas procurou-se organizá-lo, para dele extrair os fios que pudessem entrelaçar com as indagações produzidas, e construir a argumentação deste estudo. Pequenos detalhes que à primeira vista pareciam ser insignificantes foram levados em consideração, mas que existiam e poderiam abrir novas perspectivas de análise. Tentou-se ultrapassar as lentes da conformidade olhando sempre mais de uma vez para os enunciados, a fim de dialogar com os interlocutores, e levantar novos e diferentes feixes de possibilidades de investigação.

Para a análise das entrevistas os textos norteadores foram os de Figueiredo (2002) e Guerra (2001). A primeira autora conta que ao realizar sua pesquisa de doutorado trabalhou com os segmentos de fala dos sujeitos, “retirando-os do contexto em que foram apresentados, transformando-os em citações para dar-lhes novos sentidos e extrair-lhes sua força exemplar”, tendo em vista que “...citar é recontextualizar” (Figueiredo, 2002, p.40). Ao citar os relatos, refaz-se mais uma vez o seu sentido. O posicionamento da autora permitiu pensar sobre a forma de trabalhar com o texto e com as citações da fala dos sujeitos entrevistados. Buscou-se também identificar as categorias de análise conforme as operações-redução propostas por Miller (1998) que são a repetição, a convergência e a evitação citados por Guerra (2001), entretanto, no decorrer de todo o processo de análise, a repetição foi o elemento que se destacou.

As entrevistas foram divididas inicialmente nos seguintes tópicos, tomando como referência o roteiro de entrevistas e o que se sobressaiu na fala dos entrevistados:

***A oficina vista do ponto de vista dos profissionais:**

- 1- Como o profissional entende a função da arte na terapêutica dos pacientes
- 2- Objetivos para montar oficina artística
- 3- Como as oficinas são organizadas
- 4- O papel social da oficina
- 5- Como os profissionais realizam o trabalho
- 6- Relações entre profissional e usuário na oficina
- 7- Dificuldades de participação do usuário
- 8- Equipe multidisciplinar
- 9- Reinserção social

***A oficina vista do ponto de vista dos usuários:**

- 1- A função da oficina em sua percepção
- 2- A representação da atividade artística
- 3- Oficinas com as quais se sentem mais envolvidos
- 4- A visão sobre a condução do trabalho pelos profissionais
- 5- Dificuldades de participação nas oficinas
- 6- Efeitos da produção sobre a subjetividade dos mesmos
- 7- Preconceito a respeito do usuário de Saúde Mental
- 8- Relacionamento com os colegas

Os serviços de Saúde Mental das cidades visitadas são muito heterogêneos, mas na medida em que as falas dos sujeitos começaram a ser analisadas, de acordo com a divisão dos tópicos apresentados, percebeu-se que alguns elementos se destacavam, e se repetiam, possibilitando decantar alguns analisadores, permitindo um mapeamento das indagações principais e disparadoras deste estudo.

* Perturbação do coordenador de oficinas sobre sua função

* A oficina como um espaço, como um lócus.

* O saber sobre o sujeito é do profissional/instituição

6.2.1- Perturbação do coordenador de oficinas sobre sua função.

Através das falas de profissionais percebeu-se que na condição de coordenador de oficinas apareceu uma perturbação, ou mesmo uma nebulosidade sobre o que é essa função. Cada profissional conduz o trabalho de oficinas orientando-se pela sua formação profissional. Essa é uma posição repetitiva, contudo como o conceito de repetição traz em si a repetição do mesmo e a repetição diferencial, tornou-se fundamental pensar como a diferença pode emergir nesse domínio.

O entrevistado A1 relatou que trabalha com o “fazer” numa oficina chamada de TO (terapia ocupacional) em que sua função é a de resgatar com o usuário vínculos que foram desfeitos durante o processo de adoecimento, e melhorar a auto-estima. Se existe este aspecto interessante do resgate dos laços sociais, por outro diz que seu objetivo na oficina é trabalhar a relação paciente/família. Em outro fragmento discorreu que na oficina eles formam uma família e que às vezes não consegue deixá-los com outra pessoa.

(A1) “Eu trabalho com trabalhos manuais com eles... Eu trabalho com o resgate...vamos supor... a paciente era costureira, mas pela doença ela parou, num mexe mais com costura, a própria família não deixa, acha perigoso mexer com tesoura, com agulha, porque vai estragar. Aí eu tento resgatar essa atividade, até mesmo com o usuário e com a família que não é porque adoeceu que ele ficou inútil, que ele num é capaz de fazer nada e tem dado muito certo isso. Os pacientes melhoram a auto-estima. Eles conseguem fazer o que faziam antes e você tá resgatando, trabalhando a auto-estima... O meu objetivo é tá trabalhando a relação paciente e família...eu vejo muito pra esse lado.

...Eu acho que a gente forma uma família...tem muito carinho pelo usuário... O meu trabalho com eles é corpo a corpo, é muito próximo e eles são muito carentes...então eu num

consigo deixar eles com as instrutoras. Eu sou daquele tipo que pega na mão do usuário e aí eu acho que eles grudam. Esse meu jeito assim faz um vínculo...eu tô ali para dar suporte”.

Ao ser interrogado sobre a existência de oficinas que trabalhavam atividades artísticas começou a descrever sobre oficinas realizadas no passado:

(A1)...“Então nós já tivemos tudo isto...agora não tem. Tivemos oficina de teatro, de dança, de coral...Tivemos um coral maravilhoso...de teatro...faz um quatro anos que não temos mais. Já tivemos oficinas de costura, nós fizemos muito nas oficinas. Aqui no CAPS a tarde não tem TO...”.

A1 recordou-se da existência de oficinas artísticas e que aconteceram no passado, entretanto, não conseguiu produzir um discurso do que representa a função da arte na terapêutica dos usuários, deixando claro que atualmente não existem em funcionamento oficinas com essa finalidade. Essa inexistência pareceu repercutir num esvaziamento do discurso, num movimento repetitivo.

O entrevistado A2 abordou a função do profissional na saúde mental de maneira geral. Como o trabalho em oficinas terapêuticas que envolvem a arte não é representativo, o seu discurso ficou vago. Lançou mão de críticas à teoria psicanalítica, sugerindo ser mais uma forma de se resguardar em relação à sua indefinição. Narrou a necessidade de se ter laços mais próximos com o paciente, ressaltando que ele é embotado, frio e que a psicanálise trabalha com *setting*, com o *vínculo* etc. Destacou-se o vínculo porque dizia a respeito dos laços necessários entre profissional e usuário na saúde mental e ao fazer sua crítica à teoria psicanalítica (ou seria à técnica?), trouxe o que considera inadequado neste saber. O que se extraiu é que o entrevistado por estar enredado nessa indefinição quanto à sua função, produziu um discurso exequível para não se defrontar com ela.

(A2) “...na saúde mental tem a necessidade de você ter um laço mais próximo porque senão você não consegue...ele (paciente) já é embotado, ele já é mais frio pra expressar a emoção e se

...você ficar distante você não consegue nada eu acho. Eu vejo que tem essa necessidade de aproximação...por isso eu acho que a teoria na saúde mental não pode ser essa do setting, do vínculo, porque se você for usar as teorias da psicanálise eu acho fica difícil docê tratá o paciente da saúde mental. Eu acho que ele já tem esse problema emocional que é a ligação dele com o outro, eu acho que ele é mais frio...que é como se ele tivesse desacreditado das relações, então eu acho que pra ele é diferente do que é pra nós. Fica magoado se você num for conversar, falar um oi, ele num sente uma pessoa...”.

Na medida em que o entrevistado produziu esse discurso repetitivo, corroborado por A1, ressaltando a necessidade de se ter maior proximidade com os usuários, o que se presentificou, é que o que narram sobre o que fazem ou o que é importante fazer, não se efetiva na prática. Se esse discurso de proximidade com o usuário se repetiu na via do automatismo, percebeu-se que o atravessamento, que é da ordem de uma repetição diferencial, veio através de uma usuária ao manifestar explicitamente que neste serviço não há nada para fazer e que será comentado adiante. Se não oferece nada, pode-se perguntar: É possível oferecer laços de maior proximidade? Sob esse ponto de vista, parece não haver coerência na fala da mesma e nos seus questionamentos.

Observou-se a seguir o posicionamento do entrevistado B1, que no momento das atividades na oficina diz não ter muito a questão da hierarquia entre profissional e paciente, exercendo funções suplementares como organizar material, controlar horário etc. Essa é a posição de coordenador de uma oficina? Essa dificuldade de se posicionar com a sua função frente ao usuário não vai prejudicá-lo a se implicar na sua condição de sujeito que deve ser responsável por seus atos?

(B1)“...Pois é quando eu estou na oficina eu nem sou tão coordenadora de oficina né... porque normalmente eu tô tão participante quanto eles né..A única questão de coordenação que eu faço e que eu observo as meninas fazer é a questão de horário, de material que às vezes, assim...quando não tem material a gente procura o material, mas não é a questão de coordenar a

oficina..é mais é isso. Porque na oficina em si a gente tá junto com eles, a gente não tem muito a questão de hierarquia ... sabe assim...”.

A confusão de B1 persistiu ao não conseguir discorrer com clareza sobre a função da arte no trabalho com os usuários. Exemplificou que uma oficina de pintura no passado possibilitou que os usuários se expressassem através do material produzido, ocorrendo o mesmo com uma oficina de dança atualmente, que está sob a coordenação de uma pessoa que não faz parte da instituição. Acrescentou que trabalha nas oficinas com a questão da facilidade, não incluindo de imediato o paciente em crise, considerando que quem está em crise pode não conseguir lidar com minúcias. Pareceu que por não conseguir definir qual é seu papel na condução de uma oficina dentro desse dispositivo, a tendência foi procurar trabalhar com o que lhe exige menos, indicando um despreparo para ocupar esse lugar.

(B1)“...A gente trabalha com a questão da facilidade, coisa que é muito complexa... a gente tenta não trabalhar de imediato com o paciente que tá mais em crise, né?... que tá mais comprometido, né? A gente trabalha com coisa menos complexa, né?... e a questão do que ele vai aprender primeiro, né?... um ofício e o quê que aquilo pode trazer de ganho pra ele, né?... ..aquele que tá mais comprometido ele talvez não tenha tanta... muita facilidade de lidar com aquelas coisas tão minuciosa,s né?...”.

A seguir o entrevistado B3 relatou que a organização da oficina deveria ser feita por afinidade com o trabalho da oficina, mas que nem sempre é assim que acontece. A distribuição se dá de acordo com o número de atividades que cada profissional tem para cumprir. Notou-se com sua fala que as oficinas não são conduzidas pela afinidade do coordenador com alguma atividade, mas ele é encaixado para responder ao bom funcionamento da instituição.

(B3)“...De vez em quando a gente discute a rotina num todo, né?...quem vai fazer o quê...Então existe, de vez em quando, em função de um profissional que sai, que sai de férias, essa rotina é discutida e dentro dela as oficinas. Então assim acaba sendo um pouco por afinidade, ou

então por...como eu falo? ... é mesmo de horário de distribuição. Você ficou com tantos grupos, você vai ficar com tal oficina, já que o horário num bateu, cê fica às vezes, num é?... nem uma coisa que cê identifica. Então, às vezes, uma pessoa que nunca bordou na vida vai pra oficina de bordado...entendeu? Então assim: O ideal seria que a pessoa se identificasse com aquilo que é feito, mas nem sempre acontece, né?....”.

B3 manifestou que aquilo que vem do paciente e se torna insuportável para o coordenador de oficina se haver, ele transfere para o profissional de referência. Entendeu-se que esse posicionamento contribui para a criação de pequenos especialistas dentro dos dispositivos de CAPS, articulando-se com a questão da centralização do saber sobre o sujeito, que é do profissional/instituição e será comentado adiante.

(B3)“...mas num é uma coisa que...do jeito que tá sendo feito eu acredito num é?... porque assim... eu gostaria que fosse diferente, gostaria que tivesse outras coisas. Mas do jeito que eu realizo hoje, fico ali de... a terapeuta que tá de referência, que acaba conversando algumas coisas. Poderia ser qualquer pessoa. Claro que em momentos que eu percebo que existe a possibilidade de intervenção eu tô ali praquilo, né?... pra tá auxiliando..numa percepção ali diferente qualquer coisa, né?...um insight qualquer coisa em relação ao paciente, mas a maioria das vezes você é vista mesmo como uma pessoa que tá ali dando um suporte...”

O depoimento de C1 mostrou um traço bastante persecutório, interpretando que os pacientes esperam ver um deslize do condutor da oficina, exigindo manejo para lidar com essa situação. Projetar sobre o outro, o que é difícil reconhecer em si, vem para tamponar a falta, como uma forma de proteção. A sua fala apontou para aquilo que não é dito no âmbito das oficinas nos serviços: a falta de questionamento sobre o funcionamento cotidiano.

(C1)“...Eu acho assim.. é perigoso tem dia porque cê tem que lidá com coisas assim que cê tem que tê... muito manejo...cê tem que saber falar porque uma conversinha que você falar, uma coisa que cê fala fora eles pegam tudo... eles são muito espertos, muito mais que a gente...Eles

ficam olhando o que você vai falar de errado...aí nesse ponto aí eu acho difícil, porque eu aprendi é veno, né?...”.

Deparou-se também com profissionais que têm posições mais definidas a respeito da função de coordenador de oficina e não se angustiam com as demandas dos pacientes a ponto de se sentirem paralisados para conduzir as atividades.

Para D1 a relação entre usuário e profissional na oficina é de construção. O profissional é um facilitador e não deve se colocar na posição de “eu”, pois ambos são sujeitos, e o usuário é um ator que na oficina constrói alguma coisa.

(D1) “...Eu só penso numa pergunta... eu acho que quando a gente se põe no lugar de alguém que facilita, e não de alguém que ensina, você facilita a relação dele com o outro. Você tem que ter essa coisa, você tem que lembrar que você não tá ali na posição de ‘eu’... Eu sou sujeito, ele é sujeito, e ele vai fazendo um histórico aqui. Ele é um ator que constrói alguma coisa”.

D3 adiante assinalou que o condutor de uma oficina deve estar ciente do seu papel e do nível de implicação necessário, porque não é só fazer por fazer e nem querer que o usuário faça a sua produção do jeito que ele acha que deve ser feito. Essa posição é questionadora da própria sistemática da organização das oficinas que tende a cristalizar, a fixar os papéis tanto do técnico quanto do usuário. Nessa situação o condutor da oficina sabe aonde quer chegar e o usuário deverá entender o objetivo da atividade executando direitinho.

(D3) “Olha eu acho que é uma implicação muito saudável desde que quem está oferecendo consiga perceber um certo limite ali, dessa implicação, consiga saber a que veio, ali naquele trabalho né...porque você pode entrar numa certa disputa ali, .né?...de querer que o outro faça daquele jeito...bonitinho, um pontinho...tal...e num é bem por aí...então é uma implicação super saudável...mas que a gente precisa saber os limites da gente...que tá ali coordenando a oficina...e que muitas vezes o coordenador tem que conseguir intermediar a relação entre o paciente e o

outro...porque muitas vezes é uma cola...ou um conflito que surge, mas que você tem que saber, dentro dos limites, e conter esses momentos...eu acho que o coordenador tem que saber o seu papel...o seu local...como se localizar ali..pra não misturar demais..”.

Abaixo aparecem as falas de usuários que indicaram suas impressões sobre o papel das oficinas e dos profissionais que as conduzem:

O entrevistado A3 pareceu não conseguir se envolver com as atividades da oficina, contudo ao ser questionado se queria colaborar com a pesquisa respondeu: *“Falar o que? Aqui a gente não faz nada, não tem nada para fazer a tarde”*. Percebeu-se uma crítica sobre a forma como as oficinas estão constituídas. Afinal se não tem nada para fazer o que estariam fazendo os profissionais? Constatou-se que no discurso dos profissionais revela-se a presença do automatismo de repetição com essa perturbação sobre a função do coordenador. A diferença emergiu quando a referida paciente atravessou dentro da sua lógica temporal que ali não há nada para fazer. A irrupção dessa fala trouxe a dimensão do novo, indicando que pode ter algo para não fazer ou para pensar.

Notou-se, com as falas de A4; C4 e D11, que há uma (in) satisfação quanto à forma como as oficinas são conduzidas pelos profissionais. Ressaltaram o carinho, a atenção, a responsabilidade, a competência e a orientação:

(A4) “É uma boa coordenação, a M. sabe ensinar direitinho. A., se ela pegar um papel desse aqui, ela transforma numa coisa muito bonita. E ela transforma”.

(C4) “Uai, autênticas! São! Conduzem bem... Boas! Boas... Elas são muito carinhosas. Elas explica com aquele carinho maravilhoso. Sabe? Como se fosse assim... às vezes se fosse sangue do sangue elas não faria tanto, como elas faz com carinho. Porque nós as mulheres aqui precisa de muito carinho, não é? Porque passamos por uma fase difícil, né?... que é, depressão não é nada

fácil. E aí as pessoas que são coordenadoras das oficinas ensinam.... cê acha?...elas ensinam bem o que é carinho”.

(D11)“Olha... Eles são muito responsáveis. Atenciosos... Sabe, sempre procura ajudar todo mundo. Não deixar dispersos assim... Fazer de qualquer maneira. Orienta sim.. .. É pra sair melhor, né?... o trabalho. Sempre buscando o melhor”.

Chamou a atenção o posicionamento repetitivo desses usuários, pois pareceu que em suas falas está tudo arrumado, tudo muito correto. Ressaltaram que os profissionais são muito responsáveis, atenciosos e prestativos. É como se fosse “tudo é um mar de rosas”. É como se as oficinas fossem criadas para funcionar de forma ordeira, como se nada pudesse escapar ao controle. Ocorre que o dispositivo foi criado para lidar com os usuários que apresentam uma desorganização psicótica, com as suas produções delirantes, com as suas alucinações. No entanto, o que apareceu como repetição do mesmo no discurso dos usuários não condiz com o cotidiano, visto que C4 e D11 mesmo não demonstrando insatisfação indicaram que há algo que poderia melhorar: “*Porque nós as mulheres aqui precisa de muito carinho, não é... cê acha? Elas ensinam bem o que é carinho*” e “*É pra sair melhor, né?... o trabalho. Sempre buscando o melhor*”.

Essa insatisfação evidenciou-se claramente nos discursos dos próximos entrevistados:

B7 expôs sua dificuldade em aproveitar o espaço da oficina em virtude da dificuldade de se avançar na produção de relacionamentos interpessoais, destacando que há uma convivência superficial sem objetivar um aprofundamento nessas relações. Ele destacou que ali se produz, somente, uma “conversa fiada”, ficando subjacente à sua fala uma crítica à condução das oficinas.

(B7)“...Ah!! A oficina de jogos eu tenho dificuldade de participar porque eu num sou...num gosto jogar com outras pessoas assim...de me relacionar, .entendeu? Eu faço porque eu procuro ficar e me relacionar com as pessoas, mas eu tenho mais dificuldade.... ..e às vezes eu tenho

dificuldade de ficar conversando com as pessoas...conversar...como a gente brinca...conversar fiado¹⁰..eu tenho dificuldade...é isso!.”

B8 fez uma queixa explícita de que no espaço de oficinas as pessoas que coordenam não o deixam falar, que querem mais falar do que ouvir.

*(B8) “Ah! Porque assim que eu relatei as terapêutica, sabe né?...quê que o paciente tá falando, né?...num interferi no assunto...deixa a pessoa falar, né?...eu te interrompo...não deixa cê falar direito o quê que tá acontecendo. **Aí elas quer mais falá do que ouvi...**que elas tem que ouvi..eu falo isso...e tem um tema e eu falei sobre isso...falei uma palavra sobre elas...que elas não sabem ouvi...só sabem falá... É...tem que ter mais espaço pra escutar do que pra falar, .escuta prá depois falá..”.*

Em relação ao que se denominou de uma perturbação na função do coordenador de oficinas, percebeu-se que ela não é uníssona entre os profissionais, haja vista que alguns destacaram que sabem o que fazem e o “fazer” relaciona-se com a postura assumida no exercício desse ofício. Não obstante, essa hesitação apareceu na narrativa dos usuários mesmo quando falam que os profissionais são “ótimos”. Os usuários demonstraram de forma velada ou explícita que a oficina poderia atender melhor as suas demandas se o coordenador estivesse mais afinado com a posição que ocupa.

O fenômeno da repetição emergiu nos discursos de ambos, tanto na vertente do automatismo, como da diferença, embora esta última tenha aparecido mais na perspectiva dos profissionais. Na via do automatismo, ao relatarem de forma repetitiva sobre as atividades que existem ou não nas oficinas, desenhando o limite da capacidade de agir frente à perturbação que se tem para coordená-las, e que pode ser verificado com a fala dos usuários, que elas nem sempre

¹⁰ A seguir os grifos que aparecem em negrito são da pesquisadora, para dar ênfase a algumas falas que chamaram atenção.

atendem aos seus anseios. Na direção da diferença quando outros profissionais enunciaram que esse espaço pode ser povoado de criatividade, desde que se saiba o que faz.

6.2.2 - A oficina terapêutica como um lugar, como um lócus.

A partir do que se foi apreendendo do discurso de profissionais e usuários a respeito da representação que eles têm sobre a oficina de arte ou as oficinas em geral, o que se destacou foi que a oficina tem uma configuração espacial, ela tem a dimensão de um espaço, sendo vista como um lócus para a realização das atividades. A oficina surgiu nas falas dos entrevistados como:

- um lugar de simbolização e de elaboração
- um lugar de trocas e de socialização
- um lugar de ocupação do tempo e da mesmice
- um lugar de distração
- um lugar de aprendizado
- um lugar possível de desconstrução do mesmo.

Ainda que a oficina seja tomada como um lócus para a produção de diferentes atividades, através dos depoimentos dos entrevistados, viu-se que ela porta representações diversas, outras temporalidades, e que o ato criativo que é constituído de repetição, traz a marca da diferença, possibilitando uma mudança subjetiva dos participantes.

6.2.2.1 - A oficina como lugar de simbolização e de elaboração:

Através de alguns recortes nos relatos de profissionais e usuários, pode-se notar que a oficina de arte é vista como um lugar de simbolização e de elaboração:

O entrevistado B1 destacou uma extinta oficina de pintura como um lugar de elaboração, onde os pacientes retratavam suas emoções, e uma oficina de dança como um lugar de catarse. Contudo, salientou que é mais frequente a existência no CAPS de oficina de artesanato.

(B1) “Olha! Eu acredito que ela é fundamental. A oficina que envolve arte, eu acho que ela é fundamental, porque às vezes, por exemplo, quando a gente tinha a oficina de pintura isso era nítido. Sabe, assim...às vezes, eles faziam alguma pintura e se retratavam com aquilo, né?... e conseguiam, depois daquilo... trabalhar o que eles tavam sentindo. Nas outras oficina... igual, que a gente tem mais de artesanato, agora a gente não consegue perceber tanto, né?... porque isso... e primeiro porque eles fazem mais. Eu acho que é o fato mais fácil de se lidar com o que eles não conseguem falar...”.

(B1) “...Tem a dança. Eles adoram, tem alguns que ficam bem resistentes... meio assim. ..entende? Mas, outros adoram. É bem de catarse mesmo, gritam, brincam, colocam pra fora um monte de coisa” “...Há momentos também que não faz nada. Aí a gente fica só com a elaboração”.

B1 falou que é mais comum existir no CAPS oficina de artesanato, não a enxergando com uma finalidade artística, que poderia causar um efeito na terapêutica dos pacientes. Ressaltou somente a pintura e a dança como atividades artísticas e terapêuticas. Percebeu-se assim que o artesanato é apreendido no seu discurso somente como uma atividade de execução, e que há mais “fazer” do que simbolização da parte dos usuários.

Na visão de C1 a oficina de arte é um lugar onde o sujeito pode voltar a recuperar a vontade de viver.

(C1) “Bom! No caso, o que eu presencio e vejo, é que a oficina (de arte) é a melhor terapia pro pessoal que frequenta aqui, assim... porque tem a psicóloga, tem tudo, mais a oficina é, como se diz?... eles voltá a ter, sei lá!... vontade de viver. Então, eu acho que as oficinas pra eles é muito importante, muito importante mesmo. Às vezes, na oficina, eles conseguem falar...”.

Evidenciou-se através deste fragmento da fala de C1 que a oficina tem a função de ser um lugar para o usuário resgatar a vontade de viver. Outrossim, mesmo que não tenha surgido em sua fala, existe a possibilidade da oficina possibilitar a relação com uma construção social: ao resgatar o sentido da vida o usuário pode descobrir sua potência, perceber suas habilidades para produzir,

sentir-se útil e descobrir um outro sentido para a própria vida. Descobrir-se capaz de realizar atividades dentro de uma oficina pode levar o sujeito a se posicionar subjetivamente de outro modo. A oficina teria a função de despertá-lo do seu sono cotidiano, que parece ser um dos grandes valores do trabalho com a arte.

O entrevistado D2 apresentou a oficina terapêutica como um lugar de expressão, elaboração e estabilização dos pacientes desorganizados:

(D2) “...A minha função, acho que é um pouco, assim... incentivar, .porque os pacientes que estão graves, muitas das vezes, eles tem a dificuldade de se expressar...o próprio quadro deles. Então, a atividade, ela vai proporcionar essa expressão deles, a subjetividade, a vontade. É lógico que num tem, mas a gente vai propiciar escolha. Então, o próprio caminho já é algo que vem deles e não do outro. Então, a própria escolha...e através disso...é um momento até de amenizar isso, porque às vezes eles estão tão desagregados, desorganizados, que o próprio fazer pode tá ajudando nessa estabilização deles...”

A fala de D2 demonstrou que a oficina é um lugar de expressão, de resgate da subjetividade, e de promoção da estabilidade daqueles pacientes que estão desorganizados, através do fazer artístico. Se por um lado a oficina tem essa função para a profissional, por outro ela indica que o caminho a se percorrer é do próprio usuário porque ele tem que se haver com as suas próprias escolhas. Notou-se que a sua narrativa indica outra temporalidade do “fazer” na oficina. O tempo para a significação do produto obtido na oficina com o seu fazer é do usuário, que pode até conseguir se estabilizar, e não o tempo real em que a atividade é realizada no espaço da oficina.

Para o entrevistado B4 a oficina de artesanato foi um lugar onde pode se reorganizar através do vagonite e elaborar as coisas ruins da cabeça:

(B4)...Enfim, eu tô falano do que eu gosto, porque eu gosto das histórias que tá contando, mas é uma questão de cabeça mesmo, sabe? ...É dificuldade que você tem que vencer. Mas o

*vagonite é muito interessante. Tem uma lógica, sabe? Ajuda a me reorganizar a cabeça. Sabe quando a cabeça tá ruim, cê num consegue fazê a lógica, a seqüência. Então, às vezes, assim, quando eu tô como instrutora tem as pessoas que chega e fala que a cabeça não tá boa. Aí o que eu faço? Eu falo: **faz um alinhavo**. Aquilo é importante pra pessoa. Tem aquilo de que ela num alinhavo num dia. Mas, no outro, ela deu conta de fazê, entende?”...*

Percebeu-se com a fala de B4 que a oficina mesmo sendo um lugar que tem uma dimensão terapêutica, outras lógicas se agregaram, pois com o próprio fazer ele foi reorganizando sua vida, saindo de um lugar cristalizado, para alcançar outras possibilidades. Ao trazer o momento em que cada um pode encontrar o seu “alinhavo”, aquilo que foi possível a cada um “alinhar” naquele dia, ele trouxe a dimensão temporal. Fazer um alinhavo não foi somente um ato mecânico, mas um momento de se recompor emocionalmente, de experimentação de novas perspectivas, como a criação da condição de trabalhar coletivamente no espaço da oficina, sendo importante o respeito à individualidade de cada integrante. Esse arranjo em que o sujeito procurou deixar inscritas suas próprias marcas, as suas próprias conquistas, estendendo-as para outras pessoas, sinalizou a emergência da repetição diferencial.

(B4)... “Porque é importante cê tá pegano, tá junto e, ao mesmo tempo, que tem uma lógica, você num precisa seguir a lógica, cê vai fazeno e vai reconheceno que tá errado, né? Quando você descobre o erro significa que você tá entendeno...é muito interessante...”

A emergência do novo, da repetição diferencial, pode-se dar através de um “fazer” que tem uma concretude, e que foi realizado de forma automática, possibilitando uma mudança de posição subjetiva. B4 mostrou que no momento da atividade ao descobrir o erro, também descobriu coisas interessantes: seu entendimento, sua capacidade e certamente pôs em ato seu desejo em dar continuidade. A atividade mesmo sendo realizada numa lógica repetitiva permitiu novas simbolizações. Somou-se ainda segundo ao relato de B4, que o seu envolvimento com a arte e a literatura a ajudou profundamente na elaboração de vivências passadas, sentindo muita satisfação

em produzir um texto e representá-lo. A oficina de literatura propiciou-lhe novas descobertas e novos arranjos disruptivos e mais criativos.

(B4) “...Eu gosto muito de arte, de lidar...gosto de ler...arte...Olha! É uma satisfação, assim, porque na aula de literatura, às vezes, a gente faz daquela história uma parte. Então, assim, muito dessa questão é você não tem noção o quanto às vezes aquela história você passa batido, mas você tá representando ela. Fixa na sua mente. Então assim, em especial, eu gosto, ajuda profundamente. A gente sente em casa...Eu gosto de coisa bonita. Enfim...colorido... um monte de coisa, sabe num? A gente tem que fazer...é coisa alegre. Eu gosto...”.

Presumiu-se com o discurso produzido desse entrevistado, que se a oficina terapêutica for tomada como um dispositivo de potência, onde várias lógicas se cruzam e onde vários sentidos podem ser produzidos, os sujeitos inseridos podem engendrar sempre novas possibilidades de subjetivar-se. Denominou-se de “lógica poética dos usuários”¹¹ as associações que foram se produzindo a partir de trabalhos que tem uma concretude, que são realizados de forma mecânica, mas que na medida em que possibilitaram simbolizações, produziram mudanças na subjetividade.

O entrevistado B5 fez uma associação da arte com o belo e também com a sua vida “feia” para algo mais bonito, a partir do momento em que começou a se aceitar e participar das atividades envolvendo a arte no processo de tratamento. A oficina de arte foi tomada num lugar que o ajudou a se aceitar.

(B5) “... Ah! A arte me ensina, assim, que a arte é uma coisa bela. É uma coisa que trabalha o belo, então, que trabalhará com o belo, é muito bom...que a gente é bela...que a partir do momento que a gente tá nesse mundo...através da minha vida de repressão de não aceitação, que eu tinha...que a gente tem que gostá do jeito que a gente é, e não ficá buscando. Porque eu tinha um modelo de irmã, de pessoa...gostá do jeito que a gente é. Pra mim a arte é isso, o belo...”.

¹¹

Termo sugerido pela assistente de pesquisa Aline Fernandes.

Constatou-se na fala de B5 que, se por um lado, a oficina é vista como um lugar de ajuda, que propicia uma aceitação de sua condição, por outro ela faz uma contraposição: a arte é bela, mas a sua vida é de repressão, de não aceitação de si mesma. Percebeu-se que mesmo exaltando a atividade artística como aquilo que é belo, não consegue se desgarrar da miséria psíquica que vive. Chamou atenção em seu discurso uma impotência, que fica velada, como um sinal de angústia frente ao desamparo. Tem-se destacado o quanto o movimento de repetição engendra a possibilidade do aparecimento da diferença, mas alguns pacientes mesmo nos dispositivos alternativos ficam enredados na dimensão do mesmo, colados ao discurso do Outro. Considera-se que cabe aos profissionais da instituição estar atentos para o não dito, para o que é da lógica temporal do sujeito e que não é expresso em palavras, mas que pode ser apreendido desde que se faça uma aposta, de que ali há um sujeito.

O entrevistado B6 considerou a oficina como um lugar de elaboração de suas dificuldades.

(B6) “...Eu participo do vagonite. É uma coisa que eu tô muito feliz porque há dez anos atrás, que faz uns 10, 11 anos mais ou menos, que eu trato, né?... e eu tinha esse tipo de coisa na minha cabeça que eu num dô conta, num sô capaz... Vagonite eu já consegui deslanchar, dificuldade continua, assim, no aprendizado, né?...a mesma coisa eu gosto...mas tô conseguindo ir pra frente e eu to apoiando muito nisso, se eu num dô conta, eu penso, eu vou dar conta”.

“...É a música, né? Gostaria que tivesse violão pra aprender...teatro.. eu gostaria que tivesse pra trabalhar meu lado mais tímido ,e o que tinha, era o relaxamento, que eu gosto muito...e o vagonite, que tá trabalhando minha...tipo assim.. a gente ter que ter persistência porque a gente chega lá... ..e agora eu me sinto feliz em mostrar que eu sou capaz...’.

As oficinas para B6 são vistas como um lugar de elaboração de situações difíceis de sua história. Com a oficina de vagonite pode se superar e deslanchar. A música, o violão, o teatro são oficinas que lhe interessam por acreditar que ajudariam a trabalhar sua timidez, mas inexistem no serviço. Trazer para o campo da fala a expectativa de que deveriam existir outras oficinas de

expressão artística (plástica, música, dança, artes cênicas), implica trazer uma dimensão de tempo muito significativa. Indica que o tempo no dispositivo de CAPS é outro, diferente do tempo do entrevistado, que deposita a expectativa de que com uma diversidade maior de oficinas, ele poderia sair do lugar subjetivo que hoje se encontra. De forma mascarada ele diz que o que é oferecido não lhe interessa, ainda que ressalte os avanços que obteve com a oficina de vagonite.

B7 tomou a atividade artística como forma de expressar o que está sentindo no momento. Disse que se está se sentindo triste isso vai se refletir na sua produção. A dança representa uma possibilidade de se libertar deste estado e como forma de expressar seus sentimentos.

(B7) “...É uma forma de expressar o que a gente tá sentindo no momento...eu procuro por na arte, ou na dança, ou no desenho..aquilo que eu tô sentindo no momento. Se eu tô triste...cê faz um desenho mais triste...ou você dança mais desanimado...num procura interagir com aquilo...daí você procura também na dança, procura se libertar disso...no desenho, também você pondo aquilo pra fora no desenho...você procura tirar de você...”.

O entrevistado utiliza-se das oficinas que envolvem a arte como um lugar genuíno de expressão. Consegue se lançar na atividade e fazer desse espaço um meio de se sentir melhor, mesmo que exprima no desenho a sua tristeza ou na dança o seu desânimo. Mesmo havendo esse movimento repetitivo, consegue transformá-lo em um momento lúdico. Como disse Lacan (1964), “a repetição demanda o novo. Ele se volta para o lúdico que faz desse novo, sua dimensão”. B7 fez uma torção do seu tempo dentro do espaço da oficina, permitindo-lhe aflorar seus traços diferenciais, marcando uma outra posição subjetiva.

A oficina de arte para o entrevistado D4 foi tomada no lugar de simbolização e de elaboração, além de contribuir para afastar-se do que é ruim no mundo: drogas, roubo, morte. Relatou se sentir muito envolvido com as atividades artísticas, sobretudo com a pintura onde pode representar elementos relacionados com a sua história:

(D4)“...Olha! Arte, pra mim, é uma terapia muito boa, porque ao invés de você tá pensano uma coisa errada, tem o valor também, mesmo que você recorte uma caixinha de papelão todo mundo sabe que num é sacrifício. Você num tá matano, cê num ta roubano...cê num ta mexeno com droga... e eu acho as oficina muito boas. É de criação e, quando fica pronta, eu quero contá pra todo mundo e todo mundo compra na minha mão... Eu já fiz teatro amador, sabia?”

...“Eu fico muito alegre, tudo assim que é reciclável, uma revista, uma caixa de papelão... eu faço artesanato, eu colo...faço colagem, macramé, pintura e poesia... Oficina que eu me sinto mais envolvida é a da pintura...desenhar coqueiros, árvores, montanha... É porque eu morei no interior, né?...morei no cerrado, morei em fazenda...e tem muito coqueiro, tem muitas flor. Isso tá gravado na minha mente desse lugar...aí eu desenho...”.

Presentificou-se na fala de D4 uma outra dimensão de tempo no momento em que está na oficina, pois ali houve possibilidade de se vivenciar coisas totalmente diferentes do que fazia anteriormente (envolvimento com drogas, assassinato, roubo etc.). A oficina ofereceu oportunidade para o surgimento de outra faceta da sua subjetividade. Saiu de um circuito repetitivo, nocivo, para fazer outras escolhas. Levando-se em consideração o tempo lógico do sujeito, aquilo que relatou como uma grande mudança pode não perdurar, mas na medida em que conseguiu significar várias coisas de sua história, através de atividades expressivas no espaço da oficina, nesse tempo de encontro, descerrou-se a possibilidade de encontrar uma outra via mais criativa e menos penosa.

Abaixo verificou-se que A3 tem uma representação da oficina como um lugar de simbolização, identificando-se com a atividade do jornal porque gosta de escrever,

(A3)“...Ah! É..., tem o jornal do CAPS, né?, Agora tá até parado, mas eu me identifico também, mas agora como tá parado... Jornal do CAPS você desabafa tudo que cê sente. Cada um faz o uso da palavra pra dizer... falando uma coisa ou outra, então, é você..., é isso. Escrevo, assim, falando, né?...”.

A escrita propiciou a B3 desabafar o que sente e dizer o que quer. Contudo, notou-se que é mais uma atividade que deixou de existir no cotidiano das oficinas, destacada agora através de um usuário. Essa atividade permitiu-lhe vivenciar um outro tempo, um tempo de prazer, o de entrar em contato consigo, fazer suplência ao que falhou em sua constituição subjetiva. No momento de sua realização pode mudar de posição e dizer o que quer. O ato criativo sendo constituído de repetição traz a marca da diferença. A sua singularidade pode emergir com o ato da escrita, na medida em que ele deixou de ser um gesto automático, para trazer outras perspectivas.

Através do discurso dos entrevistados acima, constatou-se que a oficina é vista como um lugar de representação, de expressão e elaboração de vivências passadas, de descobertas, de catarse, de encontros, de abertura de possibilidades para a criação de arranjos mais criativos. Pode-se afirmar que no interior das oficinas ainda que ocorra um esvaziamento tanto do produto obtido, como dos sujeitos envolvidos, ela tem uma potência genuína, constatada com as narrativas produzidas acima.

6.2.2.2 - A oficina como lugar de trocas e de socialização.

O discurso produzido pela maioria de profissionais e usuários contém os princípios norteadores da clínica psicossocial, pois as oficinas terapêuticas são percebidas como um lugar de socialização, de trocas de experiências, de convivência, do resgate da cidadania etc. Mas ainda que prevaleça como fio condutor de suas falas estes princípios, outras lógicas discursivas vão aparecendo.

Verificou-se através das falas de A1 e A2 que os princípios que norteiam alguns serviços estão calcados numa lógica asilar, visto não se revestirem nem mesmo do discurso da clínica psicossocial implantada com a reforma.

(A1) “Reabilitação social. É esse é o principal objetivo.

(A2) “Reabilitação deles! trazer a cidadania de volta pra eles! que eles perderam, ne?”...

Os entrevistados falaram de reabilitar o usuário para a vida social. O significado de reabilitar é regenerar, recuperar, corrigir, etc. Se nos primórdios da Reforma era um termo bastante corriqueiro para especificar o resgate da autonomia, da condição de cidadania dos usuários, hoje é mais utilizado trabalho de reinserção social, de inclusão. Entretanto, no contexto em que foi usado pelos entrevistados, o usuário é visto mais como um “deficiente” que precisa ser recuperado, reabilitado e não como alguém que tem um problema grave de ordem psíquica. Essa é a lógica discursiva impregnada dos princípios manicomiais. Tomar o sujeito nesse lugar é desconsiderar que ele pode mudar sua posição subjetiva e operar num outro registro.

O entrevistado B1 enfocou a respeito de uma atividade que começou a ser desenvolvida por um grupo de bordadeiras nas oficinas do CAPS, e que pode ser levada para fora do espaço institucional, para a comunidade, dentro da proposta da clínica psicossocial.

(B1) “...tem até um grupo aqui de não-intensivo, que elas são bordadeiras e elas bordam fora também. Se reúnem, né?... às vezes não se encontram aqui, mas se encontram em outros locais, né?..., fazem uma reunião entre elas. Acaba que elas levam para a comunidade e vão se envolvendo com a comunidade a partir do que aprendem aqui...”.

Esse depoimento indicou que o trabalho de reinserção social pode trazer a marca da diferença quando começou a operar num outro campo, num outro tempo: um tempo fora da instituição. Ao sair do espaço institucional o usuário pode produzir novas marcas subjetivas e se deparar com um Outro marcado pela falta, o que pode gerar indagações sobre si e outras implicações subjetivas.

As oficinas para o entrevistado B3 tem a característica de ser um lugar de socialização e reinserção social para o profissional e o usuário. É como se fosse um lugar de descontração, de um bate papo produtivo, visto que ali coisas importantes podem ser percebidas.

(B3)“...muitas vezes, é um momento de socialização entre eles, na maioria das vezes. Para o profissional também porque você acaba conversando coisas assim...é...como se fosse um bate papo, que são importantes de conversar né...” “...Ela é importante pra socializar, né?...e às vezes até pro próprio profissional, tá percebendo?...observando algumas coisas daquele paciente, né?...do funcionamento mesmo!é importante!...”.

No relato de C2 e C3 percebeu-se a ênfase que dão para a participação, a socialização, e a reinserção social e de como a oficina pode torná-las possível.

(C2)“...Os objetivos principais são a participação, a socialização. ..”.

...Eles gostam muito. Se sentem assim bastante úteis, sabe?... é um momento assim que eles percebem que tem alguém que acredita no potencial deles. A gente sente isso. Um serve de exemplo pro outro enquanto eles estão ali...Eles observam os que fizeram um trabalho bonito e percebem que podem chegar ao ponto que o outro chegou. A questão da socialização, o sentido, né?..

(C3)“... eu acho que... assim... é através disso que a gente oferece condições. É... às vezes através da oficina terapêutica a gente tá oferecendo reinserção social pra pessoa, né? A pessoa vem, conhece outros, outras pessoas...”.

D2 salientou a montagem de uma oficina dentro dos pressupostos da clínica psicossocial e da clínica do sujeito, destacando o fazer na oficina como meio de interação, de socialização. Seu posicionamento discursivo indicou que é nesse lugar que a oficina é apreendida.

(D2...então, o próprio contato com o outro é um pouco dificultado pela doença e as oficinas... elas vão proporcionar isso, na medida em que tem um encontro entre o usuário e o fazer, né?...tem um encontro de contato, de interação...e na maioria das vezes de propiciar esse encontro...é benéfico pra eles mesmos...pra própria criação da atividade também. Os objetivos são a socialização, a expressão, essa tentativa de valorização dos conflitos internos pelo fazer, pela atividade...”

(D2) “Acho que é justamente isso, ajudar em todos esses objetivos que são colocados pras oficinas. A subjetivação, a socialização da atividade, da interação entre eles... dessa própria interação psíquica e contribuir... ..O Centro de Convivência também tem um papel muito importante para o usuário que consegue ficar, porque lá a oficina tem um valor muito importante, né?...pra socialização, pro convívio... “...acho que a socialização, a própria criatividade deles... porque é no fazer que ele vai dar conta...isso...do terapeuta...agora...do paciente... é... ele tá ali...”.

Nas falas de B3, C2, C3 e D2 evidenciou-se a oficina como um lugar de socialização, participação, reinserção etc. Uma oficina tomada como um lugar de socialização, pode ser também um lugar de novas descobertas a respeito do próprio funcionamento do usuário, como disse B3, trazendo em si várias perspectivas.

D3 acredita que a função da oficina se sustenta com a postura do profissional, que é a de construir o fazer junto, numa ajuda mútua. Observou-se com seu depoimento que o fazer na oficina pode se constituir fazendo atravessamentos no que está instituído para que apareça a criação, a invenção e a subjetividade dos usuários. Na medida em que aparecem as diferentes lógicas discursivas e temporais dos participantes e há a possibilidade de se fazer modulações nas diferenças, outras inscrições podem ocorrer e o fazer se tornar coletivo.

(D3) “...então acho que tem uma função...tem a função de intermediar, né?...de ajudar o fazer...e eu também num sei muita coisa, .né?...mas eu tô ajudando...o outro tá me ajudando...um ensina alguma coisa, outro ensina...então é uma outra coisa diferente, por exemplo, ponto cruz...eu num sei fazê, mas aí uma outra pessoa sabe...uma paciente que pega a receita lá na mãe dela e faz atividade em várias formas...ela pega as receitas de como fazê sapatinho de tricô, por exemplo, uma outra viu um tapete enorme...Ah! Eu quero fazer desse. ..Ah! Então, vamo tentar. Eu vejo mais a minha função de intermediar alguma coisa pra atender e, também, contribuir com alguma coisa”.

Com os próximos entrevistados percebeu-se que a oficina do ponto de vista dos usuários é um lugar de socialização, interação, de fazer amizades, receber amparo, compartilhar e esquecer problemas, trocar experiências, distrair-se, etc.

(A3) *“A participação também com as amigas, né? Ficar com as amigas? Vamos supor, se eu tenho um filho... o mesmo problema que a gente sente, né? Então a gente é um tipo de amiga de situação de amparo, e uma dá pra outra, entende?”*

(A4) *“Uai! Nós, a gente, conversa uma com a outra, brinca quando a gente tá à toa, né? Fica lembrando duma coisa, de outra, começa ri, parece que distrai, né? Porque quando a gente tá com a outra, a gente até esquece das doenças, esquece que tá depressionada. (risos).”*

(B7) *“...A partir do momento que eu comecei a vivenciar as oficinas que eu comecei a participar...que eu comecei a analisar mais as coisas que tavam acontecendo na minha vida, no meu processo de depressão...as coisas que eu tô passando. A oficina me fez me libertar mais e interagir mais com as outras pessoas...As oficinas me deram...eu me abri mais...é isso...”*

(D9) *“Eu não sei! Eu faço muito bazar e gosto muito do bazar. Porque você convive muito com o povo, e o povo te conhece, assim, em qualquer lugar, assim, que você tá...tal...eu acho que eu me identifico muito com o bazar..”*

Através das falas de profissionais e usuários, vislumbrou-se que mesmo que a oficina seja capturada como um lugar de convivência, de socialização, como um espaço que propicia diversas trocas, ainda assim, cada um opera com sua própria lógica temporal. Nos relatos apareceu a dimensão espacial, sendo que para os profissionais o que mais se repetiu foi a oficina como um lugar de socialização, de interação, de detectar o que se passa com usuários, etc., e entre os usuários foi a oportunidade de encontrar amigos, ter ajuda para as dificuldades pessoais, etc. Acredita-se que cada um no seu próprio tempo vai transformando esse encontro numa oportunidade de sair da

mesmice, deparando-se com suas limitações e criando novas perspectivas em suas vidas e deixando revelar-se a repetição diferencial.

6.2.2.3 – A oficina como lugar de ocupação e da mesmice.

Pode-se apreender com os relatos abaixo que tanto para profissionais quanto usuários, as oficinas também são vistas como um lugar para se ocupar, passar o tempo e em vários momentos repetir-se o mesmo. Para B3 a oficina é um lugar de ocupação e reprodução da mesmice, salientando que as oficinas como estão constituídas tem que ser repensadas, e que se tira pouco proveito daquelas com finalidade artística. Acredita que mesmo projetos temporários que são propostos por terceiros com grande possibilidade de serem terapêuticos, dependendo da proposta, correm o risco de cair na mesmice. A tendência é que eles funcionem mais como ocupação, na perspectiva da proposta da terapia ocupacional. Lamenta e diz que preferiria dizer que está tudo bonito, que tudo está andando dentro da proposta antimanicomial, mas não é isso que ocorre:

(B3) “Eu acho que, assim, nessa parte da arte, de tá trabalhando essa questão, mesmo das artes, da leitura, literatura, filmes, dança, essas coisas, elas são muito pouco proveitosas. Não é que eu desacredite da arte. Não! Eu acredito que a forma como ela tá sendo estabelecida hoje no que eu vivencio não funciona, tá?...assim existem alguns projetos..tá vindo uma pessoa de fora do CAPS dar uma oficina de dança... que parece que tá sendo muito legal, mas dentro do que eu vivenciei aqui, esses investimentos que vem de fora nunca permanecem por muito tempo. É temporário, muitas vezes até a forma como eles são conduzidos acabam caindo na mesmice também, né? Então, assim, eu acho que as oficinas são muito válidas desde que tenha uma coisa maior, pensada por trás que nem sempre existe... É sempre o que eles já tão acostumados, num tem novidade, né? Eu gostaria de falar que tá tão bonito... o principal objetivo que norteia o trabalho... tá fazendo com que aquele paciente.. é... tenha alguma coisa mesmo pra fazer...de movimento mesmo, da paralisia corporal, tirar ele da cadeira, sabe? Hoje eu percebo, assim. que é uma

atividade pra tá ocupando. Uma terapia ocupacional, né?...pra tá ocupando mesmo o tempo daquele paciente que tá ali...”.

O entrevistado disse que o trabalho nos dispositivos de oficinas terapêuticas na Saúde Mental, acontece dentro de uma paralisia, impossibilitando que seja terapêutico para os usuários. Não acontece nada de novo, pois nada é questionado. Considera que o caos está instalado, e é inevitável não cair dentro dele, existindo um conjunto de situações para essa manutenção. Acredita que da forma como as oficinas estão constituídas os usuários vão fazendo a tarefa de forma mecânica.

(B3) “Ah! Eu acho minha função muito difícil, viu? Porque... dentro dessa paralisia é muito difícil ver o terapêutico, entendeu?...porque é uma oficina terapêutica.. Dentro dessa coisa de que é... num acontece o novo, nada é pensado.....num adianta falar que eu, uma psicóloga dentro da instituição, não vou cair no caos institucional, porque cai sim.

*(B3) “...Eu não acredito que a mesmice das oficinas, ela seja **tão** terapêutica assim”.*

Tomar o discurso desse entrevistado pontualmente num primeiro momento da pesquisa foi tentador, porque ele se afinava com a posição dicotômica entre o fazer mecânico e o fazer criativo das oficinas, que vinha sendo refletido até então. De modo consciente, D3 afirmou que o trabalho realizado é uma mesmice, mas deixou escapar no seu discurso não acreditar que, a mesmice das oficinas, seja “tão” terapêutico assim, permitindo pensar que ela foi atravessada nesse momento por uma outra lógica temporal, a lógica do seu inconsciente, mesmo que não se apercebesse disso. Uma oficina que não é **tão** terapêutica, ainda guarda em si a possibilidade de sê-lo.

A1 mostrou com seu depoimento que a oficina tem a finalidade de ocupar o tempo do paciente com o que chama de oficina de T.O (terapia ocupacional) e C2 destacou que os usuários não devem ficar ociosos.

(A1) “...O usuário recebe o laudo do hospital psiquiátrico, um encaminhamento e o CAPS faz uma triagem por qualquer profissional (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social). Aí eles encaminham para a oficina terapêutica, que é a oficina de terapia ocupacional...”.

(C2) “...estimular a atividade para não ficarem só, ociosos..”.

A posição de A1 e C2 indicou que o paciente ocioso incomoda, e as oficinas tem a finalidade de dar uma ocupação para o sujeito. O ócio é incômodo e a diferença traz uma perturbação.

C1 relatou a existência de oficinas chamadas de “oficina de movimento”, “oficina de relaxamento”, criadas com essa finalidade como se pode averiguar em sua fala:

(C1) “..É assim é rápido, ele num pode esperá muito, a gente peleja, controla, nois fazemo é... como é que fala?...eh gente? ...relaxamento, pra ver se controla, mas é muito difícil pra eles. Eles se controla, a gente tenta com uma música lenta pra ver se eles consegue esperá mais um pouco...”

Constatou-se que a criação dessas oficinas tem a finalidade de ocupar o tempo do usuário, que na visão do profissional/instituição não pode ficar parado.

A seguir aparecem depoimentos de alguns usuários entrevistados, que consideraram o espaço da oficina como um momento para realizar atividades de ocupação.

O discurso de B4 é de que o espaço da oficina é um lugar para aproveitar o tempo e se ocupar:

(B4) “...então, assim, eu acho isso... prá gente num é, ...como se diz?..., num é obrigado a vir pro CAPS, mas eu acho que no momento que você tá numa oficina, se você..., **eu tento o máximo que eu tô aqui de tempo...**Meu coração tá doendo, mas **eu tento me concentrar, tá participando, tá fazendo. Então, durante a oficina, a gente tá fazeno um tapete...fazeno vagonite...**”.

A fala de D5 mostrou que a atividade é realizada como uma tarefa, como um trabalho. Ao dizer: “*Quem manda é o professor...*”, percebeu-se que o sujeito está colocado numa posição de entrega, de extrema sujeição, onde ele não interfere em absolutamente nada. Ocupa seu tempo e executa a atividade na via do automatismo, numa posição de alienação frente ao outro.

(D5) “*Quem manda é o professor, eu respeito. Eu já trabalhei com outras profissões, quem manda é o professor....do professor. Numa área que não é a minha, eu respeito a profissão dele, eu respeito como profissional... Eu executo a tarefa, mesmo errando. Num é isso, não? Tive um professor que tem um prano de trabalho, que eu conheço.. é bom! Esse negócio de tempo tá na mão do professor, vamo trabalhá, dá sugestão...*”.

Embora haja um reconhecimento de que a atividade foi importante para uma nova vida, percebeu-se com a fala de D7 que ele a encara como um trabalho, e a oficina como lugar de ocupação.

(D7) “*...A minha participação... eu procuro me integrar completamente na... nos planejamentos de artesanato, principalmente artesanato... porque eles me fazem é... esquecer problemas... me faz esquecer coisas que já passaram na minha vida, ou seja, a gente se retorna uma nova vida... através dos trabalhos que a gente faz. Isso! Exatamente!. A gente ocupa a maior parte do tempo aqui, fazendo tapete, bijuterias... é.... através disso tem ajudado muito as pessoas que vem... tem cada um, um tipo de problema, né? O meu problema foi esse, tive depressão profunda, curei também através do trabalho*”.

Para D10 a oficina é um lugar para se ocupar e que lhe faz bem.

(D10) “*Sempre eu participo, assim, com o pessoal, legalmente, né?... que eu gosto de participar, né?... gosto de ser mais comunicativo, aproveitá o trabalho...e, faz bem, sabe?... pra mentalidade. Tem que ter ocupação, sabe?... .. porque eu gosto de participar... eu gosto de ser participativo, sabe?...É os outros que tem que admirá. ...Não! ...que qualquer trabalho é importante,*

o meu trabalho, o trabalho dos outros. Pra mim tudo é importante, sabe? O importante é a pessoa trabalhá, né?. Faz parte da vida da gente, o trabalho”.

Através dos relatos de profissionais e usuários, viu-se que as instituições se incomodam com o paciente ocioso, pois ele deverá ser capaz e útil. Lidar com a diferença traz uma grande perturbação. As oficinas são criadas para que o sujeito não fique ocioso. É como se já houvesse um consenso do que é bom para o paciente. Mas e este, como pode aparecer? A repetição do mesmo se sobressai, pois o sujeito é inserido numa oficina para ocupar seu tempo.

6.2.2.4– A oficina é vista como um lugar de distração.

A oficina é também tomada como um lugar de distração como se verifica nos depoimentos abaixo:

Na visão de B2 a oficina é um lugar para distrair os pacientes deprimidos, onde o usuário pode trabalhar a mente e deixar de lado os pensamentos negativos.

(B2) “...Olha eu acredito que esse trabalho...tem pacientes que eles, às vezes, chegam muito deprimidos. Esse trabalho é pra distrair, trabalhar um pouco a mente deles, né?...forçar um pouco...pra não ficar pensando tanto...porque eles colocam um pensamento negativo e aquilo ali fica...fica...Acho que esse trabalho distrai eles um pouco, dispersa, né?...esses pensamentos negativos, pensamentos ruins que eles trazem, né?...quando chegam aqui...então...assim...força um pouco eles a pensar diferente do que eles tão pensando, principalmente nas conversas, né? Cada um vai contando quê que tem de bom e quê que tem de ruim. A gente, no final, a gente fala...a gente aproveita o que é de bom e, o que é de ruim a gente descarta, né?...e as vezes tem paciente que tá pior que a gente, e a gente acha que o mundo acabou pra gente. A gente explica essa importância pra eles de que num é só eles que tá ruim, que há outras piores e, no entanto, sorri, tá feliz, né? A

gente sabe que cada um tem um problema, a gente respeita, mas a gente tenta...fala que o mundo num acabô e que eles tem que ter força, que eles vai vencer, né?...”.

Embora existam oficinas com uma finalidade de entretenimento, observou-se com o depoimento de D2 que elas podem se tornar realmente lúdicas propiciando que o usuário saia da mesmice e descubra novas possibilidades. Acredita-se que uma oficina que privilegia o lúdico causa um giro na dimensão temporal do usuário, permitindo-lhe esbarrar na diferença.

(D2)“..as atividades deles são mais lúdicas...que eles fazem atividades de música, tipo um karaokê, que eles colocam DVD. É como se fosse um entretenimento, mas num é só isso pra eles...eles não tem essa consciência de qual atividade é benéfica, mas eu acho importante pela satisfação de tá fazendo a atividade, né? Acho que pra eles é importante estar ali no grupo, em contato com outras pessoas, de ver que eles tem condições de fazer uma atividade...”.

Os usuários entrevistados abaixo enunciaram como fazem suas atividades na oficina e como elas se tornaram um momento de diversão, de distração:

A3 falou da emoção que sente quando passa a crise e de que gosta de vir para participar das atividades:

(A3)“Não, a atividade influencia porque a gente é dona de casa e não tem tempo de ficar fazendo essas coisinhas em casa, aí no dia-a-dia, a gente vem. Eu, por exemplo, venho três vezes por semana Aí, é... eu só sei, assim. Assim que a crise passa, nossa! A gente sente uma emoção e gosta de vim, o melhor, é isso, tá? A gente gosta de vim...”.

A4, D6 e D7 afirmaram gostar de artesanato e D11 relatou fazer as atividades que gosta.

(A4)“...os palhacinhos. Eu gostei muito de fazer o palhacinho. Parece que eu, eu senti melhor. Deve ser que, deve ser que assim, distrai um pouco, né? Parece que a gente distrai um

pouco da doença da gente, da vida da gente, que a gente sofre, né? Porque essa doença é a coisa mais terrível...”

(D6)“....Eu acho bom. Fazer artesanato de tapete é legal pra danar. De barro, de argila, cerâmica...”

(D7)“De fazê pulsera... Eu gosto(de fazer) colar... brinco eu não consigo. .Eu gosto... Eu gosto de pintá também. Acho que é os dois (pintura e bijouterias). (Pintá) Pato, galinha...”

(D11)“Aqui eu faço de tudo. Cestos de palito, né?... É... porta jóia, colares... Eu mesma faço. Faço tapete e cestos. .Essa (cesta) do palito é interessante... Você monta cestas, né?... Porta jóias. O tapete também... bordado... com agulha e linha, também fica bonito! Pode fazer moldura. Os palitos, né?... Que pode criar ensinando aquilo. Uma coisa assim diferente, né?. Que chame a atenção. (Fica) Feliz”

Através desses depoimentos sobre a representação da oficina como um lugar de distração, de lazer, percebeu-se que o enunciado dos usuários a respeito daquilo que produzem, do que criam, e que é tomado nessa dimensão do prazer, aproxima-se do que é dito pelos artistas, pois estes encontram prazer e satisfação com a produção do objeto. Entretanto, entre as falas, dos profissionais destacou-se o posicionamento de B2, pois a oficina é vista como um lugar de distração para a depressão, para espairecer pensamentos negativos. Se o usuário chega com um pensamento ruim força-os a pensar diferente, descartando no final tais pensamentos, aproveitando o que é bom. O paciente não pode ter “pensamentos ruins”? Tomar a oficina nesse lugar rígido, onde a expressão genuína do paciente é tolhida, significa tentar matar a possibilidade de que o espaço propicie diferentes modulações nas apresentações dos sujeitos, ao se depararem com a diferença. Isso significa tentar anular a diferença, apagá-la.

6.2.2.5 – A oficina é vista como um lugar de aprendizado.

As oficinas são vistas por profissionais e usuários como um lugar de aprendizado como confirmam os relatos a seguir:

Na visão de A1 a oficina é um espaço de aprendizado tanto do usuário como também do profissional:

(A1) “...Tem gente que fala que TO (terapia ocupacional) é trabalhar com artesanato. TO não é isso. Eu aprendo é com os pacientes. 90% do que eu aprendi foi com eles, na faculdade a gente não **ensina** isso...”.

A oficina é vista por B1 e C2 como um lugar de aprendizado, pois ali tem alguém que ocupa a função de ensinar.

(B1) “...Trazem muito no início do aprendizado de alguma coisa. Trazem muita dificuldade, que é aquela dificuldade do artesanato mesmo, bordado, né?... Colocam as dificuldades do aprendizado quanto deles também...”.

(C2) “...Vejo a participação como uma troca, porque no dia a dia tanto o cliente tá aprendendo, como ele tá ensinando, e, também o monitor, também, ele ensina e ele aprende. Acho, assim...”.

Entre os usuários entrevistados, mesmo aqueles que se divertem fazendo uma atividade, demonstraram com suas falas que vêem a oficina como um lugar de aprendizado.

A oficina é vista por A3 como lugar de prazer, como estar em ambiente familiar, contudo as atividades são visualizadas numa perspectiva pedagógica, de aprendizado.

(A3) “É, trabalhar com o fuxico. Te contar. Dá, dá prazer de eu tá em um ambiente tipo familiar, né? Aí a gente vai encaminhando o fuxico. É uma coisa legal porque **a gente vai aprender..** ..Então, eu entro ali na. .. eu **entro pra aprender alguma coisa**, pra me ajudar a terminar o que a gente começô. Eu tô muitos dias fazendo uma casinha, então já tem muitos dias

pra terminar essa casinha.. ..me ajudou a fazer um mago de papelão. Eu fiz um palhaçinho de fuxico. Fiz... É só as três coisas que consegui terminar...Eu me sinto bem.....”

D6 apreende a oficina como um lugar de aprendizado que é para fazer direitinho, porque tem a expectativa de vender o produto e obter lucro.

(D6) “cerâmica? Ah! Eu acho legal porque tem que aprendê pra fazê direitinho... Tem que fazer pra vender... Quando tiver mais organizado o negócio, eu vou ter lucro...”

Na perspectiva de alguns profissionais e usuários as oficinas tem a função de ser um lugar de aprendizado. Os profissionais destacaram que aprendem com o usuário durante o fazer, mas notou-se que A1, cometeu um lapso em sua fala, pois ao se referir à faculdade ela deixou escapar que a gente não “ensina” isso, quando tinha a intenção de dizer “que a gente não aprende isso”. Não é do lugar de quem ensina que os profissionais em CAPS se colocam? Ainda que não se saiba uma atividade específica, não é do “lugar do mestre”, que se posicionam frente ao usuário, qualquer que seja a oficina? Quanto aos usuários, as oficinas permitem-lhes um pouco de diversão, mas é para aprender alguma coisa que participam. A3 destacou em sua fala este objetivo, e D6 que trabalha com cerâmica disse que a oficina é para aprender a fazer direitinho.

6.2.2.6 – A oficina como um lugar possível de desconstrução do mesmo.

No discurso de alguns entrevistados a oficina configura-se como um espaço que traz a possibilidade da criação, do novo, pois sua montagem tem essa finalidade.

Observou-se na fala de B3 uma tentativa de promover um outro lugar para as oficinas, que escapasse da repetição do mesmo. Ao propor aos pacientes na oficina um outro fazer, ela se surpreendeu com o que ouviu, com o fato daquela mudança tornar-se terapêutico.

(B3)...Agora, das oficinas que a gente propôs, foi, ta, mesmo tentando, na verdade, o principal objetivo é tentar mudar um pouco”.

“...Porque não depende só de mim, depende de várias coisas...então, assim...eu percebo, assim, que algumas coisas isoladas eu tive sucesso, sabe? Em algumas coisas isoladas, assim, de oficinas, tipo por ex: num dia que seria determinado para um oficina, chegar e falar: - Hoje nós vamos fazer diferente!- Vamo construir um texto? - Vamo pensar uma coisa? - Então quê que é Saúde Mental? Até pensar constantemente o que eles tão fazendo aqui, .né?... assim. ..pra mim foi impressionante de coisas que eles vinham falando, mas que eles mostraram ali naquele momento entendeu...então, assim, eu percebo que tem que haver um diferente, tem que haver uma coisa assim que te sacode, que seja terapêutico”.

D1 destacou que a oficina pode ser um lugar para um trabalho coletivo, de partilhamento e também de se fazer pequenas negociações com o usuário para se construir o cotidiano das oficinas.

(D1)“...Eu faço dois tipos de atividades que são organizadas...É... eu faço oficina de origami, eu vou falar como que eu organizo. É diferente de Terapia Ocupacional... Ela é livre, mas por ser um trabalho que exige uma certa... atividade manual, mais... eu falo que é mais complexa, porque você vai encaixar a sua peça na do colega. É coletivo... Então, assim, meu trabalho com eles é muito mais... fazer com que eles se encontrem no coletivo pra fazer uma única peça, pra criar uma idéia... E apreender essa questão do grupo, do partilhamento. Porque assim, na grande maioria, com os nossos pacientes que são psicóticos, é uma vivência voltada pro conjunto.. ..e esses pacientes participam, mas dentro da limitação deles, né?”

(D1)“...pequenas negociações que são construções do cotidiano, pra construir o cotidiano...”.

D1 falou a seguir da criação de uma oficina de bazar a partir de necessidades que os usuários tinham no dia a dia e da importância de supri-las, como a falta de dinheiro para comprar material para o funcionamento de uma oficina, fazer um lanche, comprar um remédio, etc. Ela constituiu-se

voltada para a vida diária das pessoas, sendo montada para a inclusão do usuário no processo, como o principal interessado. Os usuários se envolveram e ajudaram a montar a oficina, inclusive manuseando o dinheiro de compra e venda. D1 acredita que a posição do profissional é de implicação, e não de alguém que vai fazer para o usuário, pois ele é quem descobre sua potencialidade no fazer:

(D1) “Eu formei um grupo de pacientes fazendo um bazar de roupa usada, cuja finalidade é ter um dinheiro extra pro próprio serviço, pequenas despesas... Às vezes, por exemplo, acaba o esmalte que eu preciso dar pros cuidados. Se eu for esperar pra fazer uma licitação, pra comprar cinco vidros de esmalte, minha filha, que na verdade fica em 10 reais... Seis meses pra comprar cinco vidros de esmalte. Então, esse bazar, ele gera um dinheiro pra cobrir essas pequenas coisas, que cê sabe que... são necessárias... pra fazer um lanche diferente... O lanche que eles fornecem é pão, leite, café...então, vamo fazer um bolo? Vamo! Então, tem o dinheiro pra isso. Do bazar pra isso, né? Às vezes um paciente, como aconteceu recentemente, o paciente entrou em tratamento dermatológico, cuja... que não tem aposentadoria. A família não tem condições de comprar, e tem o remédio... era uma injeção que custava 12 reais. O bazar pagou a injeção dele.. Eu coloquei, especificamente, o paciente... para que esses pacientes, alguns que têm dificuldades, aprendam...as coisas... saber vender... que prá saber comprar, tem que saber o preço...pra quê um recurso mais real do que um monte de cabide. de roupa? E de você ver, você pegar a roupa com o paciente, abrir, olhar e falar assim: olha que tem costura, muito pouco... um tanto puída? Prá reconhecer o quê que é uma coisa boa e uma coisa ruim. Isso é um lar, né? A revisão cotidiana. Coisas básicas que a vida e que as pessoas perdem. Então, assim, sei por quê, sei para quê, e sei com que objetivo, que é resgatar a dignidade das pessoas, a capacidade de circular, de negociar, pessoas que conseguem negociar uma roupa, você negocia uma relação. Então trabalhava com eles. O quê que era a roupa boa, e o quê que era a roupa estragada? O quê que se vestia, o quê que não se vestia? A parte inicial dos cuidados fiz a partir da roupa que chegava. Então, ali uma roupa... e aí? Dá pra vender? Cê acha que alguém vai vestir? Tá muito velho? Não tá? Qual que é o melhor preço?”.

Essa proposta de trabalhar com os usuários a discriminação do objeto comercializado na oficina indicou que o louco é tomado como um sujeito, que pode e deve se implicar na sua vida, sendo responsável por seus atos. O profissional D1 ao destacar que quando se consegue negociar uma roupa, negocia-se uma relação, marcou a importância do sujeito descobrir a si e aos outros nesse lugar.

D1descreveu também sobre a montagem do projeto de um carrinho de pipoca na mesma perspectiva de funcionamento do bazar, priorizando-se o respeito aos limites e às necessidades prementes dos sujeitos envolvidos.

(D1)“...Nós temos um paciente que hoje ele não está aqui, porque ele vem três dias por semana e, que ele conversa com algumas pessoas.... Pra esse paciente o carrinho funcionou como socialização, pra vender pipoca ele tem que falar com todo mundo.. ..Então foi muito bom, hoje ele é o único que tá no carro, que tá bancando vender pipoca, mas como uma atividade pra ele. Porque aí o pessoal fica assim: - mas vai fazer só? Eu falei: - não, eu to tentando achar mais outro, mais pacientes pra retomar a atividade, que queiram participar. Por quê? Porque tirar dele é fazer com que ele não tenha contato com as pessoas, porque a única hora em que ele realmente chega pra alguém e conversa é quando ele vai fazer pipoca...Então isso teve uma função de tirar um pouquinho daquela questão de não conversar...muito mais da ordem persecutória... ele começou a dar conta de romper um pouquinho essa barreira de falar com o outro. Eu até comentei, inclusive, assim com colegas, que a gente tinha que sentar e escrever ‘a socialização através do carrinho de pipoca’ (risos). Porque na verdade, assim, a mudança que houve na relação dele com o serviço foi de fundo educativo...Algumas coisas ele tá aderindo, aderiu à oficina de música. Mas tudo começou: a estabilidade do psicótico, o resgate da cidadania do psicótico., É que ele esteja no social. Não dá pra você pensar que você vai pegar o sujeito e trazer pra cá. Eu tenho uma percepção que vai além, que eu acho assim, deve-se lançar mão de todos os recursos na sua cidade para promover essa inserção social”.

O profissional mostrou que na medida em que se faz uma aposta de que nas oficinas existe um sujeito, e que ele pode se implicar no desenvolvimento de atividades qualquer que seja a sua finalidade, cria-se a possibilidade de um atravessamento da barreira da mesmice, para a produção de algo novo e inventivo, proporcionando mudanças significativas na sua subjetividade.

O entrevistado D3 enfatizou que a oficina decorre a partir do caso clínico. Ele montou uma oficina sob medida para uma paciente, no intuito de fazer borda ao sintoma da melancolia.

(D3)“... eu coordeno só uma oficina, que eu chamo de trabalhos manuais. É, nem sei se seria uma oficina, eu chamo mais de uma atividade de trabalhos manuais... Surgiu a partir de uma paciente que tem um quadro de melancolia e que ela no passado tinha uma vida muito ativa no fazer, ela tecia muito bem. .E, quando ela entrou em crise, há muitos ano, ela foi perdendo essa relação com o fazer, com o social, com a família, com tudo... e, foi daí que surgiu essa idéia. É, aí ela começou a tecer um cachecol... até hoje ela ta tentando fazê, concluir, .mas foi um impacto que foi agregando outros, outros pacientes, outras pessoas, eles começaram a tecer também e cada um fazia uma atividade que dava conta. Então, não tem aquela qualidade, que a gente espera de uma oficina de produção, mas tem um fazer, que permite através do fazer, uma conversa...num ficar tão invadido... Então, foi na atividade que eu pensei de tá ofereceno atividade de trabalhos manuais em volta dela, né? A gente sempre bateu nisso, nessa questão da atividade, da OT, da função de fazer alguma atividade...que num seja simplesmente chegar lá e as pessoas fazerem tudo igual...com uma pessoa falando o que tem que fazer... O fazer aí orientado pela clínica...o sujeito é que vai te falar alguma coisa....É o que cada sujeito pode fazer ali, com o que tá desamarrado, vamos dizer, né? Vai descobrir aí que vai ser reorientado por cada um deles. E é o tempo inteiro...porque a oficina na crise é muito difícil, lidar com aquela inconstância que eles tem, né? É muito difícil! Então, assim, ele volta, vai fumar um cigarro, volta...até porque eles não consegue, mas tem uns que conseguem alguma coisa. Então é pelo fazer que não vai pela via do sentido, porque se não for não tem o menor sentido...”.

Observou-se que D3 entende a oficina como um espaço que tanto pode ser criado para funcionar para um usuário, quanto para um número maior de pessoas que se identifiquem com a atividade desenvolvida. Essa forma de trabalhar torna a experiência mais rica porque o usuário não vai realizar tarefas para ocupar seu tempo, e sim porque elas se relacionam com a sua história de vida, permitindo mudanças na sua singularidade e o afloramento da repetição da diferença que traz a dimensão do tempo e das marcas do sujeito.

Seu posicionamento indicou que o trabalho analítico pode perfeitamente ser desenvolvido na instituição, mas deve visar dar conta da relação particular do sujeito com "o não sabido que se sabe" do sintoma que é o gozo.

Ao ser interrogado sobre o que representava a oficina envolvendo a atividade artística, D3 respondeu:

(D3) “Eu acho que é muito válido isso que eu falo. Um tratamento pelo fazer, né? E não vai dar, geralmente não dá uma obra no sentido lacaniano, nem uma obra de arte, mas uma obra no sentido do sinthome. Talvez a sua pesquisa até encontre algo diferente, né? O Bispo, o Arthur Bispo do Rosário, não é uma obra de arte pra ele. É pra gente. Tem uma estética, ali. Ele não, ele tá construindo um mundo subjetivo, né? Ele tava ali, ponto por ponto tecendo, né? Esse mundo, .o mundo subjetivo que tava em ruína, que ele foi construindo no pano, na linha. Então, prá ele não é uma obra de arte, prá gente, sim. Então, depende do olhar de quem tem um ofício terapêutico, Tem, agora. Muitas vezes, a gente num vai ter uma obra de arte. Vai ter um valor artístico. Mas cê tem que ver o que aquilo serviu pra cada um. Então, no fazer e, pelo fazer, através do fazer, .eu acho que... Nossa!...É muito interessante! Prá condução de um tratamento, mesmo nos atendimentos individuais, muitos casos pedem mais de uma intervenção do fazer, do que na palavra em si. Ah não! Vai depender de cada caso, não é pra todos...”

Distinguiu-se no discurso de D3 que a arte é terapêutica desde que os pacientes possam se implicar no “fazer”, e que o produto obtido, a sua “obra”, depende do valor que vai ser dado por

cada participante, porque não importa que se seja arte num sentido estético, mas sim se ela pode ajudar no processo de tratamento. Uma oficina que é conduzida dessa forma terá muito mais chance de proporcionar o aparecimento da repetição diferencial e uma mudança na posição subjetiva dos envolvidos.

Através dos discursos de profissionais sobre a oficina se configurar como um espaço de desconstrução do mesmo, que trazem a marca da diferença, identificou-se que os sujeitos inseridos tem mais oportunidade de sair da repetição do mesmo e lidar com o diferente, com o novo. Nos relatos viu-se que o cotidiano é construído com pequenas negociações com o usuário, para que ele possa se envolver e se implicar como um sujeito de desejo nas atividades, e se responsabilizar por sua produção e por si mesmo. A oficina tomada nesse lugar apresenta características essenciais no tratamento da psicose, mas o que mais realçou nas falas dos entrevistados é que ali existe uma aposta no sujeito por parte dos profissionais que a conduzem.

Observou-se no decurso da análise das entrevistas, que as oficinas terapêuticas se configuram como lócus de realização de atividades diversas, sendo diferenciados os objetivos e expectativas de usuários e profissionais. Em geral extraiu-se da fala dos que a oficina representa um lugar de criação artística e de constante experimentação; facilita a criação de laços sociais; a interação; a socialização e a reinserção social; amplia a descoberta de habilidades; permite a expressão de emoções e vivências; promove o exercício da cidadania; faz uma inclusão pela arte, etc. Portanto, é um espaço em que várias lógicas discursivas se cruzam, e vários sentidos são produzidos em diferentes matizes de tempo, e se elas são tomadas como um lugar de potência, engendra-se a emergência da repetição diferencial e a mudança na posição subjetiva dos atores envolvidos.

6.2.3 - O saber sobre o sujeito é do profissional/instituição.

No decorrer do processo de análise das entrevistas percebeu-se a tendência de se colocar o saber sobre o sujeito do lado do profissional/instituição. Estes estão colocados juntos como se fossem uma unidade por constatar que a tendência do profissional é se colar e reproduzir o discurso institucional do saber/fazer na perspectiva de uma certeza. É como se o sujeito nada soubesse de si, sendo um Outro (a instituição ou o profissional) que tivesse o poder de decisão sobre sua vida.

A fala abaixo de B2 indicou uma colagem com o discurso institucional. O entrevistado considerou que o fazer nas oficinas pode levar à construção de uma boa relação desde que se consiga entender o paciente, resolver o seu problema, olhando por ele e correndo atrás de coisas para ele. Esse procedimento é da ordem de uma certeza e o profissional sequer produz uma interrogação a respeito. Essa concepção imaginária do Todo saber/fazer é sustentada e assumida por ele. Ficar nessa posição não é se enredar na paralisia e também impedir que o próprio paciente se implique como responsável sobre sua vida e seus atos?

(B2)“...É, eu vejo assim que essa relação é muito boa a partir do momento que você consegue entender o paciente, né? Cê num pode também é falar. Por exemplo, ir contra algo que ele fala. Acho que, assim... mas uma interação prá você tá se envolvendo com o paciente. Ele fala isso, isso e isso, e a gente tem...não vou dizer que a gente tem que concordar com tudo que ele fala, mas eu tenho que, como diz, tentar ver qual é o problema dele, pensar junto com ele, resolver o problema dele, porque isso é muito bom. Eu acredito que é muito bom. Mas essa interação com o paciente, assim, essa relação, a gente se envolve muito com o paciente.. ..Eu acredito que é muito bom, né? Acho que a gente tem que tá sempre olhando pelo lado do paciente, que pode ser melhor pra ele, correr atrás, assim, do que é melhor. Se ver assim alguma coisa que tá dando errado, vamo conversar, vamo mudar. Voltar a pensar que o objetivo é sempre o paciente. Eu acredito nessa relação”.

Essa posição é congruente em certo sentido com a de C2, que considerou que a melhor conduta é cativar o paciente que se recusa a participar, porque não se pode obrigá-lo, mas que se tem que **conhecer** cada **cliente** para resolver esses impasses.

“O cliente que se recusa a participar da oficina a gente não pode obrigar ele de participar, não é? Porque tem uns que não se interessa por nada, passa por todas as oficinas e não adere... nós não obrigamos o cliente a participar. Você tem que ficar, tem que fazer alguma coisa. Primeiro, a gente tenta cativar. A gente tenta ver qual é a necessidade dele. A gente tenta convencê-lo da necessidade a participar da oficina.”

Abaixo a fala de B3 indicou que é o sujeito quem tem que se encaixar na atividade. Ele se posicionou como alguém que faz críticas à situação, mas expõe o que de fato acontece:

(B3) “...Na hora que cê vai acolher um paciente, qual oficina que cê acha que, aquele paciente, ele, vai dar certo? Que ele vai gostar de estar ou que ele vai se identificar pra tá produzindo ali alguma coisa? Hoje, as coisas, o paciente é encaixado na rotina, sem até pensar nisso. Qual oficina consegue atender o paciente? Eu vou encaixar o paciente porque eu tô num grupo, eu vou poder ouvir, mas nunca pensando na oficina em si, se ele vai se dar bem naquela oficina”.

A seguir B3 trouxe em elemento importante que é o tumulto que o paciente pode causar na realização das atividades, caso esteja em crise e que uma saída seria recorrer ao profissional de referência.

(B3) “...agora existe muitos casos do paciente estar em crise mesmo e até tumultuar o espaço da oficina, que é comum também, e aí, pra isso, serve também terapia com o profissional de referência, porque é ele que vai deixar com que a oficina continue e vai tá intervindo nesse paciente, que num tá bem pra poder que ele também faça com que ele não tulmutue muito a oficina, que eu também num concordo. Porque é até da crise mesmo... e a gente num tem que saber quando

esse paciente vai fazer o que tá sendo proposto, mas fazer com os que estão ali tentem. Mas dá uma misturada, tumultuando, continue...”

Percebeu-se que alguns usuários são inseridos numa atividade de oficina a partir do momento que o psiquiatra definiu seu projeto terapêutico. O poder de decisão sobre a direção de tratamento do paciente fica a seu critério. Após a definição a equipe se reúne para discutir. O que será discutido, depois que as condutas foram definidas?

(C2) *“...Geralmente, o que que acontece? .O critério de admissão nas oficinas tem que passar primeiro por um acolhimento, né?...onde é feito ou pela assistente social ou pela psicóloga ou pela enfermeira o acolhimento...Passado por este acolhimento é encaminhado pra uma avaliação com o psiquiatra e é o psiquiatra quem define a necessidade do cliente participar das oficinas terapêuticas e qual regime de participação ele será enquadrado, se é regime I (intensivo), Si (semi-intensivo) ou I (intensivo).*

(interrogou-se sobre quem define o projeto terapêutico):. *..Pela equipe, porque aí a hora que o psiquiatra define que ele realmente precisa da oficina terapêutica. Aí vai, sentá a equipe toda e montar um Projeto Terapêutico para aquele paciente, praquele cliente. Ele vai começar tá participando das oficinas, dentro do regime proposto”.*

Essa atribuição de saber ao médico foi corroborada por A2, entretanto, aqui o próprio médico questiona a equipe:

(A2) *“O que a gente tem conversado é sobre o que fazer com o paciente que tá chegando, se ele chega primeiro pro médico e depois ele vai pra atividade, ou, se ele chega primeiro pra gente, a gente faz uma avaliação, e depois vai pro médico, pra depois defini quais atividade. A gente ainda não conseguiu chegar nesse acordo. A gente faz uma triagem, se é de ambulatório, se precisa de encaminhamento. Os que fica aqui passam pelo médico que é a partir do médico que ele vê a atividade que esse paciente vai tá fazendo.... ..E o olhar é mais do médico. Esse médico agora tem*

uma visão mais antimanicomial e ele tem questionado muito porque que tudo é ele, porque ficar em cima dele...Ele tem questionado que tá sobrecarregado de serviço. Ele diz que pode dar um suporte. Então, é o médico que distribui as atividades e, então, dependendo do paciente e do diagnóstico e do momento da crise a gente vê se ele vai ficar todos os dias, se é o período inteiro...”

Já D1 designou a importância de fazer pequenas negociações com o usuário para construir o cotidiano das oficinas e que para isso tem que repensar a própria função, pois isso pode deslocar o profissional do lugar confortável que ele ocupa muitas vezes sustentado pelo seu saber/fazer.

(D1) “...pequenas negociações que são construções do cotidiano...pra construir o cotidiano. Então, assim, quando você pensa aí, que a sua função... você vai querer ser o profissional que pegou, estudou, e falou ...que saiu de lá assim.. eu faço isso, isso e isso, ponto. Não sabe que você... Há um leque de faculdades assim... você tem que abrir o olho”.

Essa posição de D1 foi sustentada pela fala de D3 que acredita que a função da oficina se sustenta com a postura do profissional que é a de construir o fazer junto, numa ajuda mútua.

(D3) “...então acho que tem uma função...tem a função de intermediar...né..de ajudar o fazer...e eu também num sei muita coisa...né...mas eu tô ajudando...o outro tá me ajudando...um ensina alguma coisa, outro ensina...então é uma outra coisa diferente, por ex: ponto cruz...eu num sei fazê, mas aí uma outra pessoa sabe...uma paciente que pega a receita lá na mãe dela e faz atividade em várias formas...ela pega as receitas de como fazê sapatinho de tricô por ex. uma outra viu um tapete enorme...ah! Eu quero fazer desse. ..Ah então...vamo tentar. Eu vejo mais a minha função de intermediar alguma coisa pra atender e..também contribuir com alguma coisa”.

Abaixo D1 contou que sua condução no trabalho de oficinas volta-se para a produção coletiva, chamando atenção porque frequentemente os relatos de trabalhos divulgados, enfocam

mais as produções de ordem individual, não ganhando proeminência as atividades no âmbito coletivo. Além disso, relatou que consegue esperar o paciente realizar a atividade dentro do seu tempo. Notou-se pelo seu discurso que D1 está envolvido com os princípios da luta antimanicomial, preocupando-se com o usuário inserido nos dispositivos, indicando que quando o profissional faz uma aposta de que ali há um sujeito, o paciente pode se implicar no seu processo de criação e de invenção e consequentemente mudar sua posição subjetiva.

(D1) “...meu trabalho com eles é muito mais... fazer com que eles se encontrem no coletivo pra fazer uma única peça, pra criar uma idéia, um... uma... uma identidade, não fazer... não fazer com que o trabalho seja só meu. E apreender essa questão do grupo, do partilhamento. Porque assim, na grande maioria, com os nossos pacientes que são psicóticos, é uma vivência voltada pro conjunto”.

Os depoimentos a seguir indicaram como os usuários se posicionaram em relação à questão do poder centrado no profissional/instituição.

C5 viu no seu tratamento uma alternativa para sua precária condição financeira. Tem consulta psiquiátrica e remédios pagos pelo município, atribuindo essa oportunidade à bondade do prefeito. Verificou-se que no seu discurso há a certeza de que tem assistência, porque o Outro é bom, e não porque é um cidadão que tem direitos, não só de cuidar da saúde, mas sobretudo de construir condições de autonomia, de resgatar e criar novos laços sociais, para que tenha uma vida melhor. Ele não consegue produzir um discurso de implicação, prevalecendo a mesmice.

(C5) “Ah, eu... ah... eu... quando eu participei é, eu tava fazendo árvore de natal, do potinho, dos copinho de plástico, aqueles que toma água, né? e tem bordado, tem tricô, tem crochê... Não. Não tenho paciência. É... é... em casa, sabe, minha filha, minha irmã, e eu tomando remédio. O remédio pegava aqui, então, o quê que aconteceu, ou... num é fácil pro prefeito. O prefeito é uma excelente pessoa. Até disse que a mulher dele vai tentar candidatar de novo, e eu dô todo apoio... que é uma pessoa muito boa, não deixa... arremessar nós, que se faltar eu não dô conta de

comprar, meu marido é desempregado, eu tentei aposentar pelos remédio que eu tomo... eu não passei na perícia. É o dinheirinho da minha irmã que tem problema de cabeça que vale, ajuda o meu marido em casa... tem a minha filha também tá doente...”

Abaixo D9 trouxe representações dos danos terríveis que os procedimentos que eram utilizados em hospitais psiquiátricos provocaram, valorizando-se muito por ter conseguido não levar choque elétrico ou que algum amigo seu levasse, contudo, traz a representação do CAPS no seu discurso, como um hospital.

(D9)“Eu acho que aqui é muito bom sabe... eu acho que aqui é um dos melhores hospital que tem...que tem assim psiquiatra..que eu já...porque uma vez eu vi um caso que eu fiquei horrorizada com o que eles faziam lá... o choque elétrico que eles aplicavam sabe... então eles falavam que ia aplica um choque elétrico... eu não dexeí aplicá. Então foi o maior orgulho pra mim foi isso... não ter deixado aplica o choque. Acho que se eu pudesse eu ia lá tira um por um. Eu não concordei. Acho que o fato de eu nunca ter levado um choque elétrico (pausa) eu não admito que amigo meu leve. Eu acho que pode causar danos assim terríveis (pausa)... terríveis.”.

Destacou-se a fala de D9 para exemplificar que a relação de saber/poder sobre o sujeito concentra-se no profissional/instituição. O entrevistado considera o CAPS como um hospital (“*aqui é um dos melhores hospital... que tem assim psiquiatra*”), sugerindo a atribuição de poder de decisão ao mesmo, já que viveu momentos terríveis num longo processo de internação. Essa representação indica que o sujeito mantém uma posição de assujeitamento, pois na medida em que assimila o CAPS ao hospital, pode-se deduzir que ele ainda não foi levado a se implicar na sua história de vida e a responsabilizar-se por seus atos. Ainda não conseguiu se deslocar de uma repetição do mesmo para algo mais criativo e disruptivo.

Tomando esse analisador como referência, de que o saber/poder sobre o sujeito centra-se no profissional/instituição, e articulando-o com o fenômeno da repetição, que traz a dimensão do tempo e as marcas do sujeito, pode-se afirmar que ainda prevalece no discurso de usuários e

profissionais, um esvaziamento que é da ordem do automatismo da repetição. Colocar-se em posição de saber sobre o outro, impede que as reflexões e indagações se produzam, prevalecendo a existência de práticas rotineiras, dessubjetivantes. A possibilidade dos sujeitos se expressarem, de explorar as relações e de circular como cidadãos fica obstaculizada, no seu sentido literal e simbólico. Contudo, existem discursos que atravessam essa mesmice, trazendo a diferença como constatou-se com as falas dos profissionais entrevistados D1 e D3.

A seguir no próximo capítulo serão discutidas a análise dos dados obtidos com as entrevistas.

CAPÍTULO VII

“O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá
E que me sobe às faces e me faz corar
E que me salta aos olhos a me atraíçoar
E que me aperta o peito e me faz confessar
O que não tem mais jeito de dissimular
E que nem é direito ninguém recusar
E que me faz mendigo, me faz suplicar
O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá
O que não tem receita

O que será que será
Que dá dentro da gente e que não devia
Que desacata a gente, que é revelia
Que é feito uma aguardente que não sacia
Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar
Nem todos os ungüentos vão aliviar
Nem todos os quebrantos, toda alquimia
Que nem todos os santos, será que será
O que não tem descanso, nem nunca terá
O que não tem cansaço, nem nunca terá
O que não tem limite

O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que me dá
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vêm agitar
Que todos os ardores me vêm atíçar
Que todos os suores me vêm encharcar
Que todos os meus nervos estão a rogar
Que todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo”

Chico Buarque

7 – Discussão dos resultados

Para realizar a discussão dos resultados desta investigação, levou-se em consideração, os principais analisadores decantados nas entrevistas com usuários e profissionais, as condições de emergência do fenômeno da repetição dentro do espaço das oficinas terapêuticas, tanto na dimensão espacial quanto temporal, e as sínteses do tempo preconizadas por Deleuze.

Começou-se pelo analisador em que apareceu uma incerteza, uma perturbação do que representa a função de um coordenador no trabalho de oficinas terapêuticas. Os outros analisadores advem da ordem de uma certeza: a oficina se configura como um espaço, como um lócus privilegiado para a realização de atividades, e o saber está centrado no profissional/instituição.

7.1 -Primeiro analisador: Perturbação do coordenador de oficinas sobre sua função

Constatou-se a presença do automatismo de repetição no discurso da maioria dos profissionais, que não conseguiram narrar claramente a respeito de sua função como coordenador de oficinas terapêuticas, presentificando-se uma perturbação. No início do processo de análise destacou-se a fala de um entrevistado que se serve do espaço da oficina para trabalhar a relação paciente/família, e que para ele profissional e usuário formam uma família, sendo difícil deixar a coordenação ao encargo de outra pessoa. O entrevistado conseguiu falar mais sobre algumas funções gerais do dispositivo de CAPS, que é o trabalho das relações do paciente, com a família, com a instituição, do que do seu ofício na coordenação de oficinas. Salientou que a relação é de “grude”, demonstrando manter uma relação especular¹² com os pacientes. Essa mesma postura foi corroborada através do discurso turvo de outro entrevistado, de que no momento das atividades na oficina diz desaparecer a hierarquia existente entre profissional e usuário.

¹² Lacan ao descrever sobre o estágio do espelho em 1936 e depois em 1949, afirmou que a relação inicial de uma criança com quem ocupa a função materna é uma relação dual, caracterizada pela alienação. A criança é tomada pelo Outro materno na posição de seu objeto de desejo, de falo, numa dimensão narcísica, especularizável, sendo necessário que um terceiro interdite essa relação para que o sujeito tenha acesso ao seu próprio desejo. Para que isso se cumpra é preciso uma operação de separação, possibilitada pela mãe ao desviar seu olhar de desejo da criança, para um outro lugar como por ex: marido, trabalho, etc.

Deparou-se com um profissional que ao ser entrevistado não soube especificar sobre sua função, dizendo da importância de se estar mais próximo do paciente. Apropriando-se do discurso da psicanálise, ele o usou para criticar a técnica psicanalítica, afirmando que esta prioriza *setting*, *vínculo* etc. Como ressaltava a importância de laços, de vínculos, sua censura ficou descontextualizada, desvelando-se assim uma perturbação em relação à sua função. Acredita-se que se não houver uma clareza de papéis e o profissional não se posicionar como um terceiro que direciona o tratamento, ficará difícil para o usuário se implicar como responsável por si e pelo produto que confecciona.

Observou-se também na fala de um entrevistado, que o condutor de uma oficina pode ficar nesse lugar confuso por não ter nenhuma identificação com a atividade desenvolvida. O efeito dessa condição é que o usuário é encaixado numa oficina da mesma forma, para atender à organização institucional estabelecida a priori.

Essa situação pareceu se assemelhar muito com a lenda mitológica do leito de Procrusto, que era um assaltante criminoso e cruel que matava suas vítimas de modo peculiar. Depois de oferecer-lhes hospedagem, ordenava que elas se deitassem em uma das duas camas de ferro que possuía. Se o infeliz ultrapassava o tamanho da cama pequena, ele cortava os pés ou as pernas, de acordo com seu tamanho, ou então, esticava violentamente aqueles que não preenchiam o comprimento da cama maior. Ele reduzia qualquer um que passasse na sua porta a um tamanho conveniente, à expressão de sua crueldade. Na medida em que o profissional no espaço das oficinas encaixa-se e tenta fazer o mesmo com o usuário, ele não estaria como Procrusto praticando uma violência e impedindo o aparecimento do sujeito?

Reiterando essa nebulosidade em torno da função de coordenador, evidenciou-se no discurso de profissionais o resgate de oficinas envolvendo a arte que existiu no passado. Como no presente inexistem oficinas com essa finalidade, essa narrativa indicou uma forma de contornar o vazio. Agarraram ao passado para dar conta do presente, mas e quanto ao futuro? A (in) existência dessas oficinas artísticas serão comentadas adiante.

Através das entrevistas notou-se também uma grande confusão por parte dos profissionais sobre o que fazer com os usuários em crise, repetindo-se uma tendência que é a de não incluí-los nas atividades, por considerá-los incapazes de participar, e porque se supõe que alguém em crise vai tumultuar a oficina. Ou será que é porque é mais cômodo não lidar com o paciente em crise? Todavia, os dispositivos de CAPS foram criados para lidar com a crise, e evitar as internações psiquiátricas. De modo geral são poucos os profissionais que sabem o que fazer com o usuário em crise, pois atendê-la implica-se enfrentar com o desafio do não-saber.

Pelo discurso dos últimos, percebeu-se como a reforma psiquiátrica, deixou lacunas que hoje parecem ser de difícil transposição. A sociedade não parece estar pronta para acolher a loucura circulando livremente. Os profissionais corroboraram essa afirmação demonstrando como é difícil conviver com a desorganização da loucura, com o tumulto que ela provoca. Titubear-se diante dela poderia ser uma manifestação da angústia do não-saber, revelando a des-ordem? No entanto, há que se considerar também, que há momentos em que se torna inviável inserir o paciente em crise no espaço da oficina, pois pode não estar em condição de se envolver em nenhuma atividade e o profissional deverá discriminar esse estado.

Um entrevistado trouxe uma consideração importante a respeito dessa dificuldade em se lidar com a crise, manifestando-se como um ato repetitivo no trabalho de oficinas. A tendência é chamar o profissional de referência para se encarregar dela. A consequência é que na monotonia se criam pequenos especialistas que vão formar um par simbiótico com o usuário. A tendência é dizer que quem entende o estado psíquico do sujeito é a chamada referência. Desde aquilo que se apresenta por parte do sujeito em suas manifestações mais tênues, até as formas mais atravessadas, o profissional de referência é convocado porque foi ele que deu conta de falar com o outro, de intervir. Portanto, outros profissionais nada tem que inventar. Isso passa a ser uma exploração sem igual e é da ordem de uma repetição remetendo a um estado de gozo.

A repetição traz a dimensão do tempo e da diferença, e o próprio paciente a desnuda, com a sua desorganização psicótica, com seus delírios, com suas alucinações, com seu mutismo, enfim

com o seu inconsciente a céu aberto, sendo incômodo para o profissional/instituição lidar com essas manifestações. O paciente em crise desvela o estranho/familiar da loucura, tornando-se mais confortável lidar com os que estão fora da crise. Como disse Freud (1919), lidar com o estranho/familiar provoca intensa angústia, e como a sua loucura porta a repetição da diferença, é mais confortável deixá-lo de fora.

A diferença causa uma perturbação no profissional/instituição. O que pode perturbar, ou dar de errado deve ser evadido, mas o problema é que se trata de doença mental. Toda a montagem, todo o planejamento institucional, é para que tudo funcione dentro de uma ordem, sendo insuportável ver os pacientes estragá-la. O ideal seria que os pacientes não revelassem com suas produções sintomáticas a sua desorganização.

Os dispositivos institucionais funcionam como máquinas, no sentido da produção do mesmo, e vão estabelecendo previamente uma rotina para que os sujeitos funcionem dentro de uma engrenagem, a ponto de não causar diferença alguma. A ordem é fundada para que não seja perturbada. Os sujeitos sequer fazem parte da criação dessa ordem. A montagem desses discursos e o que lhes dão sustentabilidade é a repetição do mesmo. Essa é a lógica, e os dispositivos institucionais tentam fazer frente à perturbação. Entretanto, essa lógica pode ser atravessada pelos próprios sujeitos como se percebeu no discurso de um usuário ao enunciar: “...*falar o que? Aqui não há nada para fazer*”. Essa fala seria uma denúncia no seu próprio tempo, de como as oficinas estão constituídas e de como os profissionais reproduzem o funcionamento institucional? Ou poderia também ser uma forma de dizer que não tem nada para dizer?.

A narrativa de um entrevistado mostrou um traço bastante persecutório em relação aos usuários, pois acredita que eles esperam ver um deslize do condutor da oficina, exigindo manejo para lidar com essa situação. A persecutoriedade articula-se com essa indefinição sobre a função, e o entrevistado recorreu ao mecanismo de projeção como forma de salvaguardar suas limitações. Projetar sobre o outro, o que é difícil reconhecer em si, sobrevem para tamponar a falta, como uma forma de proteção.

Essa hesitação quanto à função de coordenação dos profissionais apareceu na narrativa dos usuários mesmo quando falam que os profissionais são “ótimos”. Alguns repetiram que eles são bons, compreensivos, orientam muito bem etc. No discurso, tudo está muito “arrumadinho”, muito “certinho”. Esse discurso não condiz com o cotidiano. Parece que a tendência é se identificarem com a posição em que são colocados, de não interferirem, nunca. Contudo, há aqueles que rompem com esse discurso dizendo que nas oficinas ocorrem conversas fiadas, ou que o coordenador não tem escuta para aquilo que é relativo ao usuário. Ressalta-se que se por um lado, há aqueles que dizem que tudo está arrumado, indicando a presença do automatismo de repetição, dentro da lógica do bem-fazer (ou um mal-fazer?), por outro há os últimos que apontam para a diferença. Os usuários demonstraram de forma velada ou explícita que a oficina apresenta falhas e que estão relacionadas com essa indefinição do coordenador sobre sua função. Eles interrogaram sobre esse fazer, deixando nas entrelinhas uma possibilidade de se fazer diferente. Quem sabe um outro fazer mais criativo? Através de algumas contribuições teóricas expostas anteriormente percebeu-se que o processo criativo leva à construção de novas éticas e estéticas da existência.

Observou-se no legado teórico de Deleuze sobre o conceito de repetição, que um ato contínuo pode levar a uma percepção de realidade mais ampla, mais profunda. Em toda repetição existe um sujeito latente que se repete, através do gesto, de atitudes, situações ou formas. O ato de repetição afirma no seu interior a própria repetição do sujeito que a produz. Relacionando com o discurso produzido pelos profissionais e usuários a respeito de uma perturbação quanto à condução do trabalho em oficinas terapêuticas, ficou a perspectiva de que esses atos contínuos de repetição, ao produzirem pequenas diferenças, criaram a possibilidade de emergir a repetição diferencial. E a partir daí novas descobertas de um fazer mais criativo provocando ruptura na mesmice cotidiana de algumas oficinas.

Considerou-se como saída criativa a aposta do coordenador da oficina, de que ali naquele espaço se encontram sujeitos, tão difundida pela psicanálise na vertente lacaniana. As oficinas terapêuticas que se formaram nos dispositivos de CAPS não funcionaram sem que houvesse uma

implicação de usuários e profissionais nesse processo construído cotidianamente. Nos serviços em que existe uma aposta no trabalho e no sujeito, apareceram produtos oriundos das oficinas extremamente criativos, não só o produto materializado, como também o sujeito que é um produto desse processo. Um exemplo disso se deu com a criação de um carrinho de pipoca num dispositivo de CAPS, para que alguns usuários muito desorganizados se envolvessem numa atividade, e que pudesse contribuir para produzir um deslocamento da mesmice em que se encontravam.

Essa proposta foi absorvida por um paciente com muitas dificuldades de relacionamento com o outro. Aos poucos ele foi assumindo a condição de “pipoqueiro” saindo da instituição para vender sua pipoca no social. Ele solicitou a participação de outros usuários na atividade, mas foi o único a levar o projeto adiante. A partir do momento em que a atividade funcionou como forma de incluí-lo socialmente, ele aceitou se inserir numa atividade artística, que num determinado tempo foi impensável, pelo seu funcionamento psíquico.

A constituição da repetição é inerente à condição da constituição do sujeito. É uma repetição que se faz pela via do diferente, por onde se desloca um “diferencial”. Pode-se notar como esse sujeito foi se constituindo dentro do espaço oficina, na medida em que se deslocou da repetição do mesmo, e emergiu a repetição diferencial. A repetição traz a dimensão do tempo e no caso do sujeito, o seu tempo lógico. No caso do “pipoqueiro” isso é visível, pois inicialmente ele se recusava a se inserir em qualquer atividade proposta, mas aos poucos ele foi mudando sua posição subjetiva, e se incluindo em outra que se recusava peremptoriamente.

Na coletividade o trabalho nas oficinas cria tanto o produto, quanto o sujeito que é produzido dentro desse operar. A repetição está na construção da oficina e no produto criado. O sujeito também é um produto porque é ali que ele se articula. O “pipoqueiro” é oriundo de um processo criativo, portanto, ele é um produto. Numa oficina com esses objetivos, o profissional é um facilitador, que se autoriza com mais flexibilidade e o usuário é um ator que constrói diversas possibilidades de subjetivar-se.

Evidenciou-se também essa aposta no sujeito com outro entrevistado ao narrar sobre a montagem de uma oficina, que nesta análise foi denominada de “oficina sob medida” para uma paciente apresentando um quadro de melancolia, e que não mudava sua posição subjetiva. O entrevistado afirmou que o condutor de uma oficina deve estar ciente do seu papel e do nível de implicação necessário, porque não é só fazer por fazer, e nem querer que o usuário faça a sua produção do jeito que ele acha que deve ser feito.

Um profissional que se coloca nessa posição interroga o sujeito para que ele se implique na sua condição, na sua desorganização sintomática, ou seja, se tem claro qual é o seu papel, questiona a própria sistemática de organização das oficinas que tendem a se cristalizar, a fixar os lugares ocupados pelo profissional e pelo usuário, deixando emergir a repetição. Deleuze (2006) mostrou que uma repetição esconde uma série, uma ação que se desenvolve. Ao se criar objetos, produtos nas oficinas em que há uma repetição semelhante ainda assim essa experiência geralmente aponta diferenças no interior mesmo dessa práxis.

7.2 - Segundo analisador: a oficina se configura como lócus de realização de atividades

A formação de todo CAPS ancora-se na constituição das oficinas que se configuram como um lugar, um espaço privilegiado para a realização de atividades. Em muitos serviços de saúde mental o lócus oficina e os CAPS se fundem. Há dispositivos em que o atendimento individual não é utilizado, tendo como proposta de trabalho somente as oficinas, ficando difícil discernir quem é quem, como se o dispositivo CAPS fosse a própria oficina.

No discurso dos entrevistados, em várias situações analisadas, apareceu a tendência dos profissionais não se questionarem sobre a forma como as oficinas estão constituídas, como lócus de produção de alguma coisa. A dimensão de espaço traz a dimensão do tempo, logo existe também nas oficinas uma multiplicidade de tempos: do paciente, do coordenador, de duração da oficina, do encontro, das ressonâncias produzidas fora do espaço da oficina, etc., aonde os sujeitos vão fincando suas marcas, seus traços.

Ao falar sobre as atividades artísticas desenvolvidas nas oficinas, um entrevistado resgatou como terapêuticas uma sobre pintura que já estava desativada, e outra de dança, conduzida por terceiros, não incluindo nessa categoria a de artesanato que estava sob sua coordenação. Ao buscar uma oficina que ocorreu no passado, ficou evidente uma tentativa de lidar com o esvaziamento presente, sobretudo por tomar o artesanato como um “fazer mecânico”, e não como manifestação expressiva. Para esse profissional, o que é terapêutico é o que permite aos pacientes com suas próprias produções, expressar uma constelação de emoções, simbolizando-as. Entretanto, essa posição não é unânime entre os entrevistados, pois no decorrer da pesquisa encontrou-se um profissional que ao discorrer a respeito da função da arte na terapêutica dos pacientes, enfocou que o “fazer”, dependendo da postura de quem o conduza, pode ser mais terapêutico que a própria palavra. Através das contribuições de Kierkegaard viu-se que o homem não pode repetir cada uma de suas experiências éticas e estéticas a fim de gozar um prazer passado. A repetição é possível no plano do futuro, na aceitação da vida, como um recomeço.

O entrevistado que resgatou a oficina do passado pareceu num primeiro momento ficar enredado na repetição do mesmo, preso à ilusão do que acreditou ter funcionado como ideal. Porém, ao visualizar a oficina de dança com grande potencial terapêutico e da diferença que ela causa na vida dos usuários, fez um deslocamento no tempo, trazendo o que é da ordem da repetição diferencial, no seu aspecto positivo. Ele opera na oficina, ora trazendo o passado, que é o tempo da memória como ensinou Deleuze (2006), ora o tempo presente que é o tempo do hábito, ligado à representação, ficando uma indagação: e o devir?

Os ensinamentos de Deleuze mostraram que o conceito de repetição e diferença na sua concepção tomam o lugar do idêntico e do negativo, e a identidade é que define o mundo da representação. O mundo moderno é o dos simulacros, sendo todas as identidades simuladas, produzidas pelo jogo da diferença e da repetição. No simulacro, a repetição incide sobre repetições e a diferença sobre diferenças. A tarefa da vida é fazer com que coexistam todas as representações num espaço em que se distribui a diferença. Com estas contribuições pode-se afirmar que as

atividades artísticas realizadas pelos sujeitos nas oficinas trazem a dimensão do devir, gerando novos campos de existência.

Ao operar objetos artísticos ou não, dentro desse espaço ocorrem outras invenções da própria vida, como forma de contornar o real da existência. O paciente psicótico diferente do neurótico não está inscrito no mundo dos simulacros, ele não simula. Na medida em que o seu inconsciente está a céu aberto, facilita a produção artística, pois ela vai aparecendo ao acaso, desamarrada das identidades, das semelhanças, das equivalências. Ao criar os objetos, reunindo materiais diversos e articulando-os com as experiências do cotidiano, o sujeito pode se libertar da paralisia e da inércia, e fazer da sua própria vida uma obra de arte.

Constatou-se que a oficina se configura como um lugar de simbolização e elaboração, abrindo possibilidades para a concepção de arranjos mais criativos. Emergiu na palavra de usuários e profissionais que as oficinas tem uma potência genuína, mesmo ocorrendo em alguns momentos um esvaziamento dos sujeitos envolvidos e da produção obtida. Os postulados teóricos de Freud, Kierkegaard e Deleuze, sobre o conceito de repetição diferencial, permitem afirmar que qualquer que seja a atividade desenvolvida na oficina, ela tem uma potência terapêutica.

Nos relatos de profissionais e usuários a oficina é um espaço de socialização que propicia diversas trocas, convivência, interação, encontro de amigos, ajuda para as dificuldades pessoais, em que cada um opera com sua própria lógica temporal, propiciando a emergência da repetição diferencial e transformação na subjetividade dos envolvidos. A oficina como um espaço de trocas propicia um compartilhamento de saberes, e novas descobertas de potencialidades, pois os próprios colegas se auxiliam na confecção das atividades.

No discurso de um entrevistado apareceu o relato de oficinas que iniciaram dentro dos dispositivos de CAPS e depois foram estendidas para ter continuidade na comunidade. Essa experiência é riquíssima, pois o convívio com as diferenças torna-se cada vez mais necessário, e é vital para a circulação do louco na “cidade”. Sua inclusão na sociedade é que possibilita a consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica, e ela só será possível quando todos

mergulharem nas águas da diversidade da loucura, produzindo novas realidades e rupturas com as práticas excludentes. O trabalho de reinserção social traz a marca da diferença quando começa a operar num outro campo e tempo, fora da instituição. Ao circular pela cidade como um cidadão comum, o usuário pode produzir novas marcas subjetivas, resgatar e criar novos laços sociais e se deparar com um “Outro” marcado pela falta, o que pode gerar indagações sobre si e novos posicionamentos subjetivos.

Dentro do espaço das oficinas foi interessante perceber que elas se tornaram no discurso dos entrevistados um lugar de descontração, de um "bate papo produtivo", pois vários aspectos importantes dos seus integrantes foram percebidos. O profissional se deslocou de um lugar de saber para descobrir a respeito do funcionamento do paciente. Esse posicionamento trouxe as marcas da diferença.

Embora exista essa implicação profícua, deparou-se com profissionais que entendem a função da oficina terapêutica como um lugar de “reabilitação social”. Apesar de terem utilizado esse termo, no contexto em que foi empregado, o usuário é visto mais como um “deficiente mental” que precisa se reabilitar. A visão é incongruente com a idéia disseminada pelos princípios da reforma. Tomar o sujeito nessa dimensão é desconsiderar que ele pode mudar sua posição subjetiva e operar num outro registro. É tentar anular a diferença. A lógica discursiva que rege o trabalho destes profissionais é manicomial e assistencialista esvaziada de propostas de inclusão social.

Constatou-se que em alguns serviços, o que existe é um vazio crasso. Oferecem o nada aos usuários. São lugares muito mais ligados ao discurso que se aproxima da anulação da diferença, no sentido de que não há nada que se ofereça enquanto um campo possível para se produzir uma lógica discursiva, subjetiva, sequer transgressiva. Os sujeitos ficam reduzidos à falta de ocupação, ficam esvaziados. Esvazia-se o tempo, ocupando-se com um nada.

O enclausuramento é mais ou menos isso, mesmo que não estejam no manicômio. No entanto, isso é tão primitivo quanto o hospital psiquiátrico em sua lógica modelar mais clássica. A narrativa dos entrevistados indica que há uma inclinação em não querer encarar que trabalham

dentro dessa lógica asilar, prevalecendo um modelo assistencialista, como se a única função fosse a de promover um espaço de segregação. O trabalho artístico não é implementado, não funcionando como um recurso facilitador da irrupção da diferença.

Em decorrência, as oficinas podem se constituir como um lugar para os sujeitos se ocuparem, passarem o tempo e repetirem o mesmo. Percebeu-se na fala dos entrevistados que é muito incômodo lidar com o paciente ocioso, pois ele deverá ser capaz e útil. Muitas oficinas são criadas para evitar o ócio, prevalecendo a repetição do mesmo e a paralisia. Algumas oficinas foram criadas totalmente dentro dessa lógica, como oficinas de relaxamento, movimento etc.

Um entrevistado relatou que as oficinas com finalidade artística da forma como estão constituídas tem que ser repensadas, pois os usuários realizam a tarefa de forma mecânica. Para ele existem projetos artísticos temporários que são propostos por terceiros com grande possibilidade de serem terapêuticos, mas que dependendo da proposta correm riscos de cair na mesmice. A tendência é que eles funcionem mais como ocupação, na perspectiva da proposta da terapia ocupacional. Interpretou-se que o entrevistado referiu-se à terapia ocupacional no seu modelo clássico inicial, quando as atividades inseriram-se no processo de tratamento como ocupação. Emergiu a diferença quando ele cometeu um lapso na fala ao dizer que as oficinas que funcionam na mesmice não são “*tão terapêuticas assim*”, deixando escapar aquilo que é da dimensão inconsciente. Concluiu-se que a oficina ainda que seja operada na mesmice produz o novo. O ato repetitivo por definição traz outra temporalidade e é produtor de originalidade. Intitulou-se de “lógica poética dos usuários” as associações que foram se produzindo a partir de trabalhos que tem uma concretude, que são realizados de forma mecânica, mas que, na medida que tem potência, trazem o devir e produzem mudanças na subjetividade.

Entre os usuários alguns se identificaram com a posição em que foram colocados realizando as atividades de forma assujeitada, alienada. Percebeu-se claramente essa posição através do discurso de um usuário que enunciou: “*Quem manda é o professor, eu respeito. Eu já trabalhei com outras profissões, quem manda é o professor...*”.

O espaço oficina se configurou também como lugar de distração, de lazer. As produções dos usuários dentro da oficina deram uma figuração às suas vivências de ordem psíquica, possibilitando operar num outro tempo. Alguns entrevistados exprimiram muito prazer em ver o resultado do seu trabalho que é a criação de um objeto. Os enunciados se aproximaram do que é dito pelos artistas sobre suas obras, pois estes encontram grande satisfação com a produção do objeto artístico e quando o endereçam ao Outro social.

Destacou-se também a fala de um profissional entrevistado para quem a oficina é um lugar para distração da depressão e de pensamentos negativos, como se os usuários não pudessem produzi-los, e que no espaço da oficina tais pensamentos são descartados. Se o paciente não pode ter “pensamentos ruins”, sua expressão genuína não estaria sendo tolhida, matando-se a possibilidade de aparecimento da repetição diferencial?

Na perspectiva de alguns profissionais e usuários as oficinas tem a função de ser um lugar de aprendizado. Evidenciou-se que a oficina é vista como um espaço de distração principalmente pelos usuários, entretanto alguns criam a expectativa de que ali além de oferecer diversão, é um lugar de aprendizagem. Para alguns profissionais a oficina também tem essa representação, na medida em que relataram aprender coisas diversas com o usuário.

Dentro da oficina cada participante é regido pela sua própria lógica temporal, seja usuário ou profissional, podendo, realmente, haver uma inversão dos papéis, que até então os definia naquele espaço. Um profissional pode não ser mais o que ensina como também ser o que aprende, e o usuário também pode se deslocar para a posição de quem ensina, evidenciando a emergência da repetição diferencial.

As oficinas que são constituídas com a aposta de que ali existem sujeitos foram relacionadas como um espaço de desconstrução do mesmo, pois trazem a marca da diferença, onde os que estão inseridos tem mais oportunidade de sair da repetição do mesmo e lidar com o diferente, com o novo. O cotidiano é construído através de pequenas negociações com o usuário, produzindo

pequenas diferenças, mas que são essenciais para que ele possa se envolver e se implicar como um sujeito de desejo nas atividades, responsabilizando-se por si e por sua produção.

Na introdução deste trabalho destacou-se o ensinamento de alguns autores que trabalharam extensamente sobre o conceito de repetição. Garcia-Roza (1986) ao retomar as contribuições de Kierkegaard indicou que há dois tipos de repetição em oposição. A repetição numérica, a pura reprodução de algo, encontrada na natureza, e que se expressa sob a forma de lei, e a repetição propriamente dita, produtora de diferenças e contrária às leis. Não se trata de afirmar uma eterna repetição do mesmo, mas de expor que o eterno retorno proposto pelos gregos aponta para a repetição diferencial. Quando se repete um evento ele já não é o mesmo. A repetição deve ser entendida como algo que diz respeito a uma singularidade, que afirma a eternidade, mas não a permanência.

Deleuze (2006) assinalou que há vários pontos em que as proposições de Kierkegaard se assemelham com as de Nietzsche. Ambos afirmaram que se deve fazer da repetição uma novidade, colocá-la como objeto supremo da vontade e da liberdade. Repetição não é reminiscência. Repetir não é lembrar, mas atuar.

Como um espaço onde várias lógicas discursivas se cruzam, onde vários sentidos são produzidos em diferentes matizes de tempo, se as oficinas são tomadas como um lugar de potência, engendra-se a emergência da repetição diferencial e a mudança na posição subjetiva dos atores envolvidos. Para a psicanálise a repetição seria como uma força demoníaca capaz de ultrapassar o próprio princípio do prazer, sendo uma característica do inconsciente e fundamental para o funcionamento psíquico. Com Deleuze, Nietzsche e Kierkegaard ela ganha ainda mais potência.

Deleuze (2006) afirmou que em vários domínios há uma potência própria da repetição, potência análoga à do inconsciente, da linguagem e da arte. O autor concebeu a arte enlaçada com o conceito de repetição na vertente transgressora, acreditando que nossa vida cotidiana deve se ligar à arte arrancando dela a diferença e Kierkegaard afirmou que a existência é fértil e complexa, como a arte numa tensão criadora.

As potências da repetição são as potências da linguagem e as potências da arte, e uma vez que se imbuí o outro de sua linguagem cria-se a possibilidade de transgressão. Considera-se a perspectiva positiva do conceito de repetição, no sentido de que ele carrega em si uma potência para a criação do novo, um devir, uma contribuição fundamental de Deleuze. Ele mesmo analisou em sua obra “Diferença e Repetição”, que essa potência já estava presente também em Freud, com a sua obra “Além do princípio do prazer”, pois para Freud o que se repete é a pulsão, ficando claro que pode haver dois tipos de repetição: a “*repetição do mesmo*”, que se aproxima da reprodução, pois é estereotipada e a “*repetição diferencial*”, produtora do novo e de transformações.

Tomar a repetição nessa dimensão de potência fez lembrar o pensamento do psicanalista Joel Birman (2002), interlocutor na introdução deste trabalho. Ele considera que a criatividade é a finalidade da experiência psicanalítica. A psicanálise põe o psiquismo em movimento de maneira criativa, restaurando a potência conflitiva dos opostos, dos dois modos de funcionamento do psiquismo – princípio do prazer x princípio de realidade, para que estes possam fornecer a matéria-prima das suas produções. Ao buscar a promoção de mudança psíquica, a experiência psicanalítica, tem a intenção de produzir criatividade na subjetividade, sendo uma de suas marcas insofismáveis. .

Tessler (2002) ajudou a pensar que no caso de um artista, se houver uma paralisação da subjetividade frente a um conflito psíquico, ele teria na arte um meio para restabelecer sua criatividade e seus laços com o mundo. A arte poderia ajudar o sujeito a inventar uma forma de estabelecer seu contorno singular em relação ao vazio. A autora assinalou que na produção de um artista, aquilo que é singular expande-se quando é tornada pública, pois, absorverá olhares e gestos, incorporando a experiência do outro. O artista é aquele que ao se apropriar de aspectos da vida cotidiana, ao transformar atos em formas, produz obras que perturbam o olhar, oferecendo uma nova concepção estética de inserção do sujeito em seu contexto social. Ele vai configurar uma ausência criando sua linguagem específica. O artista contorna o vazio com sua criação. Essa posição aproxima-se do pensamento de Lacan destacado também na introdução. Na interface com a arte, a liberdade de expressão é condição *sine qua non* para o exercício da criação. A arte é sempre

linguagem e a criação de imagens tem a sua especificidade independente de técnicas ou categorias artísticas.

Sob esse aspecto, a criação toma a força que vem da pulsão de morte, daquilo que escapa ao sentido e à compreensão, como foi indicado por Birman ao trabalhar o conceito de sublimação dentro desta perspectiva. Com seu caráter disruptivo, marcada pelo silêncio, por estar fora do campo da linguagem, a pulsão de morte produziria ruídos pela sua irrupção fazendo uma exigência constante de trabalho ao psiquismo pela ligação deste com o corporal, configurando diferentes destinos da força pulsional. O psiquismo diante da morte como imperativo real da condição humana se valeria da erotização e da sublimação como aspectos complementares para sua evitação e regulação. Erotizar se oporia ao movimento do ser para morte e seria a matéria-prima do processo sublimatório, sem qualquer marca de idealização e sublimar implicaria a reutilizar a força pulsional, agora erotizada, para a criação de novos objetos de satisfação possível. Seria o triunfo da vida contra a morte. A sublimação implicaria numa ruptura com as fixações eróticas originárias, abrindo espaço para o aparecimento da diferença, marca por excelência do psiquismo que retificaria os traços do “mesmo” presentes nas fixações primeiras.

As afirmações de Birman, de que a criatividade é a finalidade da experiência psicanalítica, e de Tessler, de que frente a conflitos psíquicos, o artista tem na arte, na criação, um meio de restabelecer seus laços com o mundo, levam a pensar que no trabalho de oficinas terapêuticas nos dispositivos de CAPS, aonde ocorreu uma apropriação das narrativas da arte e da psicanálise, o fazer artístico sendo construído a partir de constantes atos repetitivos, podem conduzir os atores envolvidos, a tornarem-se também artistas de sua própria vida, artistas de seus discursos. Para isso torna-se essencial que as oficinas sejam um lugar de desconstrução do mesmo, produtoras da criação e do aparecimento do novo, como as que foram encontradas neste estudo.

O segundo analisador “a oficina como um lócus de realização de atividades” permitiu também depreender o que os profissionais entendem a respeito da função da arte na terapêutica dos pacientes psicóticos. Alguns reproduziram o discurso dos pacientes sobre a representação da

atividade artística desenvolvida nas oficinas e os efeitos provocados em suas vidas. Um profissional entrevistado relatou que a arte representa para os pacientes o resgate do sentido da vida ao se descobrirem potentes, úteis e com habilidade para produzir.

Em geral a tendência nas oficinas é não se levar em consideração o tempo lógico do sujeito. A tendência é atropelá-lo e à lógica temporal que o rege. Sabe-se que o movimento das intensidades pulsionais não cessa de não se inscrever. Um entrevistado relatou que um paciente recuperou a vontade de viver, não obstante em outro momento ele pode não demonstrar a mesma convicção, pois é na diversidade dos movimentos repetitivos, que a diferença pode emergir e as mudanças acontecerem.

No decorrer das oficinas a lógica temporal do sujeito, seu tempo lógico, que não é expresso em palavras, vai aparecendo em vários níveis e, concomitantemente, a repetição no seu aspecto diferencial. Num momento a oficina pode ser somente um espaço de ocupação e o sujeito se enredar num fazer repetitivo e automático. Em outro ela pode ter um caráter altamente potente onde o sujeito produz deslocamentos na sua posição subjetiva, por exemplo, recuperando a vontade de viver. O paciente ao se descobrir capaz de realizar atividades artísticas dentro de uma oficina, pode se posicionar subjetivamente de outro modo.

Alguns entrevistados consideraram que as oficinas envolvendo a arte tem que melhorar do ponto de vista dos recursos materiais, e que a equipe deve estar preparada para lidar com os pacientes psicóticos durante as atividades, para atrair realmente quem delas precise. Viu-se anteriormente sobre uma tendência em não se incluir pacientes em crise no espaço das oficinas, pois causam um grande incômodo. O efeito disso é que quem realmente precisa de acolhimento num momento de crise, acaba tendo que procurar o hospital psiquiátrico, desnudando as limitações existentes dos serviços para lidar com a mesma. Essa falha é revestida no discurso dos entrevistados com faltas objetivas como: materiais para as oficinas, pessoal, instrutores, etc.

Há aqueles profissionais que foram entrevistados que acreditam que de acordo com a singularidade e a potencialidade, alguns usuários poderão se beneficiar mais das oficinas

envolvendo a arte. Com esse discurso mostraram uma apropriação enviesada da psicanálise e da arte no seu sentido estético, como se somente os pacientes mais habilidosos do ponto de vista artístico pudessem participar. Alguns disseram que quem está melhor poderia se beneficiar mais das atividades artísticas, sobretudo com aquelas atividades realizadas fora do espaço institucional, como nos Centros de Convivência.

Não obstante, aparecem falas como a de outro entrevistado que diz não se preocupar muito com o sentido que o fazer artístico representa para o paciente, priorizando o fazer coletivo. Ele propõe e faz certas atividades. Os pacientes que se interessarem pela atividade o acompanham. Considera que o talento se torna um diferencial para a vida fora da instituição, e que o usuário terá que ser reconhecido como um sujeito da cidade e não como um artista da saúde mental.

Outro entrevistado considerou válido o trabalho com arte, mesmo que seu resultado não seja uma obra no sentido lacaniano, no sentido do *sinthome*¹³, da amarração dos nós, funcionando como um quarto nó, ou mesmo uma obra de arte, mas como uma possibilidade dele construir seu mundo subjetivo que estaria arruinado. Acrescentou que a produção do paciente pode não representar uma obra de arte para si mesmo. Exemplificou com a arte de Arthur Bispo do Rosário, dizendo que depende do olhar de quem olha, mas pode ter um valor artístico e se serviu para aquele que a produziu. O fazer na sua visão pode ser mais terapêutico do que a palavra.

Um entrevistado expôs que a oficina de arte é um lugar de expressão, de resgate da subjetividade e de promoção da estabilidade daqueles que estão desorganizados através do fazer artístico. Se por um lado ela tem essa função, por outro indicou que o caminho a se percorrer na oficina é do próprio usuário porque ele tem que se haver com as suas próprias escolhas. Percebeu-se um posicionamento discursivo muito próximo da psicanálise, e de uma apropriação do mesmo. Entretanto essa postura possibilita que o sujeito vá se deparando e se confrontando com seus

¹³ “Trata-se de uma antiga grafia para a palavra “sintoma”. Lacan, com isto, procurava insistir na diferença entre duas dimensões do sintoma. Uma diria respeito a formações que indicam os pontos nos quais um texto latente procura inserir-se no texto manifesto da linguagem pública da consciência. A interpretação como desvelamento daria conta desta forma de sintoma. Mas haveria uma outra dimensão, esta própria ao “sinthome”. Ela aparece quando o sintoma não é mais visto como aquilo que impede, de maneira patológica, o bom funcionamento da linguagem pública, mas como aquilo que manifesta o que só pode aparecer como distorção, resistência e opacidade à língua e à sua superfície. Como se o sujeito só pudesse agora afirmar sua individualidade ao rasurar a língua em suas aspirações universalizantes”. (Safatle, 2005, p.inicial).

demônios pulsionais, se posicionando como sujeito e sinalizando a emergência da repetição diferencial.

Deleuze (2006) mencionou que a repetição diz respeito a uma singularidade não permutável, insubstituível, pois não há algo semelhante ou equivalente. A arte para o autor não imita, porque ela repete, e repete todas as repetições, a partir de uma potência interior. Como a arte é simulacro, ela subverte as cópias em simulacros. Mesmo a repetição mais mecânica, mais cotidiana e habitual encontra seu lugar na obra de arte, estando deslocada em relação a outras repetições, desde que se saiba extrair dela uma diferença para estas outras repetições. Não há segundo Deleuze, outro problema estético a não ser o da inserção da arte na vida cotidiana. A vida cotidiana deve se ligar à arte arrancando dela a diferença.

Se a repetição causa doença ela também leva à cura. Toda cura é uma viagem ao fundo da repetição. Esse poder demoníaco da mesma pode levar uma pessoa de um sentido imanente de terror, a um movimento da seleção e da liberdade. As duas coisas podem estar misturadas, principalmente nos pacientes psicóticos. Por conseguinte, nas oficinas terapêuticas o fenômeno da repetição às vezes causador da origem da desorganização psíquica poderá ajudar na reestruturação do sujeito, sobretudo na arte onde é possível aparecer através da liberdade de expressão e da diferença, a manifestação da criatividade e o despertar da produção artística.

Sendo assim, presume-se que se a oficina terapêutica for tomada como um dispositivo de potência, onde várias lógicas se cruzam e onde vários sentidos são produzidos, os sujeitos inseridos poderão engendrar novas possibilidades de subjetivar-se. A questão não está na reprodução ou invenção das formas, mas na captação de forças.

Percebeu-se que os autores Freud, Lacan, Deleuze e Kierkegaard apresentaram distintamente sua própria leitura a respeito do conceito de repetição, com convergências e divergências entre eles. Em Deleuze, quando o autor tratou das três sínteses do tempo para circunscrever a repetição como um conceito que traz uma potência, ele partiu de uma releitura de

Nietzsche, para pensar a última síntese a do futuro, que é o tempo do eterno retorno, o tempo do devir.

Essa interpretação acerca da concepção nietzscheana de eterno retorno encontrou eco na psicanálise, pela consideração freudiana da existência de uma compulsão à repetição. Que esta compulsão, outra versão do eterno retorno, seja compreendida como repetição do novo, como busca por significação constantemente reiniciada, uma vez que o sujeito é inevitavelmente faltante e a linguagem falha, é o passo além permitido pela leitura lacaniana. Lacan encontrou a explicação para a falta constituinte do sujeito, imprimindo uma busca constante por objetos que se revelam sempre parciais e fugidios. O autor considerou que a repetição gira em torno do objeto *a*, elemento excluído da cadeia de significantes. Ele é o motor da cadeia que a faz repetir. A repetição produz o novo, pois o que se repete é o elemento excluído da cadeia, elemento que impossibilita a identificação entre os significantes. Freud concebeu a compulsão à repetição fazendo parte da constituição do ser humano e a repetição demanda o novo, voltando-se para o lúdico. Para Lacan o movimento de repetir voltado para o lúdico infantil é fundamental.

Na visão de Deleuze o conceito de repetição traz a dimensão da diferença constitutiva desta, bem como de sua condição de multiplicidade. É uma repetição que se faz pela via do diferente, por onde se desloca um “diferencial”. A repetição tem uma potência própria, revelada pelas pequenas diferenças que se deixam entrever nas repetições, em um sistema ou série de elementos coexistentes e ressonantes. A repetição é verdadeiramente o que se disfarça ao se constituir, mas também é o que se constitui ao se disfarçar. A arte se enlaça à repetição na vertente transgressora. Todo ato criativo é constituído de repetição.

Para Kierkegaard as experiências não se repetem, mas são retomadas e vivenciadas de uma nova maneira. A existência não é o puro acaso do devir, mas repetição, implicando sempre um novo começo, uma nova vida, um novo ser reconciliado consigo mesmo, sempre novo e diferente a cada instante. Quando se repete um evento ele já não é o mesmo. A repetição deve ser entendida como algo

que diz respeito a uma singularidade, que afirma a eternidade, mas não a permanência. Ela é possível no plano futuro, na aceitação da vida como um recomeço, no plano transcendental.

Toda escrita se apresenta, portanto como um sintoma da compulsão à repetição na medida em que, através do seu desenrolar, abre sempre novos caminhos, sondando diferentes terrenos e plantando novas balizas na tentativa de, embora provisoriamente, recuperar uma perda e preencher um hiato que não cessa de alargar-se. Notou-se que a escrita desses autores revelou uma tendência elementar e originária que incessantemente compele o homem a repetir-se, a reiterar-se, a reavaliar-se e, também, a desdizer-se. É por isso que autores como Freud, Lacan, Deleuze e Kierkegaard, cujas idéias são fontes de tão diversas interpretações, mostraram uma grande potência, capaz de recriar-se continuamente.

7.3 -Terceiro analisador: o saber é do profissional/instituição

No discurso dos entrevistados indicações consistentes foram repetidas de que o saber na oficina está centrado no profissional/instituição. Houve profissionais que consideraram que a construção de uma boa relação com o paciente depende de se conseguir entendê-lo, resolver o seu problema, olhar por ele e correr atrás de coisas para ele. Esse posicionamento indicou que é do lugar de saber sobre o sujeito que o profissional se posiciona.

A partir do momento que o profissional considera que sabe o que é melhor para um paciente, ele se coloca num lugar absoluto de “Todo-saber”, de “Toda-Verdade” sobre o outro. Em qualquer situação isso é da ordem de uma violência, e em relação ao paciente da saúde mental, parece ser pior, pois foi desse lugar de saber sobre si que ele se viu destituído desde sempre. O que significa um profissional se posicionar desse lugar? Parece que é por não ter se apropriado minimamente do que é preconizado pelos fundamentos psicanalíticos, que faz uma aposta de que ali há um sujeito, e somente assim levá-lo a se implicar como responsável por si e sobre os seus atos.

Um entrevistado mostrou que acredita na oficina terapêutica como fundamental no tratamento do paciente, desde que ele participe, e que se não houver adesão, não justifica sua presença. Quando a recusa é veemente da parte do mesmo, diz conseguir aceitá-la, mas o que se

observou é que esse posicionamento implica em não se considerar a subjetividade do sujeito. Para alguns profissionais o usuário que se insere no dispositivo de oficinas tem que ser bem comportado e fazer tudo de acordo com as normas estabelecidas.

Posicionar-se do lugar de saber torna-se mais confortável, representando uma colagem com o discurso institucional, como forma de evitação para lidar com a multiplicidade permanente de acontecimentos que se operam no espaço das oficinas terapêuticas. Os próprios pacientes vão se identificando com o lugar em que são colocados, resistindo a qualquer proposta de mudança. Eles ficam contaminados, evitando sair dessa condição, pois acabam obtendo ganhos secundários com a doença, mas em consequência o que aparece é uma cronificação da mesma. Não lidar com a diferença e não se questionar sobre seu papel é freqüente, como também manifestar uma impotência para realizar mudanças. Evita-se cotejar a diferença, embora ela esteja se presentificando a todo instante.

Percebeu-se que as relações de poder aparecem de forma torpe em relação ao médico. Embora se saiba que o seu poder no imaginário social tem sido inabalável, causou surpresa perceber alguns profissionais de outras áreas com seus saberes se curvarem, deixando a direção do tratamento do paciente se concentrar totalmente em suas mãos.

Há lugares em que o usuário é inserido numa atividade de oficina quando o psiquiatra define seu projeto terapêutico. Ele é quem decide qual oficina seria a mais indicada e qual deve participar. Após esse procedimento a equipe se reúne para discutir a respeito. Fica uma interrogação: O que pode se discutir depois de uma definição? Se alguns profissionais médicos parecem gozar com essa situação, há outros que a questionam. Um entrevistado relatou que um médico que tem um engajamento com as propostas da Reforma Psiquiátrica, indagou o posicionamento da equipe quanto a essa atribuição de poder e de saber do paciente sobre ele. Para ele, além de o sobrecarregarem com funções que deveriam ser compartilhadas, o projeto terapêutico teria que ser definido pela equipe.

Em contrapartida há quem assuma sobre as dificuldades encontradas para lidar com o louco e com os problemas do cotidiano. Acredita-se que o profissional ao assumir suas próprias limitações saindo de um lugar de saber, de onipotência, para um lugar de não-saber, que está em construção, aceita a presença da diferença posta em ato pelo paciente, e também se desloca da repetição do mesmo.

Um entrevistado deixou clara a importância de se posicionar de outro lugar, sustentando que como a construção do cotidiano das oficinas está em fazer pequenas negociações com o usuário, tem que repensar a própria função, pois isso pode mover o profissional do lugar confortável que ele ocupa muitas vezes sustentado pelo seu saber/fazer. A função da oficina terapêutica na sua visão é a de construir o fazer junto, numa ajuda mútua entre os atores envolvidos, ou quando se voltam para o “fazer” coletivo. Ressaltou-se na introdução deste trabalho a inexistência de trabalhos escritos que contem produções coletivas, aparecendo prioritariamente as de cunho individual. A questão relevante é que elas existem, mas não estão sendo escritas e veiculadas.

Explorou-se também na introdução como o sujeito acometido pela loucura, sobretudo a partir do período do grande internamento no século XVII, viveu na clausura e incapacitado de partilhar do pacto social. No decurso das entrevistas realizadas deparou-se com produções discursivas de profissionais demonstrando o quanto ainda é difícil lidar e conviver com a desorganização da loucura, com o tumulto que ela provoca em tempos profícuos de luta antimanicomial. Presenciou-se também que há lugares onde há um nada fazer, ou um nada a oferecer aos usuários e as oficinas funcionam dentro de uma lógica manicomial, sustentando-se na anulação das diferenças, pois aquilo que se produz para um, se produz igual para todos. É uma lógica que tem servir para todos de uma maneira absurdamente idêntica, e o que se tenta anular são as marcas da diferença, seja na forma do que vem como delírio, ou do que vem da história do sujeito. As marcas singulares são anuladas, desvestidas. Enfatizou-se que anulá-las é uma forma de imprimir uma rotina ou imprimir um ato contínuo de repetição do mesmo.

Ainda que essa situação seja uma realidade, constatou-se que existe uma luta que vem sendo travada arduamente para que o louco seja visto e reconhecido pela sociedade como cidadão e como sujeito, através do campo da atenção psicossocial e da psicanálise. No corpo das investigações produzidas nesta pesquisa, percebeu-se diferenças entre as duas clínicas, emergindo de forma velada no discurso dos entrevistados, entretanto, não se aprofundou nos seus meandros por entender que se trata de uma questão política extrapolando os objetivos traçados na pesquisa. Extraíu-se o fundamental das duas clínicas a partir do trabalho em oficinas terapêuticas, para pensar os possíveis reflexos na subjetividade e na criação de laços sociais dos sujeitos. O campo da atenção psicossocial composto pelos diferentes serviços ou instituições alternativos ao hospital psiquiátrico, ampliaram o escopo de intervenções para o tratamento do sujeito acometido pela psicose na sua área de abrangência, promovendo condições propícias de manutenção e de resgate dos laços sociais, emoldurando e autorizando a prática de muitos.

A autorização desta prática de muitos é bastante evidente no campo da Saúde Mental em Minas, onde houve uma inserção de um grande número de psicanalistas lacanianos. A psicanálise nessa vertente privilegia a clínica do sujeito e os demais agentes da Saúde Mental nesses dispositivos privilegiam uma proposta de reinserção social. Como efeito desse cruzamento aparece uma tensão entre o que é da ordem da clínica do sujeito e o que é da clínica psicossocial. Considera-se que a existência dessa tensão é positiva, porque pode levar a constantes indagações sobre o trabalho com sujeitos em sofrimento psíquico, mesmo que subjacente perpassasse entre ambas uma luta pela prevalência do poder.

A dimensão da clínica psicanalítica na prática institucional, em uma "prática feita por muitos", sustenta o lugar social do sujeito a partir de sua diferença escutando-se o que é específico de sua singularidade. Ali onde está o indivíduo com sua história, com suas produções delirantes, o sujeito de direito deve advir, levando-o à responsabilidade pela sua existência.

Viu-se através de narrativas dos entrevistados que essa dimensão da clínica "feita por muitos", vem sendo praticada com efeitos muito significativos tanto na perspectiva da inclusão

social, quanto na construção de laços sociais. Pode-se destacar a “oficina feita sob medida” para um usuário com um quadro de melancolia, a montagem dos projetos de um carrinho de pipoca e de um bazar, que criaram condições extremamente favoráveis para que isso se tornasse possível.

Para Figueiredo e Frare (2008) a inserção da prática psicanalítica em dispositivos de saúde mental se mostrou indispensável por reconhecer que o saber está do lado do sujeito, sem, no entanto, equiparar essa posição com a chamada “autonomia”, tão cara à clínica psicossocial. É fundamental trabalhar para que o sujeito se torne responsável por sua existência, por tudo que lhe for apresentado, oferecido ou mesmo imposto, seja no surto ou na estabilização. A responsabilidade civil ou jurídica deve ser auferida a partir dessa responsabilidade de existência inicial.

As autoras consideram que os profissionais que priorizam a reabilitação não podem trabalhar desconsiderando a dimensão do sintoma, tomando-o como algo análogo à patologia, pois assim corre-se o risco de propor uma reabilitação como exclusão da clínica. O sujeito para a psicanálise está assujeitado pela linguagem, intervindo a partir do campo do Outro. É através da linguagem que se tem acesso à realidade. Portanto, é necessário repensar o lugar de saber ocupado pela instituição, para dar lugar a uma escuta do sujeito.

Nas construções teóricas de sua segunda clínica Lacan convoca a que se faça uma interlocução com os dispositivos psicossociais, como uma possibilidade de trabalho a partir do real dos acontecimentos cotidianos em que os atores envolvidos são chamados a pensar e operar. A função principal do psicanalista no cotidiano de seu exercício clínico é sustentar um saber-não-saber como estratégia e fazer valer os recursos subjetivos dos sujeitos como meio de manejar as dificuldades diárias no processo de re-construção de sua história. Para tanto o analista não pode recuar frente às dificuldades, deve localizar seu lugar na instituição sem perder seu fio condutor, devendo passar à posição de "analista-cidadão" (Laurent, 1999, p.13), que é a de um analista que participa. Esta prática nas instituições tem que ser inventada cotidianamente, devido às inúmeras variáveis existentes.

Lima (1997) assegura não ser possível separar a clínica do sujeito (trabalho técnico/clínico) e a clínica psicossocial (trabalho político/institucional/social). Ficar entre as duas paralisa e impede o pensamento. Concordou-se com a autora, pois é necessário articular essas duas estratégias para caminhar no sentido de uma nova relação com a loucura. Não só crítica e não só clínica. Isso implica em colocar-se a inventar respostas ao sofrimento e não técnicas ou mecanismos de cura ou reparação de falhas.

Diante das situações analisadas ficou uma interrogação: como legitimar o trabalho das oficinas para que realmente se constituam em espaço de cidadania para os sujeitos e de construção de laços sociais? Viu-se o trabalho com a criação como uma saída, abrindo como perspectiva um outro lugar para o paciente no sentido de ser o construtor da sua própria trajetória. A arte é um recurso, pois ela significa invenção, o novo. Os ensinamentos de Deleuze revelaram que a arte repete todas as repetições imprimindo sempre a marca do novo, podendo aparecer de diversas maneiras. É no fazer novo que o mais genuíno do sujeito pode aparecer, e uma produção original se dá a partir do estranhamento, do estranho/familiar, induzindo a novos pensamentos, à novas reflexões, à novas criações.

A experiência estética da criação pode ser utilizada como forma de expressão e de comunicação das pessoas em sofrimento psíquico grave, ampliando territórios e proporcionando o enriquecimento da subjetividade. Através de diferentes linguagens a produção artística vem fortalecendo e valorizando a identidade e a diversidade, dentro do paradigma da inclusão. Ela contribui para derrubar preconceitos, construir sentidos, conhecimento e vida.

Dentro dessa perspectiva as oficinas terapêuticas que desenvolvem a atividade artística na perspectiva da criação, do novo, através da produção de acontecimentos, experiências, ações e objetos, possibilitam ao homem reinventar-se no mundo em que vive. São instrumentos de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descobertas e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais. Facilitar esse acesso representa tirar o

sujeito da reclusão para a construção de novos laços sociais, pois a reclusão não é só a da internação, é a de não ter escolhas, outras opções.

Um entrevistado declarou que ao oferecer outras escolhas o sujeito pode ter outros benefícios. Quando ele pode sair do dispositivo institucional para o social, isso fica evidente. Ao fazer uma visita a uma exposição de arte, ao circular pelos espaços da cidade, ao expressar suas impressões como qualquer outra pessoa, ao dar voz ao que percebe, ao que sente, as mudanças subjetivas são visíveis. Nesse sentido é preciso que o profissional aposte no louco como um sujeito que por anos não teve esse reconhecimento. Ao ser reconhecido, ele pode integrar a rede da cultura, e buscar vitalidade para continuar sua vida sempre marcada por um triz.

CAPÍTULO VIII

O pensamento psicanalítico nos ensinou que falamos sempre a partir de um profundo não-saber.

E quando um saber emerge, na forma de palavras, elas nunca são neutras: expressam o pathos de nossas mais remotas e recentes inquietações; falam sobre os mais intangíveis desejos. Não obstante, falamos, escrevemos e com isso não cessamos de assumir confrontos com outras idéias e outros discursos. E também não paramos de assumir compromissos com novos mundos que inventamos ou desejamos inventar a partir de nossos discursos e escritos.

Mário Bruno (2004)

Muito além (aquém) do jardim - Considerações Finais

Ao concluir esta pesquisa fica-se com a impressão de que há algo que não foi dito, ou que se está por dizer. Entretanto, sendo uma pesquisa psicanalítica, há que se considerar que o próprio conceito de inconsciente se opõe a um saber totalizante. Soma-se a isso o fato de que a psicanálise ensina que o sujeito é constituído como um ser em falta, e terá que aprender a lidar com ela, com o seu desamparo, durante toda a sua vida, sabendo que nenhum objeto virá preenchê-la totalmente. Para isso, terá que buscar objetos substitutivos que em algum momento dêem a sensação de uma satisfação plena, para em seguida perceber que há que se continuar buscando, pois constata-se que aquela sensação de plenitude não passava de ilusão. Sobram-se, então, restos, franjas e novas inquietações, permitindo que o caminho da investigação fique em aberto para que seja percorrido por alguém que desejar continuá-lo.

Esta pesquisa representou um desafio, pois se num primeiro momento, a tendência foi tomar o trabalho de oficinas numa perspectiva dicotômica, entre um fazer criativo e um fazer mecânico, norteando-se pelas observações produzidas, a partir da escuta das falas dos entrevistados, tornou-se imprescindível aprofundar sobre o conceito de repetição, a partir de obras advindas dos campos da psicanálise e da filosofia, produzindo/criando a elaboração da questão central da pesquisa e dos objetivos traçados no percurso metodológico. Essa (des)construção da hipótese inicial foi fundamental, pois confirmou uma das premissas que sustentam a investigação psicanalítica, que é a de que o objeto de pesquisa vai se delineando durante o seu percurso.

Acredita-se que a análise das entrevistas permitiu explorar algumas das principais inquietações disparadoras da construção do corpus teórico e da pesquisa de campo. De forma geral, ainda que o conceito de repetição tenha se tornado pregnante durante o processo de investigação, Freud, Lacan, Deleuze e Kierkegaard se destacaram como autores fundamentais para dialogar com a questão crucial deste estudo que foi articular a dimensão do tempo durante a realização das oficinas, uma vez que o conceito de repetição traz a marca da diferença e do tempo.

Freud concebe a compulsão à repetição fazendo parte da constituição do ser humano e a repetição demanda o novo, voltando-se para o lúdico. Para Lacan o movimento de repetir voltado para o lúdico infantil é fundamental. Quando ele é afirmado em sua positividade lúdica, torna criativo qualquer processo de repetição. A repetição não é o vivido, mas o que possibilita o encontro e a formação da realidade.

Gilles Deleuze se tornou um importantíssimo interlocutor, pois na sua visão o conceito de repetição traz a dimensão da diferença constitutiva desta, bem como de sua condição de multiplicidade. É uma repetição que se faz pela via do diferente, por onde se desloca um “diferencial”. A repetição tem uma potência própria, revelada pelas pequenas diferenças que se deixam entrever nas repetições, em um sistema ou série de elementos coexistentes e ressonantes. Para Deleuze, a repetição é verdadeiramente o que se disfarça ao se constituir, mas também é o que se constitui ao se disfarçar. A arte se enlaça à repetição na vertente transgressora. Todo ato criativo é constituído de repetição. A arte para o autor não imita, porque ela repete, e repete todas as repetições, a partir de uma potência interior. Não há segundo Deleuze outro problema estético a não ser o da inserção da arte na vida cotidiana, e esta deve se ligar à arte arrancando dela a diferença.

O filósofo Kierkegaard considera que a existência é fértil e complexa como a arte numa tensão criadora. Para ele as experiências não se repetem, mas são retomadas e vivenciadas de uma nova maneira. A existência não é o puro acaso do devir, mas repetição. Esta advém ao se cotejar a subjetividade com a realidade. A repetição implica sempre um novo começo, uma nova vida, um novo ser reconciliado consigo mesmo, sempre novo e diferente a cada instante. Quando se repete um evento ele já não é o mesmo. A repetição deve ser entendida como algo que diz respeito a uma singularidade, que afirma a eternidade, mas não a permanência.

Percebeu-se no decorrer do processo como o caminho tem sido árido para efetivação das propostas de inclusão do louco e da loucura, nos espaços da cidade no nosso Estado, mesmo que o aparecimento de diversos movimentos de luta em prol da busca de cidadania para o sujeito com problemas psíquicos graves, esteja em circulação há pelo menos duas décadas, sobretudo com o

empenho da clínica do sujeito advinda da psicanálise e da clínica psicossocial oriunda da Reforma Psiquiátrica. Como afirmaram Figueiredo e Frare (2008) a loucura sempre revela as contradições dos discursos que pretendem aprisionar sua plasticidade com soluções rápidas e eficazes, pois sempre é necessário enfrentar novos desafios, novos olhares e novos saberes.

Ainda que exista uma profusão de dificuldades, percebeu-se que o trabalho nas oficinas que opera uma coletividade cria tanto um produto, quanto o sujeito que é produzido dentro desse operar. A repetição está tanto na construção da oficina quanto no produto criado. O sujeito também é um produto porque é ali que ele se articula. Para tanto é fundamental que o condutor de uma oficina esteja ciente do seu papel e do nível de implicação necessário, porque esse não é um fazer qualquer. Numa oficina com esses objetivos, o profissional torna-se um facilitador e o usuário é um ator que constrói a sua subjetividade.

Evidenciou-se que um profissional que se coloca nessa posição interroga o sujeito para imbricá-lo na sua condição, na sua desorganização sintomática. Colocando-se nesse lugar ele questiona a própria sistemática de organização das oficinas que tendem a se cristalizar, a fixar os lugares ocupados pelo profissional e pelo usuário, deixando emergir a repetição. No decorrer das oficinas a lógica temporal do sujeito, seu tempo lógico, que não é expresso em palavras vai aparecendo em vários níveis e, concomitantemente, a repetição no seu aspecto diferencial. Num momento a oficina pode ser somente um espaço de ocupação, fazendo o sujeito se enredar num fazer repetitivo e automático. Em outro ela pode ter um caráter altamente potente onde o sujeito produz deslocamentos na sua posição subjetiva. As oficinas que operam com essa possibilidade foram denominadas de oficinas de desconstrução do mesmo, pois ao circunscreverem o aparecimento do novo e a criação, abriram várias perspectivas para refletir o que pode vir a ser o trabalho de oficinas terapêuticas, seja num CAPS, num Centro de Convivência ou em qualquer outro lugar.

Sendo um espaço onde se cruzam diversas lógicas discursivas, onde vários sentidos são produzidos em diferentes matizes de tempo, se as oficinas terapêuticas são tomadas como um lugar de potência engendra-se a emergência da repetição diferencial, e a mudança na posição subjetiva dos

atores envolvidos. Tomar a oficina nesse lugar de potência, no sentido de que ela carregue em si uma potência para a criação do novo, um devir, permitirá que os protagonistas dessa cena se tornem inventivos e criativos.

Conclui-se que para legitimar o trabalho das oficinas terapêuticas para que realmente se constituam em espaço de cidadania para os sujeitos e de construção de laços sociais, a perspectiva é trabalhar com a criação. A arte é um recurso, pois ela significa invenção, o novo. Viu-se com os ensinamentos de Deleuze que a arte repete todas as repetições imprimindo sempre a marca do novo, podendo aparecer de diversas maneiras. É no fazer novo, a partir ou com o suporte na repetição, que o mais genuíno do sujeito pode aparecer, e uma produção original se dá a partir do estranhamento, do estranho/familiar, induzindo a novos pensamentos, à novas reflexões, à novas criações. Através de um “fazer” repetitivo, o trabalho de oficinas pode contribuir para o resgate do lugar de sujeito, seja usuário ou profissional, visto que o ato que se repete continuamente traz a dimensão da diferença, da criação, da possibilidade do novo e da transgressão. A criação representa um meio de o sujeito restabelecer seus laços com o mundo, e o que vai sendo tecido a partir de constantes repetições durante o “fazer” artístico ou não, conduzem os envolvidos a tornarem-se artistas da própria vida e do próprio discurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A. C. (orgs). (2006). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- ALONSO, S.L. (2001). *A construção do analista (entrevista)*. São Paulo: Percurso, 14 (27). p.p.127-138.
- AMARANTE, P. (org). (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- AZEVEDO, A. V. (2006). Ruídos da imagem: questões de linguagem, palavra e visualidade. In Rivera, T. E Safatle. V. *Sobre Arte e Psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- BARRETO, F.P. (1999). *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia.
- BARRETO, J. (2003). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em Saúde Mental*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Acesso em 03 de fevereiro de 2007, em <http://www.pepas.org/teses/umbigo.pdf>
- BARTUCCI, G. (org.). (2002). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- BERCHERIE, P. (1989) *Os fundamentos da clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BEZERRA, B. J. (2004). *O cuidado no CAPS: os novos desafios*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. Acesso em 27 de outubro de 2008, em <http://www.saude.rio.rj.gov.br>.
- BIRMAN, J. (1992). A cidadania tresloucada. In B. Bezerra & P. Amarante. (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- _____. (1994). *Psicanálise, Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (org). (1999). *Sobre a psicose*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- _____. (2000). Os signos e seus excessos. A clínica de Deleuze. In: Alliez, E. (org). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Editora 34.
- _____. (2001). Desposessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In A. Quinet. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- _____. (2002). Fantasiando sobre a sublime ação. In G. Bartucci, (org). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- _____. (2003). Soberania, crueldade e servidão: mal-estar, subjetividade e projetos identitários na modernidade. In T. Pinheiro, (org.) *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- BORGES, S. (2008, jan./jun). *A arte pensa*. Inter-Ação (N. 33 (1) p.p. 143-149): Revista Faculdade Educação UFG.

BRUNO, M. (2004). *Lacan e Deleuze: O trágico em duas faces do além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CASTILHO, P. T. (2007). *Alusões lacanianas à falta a partir do modelo crístico – um lugar para a crença repousar*. Scielo, Psicologia clínica. (vol.19 n.2). Rio de Janeiro. Dezembro. Acesso em 05 de setembro de 2008, em [http// www.scielo.br](http://www.scielo.br).

CAMPOS, F.N. (2004). *Contribuições das Oficinas Terapêuticas de Teatro na Reabilitação Psicossocial de Usuários de um CAPS de Uberlândia-MG*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. mestre.

CEDRAZ, A & DIMENSTEIN, M. (2005). *Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?* Revista Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza (N. 2. Setembro. p.p. 300 – 327). Acesso em 18 de julho de 2008 em [http// www.redalyc.uaemex.mx](http://www.redalyc.uaemex.mx).

CHNAIDERMAN, M. (2002). Uma escuta-olhar: a experiência do cinema. In G. Bartucci (org). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. (org.). (2004). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

COSTA, J. F. (2007). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (5.ed.). Rio de Janeiro: Garamond.

COUTINHO, A. H. S. A. (2005). *Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. Reverso*. Belo Horizonte. (V. 27, N. 52). Acesso em 19 de julho de 2008 em [http// pepsic.bvs-psi.org.br/scielo](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo).

DELEUZE, G. (2006). *Diferença e Repetição* (1968). (2. ed). Rio de Janeiro: Graal.

DIAS, P. B. (2003). *Arte, Loucura e Ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Acesso em 12 de dezembro de 2007 em [http// www.coc.fiocruz.br/pos_graduacao/completos/diaspb](http://www.coc.fiocruz.br/pos_graduacao/completos/diaspb).

ELIA, L. (2006). “O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar”. In S. Alberti e A. C. Figueiredo (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

FERNÁNDEZ, M. R. (2001). *A prática da psicanálise laciana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Acesso em 28 de novembro de 2007 em [http/ portaldesicic.fiocruz.br](http://portaldesicic.fiocruz.br).

FIGUEIREDO, A.C.C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3. ed. Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, A. C. & FRARE A. P. (2008). *A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rev. Latinoamericana Psicopatologia Fundamental. São Paulo. (v.11, n. 1, março, p. 82-96). Acesso em 21 de novembro de 2008 em [http// www.scielo.br](http://www.scielo.br).

FOUCAULT, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

_____. (1977). *Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões*. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda.

_____. (1999). Loucura, a ausência da obra. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Ditos & escritos I – problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.190-198.

_____. (2007). *História da Loucura: na Idade Clássica*. (1972). Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. (1995). *Olhos d'água: arte e loucura em exposição*. São Paulo: Editora Escuta.

_____. (2002). Arte contemporânea e banalização do mal: corpo do artista, silêncio do espectador. In G. Bartucci, (org). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

FREUD, S. (1980). Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 7. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Delírios e sonhos na "Gradiva" de Jensen (1907[1906]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 9. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância (1910). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 11. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides). (1911). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 11. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914a). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 12. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). O Moisés de Michelangelo (1914b). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 13. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1917[1916-1917]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 1. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). O estranho (1919). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 17. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Além do princípio do prazer (1920). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 18. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Uma neurose demoníaca do século XVII (1923[1922]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 19. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Neurose e Psicose (1924[1923]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 19. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). Dostoiévski e o parricídio (1928[1927]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 21. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1980). O mal-estar na civilização (1930[1929]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 21. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

GARCIA-ROZA, L. A. (1986). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____. (1990). *O mal radical em Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

GUERRA, A. M. C. (2001). *A lógica da clínica e a pesquisa em psicanálise: um estudo de caso*. Agora. (v.4, n.1. janeiro/junho p. 85-101). Acesso em 15 de janeiro de 2009 em <http://www.scielo.com>.

_____. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C.M. Costa & A. C. Figueiredo (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

HOFSTAETTER, A. (2005). O Objeto transfigurado – A Escultura de Felix Bressan. In: M. A. Bulhões. (Org.). *Memória em Caleidoscópio – Artes Visuais no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

KIERKEGAARD, S. (1975). *In Vino Veritas. La repetición*. Madrid: Ediciones Guadarrama.

LACAN, J. (1985). *O Seminário, livro 20: Mais ainda (1972-1973)*. 2. ed. Trad. MD Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1995). *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960)*. 2. ed. Trad. Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1998). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. (2. ed. Trad. MD Magno). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LAURENT, E. (1999). *A cidade analítica: o analista cidadão*. Curinga. (N.13, p.p. 12-19). Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise.

LEITE, M.P.S. (2000). *Psicanálise Lacaniana: Cinco seminários para analistas kleinianos*. São Paulo: Ed. Iluminuras Ltda.

LERNER, R. (2006). *A Psicanálise no discurso de agentes de saúde mental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LIMA, E. A. (1997). *Clínica e Criação: um estudo sobre o lugar das atividades nas práticas em saúde mental*. Dissertação de Mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Acesso em 18 de junho de 2008 em [http// www.pucsp.br](http://www.pucsp.br)

LIMA, E. M. F. A. & PELBART, P. P. (2007). *Arte, clínica e loucura: um território em mutação*. História, Ciência. Saúde - Manguinhos. (vol.14. n. 3, Julho/Setembro). Rio de Janeiro. Acesso em 16 de setembro de 2008 em [http// www.scielo.com](http://www.scielo.com).

LISPECTOR, C. (1986). *A paixão segundo GH*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p.172.

LOBOSQUE, A. M. (1996). Saúde Mental: um lugar para o ambulatório? In *Seminário – Dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública: construindo um projeto*, (pp. 45-51). Belo Horizonte: Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro.

MAIA, M. S. (2005). *Extremos da alma: Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.

MONTEZUMA, M. A. (2001). A clínica na saúde mental. In A. Quinet. (org). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

NORONHA, N. M. (2002). A antropologia moderna e a objetivação da liberdade. In: M., Rago, L. B. L. Orlandi. & A. Veiga-Neto (Orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A.

OLIVEIRA, D. C. (2003). *A neutralização da diferença: A loucura na cena analítica contemporânea*. Tese de Doutorado em Psicologia. Rio de Janeiro.

PACHECO FILHO, R. A. (2003). *Prometeu, o fogo, a obra de arte e a ave de rapina: a poética do ato criador, por Edith Derdyk*. São Paulo: Pulsional. Revista de psicanálise. (n. 166, fevereiro. p.p. 38-45). Acesso em 18 de abril de 2008 em [http// www.editoraescuta.com.br](http://www.editoraescuta.com.br)

- PERSICANO, M. L. S. (2002). Criatividade e Subjetivação: Do cérebro à arte na criação do humano. In G. Bartucci, (org). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- PRIGOGINE, I. & STENGERS. (1984). *A Nova Aliança*. Brasília: UnB.
- RIBEIRO, A. S. (2003). *Loucura, cidadania e subjetividade: confluências e impasses*. Revista Mal-Estar e Subjetividade. (V. 3. n.1. p.p. 96-105). Fortaleza, Março. Acesso em 13 de março de 2008 em <http://www.redalyc.uaemex.mx>.
- RIBEIRO, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp.105-116). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- RIVERA, T. (2005). *Arte e Psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- RIVERA, T. & SAFATLE. V. (2006). *Sobre Arte e Psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- ROSA, M. D. (2004). *A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica*. Revista Mal-estar e Subjetividade. (v.4. n.2. Set. p. 329-348). Fortaleza. Acesso em 13 de janeiro de 2009 em <http://www.redalyc.uaemex.mx>.
- SAFATLE. V. (2005, maio 8). *Joyce no divã de Lacan*. Jornal “O valor”, (p. inicial).
- SAMPAIO, S. S. (2003). *Kierkegaard: a ambigüidade da imaginação*. Transf/Form/Ação. (Vol. 26. N. 1).
- SAÚDE MENTAL NO SUS. (2007, agosto a dezembro). *Informativo da Saúde Mental*. (Ano 6. N. 26). Brasília – DF.
- SILVEIRA, N. (1981). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- _____. (2001). *Jung: vida e obra*. 18 ed.. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SOUSA, E. L. A. (2002). Quando atos de tornam formas. In G. Bartucci, (org). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- SOUSA, E. L. A; TESSLER, E & SLAVUTSKY, A. (orgs). (2001). *A arte e a Psicanálise: a invenção da vida*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- TORRE, E. H. G. & AMARANTE, P. (2001). *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva. (p.p. 73-85). Acesso em 02 de outubro de 2008 em <http://www.scielo.br>.
- TENÓRIO, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos.
- TENÓRIO, F. & ROCHA, E. C. A. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In S. Alberti e A. C. Figueiredo (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- TESSLER, E. (2002). Tudo é figura ou faz figura. In G. Bartucci. (org.). *Psicanálise, Arte e Estéticas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- FERRAZ, M. H. T. (1998). *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Ed.
- FOUCAULT, M. (2001). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- FREUD, S. (1980). Três ensaios sobre teoria da sexualidade. (1905). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 7. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1980). Totem e Tabu (1913[1912-1913]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 13. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1980). Moisés e o monoteísmo (1939[1934-1938]). In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 23. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- LACAN, J. (1992). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Trad. Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- LACAN, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- _____. (2007). *O Seminário, livro 23: O sinthoma*. (1975-1976). Trad. Sergio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- _____. (2007). Um desafio à formação: Nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. In *Caderno de Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos. Por uma clínica antimanicomial*. Belo Horizonte: ESP-MG. (V.1).
- MILLER, J. A. (1998, dez). O monólogo da apparola. *Opção lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. (n. 23).
- MONTEIRO, C. P. e QUEIROZ, E. F. (2006). A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de Saúde Mental. *Psicologia Clínica*. (Vol. 18, nº 1): Rio de Janeiro.
- RESENDE, H. (1990). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis e Costa (Orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda.
- VELOSO, H. (2001). Lacan versus Lacan: sobre a psicose. In, A. C. *Formações Teóricas da clínica*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- VIGANÒ, C. (2000). *A construção do caso clínico em saúde mental*. Curinga/EBP, Belo Horizonte, n. 14.
- ZENONI, A. (2000). *Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan*. Belo Horizonte: Abrecampos.

ANEXO I

Entrevista Semi-estruturada com profissionais

Qual é a sua profissão?

Você poderia descrever como é organizada a rotina de trabalho nas Oficinas Terapêuticas?

Como você descreveria a sua função dentro desse trabalho?

Como são definidos os objetivos para se montar uma Oficina visando a produção artística?

Quais são os objetivos principais que norteiam o trabalho?

Como são programadas as atividades?

Caso seja um profissional da área psi (psicólogo, psiquiatra, psicanalista), qual é a sua proposta nesse trabalho?

Caso seja um coordenador de oficina, como você vê e o que representa para você sua participação nesse trabalho?

Quais as condições de manejo do trabalho quando aparece alguma dificuldade? Por exemplo: quando o usuário se recusa a participar da Oficina ou quando faz uso de drogas?

Em função da experiência relatada anteriormente qual é a sua opinião sobre a forma de trabalho nas Oficinas envolvendo tanto o usuário quanto o profissional?

Caso você não coordene, como você vê sua participação e o trabalho dos coordenadores nas Oficinas Terapêuticas?

Qual é sua opinião sobre o papel da Oficina dentro das condições de tratamento a partir de ambas as perspectivas, do profissional e do usuário?

O que você pensa sobre o trabalho em equipe multidisciplinar?

Há alguma coisa que você considera importante dizer e não foi perguntado?

ANEXO II

Entrevista Semi-estruturada com o usuário

Como é a sua participação durante as Oficinas Terapêuticas?

Quais oficinas que você participou e/ou participa?

Quais são as oficinas que você mais se sente envolvido e que tenha relação com sua vida?

Como você se sente e o que representa para você trabalhar com arte?

Já teve alguma dificuldade durante o processo de realização das oficinas que você poderia me contar?

Como se dá o seu relacionamento com os outros pacientes durante o período das Oficinas Terapêuticas?

Como você vê a condução do trabalho pelos profissionais?

Você considera ter ocorrido alguma mudança em sua vida, a partir do momento em que iniciou o trabalho nessas oficinas? Se sim, quais? Como?

Há alguma coisa que você considera importante dizer e não foi perguntado?

