



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva

Fabiana Guimarães Duarte

Ética, modos de ser e cuidado em saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional de Saúde Mental em Saúde Coletiva, sob orientação da Professora Dr. Rosana Onocko Campos e Bruno Emerich.

CAMPINAS

2014

Num período de emudecimento dos espaços de manifestação pelo regime autoritário os encontros na fábrica, na rua, na praça, na calçada tornaram-se os lugares possíveis para compartilhar dificuldades e opressões sentidas cotidianamente, e é um tanto dessas "conversas soltas" que compõem a pauta de alguns dos principais movimentos sociais dos anos 70/80 em nosso país - período marcado por uma grande efervescência política e transição democrática.

Esses movimentos lutavam por melhorias em condições básicas de sobrevivência: saúde, transporte e moradia, demandas dos moradores da periferia que aos poucos tornavam-se interesses comuns de um coletivo.

Parafraseando o título do livro de Eder Sader : Eram novos sujeitos entrando em cena! e trazendo para a cena a redemocratização do país, a ocupação de novos espaços institucionais, a necessidade de práticas alternativas em diversos setores, a militância cotidiana, e um novo projeto de cidadania.

E este é o cenário da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, movimentos contemporâneos na luta por mudança do modelo em saúde, pela defesa da saúde coletiva, da participação de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços e na produção de tecnologias de cuidado e pela universalidade do acesso aos serviços. O bojo da criação do SUS.

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como uma parte no interior desse amplo processo político, parte a qual cabia a luta contra a lógica manicomial de violência e exclusão social pelo asilamento psiquiátrico, e a criação de modelos mais humanizados de tratamento e cuidado a pacientes com transtornos mentais graves. Mais

do que derrubar muros dos manicômios a Reforma Psiquiátrica tencionou a instituição-loucura e os aparatos que a produziam.

O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: "a doença", à qual se sobrepõe no manicômio o objeto "periculosidade".(ROTELLI, F., 1990.p.1)

Para Baremlitt (1996, p.29), Instituição pode ser entendida como um conjunto de composições lógicas que discriminam, regulam, caracterizam e valoram atividades humanas, são entidades abstratas por mais tradicionais que pareçam. "Em um plano formal, uma sociedade não é mais que isso: um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens".

Para Rotelli, o mal da Psiquiatria esta em ter criado instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - e existência concreta de seus indivíduos no corpo social, intervindo sobre algo que, supostamente, se alojaria no corpo ou psiquismo dos indivíduos. Tal processo incide de um lado sobre o "doente mental", exercendo o controle através das instituições manicomiais, e por outro sobre a população, retirando do convívio social aqueles que representam uma ameaça ao equilíbrio da sociedade, e criando estratégias sociais de regulamentação e massificação dos "doentes" distribuídos nas instituições manicomiais.

Sobre a desinstitucionalização desse conjunto criado, Rotelli afirma:

Era necessário desmontar este conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto "existência doente". Portanto, as "antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (e o mesmo acontecerá às instituições previstas por diversos projetos de lei da contrarreforma). A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de

desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura. Negação da instituição, bem mais que o dismantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (Rotelli, F.,1990, p.1).

Desinstitucionalização é, portanto, um processo de desconstrução e desmontagem de uma instituição para a invenção de novas instituições num momento em que os sujeitos, saberes e práticas tornam-se mais complexos, trazendo a tona a necessidade de instituições mais sofisticadas. No caso aqui esboçado, trata-se da desconstrução da lógica manicomial para a invenção de novas formas de relação e cuidado com a loucura, através de uma transformação da linguagem antes reduzida ao saber médico, para a restituição da complexidade desses sujeitos. Trata-se de inventar um novo campo ético para a intervenção do sofrimento psíquico.

Atravessada pelo imperativo de tal desinstitucionalização e pelas experiências de Reformas Psiquiátricas internacionais, a Reforma Brasileira conquistou mudanças em normas e leis, criou experiências, estratégias e serviços alternativos de cuidado que levam em conta a complexidade e multidimensionalidade das questões da saúde mental, e vem, há 10 anos, mudando, a cada dia, a representação social do louco. Assim, é um processo inacabado e permanente de politização da saúde mental e transformação social.

De todo esse aparato de conquistas e inovações a "menina dos olhos" da Reforma é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) - serviço central do SUS no atendimento a pacientes psicóticos, neuróticos graves e egressos de hospitais Psiquiátricos. Substitutivos ao tratamento segregacionista, violento e moral dos Hospitais Psiquiátricos,

o CAPS propõe um tratamento aberto, considerando o território geográfico e subjetivo onde a vida dos sujeitos em tratamento acontece, com equipe multidisciplinar, atividades de reinserção social e convivência, e atendimentos em psicoterapia. Os CAPS ainda contam com a retaguarda de alguns leitos para pacientes mais graves ou agudos e com Serviços Residenciais Terapêuticos para reinserção de pacientes egressos de Hospitais Psiquiátricos. Tais ofertas e dispositivos podem ser montados de inúmeras formas, compondo inúmeros projetos de cuidado de acordo com demandas, necessidades, afinidades e desejos de cada usuário. Dessa forma, é o usuário que norteia essa construção, bem como todo o invento de estratégias de um CAPS, ocupando um novo lugar clínico-político-histórico-social, o que já tem um certo efeito subjetivo para tais pacientes.

Assim, os CAPS são dispositivos produtores de saúde e de subjetividades, na medida em que articula demandas sociais, relações de poder, conjunto de interesses e intervenções em saúde para uma nova relação de cuidado, em que a técnica dá lugar a relação intersubjetiva, a escuta, ao diálogo, e a construção de novos sentidos para o sofrimento psíquico e as intervenções em saúde.

Nesse sentido, e compreendendo o serviço substitutivo como uma das “instituições da desinstitucionalização”, assume centralidade o lugar que podem ocupar na invenção de percursos que promovam, sustentem e viabilizem a efetiva presença e participação das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico nas relações sociais, enfrentando, em conjunto, a complexidade dos processos relacionais, institucionais e políticos de exclusão, construindo direitos e compartilhando da criação de novos contextos de relações de troca que possibilitem “mover-se no mundo”.(NICACIO,F., 2003, pag. 171.

Todo esse projeto de transformação do cuidado e das instituições em que a loucura tem transitado incita e, na verdade, demanda, uma certa implicação ética de seus atores. Ética não num sentido moral -

como muito é sugerido - mas como respeito a singularidade dos processos e suas produções de sentido, aos valores produzidos no encontro entre sujeitos - oposto ao conceito de moral, que refere-se a valores transcendentais, validos em qualquer espaço-tempo e em qualquer encontro.

Ética como espaço de acolhimento e abertura a diferença, a singularização em sua processualidade e a transformação através dos encontros. Trata-se de uma certa serenidade e sensibilidade diante dos múltiplos sentidos que se criam com isso, e portanto diante da transformação e do acaso. Tal sensibilidade diz respeito ao grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento e o quanto é possível a essa vida, que se expõe a nossa escuta, criar novos mundos, modos de existência, sentidos, sintomas e subjetividades.

Ao longo desta análise, Ética se referirá mais propriamente à etimologia de *éthos* (que, originariamente, significava *assento, morada*), designando posturas existenciais e/ou concepções de mundo capazes de dar acolhimento, assento ou morada à alteridade. Acolhimento à diferença produzida na processualidade que não se deixa capturar ou reduzir a ideais ou leis de conduta. Não se trata aqui de negar os valores como vetores de uma sociedade, mas de instituir valores *supramorais* tanto no nível das sensibilidades, quanto no do pensamento; uma nova maneira de sentir e pensar que não se baseia *em supostas verdades fixas e gerais*, mas acolhe a vida em sua contínua processualidade e transformação.(MORATO & ANDRADE, 2004, p.346)

Assim, abre-se um campo para escuta e invenção de como estes sujeitos podem escolher existir, que mundos se deseja e se pode criar, e quantos serão possíveis e necessários para dar lugar as intensidades, ao desejo, as alegrias, e experiências muitas vezes inomináveis vividas nessas relações. Bom, se não nos cabe sustentar valores criados com esses mundos - já que isso é do campo da moral - nem por isso não nos cabe sustentar coisa alguma - os tipos de discursos e subjetividades,

que se pretende produzir em tais encontros, necessitam de suporte, continência e consistência para tornar-se o que podem.

Implicação ética em nosso trabalho diz respeito, então, a dar lugar a via do não-técnico sobre o técnico, em não exercício do saber-poder sobre o outro ou uso de técnicas civilizatórias, mas em diálogo e processo, criatividade e experimentações. Tudo isso diz respeito ao lugar que se ocupa no trabalho, a quem se é ou se deseja ser, assim como a responsabilização sobre o cuidado de si e do outro.

...o homem ético, que se deixa afetar pelo estranho, por aquilo que não é da ordem do representacional ou de seus códigos familiares, e ao acolher a alteridade e a produção de diferença emergente, vive um processo transformador e instituinte de novos modos de estar no mundo. Transmutar-se do lugar da *explicação sobre* para o lugar do *aprender com* ou *aprender entre*.(MORATO & ANDRADE, 2004, p.346)

Porém, falar de CAPS é falar da relação com a Loucura; a loucura no território, e borrar a fronteira entre a loucura e sociedade, criando novas formas de relação entre esses dois parentes distantes, não significa, em hipótese alguma, estar imune aos riscos e perigos de novas formas de controle e segregação desses sujeitos. Alguns desses riscos são claros quando nos propomos a uma tarefa complexa como é a dos CAPS: abolir a radical alteridade da loucura encerrando-a em instituições próprias, mesmo que abertas; estratégias de homogeneização do social, dissimulando a estranheza que ela provoca; idealização da experiência da loucura através de um discurso puramente ideológico, sem levar em conta seu sofrimento concreto no dia-a-dia dos serviços; um furor de cura, fetiches farmacológicos e diagnósticos; desejo de orientar a loucura através de regras bem ordenadas e calculadas, claramente neuróticas.

Não é novidade o estranhamento que o diálogo com a loucura nos provoca, e são muitas as estratégias que podemos utilizar para silenciar esse diálogo e dissimular esse estranhamento. Pelbart distingue o personagem do louco da experiência da loucura:

Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além.(PELBART,P.1989, p.133).

O que os loucos nos sugerem, pelo menos desde o século XVII, é que nos permitamos desmontar nossa racionalidade - não para sermos também loucos ou irracionais, mas nos desatarmos da parte que nos encarcera ao chamado campo da Razão - para realizarmos um trânsito com a estranheza e a desrazão, e com o que mais os loucos nos sugerem.

E o que significa então, para o pensar, poder pensar loucamente, poder enfim desarrazoar? Esta questão é a mais difícil porque não basta gritar novas palavras de ordem em substituição as antigas - como por exemplo, Viva a Multiplicidade, ou Viva a Diferença, ou Viva o Devir, ou Abaixo a Metafísica - Isso tudo não muda absolutamente nada, pois a desrazão não é uma nova ideologia, muito menos uma nova tecnologia - mas o exercício, no seio do próprio pensar e das práticas sociais, de uma nova forma de relacionar-se com o Acaso, com o Desconhecido, com a Força e com a Ruína. Trata-se de não burocratizar o acaso com causalidades secretas ou cálculos de probabilidade, mas fazer do Acaso um campo de invenção e imprevisibilidade, de não recortar o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa (...). Isso tudo implica, naturalmente, inventar uma nova relação entre corpo e linguagem, entre subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar (Pelbart, P. 1989, p.135-136.).

O autor conclui adivinhando que para alguns esse emaranhado de palavras amontoadas e dicotomizadas soe mais como amontoados sem sentido, mas, que ainda assim, o não-sentido carece de um lugar que não é o hospital psiquiátrico. Posso, no limite desse trabalho, afirmar

que uma relação ética com a loucura e com a subjetividade passa por um direito ao encontro com a desrazão.

E o que move essa relação, o que faz sentido nela, é a possibilidade de quando em trânsito com a desrazão e sua escuta, participar na re-significação desses sujeitos e seus tratamentos, afim de também reinventar os sentidos do cuidado e de suas instituições.

Porém muitos saberes e campos compõe a lógica do CAPS, e esses campos habitam juntos um discurso, muitas vezes, pretensamente unívoco, que disfarça, através de novas roupagens, ecos manicomiais ainda presentes cada vez que ficamos sem referência, sem nome, sem palavra, sem estarmos advertidos; empurramos para debaixo dos tapetes uma memória que a psiquiatria, e os mais humanizados, não querem lembrar, mas nosso papel de "instituição da desinstitucionalização " ainda nos traz a poeira varrida a cada vez que tropeçamos neste tapete, assim, convivemos com Paradigmas opostos.

É verdade que quando pensamos o processo de desinstitucionalização da loucura estamos lutando não somente pela superação dessa série (doença mental-tutela-manicômio), mas questionando o perigo de criação de outras séries que sutilmente continue mantendo a relação manicomial entre a loucura e o corpo social. Não se trata apenas de lutar pelo fim dos manicômios, mas, principalmente, de interrogar a vida que foi usurpada por uma relação manicomial. (OLIVEIRA & PASSOS, 2009, p.325)

Para tal, é preciso por sempre em análise as relações manicomiais que se produzem em diversos espaços e no cotidiano das relações sociais, inclusive em espaços abertos e advertidos, é preciso criar estratégias de enfrentamento dessa lógica através de processos críticos sobre gestos, ditos, olhares e também sobre as novas formas de atenção a loucura. Sem desconsiderar a força e legitimidade que tem a Reforma Psiquiátrica, ha um ranço que não tornam 10 anos suficiente,

há um "manicômio mental" de nossas instituições, profissionais e práticas.

Digo isso porque colocar o sujeito em um lugar central na produção de cuidado de um serviço não é qualquer coisa, e fácil de ser simulada. Fazê-lo de forma legítima diz respeito a sensibilidade descrita acima. É preciso coragem e disposição para encarar a loucura, e ainda perguntar-lhe: "O que deseja a senhora?" , escutar e sustentar com ela seus desejos e "invenções" - isso diz respeito a uma escolha de paradigma, todos os dias.

Produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro, do bom encontro como nos fala Espinosa. Produção de afetos, como sentimento amoroso, mas também como instigação, mudança. (YASUI,S.,2006, p.122)

Bom, com tantos atravessamentos é difícil o tempo todo ser Ético e cumprir com o projeto da Reforma que escolhemos, são muitos desafios na implementação cotidiana de novas instituições.

Ilustrarei com alguns casos que me afetaram esse ano pela dificuldade em manter esse cuidado, não pela falta de instrumentos teóricos e práticos ou espaços de discussão e educação permanente e/ou outras estratégias de cuidado do processo de trabalho e do trabalhador, mas por esse caráter inerente a nossa relação conflituosa e caótica com a Loucura que nos demanda uma Ética e coragem com o outro e nós mesmos, incessantemente.

Não tenho a intenção de, através desses pontos de desafios e dificuldades traçados aqui, proclamar uma falência de nossos serviços e estratégias, mas pelo contrário, apontar que há um tanto nesses casos que, por vezes, não nos é possível acessar ou cuidar, seja por aspectos inconscientes, macro e micro políticos, ou subjetivos. Há uma aposta na

ousadia e criatividade como condição para a Reforma Psiquiátrica e enfrentamento dessas dificuldades.

Peço licença na escolha de um ou outro aspecto dos diversos presentes em cada caso, mesmo sabendo de suas complexidades e multidimensionalidade, mas há limite nesse trabalho e em quem os escreve.

A. é bonito, jovem, bem vestido, vaidoso, transita por diversos espaços sociais, é popular no território e "antenado" sobre os bares e baladas de campinas. A. difere bastante do perfil da maioria dos pacientes que ocupam o CAPS diariamente, e assemelha-se mais a "jovens normóticos".

Mesmo assim, A. não se furta da possibilidade de na Assembleia do CAPS despedir-se de nós - usuários e trabalhadores, pois finalmente, com a ajuda de seu padrinho Belo, fechou contrato com a Sonymusic. A. é um pagodeiro famoso e esta de partida - encerrará as contas na pensão que mora e despede-se do CAPS, pois tem show de carnaval lhe esperando no Rio de Janeiro. Última show foi em São Paulo, de onde A. voltou de táxi as pressas, esqueceu seus milhões e não pode pagar.

Em muitos momentos nos vi com dificuldades e dúvidas em relação ao manejo clínico mais apropriado com A., para muitos da equipe trata-lo é bastante trabalhoso - ele vem quando dá, fica o quanto quer, tem vínculo com poucos trabalhadores, faz um uso supostamente "inadequado" do leito - já que tem quem diga que seus delírios se intensificam quando seu dinheiro acaba e ele precisa de um lugar pra ficar. Em muitos momentos dessa relação a equipe se sente impotente e usada por A., questiona se de fato A. delira, a legitimidade desse

diagnóstico e a pertinência desse tratamento, pois como pode um rapaz tão articulado para tanta coisa não conseguir se implicar com o tratamento, com suas contas, com a vida real e pratica?. Bom, A. é um artista famoso e milionário que se nega a submissão de economizar para ter de pagar o aluguel já que tem uma mudança programada para uma mansão no Rio de Janeiro.

Tendo a achar que uma das dificuldades nessa relação é estar em contato com uma loucura que se apresenta em alguém que, em alguma medida, se parece tanto conosco ou com nossos conhecidos, e que transita tanto por nossos espaços, A. não tem o perfil dos usuários de quem se despede na Assembleia, mas tem muito de muitos de nós e por vezes provoca a sensação e o questionamento se de fato poderia ser um de nós, poderia ser nosso esse delírio. Mais do que borrar a fronteira entre loucura e sociedade, A. borra nossa íntima e fantasmática fronteira com a loucura - nossos significados, desejos e desafios nesse encontro.

Winnicott aponta que a relação com pacientes muito difíceis e limites, como são os psicóticos, nos colocam diante de uma tensão e carga emocional bastante intensas; mobilizam nossos complexos e resistências, a ponto de em muitos casos odiarmos tais pacientes.

a tarefa do analista (...) que assume a análise de um psicótico é inevitavelmente é afetada por esse fenômeno [contratransferencial], e que a análise de psicóticos revela-se impossível a não ser que o ódio do próprio analista esteja muitíssimo discernível e consciente. Isto equivale a dizer que o analista deve ser ele mesmo analisado, mas implica também em afirmar que a análise de um psicótico é irritante, se a compararmos com a de um neurótico, e que isto lhe é inerente (WINNICOTT,D., 2000, 276).

Sobre o conceito de contratransferência,

Após Freud, o conceito tomou novas conotações, ampliando consideravelmente a sua compreensão. Pode-se dizer que quase cada autor que escreveu sobre o fenômeno da contratransferência

nestas últimas décadas, apresentou sua própria versão. Há desde os que consideram como contratransferência a totalidade das reações do analista como relação ao paciente, aos que limitam o conceito às respostas eliciadas pela contratransferência do paciente, sem falar na concepção atualmente mais divulgada, segundo a qual a contratransferência compreende as reações oriundas do inconsciente do analista, vinculadas experiências da infância do analista, projetadas na relação analítica. (ANDRADE, 1983, p.4)

Extrapolaremos um pouco o conceito de contratransferência cunhado por Freud e trataremos dele aqui como o conjunto de reações e sentimentos que o paciente evoca no terapeuta. Aos trabalhadores interessados numa relação ética com a loucura é preciso debruçar-se sobre as condições em que esses sentimentos se apresentam para evitarmos os riscos de formas de cuidado que se adaptam mais aos trabalhadores do que aos nossos pacientes.

Tudo isso favorece, ou não, a aproximação com o sofrimento do indivíduo, que naquele momento pede e/ou necessita de ajuda. O cuidado que deve ser tomado é o de não tomar atitudes de rejeição ou agressivas que não favoreçam o caráter terapêutico. Isso só pode ocorrer se o profissional tiver contato e procurar compreender seus próprios sentimentos, que aparecem naquela relação profissional em particular. É um aspecto essencial no cuidado com o usuário e com o trabalhador, para que essa relação possa ter efeito de singularização também em quem cuida.

Já M.T. é a caricatura da Loucura - em hipótese alguma veste outra roupa que não bermuda jeans e blusa branca, estas são como sua pele; metade de seu chinelo já foi corroído pelo tempo; esta sempre com um saco de garimpos das andanças pela cidade; não aceita o cartão do bilhete gratuito para transporte pois lhe é insuportável a ideia de ter sua foto estampada em um cartão; seus cabelos, dentes, pele, seu corpo são do que qualquer senso comum chamaria de Louca.

M.T. aparece semanalmente no CAPS, com seu saco e sua costureira ambiguidade, em que em 10 minutos vamos inúmeras vezes de sua alma gêmea para vampiros detestáveis que lhe darão uma mordida. Suas passagens são sempre muito rápidas e desordenadas, bagunça os cômodos, espanta os usuários de quem tem ciúme, e as vezes some por semanas sem deixar recado ou pista e nunca conta por onde andou.

É possível alguns combinados com M.T. - como vir para medica;ao injetável, que ela não falha - e por diversas vezes ela aparece para um almoço, um café, uma rápida conversa, diz que nos odeia e vai embora em 15 minutos.

M.T. tem tudo para os mais desavisados desconfiarem do tratamento de um CAPS, e realmente muitas instituições já teriam trocado suas roupas, dentadura, chinelos, mas M.T. é claramente avessa a qualquer tentativa de dissimular sua estranheza,

O cuidado que realizamos com M.T. é de outra ordem, e coloca como imperativo a construção de um PTS em que sua singularidade não necessite submeter-se a nossa racionalidade, códigos e procedimentos, e é isto o que mantém a possibilidades dos acordos ainda serem cumpridos, de suas voltas após os recorrentes sumiços, e que ela suporte ir a praia conosco - estáveis e vampirescos - e ainda traga presentes a alguns que não foram. Qualquer coisa além disso seria uma tentativa de normatiza-la, e M.T. deixa sempre bem claro que não aceita.

Ao seu modo nada sutil, M.T. nos mostra que para se relacionar com ela e com a loucura tem de ser sem o imperativo da remissão dos sintomas, da convencional inclusão social, da "normatização" , mas

através de uma outra via de ação - aquela da sensibilidade e da abertura. Sem isso, seríamos apenas vampiros sugadores de sua vida e singularidade.

Não quero com isso cometer um dos riscos que tratávamos anteriormente: idealizar a experiência da loucura como se não houvesse sofrimento nisso tudo e nem algo possível 'as estratégias já consolidadas nos serviços substitutivos, mas trata-se de construir um novo lugar social para esses sujeitos considerando suas demandas, lugar em que seja possível a circulação de M.T. sem que para isso precisemos suprimir sua estranheza por um modelo de inserção social mais convencional. Trata da desinstitucionalização da loucura e dos aparatos que ainda a envolvem e produzem clausuras e manicômios nas relações com tais sujeitos.

Em outro caso, M. esta em hospitalidade integral, suas alucinações perturbam qualquer atividade que possa realizar, incluindo as mais básicas como comer e tomar banho - na comida tem feitiços e no chuveiro cobras ou pomba-gira que entrarão no seu corpo.

O sofrimento é intenso e o convívio de M. se dá apenas com suas alucinações. Tentamos algumas estratégias para diminuir seu sofrimento e ajudá-la em atividades diárias. M. não dorme onde dormem os demais usuários, toma banho apenas quando todos já se foram, come só depois que esvazia-se a convivência - apenas frutas e iogurtes não envenenados.

Vai escolhendo e criando espaços onde habitar no CAPS, os mais isolados e silenciosos, e aos poucos torna seu delírio menos sofrido de experimentar, as alucinações que lhe invadiam, e que não lhe deixavam comer, dormir, tomar banho, aos poucos, dão lugar a guias espirituais

que lhe protegem e servem de companhia em momentos difíceis e perigosos - e M. sente-se sempre muito ameaçada pelo outro.

Se o delírio é a tentativa de cura, M. tem sido muito criativa e pode inventar mil outras estratégias e sintomas mais possíveis de se conviver sem tanto sofrimento. Contudo, M. teve complicações clínicas por conta da sua singular alimentação, e foi preciso intervir com regras mais duras e claras.

M. faz o que poucos usuários se autorizam a fazer, mesmo em um CAPS - ela diz o que quer e como quer ser cuidada, muitas vezes fechada a negociação. Porém, M. esta delirante e se coloca em risco. Por um medo e preocupação da equipe limitamos a discussão e as negociações, M. deve ocupar os espaços como os demais usuários, deve estar a vista, se alimentar e se hidratar como os demais usuários - chega de singularidades e sintomas muito exuberantes que lhe colocam em risco.

É difícil e sutil o limiar onde escutamos e atendemos seus desejos, que insistentemente tem dito, sobre como ser cuidada. É sutil o ponto até onde damos liberdade a loucura, e muitas vezes apostamos que a utilização de regras claras da instituição, ordenadas e calculadas organizarão o pensamento e a experiência de nossos usuários.

Entre a tentativa de organização psíquica por uma neurotização dos hábitos, do ritmo e do espaço-tempo, e a necessidade de muitas vezes desconstituir o eixo básico do nosso eu e nossa rotina para apreender esta experiência e essa melhora do sintoma - que passa de invasão a proteção - surgem emaranhados de construções do caso clínico em que o limiar entre uma conduta e outra, bem como seus riscos, é bastante sutil. E tais emaranhados não se desenrolam através

de um saber técnico, mas pelo contrário, são suas sutilezas que mantêm a o caráter inventivo e criativo dos serviços, bem como a continuidade da Reforma Psiquiátrica.

N. é um caso famoso do CAPS pelas demonstrações e inovações em seus enigmáticos sintomas - nos dá leves tapas descontextualizados, rouba artigos do CAPS dos inúteis aos essenciais, raspa sobancelha com gilete, corta seu cabelo, come pequenos materiais da oficina de Ateliê e outros que encontra. Num momento de menos exuberância desses sintomas N. aparece com uma longa peruca morena, anda pra lá e pra cá com a tal peruca, e é provocada por alguns usuários, e por vezes até pela própria equipe. Mas N. esta visivelmente feliz com sua nova aparência, e não raspa sua sobancelha desde essa "renovada" no visual. Essa felicidade preocupa alguns por entenderem que dessa forma N. assume de vez uma estética da loucura, e toda a equipe se debruça sobre a peruca a fim de entender e criar sentidos para seu uso.

E., uma outra usuária do serviço, traz para N. a cabeça de um manequim para que ela possa pentear a peruca, pois não se pode ficar descabelada por ai (sic). Com acolhimento e sensibilidade, E. respeita o sintoma possível naquele momento, olha para N. e lhe ajuda a se deparar consigo mesma; dá um lugar a peruca, podendo conecta-la a novas atividades e possíveis outros sentidos. Este é um acaso que permite acontecimentos novos no caso e na discussão clínica. Não sei quanto posso dizer que isso se configura como uma saída ou um acaso, mas é mais uma forma de encontro possível no nosso serviço - a Loucura com ela mesma.

Vivemos todos os dias relações complexas com nossos usuários, escolhemos o paradigma que vai nos dar suporte e somos atravessados

por tantas outras coisas que não escolhemos ou não temos consciência. Da mesma forma, nossos usuários vivem experiências muitas vezes solitárias, difíceis de transmitir, nomear ou acessar.

Durante esse ano apostei e percebi em algo que se dá de forma muito sutil no cotidiano do serviço, intervindo nos casos sem que a gente se de conta ou possa aproveitar melhor - a relação de ajuda e cuidado de usuário para usuário. Muitas situações difíceis para a equipe são, por vezes, cuidadas com mais abertura e compreensão por quem também já experimentou a desorganização psíquica, a fragmentação, a insônia, as vozes lhe perturbando, a paranoia com o serviço, a sensação de não reconhecimento.

De canto de ouvido escuto no café, no almoço, na convivência, durante a novela e no quarto, grupos que informalmente compartilham suas estratégias para saber quando estão entrando em crise, para disfarçar as vozes, os efeitos de cada medicação já conhecida, as estratégias para lidar com as alucinações e delírios, as dúvidas e conselhos. Entre esses grupos os usuários vão criando formas alternativas e terapêuticas de cuidado que dialogam com os códigos e vivências mais próximas.

Esses escritos podem parecer para alguns que toma uma forma um tanto confusa e aparentemente descompromissada, pois de fato, não tenho a pretensão de chegar a grandes conclusões, ou dar respostas e saídas a esse cenário próprio de CAPS III que aqui se apresenta. Assim como configurou-se minha prática de aprimoramento, tentei neste trabalho traçar pontos-chaves de questionamentos que não cessaram e pretendem não cessar, para contínua proposta de colocar o sujeito, com suas singularidades e estranhezas, no centro do tratamento do serviço, mesmo diante das dificuldades cotidianas.

Entendendo que a criação de novas formas de cuidado depende de um processo que mantenha a tensão entre a prática clínica e a gestão da prática clínica, dando lugar ao caráter inventivo e criativo através do trabalho com as sutilezas - essência do nosso cuidado - tornando possível não só a singularização dos usuários dos serviços como também dos profissionais que neles atuam.

BIBLIORAFIA

ANDRADE A. N. & MORATO H. T. P. *Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições.* IN. *Estudos de Psicologia n.9: 2004, pag. 345-353.*

AYRES, J. R. C. M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.* IN. *Saúde e Sociedade V. 13, n. 3, 2004, pag. 16-19.*

NICACIO, Maria Fernanda de Silvio. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.* Tese de doutorado. Campinas: 2003.

OLIVEIRA, J.A.M. & PASSOS E. *Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde mental.* IN: CARVALHO, S.R., BARROS, M.E. & FERIGATO, S. (Org.) *Conexões:saúde coletiva e políticas da subjetividade.* São Paulo: Aderaldo & Rothchild, 2009. pag. 332-343.

PELBART, P.P. *Manicômio mental - a outra face da clausura.* IN. GUATTARI, F. et al. *SaudeLoucura Vol. 2.* Sao Paulo: Hucitec, 1990. pag. 131-138.

ROTELLI, Franco. *A Instituição Inventada.* Disponível em: <http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf> Acesso em 05 de fev. de 2014.

YASUI, Silvio. *Caps: estratégias de produção e de cuidado.* IN. YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios na Reforma Psiquiátrica brasileira.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. pag. 113-160.