



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



ALYNNE ALBUQUERQUE WANDERLEY

O (desejo de) manicômio que está em todos nós: desafios do cuidado em liberdade

CAMPINAS
2019

ALYNNE ALBUQUERQUE WANDERLEY

O (desejo de) manicômio que está em todos nós: desafios do cuidado em liberdade

Trabalho apresentado ao final da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para conclusão.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

CAMPINAS
2019

Os tempos não são fáceis nesse Brasil e a imagem dos técnicos se equilibrando nas pontes sobre o mangue é tão real... nos faz lembrar a “esperança equilibrista”...

É sempre tempo de dizer não ao manicômio. E para além da ideologia, poder construir alternativas concretas, um projeto de saúde mental que, para além dos técnicos, se possa ancorar no tecer uma cultura da cidadania, ancorada nos corações de cada um, no intenso movimento de desejo e necessidade, necessidade e liberdade. Parece sempre tempo de dizer “Por uma sociedade sem manicômios” não como ponto de chegada, mas de partida.

- Fernanda Nicácio.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Apresentação | 4 |
| Introdução | 5 |
| Antes de tudo, O que é ser antimanicomial numa cidade sem(?) manicômios? | 5 |
| Um brevíssimo histórico e apontamentos teóricos | 6 |
| Discussão | 10 |
| Dos jargões, o que fica nas entrelinhas? | 10 |
| Um dia rotineiro num serviço qualquer | 11 |
| Buscando saídas práticas, para além do discurso somos todos antimanicomiais | 14 |
| Pra fim de conversa... | 19 |
| Referências | 20 |

Apresentação

Cabe muito tempo em sessenta horas.

Cabem muitas coisas em dois anos de sessenta horas.

Escolher um tema para concluir através de um trabalho escrito este processo de imersão que está sendo (e, ao final, terá sido) a Residência é, no mínimo, desafiador.

Durante estes dois anos tive experiências ricas e mistas em diferentes cenários de práticas, que, apesar de não serem diretamente o foco da escrita, são inerentes a construção da discussão aqui proposta e por isso escolho mencioná-los. Iniciei o processo num Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ II) e durante o segundo ano estive em um Serviço de Geração de Renda e Inclusão Social pelo Trabalho, ambos na cidade de Campinas. Além disso, também compuseram esta jornada o Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas (MLAC), uma breve passagem em um CAPS IJ III na cidade de Santos e, não menos importante, os espaços compartilhados com os demais colegas residentes e supervisores, em supervisões grupais e seminários clínicos.

Das inúmeras temáticas que atravessaram esse caminhar, opto pela que mais me inquieta e motiva: a tentativa de disciplinarizar e docilizar os corpos loucos ainda presente nas práticas e na lógica da organização dos serviços substitutivos. Assim, este trabalho objetiva discutir e provocar reflexões sobre esta inquietação (*e outras muitas*), frequentes no cotidiano e cenários de práticas ao longo das distintas vivências da Residência.

Deste privilegiado *lugar-ser Residente* - estrangeiro, com um olhar dentro-fora, que tem espaços de supervisões teóricas garantidos - arrisco, através de ilustrações de cenas rotineiras, corroborar com a discussão acerca das formas de controle travestidas de cuidado, presentes nos manicômios do século XIX e nos serviços substitutivos pós-reforma psiquiátrica.

Busco superar o modelo de crítica pedagogizante, ambicionando provocar inquietude. Faço aqui um convite a nos debruçarmos de forma autocrítica sobre nossas práticas.

Introdução

Antes de tudo, O que é ser antimanicomial numa cidade sem(?) manicômios?

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

- Paulo Freire

No ano de 2018, durante muitas reuniões do Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas utilizamos desta máxima para disparar discussões com o coletivo: “*o que é ser antimanicomial numa cidade sem manicômios?*”. A escolha e aposta na frase era de instigar e ao mesmo tempo afirmar a necessidade e importância de um Movimento *Anti*manicomial, passados 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira e numa cidade, como é o caso de Campinas, onde não há mais o manicômio enquanto instituição asilar ou hospital psiquiátrico, tendo o mesmo sido fechado durante o processo da reforma.

Para melhor clareza do uso do termo ao longo do texto, é importante salientar a noção de *manicomial* adotada por este trabalho. Não me refiro aqui apenas ao manicômio hospício. Da mesma forma que entendemos o “ser *Anti*manicomial” como algo maior que o fechamento dos hospitais psiquiátricos, dos “ditos” manicômios, assumo aqui uma compreensão mais ampla do sentido de manicomial. Assim como Foucault (1993) ao falar do “fascismo que está em todos nós¹”, utilizo o termo *manicômio/manicomial* também para falar de uma lógica, presente nas pequenas ações cotidianas e não só nas paredes e grades dos hospitais.

O manicômio é uma das instituições criadas para controle social, operante ao nosso sistema dividido em classes sociais, e entre capazes e incapazes, doentes e sãos, normais e anormais, opressores e oprimidos, honrado e delinquente (KINOSHITA, 1996).

Desta maneira, ser *anti* essa lógica diz de um posicionamento prático e ético-político em torno do direito ao cuidado em liberdade, da luta contra as formas de exclusões, opressões e violências praticadas dentro e fora dos asilos, hospitais psiquiátricos e, inclusive, serviços substitutivos pós-reforma psiquiátrica.

¹ Para maior aprofundamento nesta temática, recomendamos a leitura de “O anti-édipo: uma introdução à vida não fascista” de Michel Foucault (1993).

Ainda parafraseando o pensamento foucaultiano das pequenas doses de fascismo e desejo de controle/poder presente nas ações cotidianas, partirei do “*manicômio que está em todos nós*”, entendendo que buscar a superação da lógica manicomial do passado não quer dizer que deixamos de executar novas formas de controle, agora em liberdade e também nos serviços substitutivos.

Um brevíssimo histórico e apontamentos teóricos

O que hoje conhecemos, e falamos nos referindo ao tempo passado, como “Reforma Psiquiátrica Brasileira” não está temporalmente tão *no passado* assim. Considerando o ano de criação do primeiro hospício no Brasil, o Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro, e o início do Movimento de Reforma ao final da década de 70, temos um longo período histórico em que a lógica asilar e manicomial prevaleceu (AMARANTE, 2010).

Visto que os primeiros passos de consolidação da reforma se deram nos anos de 1986 e 1987, respectivamente com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e com o Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, que produziu o memorável documento conhecido como “Manifesto de Bauru”, há uma lacuna de 100 anos entre o período de prevalência dos manicômios e o período “pós-reforma” onde o princípio é o do cuidado em liberdade e territorial (AMARANTE, 2010).

O documento “Carta de Bauru”, citado anteriormente, traz, além da manifestação pela extinção dos manicômios, os pressupostos motores da reforma psiquiátrica brasileira de forma clara e sucinta, como elucidado no trecho abaixo:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. [...] Por uma sociedade sem manicômios! (Manifesto de Bauru, 1987).

Nos poucos mais de 30 anos após a criação do primeiro CAPS, muitos outros passos foram dados em direção a criação e efetivação de uma rede de serviços substitutivos aos

manicômios, que acompanharam as mudanças no cenário político e social com o fim da ditadura militar e movimentos de redemocratização.

Muito inspirada na Reforma Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi sendo construída e adaptada a realidade e ao contexto do país. Data de 2011 a publicação da Portaria Nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

São inegáveis os avanços e conquistas alcançadas, não pretende-se ao propor a discussão comparar de modo simplista e reducionista os serviços substitutivos aos manicômios. Entretanto, é necessário estarmos atentos aos equívocos consequentes de entender a Reforma como algo passado.

Em primeiro lugar porque não “fechamos os manicômios”. Ainda que nas cidades que foram e são consideradas referências pelo fechamento de seus hospitais psiquiátricos, implantação da rede substitutiva e estratégias inovadoras de cuidado a céu aberto, como Santos, Belo Horizonte, Campinas e Sorocaba, perpetue-se essa máxima, tais experiências não refletem nem mesmo a realidade da região sudeste, tampouco do país inteiro.

Segundo, mesmo que afirmemos que “*ainda estamos fechando*”, vivemos atualmente uma onda contrária ao movimento de reforma psiquiátrica que “reabre” os manicômios, no discurso, na legitimação de práticas, em “novos manicômios” com outros nomes, inclusive em forma de políticas públicas.

E ainda, ter a reforma como algo acabado nos paralisa, nos torna pouco inventivos, como se o desafio fosse apenas fechar as portas dos manicômios, sem debruçar-se com igual aspiração em abrir as novas portas para que o cuidado em liberdade se efetive. Nos leva a concepção rasa de manicômio enquanto instituição e não enquanto lógica, correndo o risco de reproduzir a mesma lógica nos novos cenários de prática, por acreditarmos que estamos a salvo da captura por estarmos *do lado de fora dele*.

Venturini (2016, p. 15) sugere o termo *transinstitucionalização*, ao falar da ambiguidade do termo *desinstitucionalização*, para essa “simples passagem de uma instituição a outra”, que supera uma estrutura concreta de muros dos grandes hospitais

asilares, mas não supera a lógica manicomial, permanecendo como estrutura violenta e segregadora nas novas instituições.

Os apontamentos de Goffman (2015) acerca das instituições totais - como o autor define os manicômios, entre outras instituições - delineiam as características presentes no que entendemos como a “lógica manicomial” a ser rompida, mas que ainda hoje muito se assemelham ao que encontramos nos novos serviços.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2015, p. 11).

Tal lógica se sustenta com todos os aspectos da vida dos sujeitos reduzidas a um só local, com atividades feitas em grupo de maneira padronizada e com horários e regras estabelecidas, para “supostamente [...] atender aos objetivos oficiais da instituição” (GOFFMAN, 2015, p. 18).

Características que se assemelham ao que Foucault (2014) descreve como mecanismos disciplinares na formação de corpos dóceis. Lançamos mão da moral, da relação de poder e dominação através dos “saberes”, do controle do tempo e das atividades, fabricando assim corpos não só disciplinados, mas também dependentes, perpetuando a relação de poder e tutela existente entre profissional-doente; “são-louco”.

Essa escrita está embasada nos textos e conceitos que temos como *clássicos* da saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira. Autores como Goffman, Basaglia, Foucault, Saraceno, Venturini, Amarante, Kinoshita, Lancetti, Pitta, Nicácio, entre outros, que discorreram (alguns ainda discorrem) e iluminaram muitas das discussões no campo da saúde mental.

Muitos de nós fomos apresentados aos escritos e conceitos desses teóricos durante nosso processo formativo e de encontros com a saúde mental. Neste trabalho, apostamos ainda em utilizar majoritariamente dessas concepções, por acreditarmos que elas retratam temáticas atemporais, que atualizam-se a cada releitura diante de uma nova época ou novo cenário de prática.

Os horrores descritos pelo psiquiatra Franco Basaglia após a visita ao Hospital Colônia de Barbacena nos anos 70 certamente não são os mesmos que o autor encontraria na conjuntura atual. Ao mesmo tempo que o legado de “A instituição negada” (1985), escrito

posterior àquela visita, reatualiza hoje os questionamentos que cabem ao nosso contexto atual, quando o nosso “Barbacena” agora é outro, sendo uma das formas de violência sofrida por esta parcela da população a privação e/ou negação de seus direitos básicos.

Uma passagem de cerca de 40 anos desde o “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013) para um cenário atual de retrocessos e desmontes, aumento dos índices de pobreza e violência, cortes nos recursos públicos e nas políticas de educação, saúde, cultura, entre outros, que impactam diretamente na (*não*) implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial coerente aos pressupostos que a embasam.

Assim, a discussão a seguir, embasada em tais referenciais, buscar refletir sobre as pequenas doses de controle presente nas práticas cotidianas, através de cenas rotineiras da vivência enquanto residente nos serviços substitutivos e também buscar, nestes e em outros referenciais, saídas para tais questões.

Discussão

“Qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se. Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida [...] envelhecem prematuramente”
- Antônio Lancetti

Dos jargões, o que fica nas entrelinhas?

Numa busca no dicionário², o termo *jargão* pode ser definido como uma “gíria profissional”, “linguagem própria de um grupo profissional”, ou ainda, “códigos que alguns grupos usam para que pessoas desconhecidas não compreendam suas conversas”.

Muito ouvimos e falamos os *jargões da saúde mental* quando estamos entre os pares - estudantes, trabalhadores, militantes, professores, entre outros - seja em situações mais teóricas e expositivas ou no cotidiano das práticas dos serviços, que é o foco desta discussão.

O fato é que o uso de tais expressões se dá de modo indiscriminado e muitas vezes sem crítica³, reproduzindo achismos e dificultando discussões mais singulares e, inclusive, teóricas acerca das situações e casos que atravessam as dinâmicas dos serviços substitutivos.

Dito isto, optamos por usar destas expressões, tidas como gírias profissionais, como disparadores. Nos interessa, através das elucidações seguintes de ações comuns e corriqueiras, buscar o sentido que está implícito, *nas entrelinhas*, de forma indireta nesses jargões.

A discussão a seguir traz à cena episódios comuns a mais de um tipo de serviço, a mais de um tipo de clínica; comuns a instituições totais, que, como definidas anteriormente a partir dos conceitos de Goffman (2015), tem como ponto central o domínio de muitas necessidades e esferas da vida humana pela administração burocrática de grupos de pessoas.

Cabe ainda destacar que as *pessoas* a que nos referimos, os usuários dos serviços públicos de saúde mental, são aquelas que carregam no corpo o estigma da loucura; corpo *a ser reabilitado*, corpo excluído e subordinado por ser considerado incapaz, que não participa das relações de trocas por ser de “menor valor”; corpo sem poder contratual, que foi

² Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa - Michaelis Online, disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=jarg%C3%A3o>>, acesso em 20/11/2019.

³ O próprio termo “sem crítica” é um jargão utilizado por nós e que a escrita deste trabalho não está a salva de reproduzir essas expressões.

negativado pelos seus sintomas; corpo este que é alvo de poder, de tutela e das nossas doses diárias de docilização: respostas prontas, burocráticas e pouco singulares (KINOSHITA, 1996; FOUCAULT, 2014)

Os jargões são muitos, aplicados nos mais diversos contextos. No texto caricaturizado a seguir, através de cenas e falas reais, damos destaque aos jargões que reproduzem não só um termo ou “gíria profissional”, mas a lógica de controle e manicomial presente no discurso, nas práticas e nas organizações dos serviços substitutivos aos manicômios.

Um dia rotineiro num *serviço qualquer*⁴

Todo dia é assim: um usuário que *não deu conta* de participar da atividade, de manter-se no grupo, de aprender uma técnica, de seguir uma rotina, de administrar seus oito medicamentos. A atividade e o grupo que na maioria das vezes foram propostos somente pelos profissionais; da técnica que demanda que alguém a ensine e nunca foi tentado; da rotina idealizada; das prescrições que seguiram os protocolos sem que se escutasse o sujeito do outro lado da mesa.

Quem *não deu conta* foi somente o usuário, que por um transtorno mental busca atendimento em um serviço que conta com profissionais formados e remunerados para estarem em tal função, oferecendo um tratamento de qualidade que busque a superação da lógica de tutela, controle e culpabilização.

A equipe também *não deu conta*, mas, afinal, “*aqui é o espaço de tratamento dele, não dá pra vir aqui e despejar o seu sintoma*”. Tem que vir organizado, na hora marcada, atender aos nossos critérios, quase como se não precisasse mais do tratamento. Um usuário, que tem como sintoma a dificuldade em lidar com regras, está quebrando as nossas regras, logo, ele *não deu conta*.

⁴ Como mencionado anteriormente, os relatos deste trabalho buscam discutir cenas corriqueiras em serviços substitutivos aos manicômios, tendo alguns deles feito parte da trajetória enquanto residente em saúde mental, mas sem tomá-los como foco da escrita, nem tampouco os casos acompanhados. Para tal, faremos uso do termo *qualquer*, no sentido forjado por Agamben (2013), que traz o “exemplo” (uma situação, um caso) como, ao mesmo tempo, particular e universal. Segundo este autor, o *qualquer*, não é aquele indiferente, que é genérico, e sim o que “em qualquer que seja o âmbito, ele faz valer sua força; o que caracteriza o exemplo é que ele vale para todos os casos do mesmo gênero e, ao mesmo tempo, está incluído entre eles. Ele é uma singularidade dentre outras, que está, porém, no lugar de cada uma delas, vale para todas” (Agamben, 2013, p. 18).

“*Nós já tentamos de tudo! O caso do João⁵ está sempre em pauta*”, mas ele não **cumpriu os combinados e não aderiu a proposta**. O combinado e a proposta foram feitos na reunião de equipe, o João foi informado depois, e ele não cumpriu. Combinamos dele vir às quintas-feiras 11h e numa terça ele apareceu no serviço. Nem passou do portão do *serviço-porta-aberta*, pois terça **não é o dia do PTS dele**. Não sabemos por que ele veio, não procuramos saber, mas relembramos o combinado, quinta às 11h.

Na mesma terça *Maria⁴* veio buscar remédio. O dia dela era ontem, mas ela teve uma consulta e até trouxe o atestado para provar. Não liberamos o remédio, agora só na segunda-feira que vem. Isso vai ajudá-la a organizar melhor sua rotina. Maria vai ficar sem remédio. Remédio prescrito que não pode ser retirado abruptamente. Ela justificou a ausência e veio no dia seguinte para retirar. Logo na terça-feira que é um dia caótico lá na farmácia. E regra é regra. Dá até pra argumentar *terapeuticamente* que ajuda na organização dos *usuários-desorganizados* ficar uma semana sem a medicação porque ele ainda **não deu conta de aderir a nova proposta**.

E terça ainda é o **dia agendado** para acolhimento no *serviço-porta-aberta*. Recebemos o *José⁴* acompanhado de sua irmã. José até tem demanda de saúde mental, mas **esse caso não é daqui**, não atende aos critérios que estabelecemos. Nenhuma das nossas ofertas se encaixa para o José. Tem outros serviços na rede que talvez atendam o José. Temos o papel de articulador da rede. Informamos para sua irmã que **esse caso não é nosso**. Eles foram embora.

E é justificável, **nós não temos pernas para isso**. Os últimos anos foram de cortes, redução e cortes em todas as áreas. Não temos nem pernas, nem braços, nem recursos. Nem novas estratégias, nem parcerias, nem enfrentamento, nem soluções criativas.

Fechamos as portas, selecionamos quem atendemos, nos defendemos em nossas regras, encaixamos as ofertas de cuidado nas nossas agendas, burocratizamos.

Apesar de caricato e tom exagerado, não é difícil assimilar à situações iguais ou semelhantes, nem que elas aconteçam em sequência, assim como no texto, por isso o nomeamos de *rotineiro*. Reunimos em poucos parágrafos uma série de episódios complexos e

⁵ Nomes fictícios utilizados como ilustrações.

que poderiam ser explorados um a um, discutindo temáticas como projeto terapêutico singular, acolhimento, grade de atividades, critérios de inserção, mas que não é o foco deste trabalho.

O que nos importa é, através das entrelinhas destas expressões, a identificação da lógica manicomial que permeia nossas práticas, das estratégias de controle travestidas de cuidado e da burocratização como forma de disciplinarizar e docilizar os corpos loucos. Uma vez identificada, seguimos com as reflexões e o questionamento: como romper com a lógica manicomial ainda presente em nossos serviços e práticas?

Buscando saídas práticas, para além do discurso *somos todos antimanicomiais*

“A utopia está lá no horizonte. Aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve então a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”

- Fernando Birri.

Ainda numa aposta de releitura dos clássicos, ao buscar saída para nossas rotinas burocratizadas, lanço mão de pressupostos já descritos nos caminhos da Reabilitação Psicossocial, por Saraceno, Kinoshita, Lancetti e outros a(u)tores. A aposta é de que a roda não precisa ser reinventada, e nem por isso precisamos deixá-la rolar ladeira abaixo.

Os tempos são outros e chegam cada vez mais sombrios. Os cortes são reais, o desinvestimento em todas as áreas (educação, saúde, cultura, entre outros) vem dificultando o acesso e as condições ideais de trabalho dos profissionais de saúde, cada vez mais precarizados. Entre o ideal e o real-possível, o que podemos propor que vá ao encontro da nossa Luta Antimanicomial e dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Ao escrever sobre os CAPS, Lancetti (2016, p.46) apontava que uma grande dificuldade enfrentada por este tipo de serviço “é a centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território”. No contexto de reforma psiquiátrica muito se ensaiou e apostou que o tratamento se desse em liberdade e de maneira territorial/comunitária, sendo o CAPS e os outros serviços da RAPS pensados sob essa lógica. O que vemos nesses serviços são cada vez mais instituições fechadas, reduzidas em grades de atividades e com propostas de intervenções terapêuticas que findam em si mesmas.

Arrisco aqui relatar duas cenas:

O *adolescente-que-cause*⁶ chega ao serviço, *cause* no serviço e pouco antes de ser convidado a se retirar, pede um horário para arrumar o seu cabelo. No serviço que anteriormente já teve Oficinas de Beleza compondo sua grade de atividades e que o convida a se retirar toda vez que “*não dá conta*”. No serviço que tem agenda com

⁶ o verbo “causar” foi utilizado segundo uma gíria comum entre os adolescentes. No Dicionário Online de Português (Dicio), a gíria “Causar” significa: Escandalizar; chamar a atenção para si; ser alvo de escândalo, de comentários.

horários de todos os profissionais preenchidos. Chamo o *adolescente-que-cause* para irmos até a tal agenda, para ele escolher o dia e horário que arrumaremos o seu cabelo, com os materiais disponíveis no próprio serviço e a minha habilidade autodidata de mexer em cabelos. Marcamos, o *adolescente-que-cause* para de causar com o seu pedido atendido, lembra durante os dias seguintes “o nosso horário marcado”, mas, no dia de fato nem aparece e nem toca mais no assunto. Ele já encontrou um outro motivo para causar...

...em *outro serviço*, existe *outro adolescente-que-cause*. Esse serviço não tem agenda e as coisas se dão no dia-a-dia, no que surge, tudo meio solto, permitindo maleabilidade, mas as vezes frouxo, sem uma proposta de fato. Esse outro *adolescente-que-cause*, recém chegado à cidade e abandonado pelo seu pai num serviço de acolhimento, também pede para arrumar seu cabelo. Está numa cidade nova, quer impressionar as novas pessoas que está conhecendo. A proposta da acompanhante terapêutica ao seu pedido foi: “*vamos ao salão de beleza*”. Um salão que tem parceria com este *outro serviço*, por ser um lugar de formação de profissionais e que faz parte da rede de saúde mental, mas um salão de verdade, com um cabeleireiro de verdade, igual ao que a maioria das pessoas procuram quando querem fazer algo em seus cabelos.

O salão fica no território, proporcionando o deslocamento para fora dos muros deste *outro serviço*; com outras pessoas, permitindo outras trocas e que outras relações sejam criadas; operacionando um projeto de vida, para além do “terapêutico”, que endereça demandas de auto-cuidado ou auto-estima às oficinas de beleza, sem intencionar que tais práticas se estendam e modifiquem as ações concretas de vida, aumentando assim a autonomia e contratualidade⁷ dos usuários a partir de ações terapêuticas, não tendo elas como fim.

⁷ Usando-se os termos como em Kinoshita (1996).

Ressalto ainda a existência neste *outro serviço* do profissional Acompanhante Terapêutico (AT), sendo este um cargo, de um profissional contratado num regime de 40h, e não “mais uma função” dos demais (e de todos) trabalhadores, o que viabilizou, nesta experiência, práticas mais territoriais e menos agendadas.

A aposta no território é algo apontado por Lancetti (2016, p. 50) como uma “poderosa arma contra a cronificação”, uma vez que a produção de saúde mental é intensificada ocorrendo dentro e fora dos serviços de saúde e tal complexidade se opõe a forma simplificada a qual operam os manicômios.

É realmente desafiador às equipes, que cuidam de usuários com histórias e redes de apoios frágeis em territórios ainda mais fragilizados e vulneráveis - sem precisar mencionar a também fragilidade da rede de assistência como um todo e o cenário político atual -, não ocuparem o lugar de únicas interlocutoras das demandas dos usuários (KINKER; IMBRIZI, 2015). Demandas complexas, que não damos conta sozinhos e, muitas vezes, solucionamos com respostas simples e pré-formatadas.

A comum associação de projetos terapêuticos à grade de atividades serve não só para organização do serviço, mas como barreira de acesso, nas situações em que algo foge do programado, por exemplo, um adolescente que surge na porta do serviço, quando “*não é o dia do seu PTS*”. Em acordo com Kinker e Imbrizi (2015, p. 71), acreditamos que “uma grade de atividades pode se tornar um dispositivo de controle tão rígido como o são as grades [...] do manicômio”.

A crítica ao “mito das atividades terapêuticas”⁸ está presente na Terapia Ocupacional desde o artigo de Nascimento (1990), ainda num contexto de tratamento hospitalocêntrico, sendo depois ampliada para as “oficinas terapêuticas” por Kinker e Imbrizi (2015), correspondendo melhor ao atual cenário dos CAPS e das novas formas de cuidado em saúde mental.

Apesar de inicialmente retratar as atividades utilizadas de modo quase que mágico pelos terapeutas ocupacionais (NASCIMENTO, 1990), a ideia contrária a essa crença, apresentada pelos autores citados anteriormente, serve de reflexão e se aplica certamente aos

⁸ Para um aprofundamento desta temática recomenda-se a leitura de Nascimento (1990) e Kinker e Imbrizi (2015), que, sob objetivos distintos dentre eles e deste texto, produziram uma rica discussão sobre o lugar que ocupam as atividades e as oficinas, intrinsecamente terapêuticas, na prática dos profissionais e no cotidiano dos serviços.

outros núcleos profissionais e às formas de organizar o trabalho, oferecer e prestar assistência no campo da Saúde Mental.

Convém, como Kinker e Imbrizi (2015, p. 63), "questionarmos se, e como, reproduzimos ou não nos serviços substitutivos o lugar das atividades terapêuticas como auxiliares dos processos de mortificação dos usuários".

Cabe ainda apontar que assimilar o PTS às ofertas grupais disponíveis no serviço também reduz a nossa possibilidade de atuação com os casos que fogem daquilo que sabemos, gostamos e nos programamos para fazer.

O serviço não deve ser o distribuidor de uma oferta fechada, ou seja, pré-definida. Não se trata de um restaurante que tem os seus pratos fixos e os clientes devem adaptar-se a oferta. Esta lógica funciona nos restaurantes porque os clientes podem escolher entre vários restaurantes, até encontrarem o alimento que mais os agrada. O serviço de saúde mental serve uma população que vive em uma área definida do território e os usuários têm o direito de encontrar o que necessitam é não aquilo que o dono do restaurante decidiu (SARACENO, 2011, p. 99)

Muitas são as discussões em torno dos casos que "*não são nossos, pois não temos ofertas*". Para além dessa máxima, não temos consenso na equipe, nem clareza nessas discussões sobre qual a demanda, quais objetivos do tratamento, por quais ações - que não as pré-definidas - podemos utilizar para alcançá-los.

Kinker e Imbrizi (2015, p. 69) levantam o questionamento que vale a reflexão: a reprodução dessas respostas simples e pré-estabelecidas não "agem como escudos de resistência para lidar com a angústia de não saber o que fazer [...] ou de como lidar com a complexidade de questões que a vida real dos usuários nos traz?".

Não tenho, nem acredito que haja resposta pronta e única para tal indagação. Longe de descartar a potência que uma oficina ou grupo possa ter e seus efeitos terapêuticos, precisamos estar atentos para não tornar este dispositivo sinônimo ou suficientemente capaz de contemplar a singularidade que o projeto de cada usuário precisa ter.

Ainda, coerente com os propósitos da reabilitação psicossocial de restabelecer e/ou aumentar autonomia e poder de contratualidade (KINOSHITA, 1996), é necessário que os sujeitos participem da elaboração e efetivação dos seus próprios projetos terapêuticos (e até de vida).

Nem sempre os desejos desses sujeitos, de seus familiares, do profissional que os acompanha e do serviço em que estão inseridos coincidem. Cabe a nós reconhecê-los como

sujeitos de direitos e de desejo, dar legitimidade a sua voz e responsabilizá-los por suas demandas e projetos, quando estes forem realmente pactuados em conjunto.

O que se costuma chamar de “projeto terapêutico” deve ir na direção contrária à hierarquia dos saberes e funções que designam o que é necessário ou melhor para o paciente/usuário, e ir em busca das boas perguntas. Em vez de nos perguntarmos o que podemos fazer por ele, a pergunta deve ser feita de outro modo: o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte. Isso significa de temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato. Os exemplos são vários: é o paciente que foge toda hora, que transgride as normas e as leis o tempo todo, que não “adere” ao tratamento, ou não se “adequa” a determinada atividade ou ao “serviço”, que vive entre o sistema jurídico civil ou penal, sempre no limiar da inimputabilidade, por ser menor ou simplesmente louco. O melhor antídoto é a responsabilidade. Fazer o sujeito se perguntar o que faço aqui? O que torna minha vida tão insuportável, o que posso fazer para encontrar uma solução? (FIGUEIREDO, 2004, p. 81)

Suportar, como sugere a autora acima citada, ou buscar saídas práticas de como romper com a lógica manicomial não é uma tarefa fácil. Reafirmamos que vivemos um momento de desinvestimento em todas as áreas de direitos básicos (saúde, moradia, alimentação, educação) e mudanças importantes nas políticas de saúde mental, que são contrárias ao que defendem os movimentos de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica Brasileira e que impactam diretamente no cenário de violência e vulnerabilidade em que a população está inserida.

Entretanto, corremos o risco de paralisar se depositarmos na escassez de recursos o motivo dos fracassos (ou não-avanços) presentes no percurso de pouco mais de 30 anos da reforma e efetivação da rede substitutiva. Saraceno (2011, p.100) nos convida a reflexão sobre o que consideramos “recurso” nas práticas da saúde mental, não desconsiderando sua importância, mas alertando que dirigir a crítica apenas a falta de recursos “dissimula a falta de capacidade de mudança e inovação dos profissionais”.

Este autor nos lembra para os tantos “recursos” que encontramos (ou podemos encontrar ao ampliar nosso olhar) em nosso cotidiano de prática: a comunidade, os serviços parceiros, e principalmente os usuários e familiares dos próprios serviços, mas que são preteridos em favor de respostas prontas e facilitadas; nos orienta ainda a buscarmos a reinvenção, uma improvisação coletiva e criativa em nossas práticas que permita movimento e proposições, que não nos paralise entre o ideal e o possível.

Pra fim de conversa...

São inegáveis os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos seus pouco mais de 30 anos, assim como são visíveis os fracassos em seu percurso e retrocessos intensificados após a queda de governos mais progressistas desde 2016.

É necessário estarmos atentos aos equívocos consequentes de entender a Reforma como algo passado, buscando saídas práticas para continuá-la em meio aos desmontes e escassez de recursos financeiros que não só a Saúde Mental, mas a saúde como um todo e outros campos, de direitos básicos da população, vem sofrendo.

Ao enfrentamento de tamanho desafio, com processos de trabalho tão precarizados, nos emerge a demanda para imaginação e improvisação coletiva que permitam mudanças no processo, além de estarmos atentos e resistentes em nossas práticas, facilmente afetadas e tendendo ao engessamento em tempos tão temerosos como os que passaram e estão por vir.

Longe de esgotar o assunto nestas páginas e desejando que delas restem e surjam interrogações a serem desenvolvidas, encerro este trabalho listando as apostas encontradas e das quais acreditamos e utilizamos, que são estratégias e direcionamentos para quebrar as lógicas burocráticas e de controle já ilustradas anteriormente.

- Estejamos de portas abertas, mas sejamos *serviços* que trabalhem sob a lógica *porta-de-saída*, com aposta no território, na comunidade, com projetos de vida para além de terapêuticos;
- A troca dos “nãos” por escuta;
- Por uma *revolução* psiquiátrica contínua, como ponto de partida e nunca como fim;
- Por uma prática autocrítica, revista cotidianamente, que aposte num cuidado compartilhado e co-responsabilizado;
- Por uma clínica que caiba a todos, na qual caiba a nós reinventá-la junto aos que atendemos e não ao usuário adaptar-se;
- Por fim: uma sociedade sem *qualquer* manicômio.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. *A comunidade que vem*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

AMARANTE, P. D. de C. A. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

FIGUEIREDO, A. D. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

FOUCAULT, M. O anti-édipo: uma introdução à vida não fascista. *Cadernos de Subjetividade*, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 197-200, 1993.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*; tradução de Raquel Ramalhete. 42. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2014.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O Mito das Oficinas Terapêuticas. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 55-59, 1996.

LANCETTI, A. CAPS: Burocracia e turbinação. In: _____, *Clínica Peripatética*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 172 p.

NASCIMENTO, B. A. N. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 1, n. 1, 1990.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

VENTURINI, E. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*; tradução de Nilson Moulin - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. 196 p.