

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Tábata Isis Tomazi da Silva

O trabalho descuidado como clínica do cuidado de si e do outro

Porto Alegre
2018

Tábata Isis Tomazi da Silva

**O TRABALHO DESCUIDERO COMO CLÍNICA DO CUIDADO DE SI E DO
OUTRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia – Habilitação Psicóloga - do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau, sob orientação da professora Sandra Djambolakdjian Torossian

Orientadora: Sandra Djambolakdjian Torossian

Comentador: Belchior Puziol Amaral

Porto Alegre
2018

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão que, assim como aqueles de Wendy, sempre se preocuparam em
deixar a janela aberta

Às amigas e aos amigos que fiz durante o percurso da graduação, por compartilhar histórias,
afetos e seguirmos juntos nessa travessia

E aos trabalhadores e pacientes do Hospital Sanatório Partenon, pelo aprendizado e por
oportunizar a escrita deste trabalho.

Sumário

1. Ao que inicia.....	4
2. Tuberculose e Hospital Sanatório Partenon.....	6
3. Das inquietações que ainda ecoam.....	9
4. O trabalho descuidado como cuidado.....	12
5. A clínica também como cuidado de si.....	16
6. Invenção do fim.....	20

1. Ao que inicia

Des.cui.de.ro (español):

[persona] Que roba aprovechando descuidos.

(Des)cuidar - substantivo em ato

Foi sob o sol que aquece o corpo numa manhã fria, no pátio da ala masculina, que o convite para me sentar junto à roda de chimarrão chegou e, abrindo-me a esse encontro - tinha ido até o pátio procurar um paciente, não era intenção primeira ficar por lá - que algo de uma ruptura começou a se processar, deixando-me vislumbrar uma possibilidade outra de um novo modo de produzir o cuidado. Foi nessa pausa, entre chimarrão e rotina estabelecida do hospital, que pude me dar conta de um paciente novo. Ouvindo sua conversa, testemunhando sua história, pela primeira vez ouço a gíria “descuidero”. “É aquele que aproveita o descuido do outro pra furtar”. Acho curioso, até engraçado o jogo que a palavra implica. E ela fica comigo.

Arrisco-me em um escrito que tem como objetivo registrar um dos possíveis fechamentos (requisito parcial para a obtenção de título, não é o que se encontra nas linhas que antecedem esse início?) do meu percurso de experimentação e aprendizado no curso de Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No desafio de pensar conceitualmente experiências que parecem escapar de uma materialidade escrita, danço entre palavras que não parecem tomar forma por tempo o suficiente para que possam ser marcadas em papel.

“As palavras são objetos magros incapazes de conter o mundo” diz Valter Hugo Mãe, para nos lembrar da impossibilidade da escrita em dar conta daquilo que foi vivido. Trata-se do indizível que resiste à nomeação no desdobrar da singularidade da experiência (Benjamin, 1996), que pode muito bem se apresentar em forma de dificuldades na escrita. Mudam-se temáticas, autores, metodologias, mas o que é resto continua pulsando - e é dali que fios de conto, de narrativa, são possíveis de serem pinçados.

Minha passagem pelo Hospital Sanatório Partenon como estagiária de Psicologia Social e Políticas Públicas no ano 2016 foi repleta de um trabalho e de parcerias que pela sua potência e relevância, trago aqui. Dessa maneira, este escrito se dividirá em algumas partes. Inicialmente, trago uma breve contextualização sobre o Hospital Sanatório Partenon e também sobre a tuberculose, seguido de algumas questões que fazem pensar o cotidiano do

trabalho. Depois o texto segue duas linhas que se entrelaçam: o trabalho descuido como cuidado e a clínica também como cuidado de si. Trata-se, nesse momento, de falar sobre a relação entre profissional/usuário e as distintas formas de trabalhar que possibilitam o cuidado, além da relação com o seu próprio trabalho e colegas de equipe.

Assim, o que está colocado neste escrito tem o objetivo de constituir certa caixa de ferramentas, lotada de conceitos que dão (e deram) suporte e fazem suportar a jornada psi. Se a tarefa de organização dessa caixa muitas vezes pareceu difícil, já que põe em curso o movimento artificial de separar aquilo que já não tem borda, que somente um novo manifesto antropofágico talvez consiga dar conta, é ainda a aposta do compartilhar como combustível para novas sensações e pensamentos que esse emaranhado de palavras faz sentido e toma forma.

2. Tuberculose e Hospital Sanatório Partenon

(...) mas é que assim, né, quando me disseram que eu seria internado no sanatório eu levei um susto. Sanatório não é lugar de doido? Eu comecei a emagrecer, ficar fraco mesmo, e meu colega de trabalho já veio com um papo “ih, cara, tu tá com AIDS”. Fiquei doido da cabeça vários dias. Medo enorme de ir no posto. Eu fiz o tratamento na rua por um tempo, mas minha família não entendia, nem a enfermeira do posto conversando com eles adiantou. Não chegavam perto, minha comida era separada, os amigos meus sumiram tudo. Daí eu vim pra cá.

Contagioso, depravado, apavorante... isolado. É muito difícil fixar residência no país dos doentes e permanecer imune aos preconceitos decorrentes das metáforas com que é descrita sua paisagem. Quando falamos em tuberculose, encontra-se em cena uma doença que já passou por processos de significação distintos ao longo dos séculos em que acompanha a humanidade.

Ainda que sempre vista como implacável ladra de vidas e vinculada à pobreza e privação, no século XIX a tuberculose também era elemento principal no padrão de beleza aristocrática (Sontag, 1983). O aspecto tuberculoso, com seu constante tossir e movimentos lânguidos, assim como sua magreza e palidez características, simbolizava uma atraente vulnerabilidade e sensibilidade superior. Sensibilidade esta que, assim como as sonolentas beldades de olhos fundos pintadas por Munch denunciam, fazia parte do mito da tuberculose como doença boêmia e dos artistas românticos.

No Brasil, a tuberculose inicia sua história ligada aos grupos que sempre foram historicamente desassistidos quanto à assistência médica por parte do Estado – os negros e os indígenas. Além disso, a ausência de contato prévio com o bacilo e a comumente precariedade de suas habitações, tornava essa população bastante suscetível à doença e muitos foram aqueles que morreram. A partir do século XX, é a classe trabalhadora, em especial aquela atuante em fábricas, que mais adoeceu devido à tuberculose. O crescente nível de incidência da doença, entretanto, não recebeu atenção imediata do Estado – outras epidemias como a da febre amarela, peste bubônica, varíola e febre tifóide, concentravam as discussões e tomadas de atitude do governo (Bertolli Filho, 2001). A questão, todavia, passa a

ser de interesse do Estado a partir do momento em que o controle dessa epidemia se torna pertinente para o mantimento de um contingente favorável de trabalhadores saudáveis.

Ademais, em Porto Alegre, era bastante relevante a criação de ações de saúde pautadas em uma lógica higienista que pudessem impedir uma parcela da população de vagar livremente pelo espaço público, em especial pelo centro da cidade, visto que as doenças infectocontagiosas facilmente poderiam deixar de ser circunscritas aos bairros periféricos (Picon, Bastos, & Garcia, 1999). É nesse contexto que, em 1908, após a compra pelo governo estadual de um terreno situado no atual bairro Partenon – espaço já destinado à segregação e exclusão, contando com a estrutura do Hospital Psiquiátrico São Pedro e, poucos anos depois, do Instituto Psiquiátrico Forense – é criado o Hospital de Isolamento São José. Primeiro local destinado exclusivamente, se não ao tratamento, mas à reclusão daqueles com tuberculose, também foi espaço de isolamento de indivíduos vítimas de outras doenças, como durante a pandemia da Gripe Espanhola de 1918, além de comportar em seu terreno a chegada de outras instalações, como o Hospital de Emergência para Leprosos (Picon, Bastos, & Garcia, 1999). É com o estabelecimento da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, em 1947, que maiores articulações e investimentos começam a acontecer e, dentro dessa nova política de saúde, é construído o Hospital Sanatório Partenon, inaugurado em 1951, onde antes se localizava o Hospital de Isolamento. Hoje o Hospital Sanatório Partenon é um importante centro de tratamento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para todo estado do Rio Grande do Sul, tanto a nível ambulatorial, quanto de internação (Conte et al., 2017).

Com a descoberta de fármacos capazes de combater o bacilo, em 1979 o tratamento medicamentoso é padronizado. Permanecendo até hoje, é extremamente eficaz quando feito da forma correta e sem interrupções (Ministério da Saúde, 2011). O atual tratamento disponibilizado pelo SUS pode ser feito todo através da atenção básica, via tratamento quimioterápico (com ingestão via oral de no mínimo seis meses, no esquema básico), e é realizado principalmente através da estratégia denominada Tratamento Diretamente Observado (TDO), adotada na tentativa de aumentar os índices de cura e diminuir os casos de abandono de tratamento (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar da possibilidade de realizar o tratamento na atenção básica, entretanto, ainda há uma grande parcela da população que é encaminhada para a internação hospitalar para a realização do tratamento. Isso ocorre, grande parte das vezes, não por indicação devido a

complicações clínicas, mas por questões de ordem psicossocial que, a princípio, impediriam que a pessoa conseguisse finalizar seu tratamento sem o risco de abandono.

Com esta breve contextualização sobre a tuberculose e o Hospital Sanatório Partenon – que não tem pretensão de esgotar nenhum dos assuntos, mas possibilitar que parte da minha forma de olhar e os caminhos que trilhei sejam compartilhados – é possível entender um pouco melhor a complexidade da realidade deste serviço. Trata-se de uma doença que, sem dúvidas, traz sua realidade no corpo. A tuberculose também, no entanto, expõe tanto na sua história, quanto na sua permanência endêmica, o desinvestimento e a vulnerabilidade que fazem parte do cotidiano de certa população. Seguimos.

3. Das inquietações que ainda ecoam

“Como assim um hospital para tuberculose? Essa doença ainda existe?”. Essa questão, longe de ser facilmente respondida, permeou toda minha jornada do estágio no HSP e, pela sua relevância atual e como potente analisador que é, desenvolver-lá-ei a seguir. A imagem relativa à tuberculose ainda é bastante vinculada a aquela pautada por uma visão romântica e que remonta tempos passados. Doença que atualmente ocorreria numa proporção pouco significativa, ou até mesmo considerada extinta. É o contrário disso, entretanto, que vem sendo verificado nos últimos anos – em 2008, a tuberculose foi a principal causa de morte de pessoas com HIV e a quarta causa de morte por doenças infecciosas no país (Ministério da Saúde, 2011).

Os investimentos e programas para prevenção e enfrentamento da tuberculose existem. Por que então, mesmo com tais investimentos para o controle da doença, são poucas as informações circuladas nos principais meios de comunicação, quando comparada a outras doenças (infecciosas ou não)? Por que a tuberculose ainda é tida como doença misteriosa, se seu tratamento e etiologia são conhecidos e amplamente aplicados? Outra pergunta que fica ecoando quando a gente se depara com esta realidade é, quem são estas pessoas, afinal, que se contaminam com a tuberculose?

Quem são estas pessoas, se a gente não vê e não faz a menor ideia de que esta realidade ainda exista? É nesse plano de visibilidade/invisibilidade que a tuberculose e o tuberculoso se encontram. Homem, em geral negro, usuário de álcool e outras drogas, em situação de rua – são muitas as pesquisas que se propuseram a delimitar um perfil do indivíduo que recorre à internação para o tratamento de tuberculose (Oliveira, 2009; San Pedro, & Oliveira, 2013). Ele continua, contudo, invisível. Daí ser possível, à análise de Foucault, postular esse personagem como o (in)fame (Uyeno, 2011). Aquele que é simultaneamente sem fama e com fama: sem fama, por ser invisível, não no sentido de imperceptível, mas de dele se desviar o olhar, de não se querer vê-lo; e com fama, já que como parte de um perfil epidemiológico, ele agora é integrante de um grupo de risco, e as políticas públicas vão tratar justamente disso.

É a partir desse lugar (in)fame que vem então a proposta de pensar esse ser tuberculoso como a forma contemporânea do homo sacer. O homo sacer, figura do direito romano arcaico, e posteriormente desenvolvida por Agamben (2010), é aquele que tem sua

vida incluída no ordenamento unicamente sob a forma de sua exclusão – ou seja, para além de destituído da dimensão jurídico-política da *bíos*, fica reduzido à dimensão *zoé*. Aqui é interessante apontar que, ao contrário do que queremos dizer com a palavra vida (ainda que dela seja possível extrair distintos significados), os gregos não possuíam um termo único para exprimi-la. Existiam, assim, dois termos: *zoé*, que exprimia o simples fato de viver, comum a todos os seres vivos; e *bíos*, que indicava a maneira própria de viver de um indivíduo ou grupo. Podemos assim entender que a vida nua, isto é, a vida matável e insacrificável do *homo sacer*, deixava-o numa certa zona de indiferenciação: ora incluso, ora excluído.

Apesar de não existir mais nos moldes do direito romano arcaico, a figura do *homo sacer* conserva suas características principais e encontra eco atualmente. A diferença reside principalmente na maneira pela qual os mecanismos de inclusão/exclusão são efetivados: atualmente, o direito o abrange teoricamente, mas não é verdadeiramente efetivado. Ou ainda, a marginalização socioeconômica, jurídica e política da população em situação de rua não significa sua exclusão do sistema jurídico-político, o que caracterizaria a figura do *homo sacer* do direito romano arcaico, mas sim revela o alcance seletivo desse sistema a uma determinada parcela da população. O *homo sacer*, assim, é aquele em relação ao qual todos os homens agem como soberano (Agamben, 2010), que fica exposto a uma matabilidade incondicionada ao mesmo tempo em que sua vida é insacrificável, ou seja, não pode ser morta segundo procedimento legal. Estando assim “entre duas mortes”, ou seja, vivo, mas sob constante ameaça - faz pensar a necessidade da presença *psi* para auxiliar na passagem daquele que é o portador de memórias à posição de testemunho.

As janelas e portas continuamente abertas para circulação não pareciam dar conta de um ar contaminado que não diz respeito ao bacilo da tuberculose, mas de um ar de cristalização referente a décadas de clausura, de práticas estanques de um espaço que em seu funcionamento ainda parece apresentar traços de uma instituição total. Ao me imaginar internada ali por algum tempo, me vi tomada por certo desconforto, de um desânimo profundo... Sentia-me sem ar ao me imaginar presa aos limites daquele hospital. Fiquei imaginando o que respiravam aquelas paredes. Blocos de concreto erguidos para sanar doenças. Fiquei pensando quantas dores foram silenciadas naquelas paredes que pareciam guardar gritos. Fiquei pensando o quanto de saúde poderia caber ali.

As instituições totais, como teorizadas por Goffman (2008), caracterizam-se como estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo normalmente numeroso de internados vive em tempo integral. Essa instituição funcionaria como local de residência, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correcional, educativa, entre outras. O dia marcado por horários fixos (hora para comer, para ingerir medicamentos, para ver ou não ver televisão, para passear no pátio, para estar na cama), o vigiar constante, os espaços demarcados (“Isso aqui é um hospital, paciente não pode entrar no quarto do outro da forma que quiser”, disse a diretora numa reunião), todas essas ferramentas dizem de uma instituição total que é agência de produção de subjetividade numa lógica disciplinar. E são as técnicas disciplinares e o biopoder que concomitantemente constroem uma cena que alterna uma produção do humano através de processos de individualização, mas também de práticas de regulamentação do corpo social.

Não se trata somente, entretanto, de um espaço de clausura. O sanatório pode ser considerado, a bem ver, um dispositivo disciplinar – assim como aquele designado à lepra e, posteriormente, à peste (Foucault, 2008) – inserido em uma linha de cuidado e prevenção que parte de uma lógica de sociedade de segurança. Atuando num meio que parte de índices estatísticos e cálculo de custos e que não tem mais como objetivo a erradicação de uma doença como tuberculose, por exemplo, a incidência ainda que alarmante da mesma será muito possivelmente tratada como natural – e natural a uma determinada população.

4. O trabalho descuidero como cuidado

Vasto que é o terreno onde o sanatório se localiza, muitos cachorros acabam parando por lá procurando morada. Louca que sou por cachorros, sempre passava algum tempo acariciando aqueles que encontrava na frente (e muitas vezes dentro, contrariando qualquer normativa sanitária) do hospital. Já não é com tanta surpresa então que, ao dirigir-me ao pátio, encontro um deles por lá. Rindo, pergunto àquele sentado no banco que, como eu, também adora cachorros e brincava alegremente com Negão, como o animal havia chegado ali. “Ele despistou os guardinhas, o safado, veio aqui querendo brincar”.

Podemos iniciar relembrando o duplo sentido da clínica: o de “inclinarse” (klinikós), acolhendo o paciente e sua história, e o de produzir um desvio (clinamem) para produzir outra história, outra possibilidade de existência (Benevides, 2001). Esse desvio, que aqui podemos também enxergar como o descuido proposto pelo trabalho descuidero, trata de, assim como Negão do excerto acima, despistar os guardinhas que nós mesmos somos. Cuidado que muitas vezes aparece em espaços não institucionalizados, que diz sobre um sentar e ouvir e histórias e brincar com cachorros. É trabalho vivo, ativo, que faz brecha em um cuidado que muitas vezes endurece.

A caixa de ferramentas começa a tomar forma, e se ela como conceito pertence a determinada teoria, várias outras certamente irão compô-la. Se tomo a psicanálise pelo discurso, também tenho a clareza de perceber sua insuficiência para dar conta da complexidade do trabalho nas políticas públicas. Produzem-se aqui encontros com a esquizoanálise, com a filosofia, com a análise institucional. Rolnik (1995, p. 11) mesmo já pontua que: “há inevitavelmente uma transdisciplinaridade em torno dos problemas colocados pelas diferenças que se apresentam a cada época, pois elas atravessam todos os campos da cultura”.

Ainda assim, seria raso supor que o espaço do sanatório, apesar de algumas vezes promover esses movimentos, fosse capaz de realmente agir na direção de uma supressão total de singularidades. Via-me ansiosa para ver o que ali era capaz de pulsar, atenta a novas tentativas de cartografar os movimentos que eu sabia existir, tentando ampliar meu olhar. O cigarro proibido, os beijos na porta na ausência do guardinha, as risadas e o jogo de cartas que insistia após o horário – os gestos mais cotidianos, os pequenos detalhes das

relações e dos desejosos espaços de fuga a todo o momento denunciavam que algo de vida e de produção existia naquele espaço.

É nesse espaço que ainda parece ser sem pensamento e sem palavras, em situações em que o sujeito fica em segundo plano diante do inabordável das singularidades, que Broide (2015) diz que o psicanalista entra, na tarefa de articular o real e o imaginário com o simbólico. As estratégias de intervenção, ainda mais quando nos ocupamos com o trabalho nas políticas públicas, devem ser pensadas a partir da escuta das demandas. E assim, na dialética entre o real da transferência e a ficção do dispositivo criado que nos localizamos. Como a banda de Moebius (Lacan, 1961/1962) que põe em questão a posição do sujeito no jogo intersubjetivo; sendo a torção que instaura um corte: ora efeito de massa (via identificações), ora efeito de abertura à singularidade.

Cada encontro no serviço é singular e traz a oportunidade de marcar a maneira como o sujeito se conecta aos emaranhados discursivos, qual o seu posicionamento frente ao discurso do Outro, nunca dados a priori - mas esse encontro com o inesperado da clínica não retira a responsabilidade da/o analista do reconhecimento dos atravessamentos culturais a fim de desenvolver uma escuta advertida e atenta ao mal-estar causado pelos modos de subjetivação dominantes. Ainda que a/o analista não possa partir de uma visão pretensamente universalista sobre questionamentos humanos, ela/ele deve ter conhecimento sobre a complexidade das estruturas de poder e dos modelos culturais que permeiam as construções subjetivas de sua época. Lacan (1998) afirma:

“Que antes renuncie a isso [lugar reservado à/ao analista], portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico?” (p.322)

Rolnik (1995), ao pensar o dispositivo analítico, e aqui o extrapolamos para todo dispositivo que propõe uma intervenção, destaca a criação de condições de escuta das diferenças. Para ela, uma das funções da análise é a sustentação de devires-outro - ou daquilo que estamos em vias de diferir - de maneira que o sujeito possa se relançar em sua

processualidade, desfazendo nódulos de figuras identificatórias endurecidas, a fim de inventar possibilidades de vida que não recusem a diferença e a utilizem como potência criadora - o que, para Suely, seria a vocação ético-política mais radical da análise. Afirma-se, dessa maneira, a capacidade da escuta de ampliar associações e atribuir diferentes sentidos àquilo que nos desestabiliza.

Atuando como estagiária dentro de um hospital referência em cuidados a pacientes com tuberculose, convivi diariamente com marcas de sofrimento no corpo que extrapolam a doença e são atravessadas pelos impactos que a vida pautada por perdas e vulnerabilidades impõe. Assim, na perspectiva do estabelecimento de um cuidado, uma pergunta se fazia presente: o que mantém esse sujeito vivo? Essa questão vai ao encontro do que mais tarde conheci de Emília e Jorge Broide (2015), que cunham o termo ancoragens como ponto de partida para a estruturação de uma metodologia de trabalho baseada na escuta qualificada e na consideração da relação transferencial entre técnico e pessoa atendida. Colocando a escuta à frente, junto ao cuidado, nos permitimos mapear os fios que embrenham o território daquele sujeito. É aí que iniciamos o trabalho de puxá-los, amarrá-los, articulá-los na rede do desejo.

E de que forma podemos usar das ancoragens, de que forma registrá-las, fazer com que tomem forma? Relembramos aqui o já citado relato de Foucault em “A vida dos homens infames”. Nesse escrito, ele realiza uma pesquisa documental das cartas dirigidas ao rei em que havia pedidos de prisão de homens e mulheres que não seguiam a norma da época e, a partir disso, se propõe a recolher histórias de vida que não tiveram qualquer notoriedade e que foram silenciadas pelo poder. São esses pedidos de prisão e de denúncia que hoje permitem sua visibilidade. A aposta de Foucault nessas breves narrativas era a possibilidade de, por negarem a continuidade da invisibilidade e do silêncio, serem capazes de emocionar e incitar a reflexão. O uso da narrativa, assim, nos permite pensar em três posições/metodologias que, por meio da sua escrita, torna-se uma ação política e subjetiva no trabalho psi: aquele que faz uso do caso clínico, o cronista e o catador.

Quando falamos em construção do caso clínico, Souza (2000) destaca que esse processo sempre vai colocar quem o escreve em pauta, revelando, em maior ou menor grau, seu autor. Isto é, os elementos que compõem o caso clínico apontam não somente para o sujeito que fala de seu sofrimento, mas também para a/o analista que escuta e para as sinuosidades do campo conceitual onde transita. Trata-se, assim, do encontro entre alguém que fala e alguém que escuta no limite do próprio fantasma e da teoria que a/o orienta (Souza,

2000). Poderíamos então entender a construção do caso clínico em psicanálise como o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra (Figueiredo, 2004). O caso, portanto, “não seria o sujeito, mas uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva” (p.79).

A posição do cronista, por sua vez, é aquele que escreve uma narrativa do cotidiano e, ao pensarmos na sua função mais específica dentro das políticas públicas, é aquele que entrelaça a escuta à escrita, colocando em relevo a palavra. Aqui, ainda mais do que na construção do caso clínico, o que está em jogo é sua própria transferência. Miranda et al (2006) coloca que o desejo pela escrita deve estar à flor da pele, a fim de suportar novos lugares em construção, a possibilidade de uma outra forma de circulação da palavra e, por meio da escrita, “viver de se expor nas palavras ora candentes, ora insípidas que colhe” (p. 45).

Por fim, podemos pensar a produção do cuidado a partir do trabalho do catador de sucata de Walter Benjamin (Gagnebin, 2006). Essa figura seria aquela que, através da escrita nas ruínas da narrativa, insiste na transmissão de histórias impossíveis e necessárias àquele tempo. Narra como catador de sucata por recolher cacos, apanhando tudo aquilo que é deixado de lado como algo que não tem significação. E é por não ter pretensão de recolher os grandes feitos naquele espaço-tempo, mas sim de atuar na torção do significante/significado como aquele do descuidado, que acaba por transmitir aquilo que por tradição não é recordado, não está em ata. A figura do catador de sucata também nos faz lembrar de Estamira (Prado, 2004) que a partir de sua relação com o lixão, foi construindo reflexões acerca da vida, de si mesma, da sociedade e de Deus:

Você tem sua camisa, você está vestido, mas está suado. Você não vai tirar a sua camisa e jogar fora. Você não pode fazer isso! Mas é assim que estão fazendo, de certa forma. Veja que isso aqui é um depósito dos restos. Às vezes é só resto, mas às vezes é só descuido.

5. A clínica também como cuidado de si

No trabalho em políticas públicas o técnico muito facilmente perde o rumo diante das urgências que se apresentam em seu trabalho. É comum o sentimento de confusão, desalento e desamparo - e diante do desamparo do trabalho sua prática acaba por muitas vezes adquirindo matiz identificatória com a população que atende (Broide e Broide, 2015). No sanatório, os ânimos eram acirrados por um descaso crescente da política de Estado em relação a seus trabalhadores. Perdia-se o rumo diante da cobrança de resolução de urgências: um caso ainda mais grave, a rede de serviços que não funciona, uma técnica de enfermagem que chora porque não tem perspectivas de recebimento do salário do mês. Procurava um posicionamento outro que não passasse pela via do combate por combate, mas que fizesse marca. Uma leveza que promovesse fluxo e fosse capaz de passar pelas fissuras de um campo hegemônico e aí instalar seus dispositivos.

Ao me encontrar no emaranhado dos afetos, algumas eram as questões que se anunciavam: como se produz um cuidado que não seja reprodutor de exclusão, e que efetivamente produza alternativas de saída da situação de sofrimento e vulnerabilidade? Ou ainda: como não adoecer? como cuidar daquele que cuida?

A organização dos trabalhadores e a força sindical dentro da instituição dava o tom de que algo estava sendo feito. Mas se é preciso ter manha, é preciso ter graça – como fazer para não se tornar fascista enquanto militante? As situações de crise ainda que se apresentem como marcas de um esgotamento de padrões até então tidos como os melhores ou aceitáveis, também podem ser entendidas a partir de uma perspectiva de renovação, de criação. Aqui, torna-se possível revisitar o prefácio do livro de Deleuze e Guattari, *O Anti-Édipo: introdução a uma vida não fascista*, escrito por Foucault (1977). Nele o autor discorre sobre certa arte de viver que seria contrária a todas as formas de fascismo – num processo de constituição de si e das relações com o outro, orientadas pela expansão das práticas de liberdade.

Esse escrito de Foucault abre brecha para a procura de outras palavras que pudessem ser farol, que ajudassem a ressignificar as experiências tão duras do cotidiano. Na nossa caixa de ferramentas, surgem conceitos que dizem de certo cuidado consigo mesmo, profissionais da prática psi. Ainda sobre o prefácio, as reflexões de Foucault deixam algumas interrogações: do que ele fala quando menciona práticas de liberdade? Embora se tenha em

mente que o trabalho não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas sim levando em consideração a vivência e o sentido dos sujeitos em suas experiências de trabalho (Ramminger e Nardi, 2008), como é possível ser livre em espaços investidos de técnica de sujeição e fabricadoras de subjetivação?

Esse escrito de Foucault abre brecha para a procura de outras palavras que pudessem ser farol, que ajudassem a ressignificar as experiências tão duras do cotidiano. Na nossa caixa de ferramentas, surgem conceitos que dizem de certo cuidado consigo mesmo, profissionais da prática psi. Ainda sobre o prefácio, as reflexões de Foucault deixam algumas interrogações: do que ele fala quando menciona práticas de liberdade? Embora se tenha em mente que o trabalho não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas sim levando em consideração a vivência e o sentido dos sujeitos em suas experiências de trabalho (Ramminger e Nardi, 2008), como é possível ser livre em espaços investidos de técnica de sujeição e fabricadoras de subjetivação?

É na forma do descuidero, aquele que aproveita o descuido do outro para furtar e que, no contexto daquele espaço, usa o momento para cuidar, que podemos manter o fluxo e fazer brecha num cuidado que por vezes nos endurece. Fui à procura de textos nos quais se coloca em evidência a liberdade mais que o aprisionamento, ainda que essas duas faces não sejam de todo excludentes, como pontua Filho (2008):

Quando Foucault tratava do poder, e dos modos de subjetivação como modos de sujeição, a liberdade já estava ali, no seu pensamento, no seu desejo, ela dava sinais de sua presença, espreitava sua hora luminosa: nas resistências, nas lutas pontuais, nas lutas específicas, nas experiências, nos modos-de-vida-outros, coisas pouco teorizadas, mas nunca ausentes de suas aulas, de suas falas, de seus textos, comparados por ele próprio a “batalhas” e “armas”.

Dessa maneira, é importante tentar enxergar a movimentação dessas pessoas organizadas em uma luta específica - a dos trabalhadores, a antimanicomial - como também lutas de sujeitos que procuram elaborar suas vidas a partir de novas subjetivações. Num momento em que as práticas manicomiais se tornam cada vez mais claras e pedidas com urgência (ainda que em mente que sempre foram agenda), essa organização é uma forma de

exercitar a crítica das sujeições que foram obedecidas até então. Mas também não se trata de uma quebra estrutural política e social, mas de uma ética. E a liberdade...

A liberdade é da ordem dos ensaios, das experiências, dos inventos, tentados pelos próprios sujeitos que, tomando a si mesmos como prova, inventarão seus próprios destinos. Assim, experiências práticas de liberdades, sempre sujeitas a revezes.

Se a liberdade é construção, deve-se então buscá-la como um valor a orientar nossas ações. No sanatório, a angústia referente aos espaços de sujeição nos provocava a inventar a liberdade e o leve, este não como antônimo de pesado, visto que trabalhar com todas as questões referentes ao hospital tinha sempre uma carga emocional muito grande, mas algo que fala de certa fluidez que nos permite ver, e sentir, além de uma imagem totalizadora. A troca de livros que via acontecer e que por vezes fiz parte (Mia Couto, Safatle, Elena Ferrante, algum poema solto que fazia lembrar), o café – que não tomava (e agora o faço ao retomar minha experiência naquele espaço), mas que marcava com seu aroma o momento de recolher-se àquela sala pequena e que acolhia tanta gente...

A prática do cuidado de si (Foucault, 2004) desenvolve-se assim como prática de liberdade. A liberdade que olha o poder por entre as frestas de seus mecanismos e dispositivos num movimento de constante (re)construção do sujeito. O campo de diversos retrocessos mostra justamente que onde há poder, há resistência – e essa resistência é pautada por um exercício do cuidado de si que vem como espaço-tempo possibilitar práticas que a todo o momento reconfiguram nosso modo de ser e estar como trabalhador e pessoa. Ou ainda:

Ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estar atento não apenas as formas de assujeitamento, mas também as transgressões e as possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiça transformando-as. (Ramminger & Nardi, 2008).

Trata-se de um trabalho sobre si mesmo. Não de interesses, mas ético-moral e orientado para uma estilização da vida, uma estética da existência (Filho, 2008). Ademais, o problema da relação com os outros está presente ao longo desse desenvolvimento do cuidado de si, criando condições de coexistência com o outro, pois a liberdade que surge disso não pode ser vivenciada apenas no sujeito, mas em relação com todos os demais. A complexidade do viver extravasa qualquer explicativa. O que se tem são pluralidades do viver, fluxos que permitem movimentos. Técnicas do cuidado de si como lugar de uma experiência, de ensaios de existir.

6. Invenção do fim

A rememoração também significa uma atenção precisa ao presente, em particular a estas estranhas ressurgências do passado no presente, pois não se trata somente de não se esquecer do passado, mas também de agir sobre o presente. Este texto traz ecos de experiências de estágio que, se cronologicamente parecem já mais afastadas, é pelo seu desdobrar em inquietações presentes que se tornam atuais.

Trabalhar em um espaço que marca no corpo a vulnerabilidade colocada a certa população brasileira significa reinventar a todo momento o cuidado que se pode compartilhar ali. E quando nosso próprio corpo é colocado em jogo, seja pelo cansaço, seja pela possibilidade de contágio com o bacilo da tuberculose, certo cuidado de si também se faz imprescindível.

Inventam-se palavras, torcem-se sentidos. É também brincando com as palavras que o trabalho do psicólogo se torna possível, no momento em que os desdobramentos a sua livre circulação permitem outros arranjos simbólicos. Falar do trabalho descuido, de um (des)cuidar que não implica negligência, mas que é abertura ao novo como marca. Trata-se de sim, fortalecer espaços já institucionalizados de cuidado dentro do serviço, mas também, e principalmente, da importância de uma escuta atenta e de uma percepção sensível de momentos cotidianos que possuem tanta potência. O chimarrão, o encontro no corredor, o carinho ao fazer café, tudo isso é cuidado, tudo isso acontece no descuido. E ali naquele espaço onde não se imaginava saída, vislumbrar portas de emergência, ou ainda, no lugar das certezas, o exercício de possibilitar novas possibilidades de encontro.

Referências

Benjamin, W. (1996). *Experiência e pobreza*. In: W. Benjamin. Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Editora Brasiliense.

Bertolli Filho, C. (2001). *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Broide, J., & Broide, E. E. (2015). *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. São Paulo: Escuta.

Conte, M., Germany, C., Bastos, D., Coutinho, E., Osório, J., Litvin, R., Rosa, S. M., & Jarczewski, C. A. (2017). *Projeto Semear: uma proposta de reabilitação psicossocial do Hospital Sanatório Partenon para pessoas com tuberculose e outras comorbidades*. In: S. D. Torossian, S. Torres & D. B. Kveller. Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre: Rede Multicêntrica.

Escóssia, L., & Tedesco, S. (2009). *Pista 5 – O coletivo das forças como plano de experiência cartográfica*. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Eds.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 92-108). Porto Alegre: Sulina.

Filho, Alípio de Souza. (2008). *Foucault: o cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística*. In D. M. Albuquerque Junior, A. Veiga-Neto, A. S. Filho (orgs). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Foucault, M. (1977). *Introdução à vida não-fascista*. In: Gilles Deleuze e Félix Guattari. *Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*.

Foucault, M. (2004). *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: M. Foucault, *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Goffman, E. (2008) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Ministério da Saúde. (2011). *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Série A. Brasília/DF: Normas e Manuais Técnicos.

Miranda, A. B. et al. (2013). *Cronista: um lugar em construção: a escuta inscrita e escrita em uma função*. Porto Alegre: Correio APPOA.

Oliveira, H. M. G. (2009). *Perfil epidemiológico de pacientes portadores de TB internados em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(8), 780-787.

San Pedro, A., & Oliveira, R. M. (2013). *Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 294-391.

Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Picon, P. D., Bastos, D. S., & Garcia, P. (1999). *Do isolamento ao sanatório: diferentes práticas e serviços em um espaço de saúde pública de Porto Alegre – de 1909 a 2001*. *Boletim da Saúde*, 14(1), 133-141.

Uyeno, E. Y. (2013). *Coluna de leitores como lettre-de-cachet: como se tece, rasga-se e se cerze a vida na rua*. *Guavira Letras*, 16, 133-154.