

Analice de Lima Palombini

Juliana Cordeiro Krug

Rafael Wolski de Oliveira

Nos últimos anos, no Brasil, a perspectiva da atenção psicossocial no cuidado à saúde mental tem mobilizado a transformação dos modos de fazer a clínica. Concebe-se a clínica, hoje, nessa perspectiva, como uma operação em rede, na qual o singular de um caso é acompanhado por equipe multiprofissional, voltada ao trabalho interdisciplinar que se trama em meio a parcerias interinstitucionais e intersetoriais, bem como a relações com diferentes atores sociais: não só as equipes de setores diversos, mas também o dirigente da associação de moradores, o dono do armazém, o vizinho da esquina etc. Essa transformação é pautada pelos seguintes balizadores da clínica: o cuidado em liberdade nas situações de grave sofrimento psíquico, o que implica acompanhar a loucura nos territórios de vida; uma aposta compartilhada entre vários, que caracteriza o trabalho em equipe e em rede; a desconstrução de saberes-fazeres instituídos e sua reinvenção no singular-plural de cada caso; o protagonismo dos usuários, referido a uma experiência de cidadania que não é mais universal e abstrata, mas imanente às singularidades em jogo.

Na aposta de que as experiências de desinstitucionalização da loucura a que a política de saúde mental tem dado curso constituem momento princeps para colocar à prova a efetividade dessas transformações, trazemos à discussão duas produções de vídeo realizadas a propósito de um mesmo morador de um residencial terapêutico. Esse morador, advindo de longos anos de internação psiquiátrica em regime de confinamento, contra todos os prognósticos que o sentenciavam a uma morte em vida, pôde estabelecer uma relação peculiar com os habitantes da cidade onde se situa o residencial, ao ponto de ganhar estatuto de figura pública e benquista daquele lugar. Em contrapartida, junto à rede de serviços,

não consegue desvencilhar-se do estigma de louco, pelo qual lhe é dificultado o acesso a cuidados básicos de saúde. Acreditamos que a experiência dessas filmagens, com foco nas redes que se fazem ou não, tem o que nos ensinar.

Modos de habitar

Em meados de 2008, surgiu a idéia de produzir um documentário sobre o município de Viamão, na região metropolitana de Porto Alegre, enfatizando as relações dos moradores e trabalhadores do centro da cidade com Abel, um morador do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Morada Viamão, ex-morador de Hospital Psiquiátrico. Nas andanças pelo centro da cidade, acompanhando Abel, ou mesmo sozinho, conversando com as pessoas sobre ele, percebia-se um imaginário rico em histórias sobre sua pessoa. Em um site de relacionamento, mitos e fatos a seu respeito recheavam as páginas, depoimentos e listas de discussão. Andarilho, louco, abandonado, incompreendido, morador de rua, profeta, violento, carinhoso, “gente boa”, entre tantos outros atributos, alguns contraditórios, eram utilizados em uma comunidade cujo título era “Eu conheço Abel”.

Assim formulamos o argumento do documentário: coletar depoimentos de pessoas da cidade com a questão Você conhece Abel? Imaginava-se que os diferentes depoimentos a respeito de uma mesma pessoa não desvelassem uma identidade acerca dela, mas, justamente, viessem complexificar a questão quanto a se conhecer alguém.

Sem um roteiro construído, sem uma pesquisa prévia para identificar possíveis depoentes ou entrevistados, somente de posse de um dispositivo, nossa equipe¹ lançou-se pelas ruas de Viamão em busca de pessoas que quisessem dar seus depoimentos sobre Abel, sobre a cidade e sobre a loucura. Obviamente tínhamos algumas pistas de lugares e pessoas onde poderíamos obter êxito em

¹Participaram da produção desse documentário Greice Andréa Barbosa Machado, Lívia Zanchet e Ricardo André Cecchin, além de mim, Rafael Wolski de Oliveira.

nossa busca: a funerária, a praça, a cafeteria, a tabacaria, o hospital, o “paradão”

Foi dessa maneira que entramos em contato com o universo de relações que Abel construiu em suas andanças e com os discursos acerca de sua pessoa. A atendente da padaria conta que ele passa lá para tomar suco, às vezes está agressivo, mas na maioria das vezes não. O aposentado na praça fala das cenas terríveis que presenciou ao visitá-lo, quando Abel ainda vivia no Hospital Psiquiátrico. O flanelinha, que trabalha em frente à Igreja e é candidato a vereador, diz que Abel é um pessoa carismática e carente, acrescentando que é preciso que alguém o adote e o leve para algum lugar. O agente da funerária nos conta que à noite, se não morre ninguém na cidade, torce para receber a visita de Abel, que é o único que aparece – pois, tendo alguém com quem conversar, seu plantão passa mais rápido. A cabelereira conta, rindo, que, quando Abel aparece no salão, entregam-lhe uma pilha de cartões de propaganda do local e pedem a ele que distribua na concorrência. Diz, ainda, que às vezes Abel perdia seu chinelo e aparecia descalço, e então o pessoal do salão fazia uma vaquinha e lhe comprava um chinelo novo. Enfim, são incontáveis situações que demonstram, entre tantas coisas, que o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico está para além dos serviços de saúde.

Rafael Wolski de Oliveira

Uma rede por vir

Acompanhante terapêutica, caminho com Abel, pelas ruas da cidade, em busca de assistência para o que ele chamava de cegueira. Abel tinha o desejo de voltar a enxergar, pois estava em um grau avançado de catarata e precisava de cuidado. A nossa caminhada, documentada no vídeo Itinerários de Abel pelo SUS, simboliza a busca por atenção integral e de qualidade na rede de saúde pública brasileira. O caminho foi longo: passamos inicialmente pela consulta na Unidade Básica de Saúde; após, Abel foi encaminhado para especialista; passamos pela marcação da consulta da rede especializada; esperamos. Enfim, a tão aguardada consulta com oftalmol-

ogista acontece, e exames específicos lhe são solicitados. Abel fez os exames, e partimos para a reconsulta. Depois dessa reconsulta, Abel foi encaminhado para oftalmologista cirurgião especialista em catarata, que deu seu veredicto: “por questões psicossociais não é possível fazer a cirurgia em Abel” – ele, o médico lavava as mãos, literalmente, enquanto dava a notícia. Tanto o ato literal de lavar as mãos, quanto a metáfora em lavar as mãos simbolizam algo maior: o preconceito, a marca, o estigma sobre a loucura. Por ser louco e vindo de uma instituição total, não valia a pena fazer a cirurgia, essa foi a mensagem passada a nós.² Outros vários exames foram solicitados, inclusive exames não disponíveis na rede municipal, que nos tomou muito tempo, fomos em busca de outras alternativas e seguimos em frente a fim de concretizar o desejo de Abel em voltar a enxergar.

A produção do vídeo Itinerários de Abel pelo SUS aconteceu em 2010, de modo despretensioso, a partir da peregrinação vivida por nós e do recorte de algumas filmagens desse percurso. A ideia foi mostrar que existe uma rede de atenção à saúde que precisa ser qualificada e, principalmente, mostrar que o estigma da loucura e o manicômio mental pode estar presente em cada um de nós e, mais forte que os muros de tijolos, podem, sim, interromper sonhos, desejos, tolher direitos, marcar, ferir ou simplesmente deixar morrer à mingua, em busca de algo que não se concretizaria.

Juliana Cordeiro Krug

O que se aprende

Do contraste dessas experiências, propomos colher algum ensinamento, possibilitando a abertura para o acolhimento da diferença por parte de uma rede já instituída de serviços de saúde, ainda arraigada a modos cronificados de cuidar.

²Sabe-se que a recuperação de uma cirurgia de catarata é bastante exigente, do ponto de vista do cuidado, o que pode ter motivado a contraindicação da cirurgia por parte do especialista. Contudo, isso não deveria eximi-lo da responsabilidade pela situação clínica de Abel, da tomada em consideração da vontade deste, da apresentação dos prós e contras, para uma decisão construída, finalmente, de forma compartilhada.

Abel, apesar do confinamento a que foi submetido por anos a fio, apesar de sua fala rudimentar, do equilíbrio precário de seu corpo, encontra, na materialidade dos panfletos de propaganda que se distribuem nas ruas, algo que orienta a circulação que vai inventando para si na cidade. É disso – que se apresenta como sua produção sintomática, esse moto contínuo de pegar panfletos e os repassar – que ele faz o seu estilo, marcando sua presença na cidade, estabelecendo laços com homens e mulheres comuns que vivem ou trabalham no centro de Viamão.

O êxito de sua inserção – ou (des)inserção, como propõe Andréa Guerra e Cláudia Generoso (2010), significando a forma singular de saber fazer com o seu sintoma que permita um certo acordo de convivência consigo mesmo e com o Outro – esse êxito, que ele obtém entre o comum dos habitantes da cidade, não se repete junto à rede de serviços de saúde, onde o estigma da loucura pesa mais do que o estilo – embora essa rede esteja referida, ou deveria estar, aos princípios do SUS de universalidade do acesso e de equidade no atendimento.

No lugar de acolhimento, o que a rede de saúde faz operar em circuito é a repetição da exclusão, lançando o usuário num movimento contínuo de passagem por esses serviços, de pouca acolhida e frágil acompanhamento, mas sobretudo sem espaço para o protagonismo.

Com relação a esses dois circuitos que Abel percorre – um que lhe insere nas relações de troca cotidianas, a partir da sua diferença; outro que o exclui, que o deixa à margem por conta dessa mesma diferença –, a equipe do Residencial Terapêutico é convocada a uma dupla função. Por um lado, trata-se de acolher e acompanhar os movimentos de Abel na cidade, suportar o risco desses movimentos, abster-se de proteção, abster-se de controle, suportar seu não-saber, seu não-poder, o fato de não ser Toda na relação com o morador. Por outro lado, é preciso percorrer com Abel o circuito dos serviços, buscando fazer, desses serviços, rede; é preciso aí, em relação a essa rede, proteger, fazer-saber, acionar mecanismos de controle, fazer ver em vez de recusar a diferença, tensionando, instigando os serviços a oferecer a Abel o cuidado que lhe é de direito.

A psicanálise pode orientar essa dupla direção de trabalho, na medida em que foca o singular de cada caso, não para ser absorvido por um universal hegemônico, homogeneizante, mas, como mostra França Neto (2010), para, em sua diferença, que se faz localmente, forçar a abertura de universais possíveis.

Analice de Lima Palombini

Referencias

França Neto O. Trabalhando na Diferença. In: Guerra, AMC; Moreira, JO (orgs.). A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social. 1ed. Curitiba: Editora CRV Ltda, 2010.

Guerra AMC, Generoso CM. A inclusão social pensada a partir da desinserção: uma contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr08-andrea-maris-campos-guerra-e-claudia-maria-generoso.pdf>. 2010. Aces-so em 10-04-2015.

Videos

Oliveira RW. Eu Conheço o Abel: disponível em <https://vimeo.com/96031243>

Krug JC. Itinerários de Abel pelo SUS: disponível em <https://youtu.be/s7zfVfqblt8>

O acompanhamento terapêutico na desinstitucionalização

Ana Paula Carvalho da Costa

Caminhando pelas ruas de Trieste, o paciente dirigiu-se ao motorista e solicitou-lhe que o levasse às ruínas gregas. O motorista, atendendo ao pedido, conduziu-o a um terreno abandonado, tendo ao centro uma casa demolida. O passageiro saiu do carro, observou as ruínas, e retornou ao hospital junto com o motorista. Após escutar esse relato, não o registrei como uma proposta ideal de modelo terapêutico ou uma moralista lição de solidariedade. O episódio narrado [por Basaglia] ilustrava teses filosóficas e políticas fundamentais para o entendimento do movimento de Reforma Psiquiátrica que nascia na Itália.

Luís Antônio Baptista

Apresentação

A importância de pensar a função do acompanhamento terapêutico (AT) na desinstitucionalização da loucura se dá no sentido de tornar cada vez mais efetivo este movimento surgido em meio à proposta da reforma psiquiátrica brasileira¹. A proximidade entre estes dois conceitos é perceptível a partir dos pontos de contato entre eles: o AT tem sua origem nas tentativas de inserir os sujeitos portadores de sofrimento psíquico nos espaços sociais de onde eles estão afastados em função de sua condição psicossocial; a desinstitucionalização, por sua vez, igualmente almeja uma ampliação dos

¹Sobre o surgimento do AT e o uso dessa prática no Brasil, conf. Cabral (2005).