



**ARTESAO S DA SAÚDE: SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM
PORTO ALEGRE
Karol Veiga Cabral**

ISBN:
Dipòsit Legal: T. 1038-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



ARTESÃOS DA SAÚDE:

SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM PORTO ALEGRE

Károl Veiga Cabral

Tese de Doutorado



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ARTESAO DA SAUDE: SAUDE MENTAL E PARTICIPAO SOCIAL EM PORTO ALEGRE

Karol Veiga Cabral

ISBN:/DL:T. 1038-2011

Károl Veiga Cabral

**ARTESÃOS DA SAÚDE:
SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM PORTO ALEGRE**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Prof. Dr. Ángel Martínez-Hernández

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2010



Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona
Tel. 977559595
Fax 977559597

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Artesãos da saúde: Saúde mental e participação social em Porto Alegre”, que presenta Károl Veiga Cabral para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta Universidad.

Tarragona, 29 de noviembre, 2010.

El Director de la tesis doctoral

Dr. Ángel Martínez-Hernández

SUMÁRIO

Agradecimentos	07
Artesanos de la salud: Salud Mental y participación social en Porto Alegre (Resumen en Castellano)	10
Resumo	14
Resumen.....	15
Abstract	16
Introdução.....	17
1. Artesãos da saúde: quando a mão se reencontra com a cabeça.....	28
2. O trem dos loucos.....	60
3. Políticas do (des)encontros.....	79
4. Artesania dos encontros: a política.....	104
5. Artesania dos encontros: o vínculo.....	127
6. Artesania dos encontros: o fluxo.....	165
7. A cidade como oficina do artesão da saúde.....	199
8. Conclusão.....	211
9. Bibliografia.....	219
10. Anexos.....	230

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada, muchas gracias, merci. É preciso enunciar nas três línguas que se mesclaram, se encontraram, às vezes se enfrentaram e muitas vezes se fundiram nesses anos de doutorado. Português, castelhano e catalão. Dessas sonoridades, nas suas diferenças e semelhanças, compuseram-se as experiências vividas nos últimos anos. A língua fala, é palavra, mas também é ação. Não poderia iniciar esta série de agradecimentos sem dar a relevância a essas três companheiras de percurso, já que compõem o tramado desta história. Mas não foram só as línguas que se encontraram: foram cheiros, temperos e sabores. Experiência rica, às vezes dilacerante, mas absolutamente intensa nesse tempo de vivências por terras estrangeiras, que hoje podem se presentificar em minha história como parte de mim. Devidamente mergulhada nessas águas mediterrâneas, faço minha suas ruas, seus bairros e suas gentes. Por isso não posso dizer adeus, mas sim até logo.

Deixo um agradecimento mais que especial à minha mãe, que bravamente incentivou a minha vinda para longe, quando necessariamente sempre me quer muito perto. Ser mãe incondicionalmente (pelo menos uma mãe suficientemente boa) é poder deixar ir com a certeza de que, justamente por esta liberdade, o filho sempre poderá voltar. Obrigada! Casa de mãe é porto seguro, é garantia de afeto e comida quentinha. É ser mimado nas mais mínimas coisas, receber um carinho incondicional e ainda ter a liberdade deste ir e vir com a certeza de que a cada regresso encontraremos novamente o mesmo sorriso.

À memória de meu pai, que como citação do passado se presentifica em mim, agradecimentos também especiais, por ensinar que a vida é pra ser vivida em sua intensidade e que mais vale cultivar as amizades, desfrutar do bom da vida do que preocupar-se em demasia com as tristezas e os rancores. A ele, devo o meu lado boêmio e festeiro e o gosto de andar pelo mundo.

Ao Márcio, companheiro de aventuras e desventuras, parceiro de todas as horas, marido, amigo e colega. ¡Gracias por venir! Sem ele, nenhuma experiência seria completa.

Aos meus irmãos Carmen Carolina e Décio, que às suas maneiras sempre me acompanharam e apoiaram ao longo de minha vida. Ser filho único deve ser de uma tristeza infinita, e agradeço a eles todos os momentos que compartilhamos juntos. Graças a eles, ampliei minha família, ganhando novos irmãos: Marcus Vinícius e Sabrina.

Aos meus sobrinhos Ana Carolina, Leonardo e João Pedro, que nos transportam a cada dia – com suas descobertas, suas indagações e suas travessuras – ao universo encantado da infância.

Aos meus tios Jorge e Luiza e meus primos Jorginho e Luizinho, que mais que tios e primos são pais e irmãos, família ampliada que acolhe incondicionalmente e que é puro afeto. Sei o quanto lhes custou esses anos de afastamento e o quanto investiram para que sempre que possível pudéssemos estar juntos. Por todos os esforços, o meu muitíssimo obrigado.

A todos os meus familiares, de sangue ou por união, que de perto ou de longe sempre me acompanham em sua presença suave.

A Angel Martínez, Letícia, Enric e Irene, por compartilharem seus cotidianos e recriarem conosco, no Parque da Ciudadella, as nossas memórias do parque da Redenção.

Aos amigos de fé de lá: Analice, Maria Cristina, Rebeca, Cristiane Knijnik, Simone Frichenbruder, Sandra Fagundes, Salete, Vera Resende, Régis, Ricardo, Zeca Saraiva, Rafa e Baptista. Por todos os momentos, por todas as trocas, pelos afetos e pelos ensinamentos. A Leila, em memória, pelo vazio que ainda me gera sua ausência.

Aos amigos de fé de cá: Fabiana, Martín e Caetano. Por serem família e oferecerem borda quando a sensação de não pertencimento se fazia mais dura; a Nádia, Gaston, Paloma e Lulú, por todo o carinho e pela intensidade das trocas estabelecidas; a Leonardo Segalin, em sua presença constante; a Cláudia, por sua criatividade contagiante; a Piritama, pelas sonoridades compartilhadas e também à sua família.

A toda a família nikosiana: Dolores, puro afeto; Xavi, companheiro de todas as horas; Joan Lorenzo e seu enorme sorriso; Joan Garcia e sua palavra filosófica; Txell e seu brilho nos olhos; Gorka, pura doçura revestida de anarquismo; Alberto, sempre

ligado e imaginativo; Princesa Inca e sua poesia; Almudena e sua suave presença; Raul, com conhecimentos de cinema e literatura; Gris e sua voz de locutora; Pau e sua genialidade incrível; Aida e seu olho sensível sempre capturando imagens; Lucía e sua inabalável determinação; Marisa Campos, mãe, mulher e guerreira; Juan Puig “un cielo”; Bob, Laura, Mário, Santiago, Eric, Eugênia, Alba, Santi, Jaume, Nacho, Albert, Yolanda, Enric, Maribel, Oscar, Silvia, Julie, Bucana, José Luis, David, Marijo, Jordi, Jota, a tantos outros que passaram, passam e passarão. ¡Gracias por todo! Por el afecto, por el cariño, por la complicidad...

A todos os companheiros do Fórum Gaúcho de Saúde Mental de Porto Alegre e em especial a Paulo Michelin, grande amigo e companheiro de todas as batalhas.

Às companheiras de jornada por terras catalanes – Marisa Pugès, Laura, Karina e Vanessa –, com quem pude compartilhar agradáveis horas de trabalho. E à Mariana Indart, que com sua suave firmeza me apresentou a rede Umbral e me ajudou a reconstruir uma parte de mim, auxiliando-me a retomar o exercício clínico em terras estrangeiras.

A Porto Alegre e Barcelona. Cidades das quais me aproximo e me afasto, nesse processo de ir e vir, por deixarem-se habitar, por não se deixarem, por me fazerem questão. Desde seus enigmas, suas belezas e sua dureza, auxiliaram-me muito na realização deste trabalho.

ARTESANOS DE LA SALUD:
Salud Mental y participación social en Porto Alegre
(Resumen en Castellano)

El presente trabajo parte de nuestra experiencia como profesional de la salud. Para la realización de esta tarea proponemos como horizonte posible la imagen de un artesano de la salud; es decir, alguien que por su compromiso ético, su sentido de colectividad, su postura autocrítica, su disposición para el encuentro con el otro en su alteridad, asuma una postura investigativa, debidamente motivada, pero con modestia y conciencia de sus insuficiencias, que reconozca que el tiempo de realización de tal tarea pueda ser otro y, por lo tanto, asuma la lentitud como elección.

La necesidad de comunicar lo vivido, de transformar la vivencia en experiencia comunicable, como nos enseña Benjamin (1994), nos hace enfrentar el desafío del texto escrito. Las aventuras y desventuras de la escritura hacen posible un espacio y un tiempo de investigación para la autocrítica y la reflexión necesaria que ella genera. También para emprender una búsqueda narrativa explícita que nos permitan rescatar la historia del sujeto. No podemos representar la complejidad de lo vivido, sin embargo podemos, a través de la escritura, atestar de lo vivido, dejar alguna marca, un proceso de registro, rescatar las narrativas del olvido.

Recorremos a la antropología como punto de anclaje para esta investigación que parte de un territorio/ciudad llamado Porto Alegre. La etnografía, como instrumento de análisis dialógico, nos ofrece la posibilidad de alejarnos y aproximarnos del proceso. La etnografía permite incorporar lo vivido, y no sólo eso: partir de ello. Posibilita una perspectiva autocrítica donde el investigador es la principal herramienta. No genera modelos en los cuales datos y análisis se fragmentan, como en el proceso productivo industrial. La etnografía es artesanía.

La metodología etnográfica nos parece la herramienta menos contradictoria para la realización de esta investigación y para descontaminarnos de nuestra mirada de técnicos. La simetría y horizontalidad de saberes se configura como un instrumento indispensable en este escrito. Se trata de dar voz a este otro discurso, a las personas anónimas que pueden ser llamadas sujetos, informantes, investigados, etc., pero que en

verdad son las personas que sostienen los sistemas y los procesos de salud en Porto Alegre, en Barcelona o en cualquier otra ciudad. Ellos son los verdaderos protagonistas de esta historia. Son trabajadores, miembros del movimiento social, usuarios o familiares; son estudiantes, son redactores, son artesanos de la salud, que con su oficio diario tejen y sostienen las redes en las cuales nos articulamos.

Para contar esta historia partiremos de la idea defendida por Sennett (2009) de artesanía y la tomaremos análogamente para proponer la idea de una artesanía en salud. Así, nuestro hilo conductor será nuestro personaje, el artesano de la salud. La historia de este personaje, de este hombre de la multitud, empieza a ser escrita a través de algunas acciones ocurridas en el territorio del Estado do Rio Grande do Sul, teniendo como escenario el espacio conflictivo de la reforma psiquiátrica y las dificultades para desarraigar prácticas de cuidado cronificadas en la cotidianeidad. No tenemos la pretensión de agotar el tema y somos conscientes de las múltiples experiencias vividas en este campo en nuestra ciudad. Recortaremos algunas de estas experiencias, de las cuales hemos tenido el privilegio de participar para contar aquí esta historia. Utilizaremos la metodología de la etnografía para auxiliarnos a analizar los discursos y las prácticas, dando voz a los verdaderos protagonistas de esta historia, facilitando un conocimiento que sea más encuentro que certeza.

La primera acción es política y se produce en el *Conselho Municipal de Saúde* de la ciudad de Porto Alegre del cual formamos parte como “control social”, representando el *Fórum Gaúcho de Saúde Mental*. La segunda acción, asociada con el vínculo terapéutico, presenta la política de educación permanente en el ámbito del “acompañamiento terapéutico” a partir de diferentes espacios de formación. Finalmente, la tercera acción se vincula con el trabajo de radio, con los flujos, a través de las experiencias del *Coletivo Potência Mental* y de la *Asociación Socio Cultural Radio Nikosia*.

Tales experiencias nacen de la posibilidad del cuestionamiento de las prácticas de cuidado en salud mental en el contexto de la reforma psiquiátrica; reforma que en Brasil está directamente vinculada al movimiento de la reforma sanitaria y las conquistas legales preconizadas por el *Sistema Único de Saúde* (SUS) en el arduo conflicto de conquistas del movimiento social. Los embates teóricos, técnicos y políticos dibujan el escenario de la historia de la salud mental en nuestro país. Vivimos divididos entre las posibilidades de encuentro e instauración de una nueva política de

salud que respete la diversidad, que sea capaz de proponer acciones reales de inserción de los usuarios. También que sea capaz de armar una red que contenga a los usuarios sin aprisionarles, incluyendo a sus familias. En resumen, una política que enfrente el desafío de producir salud respetando las premisas del SUS y auxiliando a los sujetos para que redescubran su lugar en la sociedad.

En Brasil, todavía existe un sector conservador que opta por negar los avances de la reforma psiquiátrica y por atacar constantemente todas las iniciativas que surjan en este sentido, que es partidario de la política del confinamiento, vía el ingreso psiquiátrico como la principal herramienta de tratamiento. Desde esta perspectiva se banalizan los cuestionamientos, estudios y denuncias del movimiento por los derechos humanos sobre prácticas que bien podemos considerar como instrumentos de tortura: la terapia electroconvulsiva (TEC), la negación del derecho a libertad, el tratamiento involuntario, la negación de la ciudadanía y la descalificación más perversa y contundente del discurso de la locura. El sector conservador banaliza al ritmo sincopado de una economía política de la industria de la locura.

Estos impases que interrumpen el flujo de las políticas de los encuentros son objeto de nuestro estudio. También las posibilidades de resistencia que cada uno de nosotros es capaz de operar en el enfrentamiento con estas fuerzas globales de aprisionamiento. A través del papel del agente regulador del sistema, el consejero de salud, mostramos cómo es posible que una sociedad civil organizada frente los embates en la construcción de nuevas políticas de salud. A través de la implementación de la figura del acompañamiento terapéutico como dispositivo de la reforma psiquiátrica, se argumenta cómo es posible elevar esta herramienta a una política de salud en el campo público que pueda redimensionar el escenario de la atención. Abrir espacios de educación permanente, como forma de acompañar los enfrentamientos de la cotidianeidad y dar espacio al profesional para cuestionar lo vivido, se convierte también en una acción necesaria como política pública. Con las ondas de la radio como dispositivo de producción de salud y de creación de un nuevo discurso sobre la salud mental, elevamos la potencia de contagio en altísimos decibelios, haciendo que el mundo oiga esas voces, se identifique con ellas y pueda alterar miradas y posturas en relación a la enfermedad mental.

En último término, proponemos tomar la ciudad, ocupar el espacio urbano, circular por él, vivir intensamente la posibilidad de los encuentros y desencuentros que

éste promueve, tomando el espacio privilegiado para el azar/acontecimiento. Defendemos que la ciudad, o mejor, el espacio social, es la oficina de nuestro artesano de la salud. Es en este campo donde se produce el azar/acontecimiento como productor de transformaciones. Es ahí donde el artesano de la salud se depara con su materia, estudia, experimenta, acierta y se equivoca.

Podemos acordar el gran enseñamiento de Arendt (2003) cuando dice que es justo en la esfera pública, como espacio de ser visto y oído (palabra y acción), que el sujeto podrá tornar públicos los elementos de su espacio privado. Por ello que, para esta autora, el espacio público es el único posible para el ejercicio de la libertad, pues todo aquello que permanece en el campo privado forma las cadenas que nos privan del contacto con el otro, con la alteridad.

Como investigadora de las ciudades no puedo dejar de mezclarme en ésta y vivir intensamente los efectos que tal acto produce: falta de aire, presión, momentánea confusión de sentidos, necesidad de salir, de emerger, de tomar aire. Cuanto más fuerte la mezcla más fuerte sus efectos, pero también nuestra capacidad de observación detallada de este entorno que se mueve al nuestro alrededor.

Para conocer el mundo necesitamos observarlo en detalle, como hace el artesano con su materia. Estamos hablando de una postura, de una actitud frente a la investigación necesaria al etnógrafo, ya que la etnografía se presenta como un instrumento de investigación que permite al investigador aprovechar intensamente su capacidad humana de recibir impresiones sensoriales en el intento de organizar el pensamiento para enfrentarse con la tarea de comunicar lo vivido y observado. Este trabajo exige una inmersión física y psíquica del investigador en la tarea que realiza. Así como la marca del narrador se presenta en lo narrado, tendrá efectos sobre la escritura del investigador, dibujando una textura singular. Es cierto que no se puede concebir la realidad observada sin llevar en cuenta aquel que observa, pues su mirada, sus análisis teóricos, determinan la forma como esta realidad será presentada.

Es desde este intenso contagio que intentaremos rescatar algunos recortes, algunas voces para ayudarnos a dar testimonio del proceso vivido, de las historias que se dibujaron en estos encuentros y desencuentros en los espacios de estas distantes *urbs* que habitamos diariamente, en las cuales nos movemos, nos perdemos, nos encontramos, sufrimos y vivimos.

RESUMO

Este trabalho propõe a imagem de um artesão da saúde que possa, analogamente ao artesão, desempenhar sua tarefa pelo simples desejo de fazê-la bem, com autocrítica, compromisso, entusiasmo e cooperação. É alguém aberto ao encontro com o outro em sua alteridade e busca essas possibilidades. O artesão da saúde reconhece as vicissitudes da matéria com a qual trabalha e sabe que enfrentará resistências e ambiguidades. Tal situação aguça-lhe a imaginação na perspectiva de buscar novas formas e ferramentas para abordar sua matéria. Aceita a lentidão como escolha e aprende a trabalhar com a suspensão do desejo de conclusão da tarefa para poder realizar sua obra. Neste trabalho, partirei de experiências desenvolvidas em Porto Alegre: o agente do controle social no Conselho de Saúde; o acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica nos diferentes espaços de educação permanente em saúde; e o redator de rádio em Porto Alegre e Barcelona.

Palavras-chave: saúde mental coletiva; participação social; educação permanente; acompanhamento terapêutico; rádio.

RESUMEN

Este trabajo propone una imagen del artesano de la salud que pueda, análogamente al artesano, desempeñar su tarea por el simple deseo de desaljarla bien, con autocrítica, compromiso, entusiasmo y cooperación. Es alguien abierto al encuentro con el otro en su alteridad y que busca estas posibilidades. Reconoce las vicisitudes de la materia con la cual trabaja y sabe que enfrentará resistencias y ambigüedades. Tal situación le despierta la imaginación para buscar nuevas formas y herramientas para abordar su materia. Acepta la lentitud como elección y trabaja con la suspensión del deseo de conclusión de una tarea para poder realizar su obra. En este trabajo partiremos de experiencias desarrolladas en Porto Alegre: el agente del control social en el consejo de salud, el acompañamiento terapéutico como el dispositivo de la reforma psiquiátrica en distintos espacios de educación permanente en salud y el redactor de radio, en Porto Alegre y Barcelona.

Palabras clave: salud mental colectiva, participación social, educación permanente, acompañamiento terapéutico, radio.

ABSTRACT

This work proposes an image of a health craftsman that can performing his task by the simple desire to do it well, with criticism, commitment, enthusiasm and cooperation. It is open to meeting someone in its otherness and seeks those possibilities. A Health Craftsman recognizes the vicissitudes of matter they work and know that will face resistances and ambiguities. This situation sharpens his imagination of seeking new ways and tools to approach its material. Low speed accepted as a choice and learn how to work with a discontinuance conclusion desire of the task in order to accomplish his work. This case starts with experiences developed in Porto Alegre: the social control agent in Health Council, the therapeutic accompaniment works as a psychiatric reform device in different environments of health permanent education; and the writer for radio in Porto Alegre and Barcelona.

Keywords: collective mental health, social participation, permanent education, therapeutic accompaniment, radio

INTRODUÇÃO

Escrever é uma forma de produzir marca, de registrar algo que possa ser recuperado pela leitura de outro. Historicamente, os humanos sentiram a necessidade de deixar essas marcas, esses escritos. Desde as pinturas rupestres até a invenção de um alfabeto que permitiu ao homem universalizar, em certa medida, sua forma de comunicação, somos convocados a registrar e a decifrar tais registros. A escrita pode ser tomada como uma forma de artesanania, já que, através do esforço de comunicar, a mão e a cabeça unem-se em um processo longo e reflexivo de escrita e reescrita de um texto. Esse processo exige de quem escreve a suspensão do desejo de finalizar a tarefa que se prolonga entre um polimento e outro. É um trabalho de análise da matéria, de polimento, de inserção e descarte, de tomada de distância para depois produzir nova aproximação até que se possa considerar o texto como acabado.

Alguém que se ofereça na posição de primeiro leitor, este decifrador, neste caso o diretor da tese, atesta o ir e vir de parágrafos, os descaminhos vividos no processo, daquilo que sobra, invadindo o texto e quebrando seu ritmo, e também aquilo que faltou ser dito. O primeiro leitor tem por função auxiliar no processo de polimento da escrita para que dela possa emergir uma obra, um texto que tenha a força de comunicar a outros o processo vivido. São tarefas visivelmente difíceis, tanto a da escrita quanto a de quem a acompanha tão de perto.

A escrita que aqui apresento é resultado desse processo de ir e vir de parágrafos, autores, citações, mas também de ideias, ideologias e desejos. A intenção de provocar uma reflexão sobre um determinado fazer em saúde, neste caso uma artesanania da saúde, convoca os leitores a questionar as práticas vigentes em saúde mental e oferece alguns pontos de resistência através dos quais se possa romper com a hegemonia do modelo biomédico. Defendo claramente uma política em saúde que convoque os diferentes atores sociais para tomarem parte dela, para produzirem crítica ao modelo oferecido e serem capazes de inventar algo novo, capaz de verdadeiramente produzir reinserção

social ao portador de sofrimento psíquico grave, que rompa as grossas paredes do manicômio, que lute contra o estigma e, por fim, invada a cidade, ocupando-a desde sua diferença. Tal tarefa só se faz possível se existe a possibilidade de um encontro, de que algum acaso/acontecimento perpassa a existência dos distintos sujeitos envolvidos em processos de vida.

Para a realização de tal tarefa, proponho como horizonte possível a imagem de um artesão da saúde, isto é, alguém que por seu compromisso ético, seu senso de coletividade, sua postura autocrítica, sua disposição para o encontro com o outro em sua alteridade, assuma uma postura investigatória, devidamente motivada, mas com modéstia e consciência de suas insuficiências, que reconheça que o tempo de realização de tal tarefa possa ser outro e, portanto, assuma a lentidão como escolha, não perca o entusiasmo e seja capaz de suspender seu desejo a concluir uma tarefa em prol de um resultado mais acabado, mais trabalhado da mesma.

De acordo com Sennett (2009), na oficina do artesão a palavra era muito utilizada como recurso de ensino, colocando-se como mais eficiente que a escrita, já que quando apenas lemos uma instrução não temos a possibilidade de sanar dúvidas com ninguém. Longe de renunciar a escrita, o que o autor propõe é aceitar o desafio que ela nos impõe, criando instruções que sejam expressivas. Através deste escrito, tentarei demonstrar de forma expressiva a história que quero contar. Procurarei desmontar passo a passo o conhecimento já internalizado na rotina de nossas atividades, buscando analisá-las com outros olhos, através de outras disciplinas.

O presente trabalho parte de minha experiência como profissional de saúde, como professora, acompanhante terapêutica e cidadã no exercício da participação social e do movimento social. Por partir de distintas faces que me compõem – mulher, psicóloga, militante, professora, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, clínica, agente do controle social etc. – dou visibilidade ao caos no qual me vi submersa quando da tarefa de atestar tal percurso, mantendo a coerência e o foco no meu problema de pesquisa. Viver é uma coisa, atestar o vivido é outra bem diferente. Escrever implica viver outra vez o processo, recuperar as narrativas oriundas do mesmo e transformá-las em experiência comunicável. Vejo-me frente à difícil tarefa de dar conta através de um escrito desse vivido.

Como manter a tão recomendada neutralidade crítica do investigador, quando se está mergulhado no turbilhão que compõe a vida? Como manter o exigido rigor

acadêmico? Como aproximar-se do campo, colher informações junto aos informantes, analisá-las e apresentá-las de forma clara, imparcial e crítica? São desafios que, confesso de saída, me pareceram impossíveis de vencer. O campo de pesquisa é meu lugar de trabalho e, portanto, de produção de vida, de contágios, de encontros. Lugar de possibilidades, como afirmo exaustivamente ao longo deste escrito, onde o encontro com o outro em sua diversidade provoca necessariamente, naquele que o busca, transformações. Foi isso o que afirmei teoricamente e o que vivi na prática. Daí a difícil tarefa de tomar distância do vivido para transformá-lo em experiência comunicável, como já advertia sabiamente Melucci (2001: 168): “De qual ‘realidade’ fala, de fato, o pesquisador, se não daquela que ele mesmo constrói na interação circular com os seus objetos?”.

Felizmente não me encontro sozinha nessa estrada. Ao fazer a necessária revisão teórica sobre o tema, deparei-me com muitos autores que afirmavam que, partindo de suas próprias vivências no campo de investigação, de uma observação participante e, portanto, atuante em algum sentido, tornava-se difícil que o grau de implicação com o que se produz não ficasse devidamente explicitado no corpo do texto:

“Rechazo por eso el academicismo radical de los antropólogos que conducen nuestra disciplina a una arqueología, y desde mi posición académica, de intelectual que ama y disfruta de su profesión, me preocupa que esta disciplina se quede sólo en el plano de hacer análisis críticos, desde la cómoda posición de intelectual de academia sin intentar desplegar sus usos y sus capacidades sociales en políticas de intervención, su capacidad de proponer y de discutir y de evaluar soluciones. Cuando hablo con mis colegas latinoamericanos, admiro su actitud militante ante una realidad que no permite contemporizar.” (COMELLES, 2006: 384)

Também Delgado (2010) dá mostras de que nem só os latino-americanos contagiam-se com as paixões que solapam o edifício teórico e investigativo do pesquisador. Em seu livro *La ciudad mentirosa*, defende apaixonadamente a cidade de Barcelona, que ao mesmo tempo ama e odeia, denunciando o intento de liquidar uma das mais apaixonantes cidades da Europa em nome de um projeto político e urbanístico que a converte na *top model* da vez. Delgado (2007) também aponta que a realidade a

qual pesquisamos sempre nos sobrepassa e que a teorização acaba sendo uma aproximação que tenta dar conta de comunicar o vivido, já que, como cientistas sociais, tentamos esclarecer os mecanismos que organizam os fatos, o que sempre acaba por gerar como efeito uma simplificação entre o observado e vivido e o narrado. Devemos ter consciência de tal processo e de nossa incapacidade de representar a partir de um modelo o mundo em que vivemos, já que nosso trabalho está, de início, fadado a ser provisional e incompleto.

Muitos outros exemplos poderiam ser aqui apresentados para corroborar minhas desculpas ao leitor de que não mantereí a neutralidade recomendada e de que sou conhecedora das limitações e da incompletude de minhas análises. Acredito que tal postura neutra responde a um tipo de investigação que, levando somente em conta o biológico, descarta ou coloca em segundo plano as questões históricas e sociais de cada sujeito.

Menéndez (2005) explicita o quanto o modelo biomédico influi no tipo de investigação e pesquisa que se realiza e o quanto este modelo desenha uma metodologia empirista e positivista. Em nome de uma objetividade científica, evidentemente neutra, no que tange a análise dos sujeitos e objetos que estuda e de identificação exclusiva com a racionalidade científica, a biomedicina gestou trabalhos que não levam em conta o processo histórico e social dos investigados. Tal processo gera a coisificação do sujeito, justamente o oposto do que quero contar neste escrito.

O olhar biomédico ignora a complexidade do sujeito e a incompletude e provisionalidade de seus achados, oferecendo-os como uma verdade acabada: uma medicina baseada nas provas, por utilizar um conceito de nossa modernidade. Marcado por uma objetividade que pretende não incluir o observador no campo da observação, o modelo racionalista não deixa espaço para as dimensões intuitivas e emocionais do comportamento (MELUCCI, 2001). O sujeito fica despossuído da sua aflição, a qual boia à deriva de si mesma, já não é mais a sua posse, senão o espaço de uma nosologia.

A necessidade de comunicar o vivido, de transformar a vivência em experiência comunicável, como nos ensina Benjamin (1994), nos faz enfrentar o desafio da escrita. As aventuras e desventuras da escrita nos vão possibilitar um espaço e um tempo de investigação para a autocrítica e a reflexão necessária que a mesma gera. Também para empreender uma busca explícita pelas narrativas que nos permitam resgatar a história do sujeito. Nunca conseguiremos representar a complexidade do vivido, mas poderemos,

através da mesma escrita, atestar o vivido, deixar alguma marca, algum processo de registro, resgatar as narrativas do esquecimento.

O que me fez recorrer a um doutorado e ter de enfrentar a missão de escrever uma tese? Qual sua função? Por que na antropologia? E ainda por cima do outro lado do oceano, em Barcelona? São questões que me ocupam e que também merecem espaço de esclarecimento.

Poderíamos dizer que alguém escreve uma tese para poder analisar o processo vivido de forma crítica e reflexiva, dialogando com a teoria para nela encontrar algumas respostas que o campo da investigação suscita. Também podemos dizer que muitas das teses escritas cumprem o papel de recuperar as experiências locais e, através da escrita, dar visibilidade ao processo ocorrido para que o mesmo não se perca, não seja apenas memória daqueles que tiveram a oportunidade de vivenciá-lo. Outro motivo pode ser o de apresentar outros caminhos, outras saídas, afirmar outras possibilidades, descobertas pelo investigador, durante o processo de pesquisa, que ajudem a questionar os modelos aplicados em sua área e afins. Transformar o vivido em escrita supõe uma responsabilidade ética que deve ser construída entre quem observa e quem é observado, uma tarefa por si só difícil, porque faz dialogar o diverso. Evidentemente, também escrevemos uma tese para defender determinados pontos de vista, para afirmar determinadas teorias e, de certa forma, defender alguns processos de intervenção, assim que todo o escrito atesta também uma ideologia que acompanha o investigador, ainda que este esteja aberto ao diálogo com o outro.

Aqui talvez se torne claro por que recorri à antropologia como ponto de ancoragem para esta investigação que parte de um território/cidade chamado Porto Alegre. A etnografia¹, enquanto instrumento de análise dialógico, oferecia-me a possibilidade de afastar-me e novamente aproximar-me do processo. A etnografia permite incorporar o vivido, e não apenas isso: partir dele. Possibilita uma perspectiva

¹ Como método, utilizei a observação participativa, as entrevistas (semiabertas) e observações diretas, bem como a revisão bibliográfica de documentação e escritos relativos ao tema, assim como material fotográfico e de vídeo. Neste trabalho, apresentarei distintas ações como a participação no Conselho Municipal de Saúde, de 2005 a 2007, trabalhando junto a um grupo de aproximadamente 150 pessoas na plenária e 35 na comissão; o curso Básico de Qualificação em AT, realizado de 2000 a 2003 e formando 120 pessoas; a Assessoria ao HPSP, de 2001 a 2002, abrangendo aproximadamente 30 trabalhadores e também a equipe diretiva composta por quatro pessoas e a gestão governamental, com dois representantes; o Programa de Extensão e Pesquisa em AT – UFRGS, do ano de 2003 ao primeiro semestre de 2007, envolvendo em torno de 50 alunos; e na Residência Multiprofissional em Saúde de 2004, até o presente momento, recebendo a cada ano cerca de 15 alunos residentes e 15 alunos de especialização.

autocrítica e faz com que o pesquisador seja a principal ferramenta de pesquisa. Não gera modelos nos quais os dados e a análise se fragmentam, como num processo produtivo industrial. A etnografia é artesanaria.

A metodologia etnográfica pareceu-me a ferramenta menos contraditória para a realização desta pesquisa e para descontaminar-me do olhar de técnica. A simetria de saberes configura-se como instrumento indispensável neste escrito. Trata-se de dar voz a este outro discurso, a estes anônimos que podem ser chamados de sujeitos, informantes, investigados etc., mas que na verdade são as pessoas que fazem acontecer, que sustentam os sistemas e os processos de saúde em Porto Alegre, em Barcelona ou em qualquer outra cidade. Eles são os verdadeiros protagonistas desta história. São trabalhadores, membros do movimento social, usuários ou familiares; são estudantes, são redatores, enfim, são artesãos da saúde que com seu ofício diário tecem e sustentam as redes nas quais nos articulamos.

Finalmente, resta-me esclarecer o porquê da escolha de Barcelona como ponto de ancoragem para a realização de tal tarefa, que bem poderia ser desempenhada no conforto da pátria amada. São alguns eventos que nos fazem levantar âncora e rumar à jornada. Primeiro, a possibilidade de estar na Radio Nikosia, cuja trajetória eu já reconhecia, pela possibilidade de aprender como fazer rádio com esse grupo. Além de tudo, Nikosia era um grupo de redatores de rádio que se encontrava fora do sistema de saúde, sendo gerenciado por um grupo de profissionais em que a principal marca não provinha do campo da saúde, mas da comunicação. Essa marca singular de Nikosia lhe salva da captura engolfante do sistema de saúde, do seu envolvimento terapêutico, e joga a experiência no território da cidade, que é também o espaço da saúde.

Nesse novo espaço, eu poderia chegar como alguém que se aproxima do projeto para conhecer, para aprender, sem estar tão marcada por um *rol* de especialista, como era o caso em Porto Alegre. No espaço da residência multiprofissional em saúde (RIS), desempenhava a função de supervisora clínica do grupo da psicologia, professora e também membro do grupo de coordenação, portanto, em um lugar bastante marcado e hierarquizado na relação com as alunas, ainda que não fosse de meu desejo e nem tampouco uma política do grupo da RIS. O papel de supervisora, professora e trabalhadora dava certa dimensão avaliativa, de conhecimento, de prestígio social que muito mais que auxiliar em uma relação horizontalizada poderia vir a atrapalhar, como de fato se configurou na primeira aproximação com o projeto da rádio Potência Mental.

Outro motivo era o contato já assíduo com os professores/investigadores da antropologia médica da Universidade de Rovira i Virgili, que me seduziram e me contaminaram com seu olhar antropológico, além de perceber uma identidade no que se refere à posição de escutar o sujeito em sua singularidade, em considerar seu saber profano, como diriam os antropólogos, em simetria com os saberes dos especialistas, reconhecendo a dimensão social e política que compõe o humano.

Estar na Catalunha era também tomar uma distância real dos projetos com os quais trabalhava, para desta posição tentar dar conta de analisá-los. O que, todavia, eu não sabia era o quanto a vivência de estrangeiro me auxiliaria a compreender muitos dos processos vividos, das narrativas escutadas ao longo do caminho. Ser estrangeiro, estranho, sem história, sem referência, sem moradia, sem língua, sem pátria, sofrer na pele essa condição de alienação, na qual o olhar do outro inevitavelmente nos coloca, foi um aprendizado duro, mas importante como experiência de vida, já que me jogava nesse fora de lugar, nesse turbilhão que o ser estrangeiro provoca. Viver em uma cidade absolutamente nova nesse sentido e experimentar a construção de um universo de representações que me permitissem seguir em frente, enfrentar tal desafio e sobreviver a ele.

Muitas das pessoas que escutei ao longo dos anos de trabalho falavam-me do sentimento de solidão, de não pertencimento, de sentir-se o único representante de sua espécie na face da terra. Era uma estranha sensação de não ter identidade com o outro, com nada; uma sensação de que o entorno que se move o faz de maneira enigmática e que não podemos alcançar sua velocidade, pois a sensação de vertigem que nos invade é muito semelhante à posição vivida por um estrangeiro em seus primeiros tempos de recém-chegado.

Alguns momentos e passagens deste escrito falam de vidas reais, de emoções compartilhadas, de lágrimas derramadas, mas também de furtivos sorrisos. São processos de vida na sua complexidade. São efêmeros e instáveis como o vidro das taças de Marina. Têm as marcas do tempo como as rugas de Áurea. Têm a força do pranto de Soledad. Possuem o brilho dos olhos de Nuria. Têm o poder curativo da sonoridade proposta por Paulo. São narrativas repletas de uma verdade única e que as fazem tão reais e legítimas quanto quaisquer outras histórias.

Para contar esta história, partirei do conceito de artesanania defendido por Sennett (2009) e o tomarei analogamente para propor uma ideia de artesanania em saúde. Assim, o

fiu condutor será o personagem, o artesão da saúde. A história desse personagem, desse homem da multidão, começará a ser escrita através de algumas ações ocorridas no território do Estado do Rio Grande do Sul, no que tange ao campo específico da saúde mental, tendo como pano de fundo o espaço conflitivo da reforma psiquiátrica e as dificuldades para desarraigar práticas de cuidado cronificadas no cotidiano. Não tenho a pretensão de esgotar o tema e sou consciente das múltiplas experiências vividas nesse campo em nossa cidade. Recortarei algumas experiências das quais tive o privilégio de participar para contar aqui esta história. Utilizaremos Utilizarei a metodologia da etnografia para auxiliar-me a analisar as discursivas que emergem neste escrito, dando voz aos verdadeiros protagonistas desta história, facilitando um conhecimento que seja mais encontro que certeza.

A primeira ação se dá no Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre, e trata das políticas em que tomei parte como controle social², representando o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A segunda ação, que aborda o vínculo, apresenta a política de educação permanente no âmbito do Acompanhamento Terapêutico³. Finalmente, a terceira ação vincula-se com o trabalho de rádio, que lida com os fluxos, através das experiências do Coletivo Potência Mental e da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia.

Tais experiências nascem da possibilidade do questionamento das práticas de cuidado em saúde mental à medida que vamos reformulando a abertura proposta pela reforma psiquiátrica. Esta abertura, no caso brasileiro, está diretamente vinculada ao movimento da reforma sanitária e às conquistas legais preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no árduo conflito de conquistas do movimento social no território brasileiro. Os embates teóricos, técnicos e políticos desenham o cenário da história da saúde mental em nosso país. Vivemos divididos entre as possibilidades de encontro e instauração de uma nova política de saúde que respeite a diversidade, que seja capaz de

² No Brasil, desde o advento do SUS, criaram-se instâncias chamadas Conselhos de Saúde, nas quais é possível o exercício do controle social via a participação ativa dos cidadãos. No capítulo cinco, detalharei com profundidade o funcionamento dos mesmos, mas aqui cabe ressaltar que o controle alude à democracia participativa e, portanto, a um exercício de cidadania que convoca o cidadão comum a fazer parte da gestão da saúde em sua cidade.

³ Esta ação é levada a cabo em diferentes espaços de formação, a saber: Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico, realizado na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; a Assessoria aos Serviços Residenciais Terapêuticos, realizada junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro; o Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto ao Instituto de Psicologia; e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que atualmente se encontra vinculada à mesma universidade, tendo como base o Programa de Pós-Graduação em Educação, via o Núcleo do EducaSaúde.

propor ações reais de inserção dos usuários. Também que seja capaz de armar uma rede que contenha os usuários sem aprisioná-los, incluindo as suas famílias. Em resumo, uma política que enfrente o desafio de produzir saúde respeitando as premissas do SUS e auxiliando os sujeitos a redescobrirem seu lugar na sociedade.

No Brasil, ainda existe um setor conservador que opta por negar os avanços da reforma psiquiátrica e em atacar constantemente todas as iniciativas que surjam neste sentido, que é partidário da política do confinamento, tendo a internação psiquiátrica como a principal ferramenta de tratamento. Desde essa perspectiva, banalizam-se os questionamentos, os estudos e as denúncias do movimento pelos direitos humanos sobre práticas que bem podemos considerar como instrumentos de tortura: a eletrocunvulsoterapia, a negação do direito à liberdade, o tratamento involuntário, a negação da cidadania e a desqualificação mais perversa e contundente do discurso da loucura. O setor conservador banaliza ao ritmo sincopado de uma economia política da indústria da loucura.

Esses impasses que interrompem o fluxo das políticas dos encontros serão objeto do presente estudo. Também as possibilidades de resistência que cada um de nós é capaz de operar no enfrentamento com essas forças globais de aprisionamento. Através do papel do agente regulador do sistema, o conselheiro de saúde, mostrarei como é possível que uma sociedade civil organizada enfrente os embates na construção de novas políticas de saúde.

Através da implementação da figura do acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica, tentarei mostrar como o efeito de elevar essa ferramenta a uma política de saúde no campo público pôde redimensionar o cenário da atenção, alterando práticas de cuidado nos diferentes equipamentos da cidade e do Estado. Abrir espaços de educação permanente, como forma de acompanhar os enfrentamentos do cotidiano e dar espaço ao profissional para questionar o vivido, mostra-se também necessário como política pública.

Com as ondas da rádio, como dispositivo de produção de saúde e de criação de um novo discurso sobre a saúde mental, elevaremos a potência de contágio em altíssimos decibéis, fazendo com que o mundo ouça estas vozes, identifique-se com elas e possa alterar olhares e posturas em relação à dita enfermidade mental. Na luta contra o estigma e por uma sociedade sem manicômios e, portanto, sem segregação, utilizaremos

a antena, a internet e todo e qualquer espaço que se possa construir para contar esta história.

Por fim, proporemos tomar a cidade, ocupar o espaço urbano, circular por ele, viver intensamente a possibilidade dos encontros e desencontros que este propicia, tomando-o como o espaço privilegiado para o acaso/acontecimento. Defenderemos que a cidade, ou melhor, o espaço social é a oficina do nosso artesão da saúde. É nesse campo que se dão os acasos/acontecimentos produtores de transformações nas vidas daqueles que o experimentam. É aí que ele se depara com sua matéria, estuda, experimenta, acerta e erra.

Aqui cabe lembrar o grande ensinamento de Arendt (2003), que considera que é na esfera pública, como espaço de ser visto e ouvido (palavra e ação), que o sujeito poderá tornar público mesmo os elementos do seu espaço privado. É por isso que, para essa autora, o espaço público é o único possível para o exercício da liberdade, pois tudo aquilo que permanece no campo privado forma os grilhões que nos privam do contato com o outro, com a alteridade.

No emaranhado do espaço urbano que compõe esta história, somos levados por um labirinto de ideias e imagens que se configuram, que se alteram, que se desfazem no processo de produção escrita. Assumo o compromisso de ser fiel aos meus ideais e à minha postura ética, desculpo-me pela veemência que algumas de minhas palavras possam assumir e pelo apaixonamento que talvez cegue em certa medida esta pesquisadora que vos fala.

Como pesquisadora das cidades, não pude deixar de mergulhar nesta e viver intensamente os efeitos que tal ato produz: falta de ar, pressão, momentânea confusão de sentidos, necessidade de sair, de emergir, de tomar ar. Quanto mais longo o mergulho, mais fortes os efeitos, mas também é maior a capacidade de observação detalhada deste entorno que se move (ALÿS, 2003) ao nosso redor.

Para conhecer o mundo, precisamos observá-lo com detalhamento, como faz o artesão com sua matéria. Mais que nada, estaríamos falando de uma postura, de uma atitude frente à investigação necessária ao etnógrafo, já que a etnografia se apresenta como um instrumento de investigação que, como indica Delgado (2007), permite ao pesquisador aproveitar intensamente sua capacidade humana de receber impressões sensoriais na tentativa de organizar o pensamento para enfrentar a tarefa de comunicar o vivido e observado. Tal trabalho exige uma imersão física e psíquica do investigador na

tarefa que desempenha, a qual, assim como a marca do narrador se apresenta no narrado, terá efeitos sobre a escrita do investigador, desenhando uma tessitura singular. É certo que não se pode conceber a realidade observada sem levar em conta aquele que observa, pois o olhar deste e suas análises teóricas determinam a forma como a realidade será apresentada. Esse reconhecimento leva a um velho problema para a filosofia acerca da verdade, já que o antropólogo trabalha sobre uma realidade que também lhe trabalha.

É desse mergulho que tentarei resgatar alguns recortes, algumas vozes que me ajudem a dar testemunho do processo vivido, das histórias que se desenharam nesses encontros e desencontros nos espaços destas distantes *urbes* que habitamos diariamente, nas quais nos movemos, nos perdemos, nos encontramos, sofremos e vivemos.

1. ARTESÃOS DA SAÚDE

QUANDO A MÃO SE REENCONTRA COM A CABEÇA

O que me proponho a trabalhar neste escrito é a posição de um fazer em saúde mental executado por verdadeiros artesãos. Pessoas dispostas por seu compromisso ético e senso de coletividade a produzir saúde, buscando fazê-lo da melhor maneira possível. Pessoas dispostas a falar e a agir! Proponho tomar o redator de rádio, o acompanhante terapêutico, o educador/formador e o cidadão que frequenta as instâncias de controle social (Conselho de Saúde) como um artesão da saúde. Alguém que acredita que pode produzir algo e que o fará da melhor maneira possível. Mas isso não quer dizer que, como artesãos, buscamos a perfeição, senão que temos compromisso com aquilo que produzimos.

Para defender uma artesanaria em saúde como forma de realização de um trabalho que seja promotor de encontros, faz-se necessário definir o que é artesanaria. Quem é o artesão? E qual seria a oficina contemporânea deste artesão? De onde partimos?

No livro *El artesano*, Richard Sennett destaca uma parte da obra publicada por Arendt, em 1958, que se chama *A condição humana*, na qual a autora defende a ideia de que uma vida sem fala (palavra) e sem ação está morta para o mundo.

“El habla y la acción... son los modos en que los seres humanos se manifiestan unos a otros no como objetos físicos, sino en cuanto hombres. Esta manifestación, en la medida en que se distingue de la mera existencia corporal, se basa en la iniciativa, pero se trata de una iniciativa de la cual ningún ser humano puede abstenerse sin dejar de ser humano.” (ARENDRT apud SENNETT, 2009: 15-16).

Na mesma linha apontada por Arendt (1958), circunscrevendo a especificidade do campo de investigação da antropologia médica, Menéndez (2005) denuncia o quanto o modelo médico hegemônico reduz a possibilidade de os sujeitos enunciarem suas

verdades. O que se observa é certa falta de espaço para a palavra, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. Isso se deve ao fato de que hoje, na relação médico/paciente, seja na atenção primária, seja no campo das especialidades, a duração do tempo das consultas é cada vez menor, fazendo com que o momento clínico, que seria – segundo o autor – o espaço para aprofundar a aprendizagem (já que é um tempo de aberturas afetivas e cognitivas para poder assumir o prescrito de uma maneira experiencial), está totalmente condicionado pelo tempo objetivo da consulta. Assim, seria imprescindível o resgate do espaço para a palavra e para um efetivo encontro com o outro em sua alteridade, pois somente com esse tempo poderemos colocar nossas percepções a serviço dessa relação. Só assim podemos aprender na experiência da troca com o outro que nos interpela e que também é interpelado.

Quanto à ação, o mesmo autor propõe a noção de autoatenção, já que normalmente este é o primeiro recurso utilizado pelo afetado e sua família. Somente em função do aparecimento da doença é que o sistema de saúde será buscado, e, portanto, um profissional especializado será consultado. Esse processo de autoatenção pode ser considerado como uma ação, já que, através do protagonismo dos grupos ou sujeitos, a pessoa afetada por uma enfermidade e seu entorno buscam encontrar a solução para o problema sofrido. Assim, também no campo específico da saúde o resgate da palavra e da ação tem relevância, pois é através desta dupla – palavra e ação – que poderemos retomar uma concepção de artesanania em saúde.

Sennett defende a ideia de que a artesanania é a arte e a habilidade de fazer bem, um impulso humano duradouro e básico de realizar uma tarefa, pelo simples desejo de fazê-la bem.

“El artesano explora estas dimensiones de habilidad, compromiso y juicio de una manera particular. Se centra en la estrecha conexión entre la mano y la cabeza. Todo buen artesano mantiene un diálogo entre unas prácticas concretas y el pensamiento; este diálogo evoluciona hasta convertirse en hábitos, los que establecen a su vez un ritmo entre la solución y el descubrimiento de problemas.” (SENNETT, 2009: 21).

Para Sennett, todas as habilidades, inclusive as mais abstratas, começam como práticas corporais, e a compreensão técnica desenvolve-se através do poder da imaginação. O primeiro conhecimento viria através da mão que manuseia o objeto, o

tato a serviço do conhecimento. A imaginação seria a capacidade humana, a partir da linguagem, que tenta orientar a habilidade corporal. Daí a ideia de uma conexão entre a mão e a cabeça, entre o pensamento e a ação. A utilização ou invenção de novas ferramentas viria complementar a exploração das possibilidades do objeto. Esse fato estimula ainda mais a imaginação do artesão, o qual aprende com as dificuldades que o objeto lhe impõe. A resistência e a ambiguidade resultam em uma experiência instrutiva na perspectiva de desenvolver o trabalho.

Sennett (2009) acredita que as pessoas poderiam apreender de si mesmas através das coisas que produzem. Com isso, não ignora que muitas vezes aquelas que produzem as coisas não compreendem o que fazem e nem os especialistas conseguem dar sentido ao seu trabalho, o que nos faria pensar: o que poderíamos esperar do cidadão comum? Com a separação do trabalho, antes produzido nas oficinas em todo o seu processo, revelou-se uma face da produção, que desmembrado o produto, faz com que o homem perca contato com o mesmo e se ocupe apenas de uma parcela de todo o processo, deixando de compreender o que produz.

Com a Revolução Industrial do século XVIII, o trabalho até então manual, realizado por artesãos, passou a ser realizado em fábricas, produzindo uma fragmentação do processo de produção. A máquina apareceu como uma ameaça para o trabalho do artista/artesão. Aqueles que não conseguiam tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas, eram considerados desviantes e, para estes, criaram-se os estabelecimentos de internação na Europa. Tais locais eram destinados a receber toda uma gama de pessoas: loucos, operários opiniáticos, desempregados, prostitutas, inválidos, pobres etc. Essas casas tinham como objetivo servir de depósitos humanos e não como lugar de tratamento. Os trabalhos forçados serviam como inibidores do maior de todos os vícios: a ociosidade. A convocação social era para engrenar na cadeia de produção, fazer negócio. O ócio, que em tempos passados (Idade Média) era considerado virtude e motivo de orgulho, já não combinava com a nova demanda social. Assim, engendrou-se um novo lugar social para o desviante, lugares que em um futuro próximo passariam a ter um caráter de tratamento e seriam chamados de asilos psiquiátricos, manicômios e hospícios. Um lugar para o louco!

Segundo Resende (1992), em alguns casos, nas sociedades pré-capitalistas, a forma e a organização do trabalho praticamente não discriminavam os sujeitos em função das suas diferenças individuais. O trabalho agrícola de subsistência e o artesanal

acomodavam as largas variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo de cada um. Dessa forma, a aptidão ou a inaptidão não eram critérios importantes na determinação de normal ou anormal. Pode-se dizer, então, que dois fatores selaram a sorte do louco: a Revolução Industrial e o processo de urbanização. Com esses adventos, a loucura passou a constituir o problema da aptidão do ser acometido por ela de fazer parte da cadeia de produção e, portanto, ter espaço de convívio com os demais em sociedade.

Para Birman (2003), a tradição ocidental, desde o século XVII, é a de contraposição absoluta entre razão e desrazão, o que desencadeou o silenciamento da loucura, à medida que o discurso dos considerados loucos foi tomado como desrazão e, portanto, a loucura não poderia enunciar nenhuma forma de verdade, seja sobre si ou sobre o mundo. A loucura como experiência foi sendo paulatinamente recusada como fonte de veracidade. Esse silenciamento teve também como consequência a exclusão social e política que colocou o louco em uma posição de minoria.

Dessa forma, o louco fica impedido do recurso da palavra – já que seu discurso não tem sentido – e também da ação. Palavra e ação silenciadas no internamento psiquiátrico, vidas cujos destinos estavam marcados por um diagnóstico que inviabilizava outro lugar na sociedade. Despossuído de razão, e uma vez sentenciado por um diagnóstico clínico psicopatológico, o doente mental era automaticamente relegado ao lugar do tutelado, e alguém passaria a responder por seus anseios. Ele já não possuiria mais um lugar de produção e de saber, um lugar de alguém capaz de algo, seja o que for. Tanto que uma das palavras que mais se pode ler nos laudos psiquiátricos é a da incapacidade: inapto ao trabalho, à vida em família, a uma relação de casal, a viver só e um largo *et cetera*.

Essa política de exclusão só fez aumentar a alienação do sujeito acometido por qualquer enfermidade mental, produzindo um sem número de casos de abandono, de cronificação e até de óbitos. Com a reforma psiquiátrica e a reformulação das formas de cuidado, foi possível tocar e desalojar o lugar social destinado ao dito louco. Com a abertura dos manicômios, com a criação de novos espaços de moradia e de uma rede substitutiva, com a reinserção no mundo laboral e no convívio nas cidades, foi possível desmontar a solução/problema que até então vigorava para o diagnosticado como a única saída.

Em meio a essas novas políticas, emergem dispositivos: o investimento em educação permanente em saúde, para de fato alterar as práticas de cuidado, tratando de

desfazer na mente de cada um essa sentença tão bem construída através dos séculos, desmontando o pior dos manicômios, que é o manicômio mental; o investimento no acompanhamento terapêutico como um dispositivo da reforma psiquiátrica; a participação social como forma de controle social, garantindo a implementação de políticas em consonância com a reforma psiquiátrica; e o redator de rádio como um agente produtor de um novo saber e, por que não dizer, como divulgador de outra verdade sobre a loucura. Todos podem atuar dentro do espaço urbano das cidades, mergulhados no cotidiano, vivendo e compartilhando espaço com os demais.

É nessa perspectiva que reivindico o lugar de artesanania em saúde. Cada um dos agentes citados atua como um artesão disposto a fazer bem o seu trabalho, ou seja, a assumir um compromisso de participação social via palavra e ação. Assumir o protagonismo de suas vidas, resgatando a dimensão narrativa, participando ativamente de seus processos de tratamento e tendo voz dentro desses processos de cuidado que o sistema de saúde lhes oferece, bem como, dentro da trama do espaço urbano, construindo um outro espaço possível de relação social.

Para tanto, proponho recuperar a concepção de oficina como um espaço no qual se possa trabalhar, compreender e produzir coisas que tenham sentido em si mesmas, em toda a sua complexidade. A oficina será a cidade, pois é nela que se agenciam os acasos/acontecimentos. Pretendo assumir uma postura de artesão frente à matéria e, ao abordá-la, tentar encontrar novos contornos, novos desenhos para a mesma em nossa sociedade. “El artesano representa la condición específicamente humana del compromiso.” (SENNETT, 2009: 32).

O que une cada um desses agentes – acompanhante terapêutico, redator de rádio, professor, cidadão – em torno de uma ideia de artesanania é justamente a noção de compromisso. O compromisso de produzir algo capaz de romper com os padrões instituídos, capaz de reverter a lógica dominante, de romper com o discurso hegemônico da sociedade, quando essa ruptura se faz necessária, capaz de demonstrar que existe outro lugar possível para o dito louco em nossas cidades. Eles podem estar em um estúdio de rádio produzindo programas, podem ocupar-se de seu cotidiano, vivendo em casas ou apartamentos, sozinhos ou acompanhados, podem casar-se e viverem juntos como qualquer outro cidadão, podem participar da construção dos planos de saúde de suas respectivas cidades, podem ser formadores de opinião, podem dar palestras, participar de conferências, desenvolver projetos, ter filhos, viver em comunidade,

enfim, podem produzir tanto quanto qualquer outro, podem ser artesãos de sua própria saúde e dos demais.

Mas isso me leva a pensar: o que é uma oficina? E quem é o artesão? Como ele aprende seu ofício? Segundo Sennett (2009), o artesão desenvolve uma atividade que é prática, mas o seu trabalho não é só um meio para o fim que o transcende. Tanto o carpinteiro, a técnica de laboratório ou o maestro de uma orquestra podem ser artesãos, de acordo com o entendimento desse autor. O artesão é alguém que se entrega à sua tarefa com o claro objetivo de executá-la da melhor forma possível, tentando tirar tudo o que pode do objeto, da matéria com a qual trabalha. Para Sennett, toda a ideia de artesanaria funda-se em uma habilidade desenvolvida em alto grau, na qual, em dado momento, a técnica já não é mais uma atividade mecânica. O artesão poderá sentir mais plenamente o que está fazendo e pensar nisso com muito mais profundidade.

Assim, a artesanaria é apresentada como uma atividade, um trabalho impulsionado pela qualidade, por certo padrão de excelência implícito em cada ato do artesão. Essa inspiração à qualidade impulsiona o artesão a progredir, a tentar superar os obstáculos que se colocam entre ele e a matéria com a qual trabalha, até porque tais desafios convocam a capacidade imaginativa do artesão, fazendo com que o mesmo busque saídas para os impasses com os quais se depara na realização de sua tarefa, procurando ferramentas, criando-as e compartilhando informações.

Um exemplo que Sennett usa para esclarecer essa concepção é o sistema operativo para computadores Linux. Sendo um programa livre, os códigos de acesso estão abertos a quem queira adaptá-los ou mesmo modificá-los. Linux funciona na contramão do que propõem e empregam outras companhias, cujo segredo é guardado como propriedade intelectual. Na verdade, está na contramão do modelo capitalista, talvez por isso experiências como essas sejam ainda consideradas marginais. A comunidade de programadores luta por conciliar qualidade e acesso aberto. O código está sempre em evolução, não é um objeto acabado e fixo. No programa Linux, existe quase que uma relação instantânea entre solução e descobrimento de problemas.

No caso do Linux, a cooperação é fundamental para que o programa evolua e se mantenha atualizado, respondendo às necessidades do público em geral. Para Sennett (2009), é uma versão moderna da antiga preocupação de Platão, ou seja, manter um padrão de excelência. Para tanto, faz-se necessária certa fluidez entre a solução e o descobrimento dos problemas, impelindo os envolvidos a compartilhar informação.

O bom artesão seria justamente aquele capaz de compartilhar soluções e problemas em seu coletivo, e ainda assim buscar as diferentes ferramentas e técnicas necessárias em sua matéria para seguir tentando obter dela o melhor resultado. Para tanto, faz-se oportuna uma repetição do gesto uma e outra vez, ou até inúmeras vezes, na perspectiva de explorar a matéria. A repetição é vista como uma possibilidade de aprendizagem. Voltando uma e outra vez à ação, podemos ter a autocrítica necessária para avançar nas questões, interpelando nossa matéria de distintas maneiras e aprendendo com ela, com suas resistências. A habilidade do artesão não seria fruto de seu talento inato e, sim, de sua habilidade desenvolvida a partir de um processo de repetição. À medida que a habilidade melhora, cresce a possibilidade de aumentar a quantidade de repetições. Quando uma pessoa adquire uma habilidade, o que ela repete muda de conteúdo, por isso, ainda que seja uma repetição, cada ato vai marcar uma diferença em si mesmo, pelo próprio ato de se repetir, ou seja, existe uma evolução que se dá no ato de praticar.

Podemos imaginar, por exemplo, uma pessoa que busca tocar bem o violão. Inicialmente, essa pessoa poderá repetir um muitas vezes um exercício com um determinado par de notas. À medida que ela atinja a habilidade necessária de posicionar os dedos, a pressão que deve exercer sobre as cordas, o modo como toca as mesmas com sua outra mão, poderá se arriscar e buscar novas maneiras de produzir som, alterando seus gestos, a pressão etc. Mas tal possibilidade só poderá surgir uma vez que o músico domine as habilidades necessárias. Com isso, é preciso experimentar por um período de tempo antes de executar as alterações. Para atingir essa habilidade, o músico artesão tem necessariamente que conectar a cabeça e a mão. Sennett defende a ideia de que ao longo da história a cabeça foi sendo separada da mão, “[...] la separación de la cabeza y la mano no es sólo de naturaleza intelectual, sino también social.” (SENNETT, 2009: 62).

A máquina, na Revolução Industrial, aparece como uma ameaça física ao artesão, já que nunca se cansa, não fica doente, não gesta filhos, faz o mesmo trabalho sem parar e nunca se queixa. O que a máquina, apesar das tentativas muito ostensivas, talvez ainda não tenha conseguido até hoje é substituir totalmente o trabalho humano, já que a própria máquina depende de uma pessoa que a pense e a desenvolva. A própria fabricação da máquina e seus ajustes dependem da cabeça e da mão humana. É

justamente a capacidade humana de pensar, desenvolver e colocar em funcionamento, resolvendo os problemas de produção, que determina a existência da máquina.

Para Sennett, o importante é fazer um uso inteligente da máquina, ou seja, aproveitar suas possibilidades, sem competir com ela. Não devemos esquecer que a máquina é uma invenção humana e, como tal, tem potencialidades, mas também limites. Em teoria, a máquina pode oferecer-nos a ilusão de um trabalho realizado à perfeição e, contra tal exigência, devemos reivindicar nossa própria individualidade, ou seja, reconhecendo nossas limitações e ainda o que distingue o trabalho que realizamos. O artesão da saúde, disposto ao encontro com o outro em sua alteridade, assume esse compromisso, busca utilizar todos os recursos necessários para intervir, utilizando sua capacidade técnica, sua intuição e seus sentidos, tendo como horizonte que a solução poderá advir de um trabalho em cooperação, tanto com aquele que lhe demanda algo, quanto com o entorno e as redes sociais que possa encontrar. Ao reconhecer tal necessidade, o artesão da saúde toma a cidade como sua oficina e seu laboratório.

A oficina é o lar do artesão, justo porque na Idade Média o artesão dormia, comia, criava seus filhos e produzia nesse mesmo espaço. Naquela época, as oficinas estavam organizadas em formato de grêmios. Proporcionavam, além da aquisição de um ofício, uma recompensa emocional em função da posição social que desempenhavam. O artesão possuía prestígio dentro de sua cidade, podendo inclusive equiparar-se à posição do sacerdote local. Em uma oficina, as habilidades do mestre lhe davam o direito de mandar e ensinar o ofício ao aprendiz. No trabalho artesanal, é necessário que alguém ocupe a posição do mestre e estabeleça padrões e oferte uma formação. A oficina de êxito será justamente aquela em que a autoridade legítima do mestre é dada pelo seu conhecimento do ofício e não pelos direitos e deveres preestabelecidos em um papel.

Na oficina medieval, o mestre via-se obrigado por um juramento religioso a melhorar as habilidades dos seus aprendizes, juramento que nenhum pai se via obrigado a fazer perante seus filhos. Essa medida tentava evitar uma possível exploração dos aprendizes por parte dos mestres, transformando-os em mão de obra barata e explorável. Em contraposição a isso, o mestre estava impelido pelo juramento de honra a formar seus aprendizes com as habilidades necessárias. O aprendiz também se obrigava, por um juramento religioso, a manter os segredos de seu mestre, já que receberia a formação adequada ao desenvolvimento de suas habilidades, para que em algum momento

pudesse ocupar o lugar de mestre em sua própria oficina. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a motivação vale mais que o talento.

Sennett faz uma diferenciação importante entre autoridade e seu oposto, que seria a autonomia, ressaltando que a história social da artesanaria é, em grande parte, a história dos esforços para resolver os problemas de autoridade e autonomia nesses espaços. O autor afirma que, na oficina medieval, as habilidades do mestre lhe valiam a possibilidade de mandar e de ensinar aos seus aprendizes, que deveriam se submeter e assimilar o processo. Em contraponto à noção de autoridade, encontramos uma definição de autonomia como trabalho autossuficiente, realizado sem interferência de ninguém. Cabe resaltar que a autoridade está definida como “algo mas que ocupar un lugar honorable en una red social. Para el artesano, la autoridad reside igualmente en la cualidad de sus habilidades.” (SENNETT, 2009: 81). Com essa frase, o escrito convida a uma reflexão – que neste caso parece fundamental – de até que ponto, nos espaços de saber/fazer/ofertar saúde, pode-se superar o conflito entre autonomia e autoridade. Ou ainda, que tipo de oficinas é proporcionado aos cidadãos? Em que extensão foram superadas as velhas questões que rondavam o *taller* medieval, autoridade do mestre *versus* autonomia do aprendiz?

Podemos pensar os espaços de produção de saúde como uma oficina, como espaço no qual se constrói saúde, onde se produz saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar que necessitamos de um mínimo de autonomia por parte do cidadão, para que possa comprometer-se com nossa proposta. Para atingir tal autonomia, o artesão da saúde precisa autorizar-se a falar e a agir – palavra e ação, como nos ensina Arendt (2003) –, trabalhando conjuntamente para produção de uma outra saúde.

Menéndez (2005) com sua proposta de tomar a autoatenção como um processo complexo que deve ser analisado, e não denegado, pelo setor saúde, aponta uma mesma direção. Através da autoatenção, o sujeito retoma a autonomia e certo protagonismo em relação ao sofrimento que lhe atravessa. Com isso, o autor não nega o fundamental papel do Estado na promoção da saúde e do próprio setor da saúde, mas sublinha a importância de reconhecer que a autoatenção, que tem um caráter basicamente grupal e social, é um processo que determinará a carreira do paciente. Através dela, poder-se-á buscar distintas formas de atenção (de tipo biomédico, popular ou tradicional, alternativa, paralela ou *new age*, ou derivadas de outras tradições médicas acadêmicas, como acupuntura, medicina ayurvédica ou mandarina e, ainda, da autoajuda), acionar

distintos saberes sobre seu padecimento (religiosos, místicos, científicos etc.) e ainda influir no prognóstico. É certo que a autoatenção tem consequências positivas e negativas para a saúde, mas, acima de tudo, evidencia a capacidade de sujeitos e grupos agirem, buscarem e encontrarem soluções para seus problemas. Nesse sentido, a autoatenção coloca-se como um potencial mecanismo de micropoder, já que valoriza o saber do sujeito sobre seu padecimento.

No espaço da rádio, da educação permanente em saúde, do acompanhamento terapêutico ou do conselho de saúde, as pessoas envolvidas precisam recuperar suas capacidades narrativas para poder construir um lugar ativo e de participação: ação e palavra. Para tanto, certa autonomia é necessária, uma autorização para romper o silêncio, colocar o corpo e a voz a serviço de algo. Muitas vezes, em especial quando trabalhamos com coletivos historicamente segregados, deparamo-nos com uma dificuldade de a pessoa autorizar-se a assumir tal posição. Deve-se ressaltar que, quando se fala de profissionais da saúde, é preciso lembrar que nesse campo também as hierarquias muito rígidas acabam por excluir grande parte do coletivo envolvido, mantendo entre poucos o poder ou a autoridade sobre determinados assuntos. Se neste caso o coletivo de trabalhadores pertence ao campo da saúde mental, a verticalidade das ações em si já nos aponta uma submissão de grande parte dos trabalhadores a uma normativa rigidamente construída entre um pequeno grupo a quem se confia o poder de decisão dos procedimentos. Muitas vezes, isso está explícito no nome da instituição na qual se trabalha, como é o caso do hospital psiquiátrico, por exemplo.

Segundo Benjamin (1936), vivemos um declínio da capacidade narrativa, justo porque em nosso modelo de sociedade não temos espaço e tempo para o desenvolvimento de uma narrativa, não valorizamos e nem incentivamos as trocas de experiências entre os seres humanos.

“A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do

vaso. [...] O próprio Leskov considerava esta arte artesanal – a narrativa – como um ofício manual.” (BENJAMIN, 1936: 205).

Benjamin acrescenta:

“(Pois a narração, em seu aspecto sensível, não é de modo algum o produto exclusivo da voz. Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos, aprendidos na experiência do trabalho, que sustentam de cem maneiras o fluxo do que é dito.) A antiga coordenação da alma, do olhar e da mão, que transparece nas palavras de Valéry, é típica do artesão, e é ela que encontramos sempre, onde quer que a arte de narrar seja praticada.” (BENJAMIN, 1936: 220-221).

Narração e ação, gesto do artesão da saúde que permite reviver a atmosfera da oficina medieval na sua perspectiva de troca de experiência, de construção de conhecimento pela repetição do gesto cotidiano de refletir sobre o processo que vivemos. Mão e cabeça conectadas na produção do gesto sobre a matéria, sem divisões, sem hierarquias. A narrativa atravessa aquele que lhe escuta, no sentido de que lhe desaloja, e produz algo novo, rompe com algo cristalizado, alterando, definitivamente, tanto aquele que nos conta quanto aquele que escuta. Essas concepções são o que Ceccim (2009) define como encontro e que aqui defendo como uma política de encontros, ou uma artesanaria de encontros na *urbe*.

Contudo a estrutura hierarquizada do campo de saúde atesta um funcionamento piramidal. A estrutura rígida e burocratizada do manicômio é um excelente exemplo prático desse modelo. Na base da pirâmide está o paciente. Quem está na base não é nem sequer considerado alguém que tenha algo a dizer sobre seu próprio processo, por mais paradoxal que isso possa parecer. Esse alguém, na maioria dos casos, não conta como alguém mais.

Em tal estrutura, o saber do sujeito sobre seu próprio padecimento é desconsiderado ou colocado em segundo plano. Se desconsiderarmos esse elemento, perdemos boa parte da história do sujeito e seu protagonismo. Sujeito aqui entendido como sujeito do desejo de acordo com a letra freudiana. Daí a importância de resgatar a palavra do sujeito sobre seu sofrimento, dar espaço para que o mesmo estabeleça uma narrativa, propondo uma simetria entre os saberes, como defendido pelo olhar antropológico. Tento justamente fazer dialogar as proposições da psicanálise e da

antropologia como forma de escutar o sujeito em sua complexidade. Através da psicanálise, o sujeito é entendido como alguém em relação com o outro desde sempre. Somos produto do olhar desse outro, forjamos nossa subjetividade na interação com esse olhar. Como sujeitos de linguagem, introduzimo-nos no mundo das relações a partir de um lugar que está marcado pela história que nos representa. Se de algum modo somos tolhidos de contar nossa história, de estabelecer uma narrativa sobre nossas vivências, é-nos sequestrada, por esta impossibilidade, uma parte do que realmente somos. Não podemos transformar vivência em experiência. Assim, como veremos adiante, essa subjetividade é também pensada desde uma perspectiva da comunicação e da cooperação, relação com o outro e palavra.

A reformulação do sistema de saúde no Brasil, via o avanço do SUS, tenta oportunizar o resgate do sujeito cidadão de direitos e deveres. Com isso, não deixa de resgatar, ou pelo menos abrir, uma possibilidade para o sujeito do desejo, já que recupera a dimensão humana em toda a sua complexidade, como fica explícito nos princípios que o regem. Dessa maneira, busca justamente romper com a lógica que despotencializa, ou mesmo desconsidera, o sofrimento do sujeito, e, assim, horizontaliza as relações, trabalhando com a noção de rede. Nesse sistema, por excelência, todos os pontos deveriam valer por si mesmos. A ideia central é de trabalhar cooperativamente, oferecendo apoio mútuo para as diferentes ações. Só através de ações coletivas vamos conseguir desenhar respostas aos impasses que enfrentamos na atualidade.

Sennett (2009) oferece alguns exemplos de grandes empresas que foram capazes de superar seus problemas e obtiveram êxito, sendo capazes de avançar em soluções no momento em que aprenderam a cooperar mutuamente. Assim, também podemos vislumbrar uma sociedade mais saudável, à medida que se envolva mais com ações relativas ao campo da saúde e que uma esforços, que seja capaz de trabalhar cooperativamente para desenvolver saídas aos seus impasses.

Para o mesmo autor, praticamente todos os seres humanos podem chegar a ser bons artesãos, justo porque o trabalho artesanal encarna o grande paradoxo de ser uma atividade de grande refinamento e complexidade, que surge de atos mentais tão simples como a descrição detalhada de seus feitos e sua posterior indagação. Aprender a trabalhar bem capacita as pessoas a autogovernarem-se e, portanto, a serem bons cidadãos. Sennett argumenta ainda que a diferença que existiria entre mãos torpes ou hábeis ao trabalho manual residiria no estímulo e no treinamento que cada qual

receberia. Assim, podemos pensar que, se existem inabilidades, seriam por falta de estímulo, de motivação e de condições pra torná-las hábeis. No caso do nosso artesão da saúde, podemos propor que o desenvolvimento de políticas de educação permanente possa garantir o espaço de transformação das mãos torpes em mãos hábeis. Espaços que permitam ao artesão da saúde estudar sua matéria, analisá-la, verificar os pontos de resistência, refletir conjuntamente com seus pares e buscar soluções, novos desenhos para os impasses com os quais nos enfrentamos.

O trabalho artesanal requer certa rotina, uma repetição de determinado gestual, de dada maneira de fazer algo, como já foi dito, mas uma repetição, ou melhor, uma rotina que sempre está em evolução, que permite a cada dia que o artesão desafie sua técnica, que exija mais de dada ferramenta, que busque novos resultados. O que mais deixa orgulhoso a um artesão é a capacidade de desenvolver habilidades, e estas estão sempre em evolução. A lentidão do tempo do trabalho artesanal permite ao artesão pensar, refletir, imaginar, refazer, desfazer. Poder parar para pensar sobre o que se está fazendo, ter uma pausa só para isso, permite ao artesão questionar-se sobre seu fazer e colocá-lo em questão. Isso permite uma indagação ética sobre o fazer a cada passo, a cada etapa da produção, em tempo real, e não depois do fato consumado.

O trabalho artesanal, de acordo com Sennett (2009), apresenta três habilidades básicas: localizar, indagar e desvelar. A primeira seria a habilidade de encontrar a matéria, a segunda a de pensar sobre as suas qualidades e a terceira a de ampliar seu significado. Parece-me interessante ressaltar aqui essas três habilidades, pois também delas pode fazer uso o artesão da saúde, no sentido de localizar o problema ou a situação, refletir sobre ele, buscando construir saídas, e, uma vez encontrada alguma solução para a questão, a mesma se amplia e pode chegar a um novo significado. Para Sennett, as possibilidades e as dificuldades de fazer bem as coisas aplicam-se ao estabelecimento das relações humanas. O que as pessoas precisam é praticar as relações interpessoais e aprender as habilidades de antecipação e revisão, a fim de melhorar tais relações. Precisamos aprender a trabalhar de forma cooperativa, compartilhando as informações: “[...] lo que somos surge directamente de lo que nuestro cuerpo puede hacer.” (SENNETT, 2009: 355).

Para exemplificar, podemos tomar uma situação vivida em Barcelona na Associação Sócio Cultural Radio Nikosia, quando fomos convidados a participar de um festival chamado *Traffic*, que consistia em produzir uma intervenção na cidade,

chamada *Ciudad Tomada*. Com essa convocatória, nosso grupo passou a ser frequentado, e porque não dizer, acompanhado por outro coletivo, chamado *A la vuelta de la esquina*, que teve como função gravar e ajudar-nos a produzir nossa intervenção. Na verdade, os grupos acabaram se mesclando pouco a pouco e, juntos, foram produzindo a intervenção, a tal ponto que, em dado momento do processo, tornou-se um grupo só, em harmoniosa cumplicidade, produzindo e cooperando mutuamente para tomar a cidade de Barcelona. Assim como Nikosia, existiam outros grupos envolvidos aos quais também foi demandada a tarefa de produzir uma intervenção, que culminaria em um grande evento no Centro de Cultura Contemporânea de Barcelona (CCCB), no qual se realizaria uma rádio aberta.

Durante alguns meses, membros do grupo *A la vuelta de la esquina* acompanharam-nos a cada programa nas quartas-feiras e em muitas outras atividades que desenvolvemos. Essa relação cotidiana permitiu o estabelecimento de um vínculo entre os coletivos. Sermos acompanhados tão de perto possibilitou que eles nos conhecessem mais a fundo e nós a eles: o que pensamos, como fazemos, por que fazemos etc. Uma grande intimidade e uma troca genuína de experiências permitiram que o grupo trabalhasse conjuntamente, mesclando-se no grupo para o *Festival Traffic*. Eles convidaram-nos a escrever frases que falassem do nosso coletivo, que tratassem de nossos ideais, que nos apresentassem ao mundo. Junto com as frases, realizaram-se uma sessão de fotos e a filmagem de um vídeo que também seria apresentado no CCCB.

Particularmente implicada, vi-me convocada a escrever em uma frase o que representa a Radio Nikosia para mim. Tinha a responsabilidade, junto com meus colegas redatores, de pensar algo que nos representasse, que falasse de nosso percurso e que nos apresentasse socialmente, a partir do meu ponto de vista. Dei voltas com o papel em branco nas mãos; muitos já haviam escrito suas frases, uns começavam a subir para gravar o vídeo na sacada do prédio. Eu pensava, mas o que me vinha à cabeça era um único pensamento, que se impunha. A frase que escolhi foi de que nossa força está no coletivo. Essa frase revela o caráter do que nos aponta Sennett, de que a cooperação pode ser uma grande ferramenta pra vencer impasses, que pode caracterizar a força motriz capaz de encontrar soluções aos difíceis problemas impostos pela vida. Neste trabalho, fomos convocados como coletivo, no caso a Radio Nikosia, mas também como indivíduos, cada qual com a sua frase, com sua ideia, com seu corpo, com sua implicação.

É a partir desse trabalho artesanal feito em cooperação que vou contar esta história. São coletivos de pessoas unidas em torno de um/a mesmo/a objeto/matéria, na perspectiva de fazer bem o seu trabalho, como, por exemplo, lutar contra o estigma da loucura através de um programa de rádio, construir políticas públicas de saúde que atendam às demandas da população em um conselho de saúde, formar – ou melhor, desmontar – nas mentes de profissionais de saúde uma visão rigidamente construída pelas carreiras profissionais de forma isolada, tentando produzir uma visão mais multiprofissional, ou simplesmente acompanhar terapeuticamente um ex-interno do hospital psiquiátrico na aventura de viver outra vez em sociedade.

Entretanto, se por um lado defendemos a proposição de trabalhar conjunta e cooperativamente para poder enfrentar os desafios que nosso cotidiano nos impõe, com isso não estamos defendendo uma unificação, no sentido de que cada um, dentro desses coletivos, perca sua individualidade, suas singularidades. O desafio é justamente trabalhar juntos, constituindo um grupo que tenha força para poder manter e respeitar as diferenças de cada um e valorizá-las.

Para ajudar a pensar nessa direção, é possível recuperar a concepção de multidão trabalhada por Hardt e Negri (2005). Esses autores trabalham com a ideia de que a multidão é uma composição de diferenças que não podem ser reduzidas a uma unidade e que seu desafio seria de fazer com que a multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir. Nos casos que aqui vou apresentar – na atuação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Radio Nikosia, com o Coletivo Potência Mental, ou mesmo nos espaços de educação permanente da residência multiprofissional, na assessoria ao Serviço Residencial ou no curso dos acompanhantes terapêuticos – pode-se perceber a gradativa formação de uma multidão, no sentido formulado pelos autores. Veremos que os grupos se formaram, criaram algum tipo de coesão, sendo capazes de se comunicar e de agir em comum, ao mesmo tempo em que se mantinham inteiramente diferentes, ou seja, não perderam suas singularidades, suas diferenças:

“A multidão, em contrapartida, é múltipla. A multidão é composta de inúmeras diferenças internas que nunca poderão ser reduzidas a uma unidade ou identidade única – diferentes culturas, raças, etnias, gêneros e orientações sexuais; diferentes formas de trabalho; diferentes visões de mundo; e diferentes desejos. A multidão é uma multiplicidade de todas essas

diferenças singulares. [...] Na multidão, as diferenças sociais mantêm-se diferentes, a multidão é multicolorida. Desse modo, o desafio apresentado pelo conceito de multidão consiste em fazer com que uma multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir em comum, ao mesmo tempo em que se mantém inteiramente diferente. [...] a multidão, assim, compõe-se potencialmente de todas as diferentes configurações da produção social.” (HARDT & NEGRI, 2005: 12-14).

Assim se apresentam os coletivos com os quais trabalhamos: múltiplos, multicoloridos, com diferenças que foram capazes de coexistirem sem se diluírem na perspectiva de formar um grupo. Nesse espaço, todas estas diferenças coexistem, garantindo justamente sua potência: na diferença profissional (ser enfermeiro, psicólogo, artista plástico); na diferença de opinião; na diferença de posição (ser acompanhante ou acompanhado, professor ou aluno, graduado ou não, com conhecimento técnico prévio ou não); na experiência do Conselho de Saúde (gestor, profissional ou usuário). “A carne da multidão é puro potencial, uma força informe de vida, e neste sentido um elemento do ser social, constantemente voltado para a plenitude da vida.” (HARDT & NEGRI, 2005: 251).

Para esses autores, a carne produtiva comum da multidão adquiriu a forma do corpo político global do capital. A tarefa deles é investigar até que ponto essa carne da multidão pode se organizar de outra maneira e descobrir uma alternativa para o corpo político global do capital. Nos grupos que acompanhei, percebi justamente o surgimento de outra maneira de se organizar frente ao imperativo global, frente à política dominante. São grupos que se colocam, de alguma maneira, como focos de resistência a certo discurso dominante e massificador, que impõem uma lógica diversa ao modelo de saúde mental vigente em função de sua ação e sua palavra.

O que observei nos coletivos com os quais fui desenvolvendo algum tipo de trabalho é que, quando o grupo podia se constituir como multidão, mantendo e respeitando suas diferenças, resistindo a tornar-se uma unidade sólida, desenvolvia uma potência capaz de transformar cada um dos seus componentes em artesãos da saúde, já que valorizava o que estou chamando de uma artesanía do encontro. As diferenças presentes nos grupos, sendo respeitadas, tratavam de produzir esse mosaico multicolorido e múltiplo do qual falei. Cada um seguia contando como um, com suas

singularidades, suas particularidades, mas também era mais um dentro da multidão que se formava compondo cada coletivo. Cada um em contato com o outro e – por que não dizer? – em contágio com o outro, podia frente a esse contato deixar-se atravessar pela diferença que o outro produz, podendo ressignificar-se a partir de tais encontros.

Para Hardt e Negri, a subjetividade é formada através da cooperação e da comunicação, ideias também defendidas por Sennett (2009), quando destaca o papel do artesão, e com as quais também estou em sintonia, na medida em que acredito que a constituição subjetiva está em jogo justamente no laço social no qual somos forjados.

“[...] a subjetividade é produzida através da cooperação e da comunicação, e por sua vez esta subjetividade produzida vem a produzir novas formas de cooperação e comunicação, que por sua vez produzem nova subjetividade, e assim por diante. Nessa espiral, cada movimento sucessivo da produção de subjetividade para a produção do comum é uma inovação que resulta numa realidade mais rica.” (HARDT & NEGRI, 2005: 247-248).

Para esses autores, a subjetividade forma-se a partir das relações que se estabelecem entre o indivíduo e o meio, através da cooperação e da comunicação que se estabelecem. Eles trabalham com o conceito da espiral, ou seja, a subjetividade produzida vem a formar novas formas de cooperação e comunicação, que, por sua vez, formam novas subjetividades, e assim por diante. Assim, pode-se concluir que o conhecimento se forma nas múltiplas interfaces entre cooperação e comunicação. Hardt e Negri argumentam que todas as pessoas que trabalham com informação e com conhecimento dependem diretamente do conhecimento comum recebido de outros, que, por sua vez, vai gerar novos conhecimentos comuns.

Outra vez, a imagem da espiral é apresentada. Diferentemente da concepção de circularidade – que propõe um fechamento, uma vez que em um dado momento voltamos ao mesmo ponto –, a ideia de espiral, em função de sua infinita abertura, garante o aparecimento do novo e também a manutenção do movimento, já que a espiral não se encerra. Dá a impressão de um trabalho em infinita composição, em construção, que não está pronto, por estar em constante processo. Ou o que Ceccim (2009) definiria como *dessegregar* as singularidades, aceitando-as ativamente, ou seja, abrir-se às ressingularizações.

Da mesma forma ocorre na obra produzida pelo artista Anish Kapoor chamada *Ascensión*, apresentada no Centro Cultural do Banco do Brasil (CCBB), no Rio de Janeiro, em 2006, e instalada no grande hall do prédio do CCBB. Agnaldo Farias apresenta-a, no catálogo da referida exposição:

“Ascensión de 2003, [...] obra constituída de duas paredes elípticas desencontradas de modo a juntas criarem um nicho e em cujo interior abriga uma coluna de vapor d’água, um vórtice produzido por um poderoso exaustor. A continuidade do fluxo mais sua materialidade dispersa, a cavaleira do ar, condensa-se numa coluna serpenteante, um furacão controlado. Uma chama longa e branca que estava adormecida naquele espaço até ser acordada pelo artista.” (FARIAS, 2006: 33).

Para Marcelo Dantas, o curador da exposição, Anish Kapoor é um dos maiores artistas contemporâneos em atividade, já que sua obra ultrapassa o belo, absorve, envolve o espectador e o faz mergulhar em um território imensurável, infinito e perene. É um escultor que trabalha com a escala de uma maneira única. Segundo Dantas, o artista elevou a escultura à nova escala estética e técnica, incorporando ao suporte técnicas que se originam da indústria pesada, da aeronáutica e da arquitetura.

“As formas e as esculturas de Anish Kapoor aparentemente enganam por algo que pode se apresentar bastante simples como forma, mas cada um esconde uma estonteante complexidade de elementos de natureza, técnica, estética e de acabamento.” (DANTAS, 2006: 11-12).

Conforme as palavras do próprio artista, com *Ascensión* seu interesse não se restringia ao fato de o imaterial tornar-se objeto, como ocorre na obra produzida em que a espiral de fumaça torna-se uma coluna. Ele considera que o artista deve revelar com sua obra algo de profundamente verdadeiro.

No mesmo catálogo encontra-se uma entrevista realizada por Marcelo Dantas com o artista em Londres, em maio de 2006, que me fez associar imediatamente as concepções de Anish Kapoor às apresentadas por Richard Sennett e que ajudam a forjar a imagem do nosso artesão da saúde. Primeiro, quando Kapoor apresenta sua ideia da confusão entre a mão e o olho:

“O que quer dizer que o que seus olhos veem suas mãos sempre tentarão confirmar. Grande parte do debate sobre o imaterial decorre da confusão entre a mão e o olho, entre o ouvido e o olho, mas também é uma maneira de dizer que, quando o que você está olhando parece incerto, seu corpo demanda uma espécie de reajuste, ele quer certeza. De modo que algo ocorre ali onde você se encontra, no espaço ao seu redor, o tempo muda. Acho que o tempo torna-se mais lento. A verdade mística da arte é o tempo.” (KAPOOR, 2006: 18).

O segundo ponto que me chamou a atenção é quando o artista, perguntado sobre sua motivação em produzir, confirma ser um entusiasta, adorar o compromisso, considerar-se alguém muito motivado por novos projetos e apresentar-se como alguém em quem as ideias estão sempre fervilhando: “[...] sou um borbulhar de ideias. Há centenas de coisas que quero fazer.” (KAPOOR, 2006: 18).

Outro ponto que não posso deixar de destacar é quanto à noção de repetição, defendida por Sennett (2009), sob o conceito de rotina já apresentado neste texto e a qual se identifica com o pensamento de Anish Kapoor. Perguntado sobre seu processo de criação, afirma que não traduz, mas repete processos.

“Eu não traduzo. Repito processos. Este processo de retrabalhar continuamente é um processo que, na verdade, é ouvir, é um processo em que cada um reitera uma espécie de sentido lacaniano. Voltar a olhar, olhar de novo e de novo e de novo. Os mesmos problemas. De modo que a repetição vai além do simples ato de repetir, conforme a definição da palavra, mas torna-se uma espécie de meditação sobre uma situação específica. Duchamp dizia com frequência que o processo do ‘resultado de ser um artista é mais importante para o próprio artista do que seu próprio trabalho’”. (KAPOOR, 2006: 20).

Assim, podemos concluir que esse artista é um artesão, segundo os conceitos apresentados por Sennett (2009). Se não bastassem os argumentos apresentados acima, ainda poderíamos recorrer à fala de seu curador, Marcelo Dantas, quando argumenta que Anish Kapoor é “um homem dedicado, obsessivo, porém simples e sintético” (DANTAS, 2006: 11). Ele nos conta, neste mesmo catálogo, que o artista pode passar

meses e até anos em um trabalho de polimento intensivo para obter um resultado desejado com a obra, como no trabalho chamado *Cloud Gate*, no *Millenium Park* de Chicago, no qual o artista passou cinco anos polindo a obra, para só depois apresentá-la ao público. A imersão que o artista tem com sua obra revela a condição já apontada nesta tese do tempo de execução de um projeto, como um tempo outro, um tempo que permite a reflexão sobre o processo no instante mesmo de sua produção. É um trabalho que implica suspender o desejo de finalização da obra para obter dela seu melhor resultado. Para o curador, esse trabalho traduz como poucos a ideia de imersão:

“[...] elas destacam o corpo do espectador de seu ambiente e de forma absoluta o engolem e os reverterem para uma imagem distorcida daquilo que somos e nunca vemos. Essa talvez seja a característica mais marcante da obra de Anish Kapoor: revelar o avesso, inverter o dentro e o fora, mostrar a face oculta da forma.” (DANTAS, 2006: 12).

Nas palavras do próprio artista, encontra-se a relevância de uma conexão entre o olho e a mão, na perspectiva de abordar a matéria. Ou seja, faz-se necessário olhar, compreender e agir sobre a mesma, o que constitui esse tempo outro da obra, esse tempo de meditação sobre o que produzimos; o destaque da motivação para a realização da mesma e a repetição do gesto na perspectiva de evoluir, de praticar até chegar ao que desejamos, podendo suspender o desejo de concluir os processos, em prol de melhorar a obra. Por parte do curador, também encontramos com destaque a dedicação e a imersão como forma de atuação do artista em seu trabalho. Tais características parecem fundamentais para o artesão da saúde, na experiência de tomar a cidade, ou melhor, o espaço urbano, como oficina de seu trabalho.

Gostaria de destacar ainda a concepção de vazio trabalhada no referido catálogo, que faz pensar e relacionar com a imagem/função do artesão da saúde defendida neste escrito.

“Kapoor, contudo, se interessa pelo espaço como meio em que ocorrem trocas incessantes, isto porque, não obstante a pele das coisas separá-las uma das outras, sejam elas suas superfícies de pedra ou metal ou mesmo as paredes de um ambiente, existem frestas, passagens por onde aquilo que está do lado de fora escorre para dentro e vice-versa, numa clara alusão de que se

sempre há um lado de lá, um ponto recôndito situado no interior das coisas e que, mesmo no caso em que se parece com um olho, mantém-se a salvo de nós, latejando seu segredo.” (FARIAS, 2006: 34).

O que me interessa chamar à atenção é justamente essa proposta de espaço como meio no qual ocorrem trocas incessantes, e que essa pele que separa as coisas umas das outras, essas fronteiras entre dentro e fora, possuem suas frestas, seus pontos de passagem nos quais o interior pode escorrer para fora e vice-versa, dando a ideia, tão cara para nós, da possibilidade de romper fronteiras que hoje parecem estáticas. São fronteiras entre quem cuida e é cuidado, entre quem ensina e quem aprende, entre quem governa e quem é governado, entre quem é louco e quem é normal.

As fronteiras⁴ sempre aludem a certa necessidade humana de delimitar os espaços, as coisas e os seres. Talvez nos seja difícil imaginar um mundo sem elas. As fronteiras garantem certo ideal de controle entre o que me pertence e o que é do outro. Meu país, minha língua, minha cultura. Teu país, tua língua, tua cultura. Como uma garantia de identidade com a qual se filiar. Borrarr essas fronteiras, contaminá-las, fazendo escorrer o dentro para fora e vice-versa, é romper com tal lógica e desarmar esse controle⁵.

Interessante é que, em seu texto, Sennett aponta um conceito valioso e que de imediato produz uma reflexão necessária, ao retomar a ideia de Ruskin, de que um trabalhador entusiasmado é aquele que se dispõe a correr o risco de perder – ainda que momentaneamente – o controle de seu trabalho, na perspectiva de justamente descobrir algo novo. Para Ruskin, o artesão é um emblema para todos aqueles que têm necessidade de uma oportunidade para vacilar, para equivocarse. Ele defende a posição de que é necessário um espaço livre e ao mesmo tempo protegido no qual o artesão possa experimentar, possa arriscar, no qual possa perder momentaneamente o controle

⁴ Para Sennett, a ideia de fronteira alude para uma resistência extrema ao contágio, ela é excluyente, letal. Já a noção de um limite, de uma linha real ou imaginária que marca um território e o separa dos outros, aponta para uma porosidade possível, para um contágio.

⁵ Como indica Bauman, citando a Barth: “Frederik Barth, el gran antropólogo noruego contemporáneo, ha puesto de relieve que, en contra de la errónea opinión común, las fronteras no se trazan para separar diferencias, sino que, por el contrario, cuando se trazan fronteras es precisamente cuando surgen de improviso las diferencias, cuando nos damos cuenta y tomamos conciencia de su existencia. Dicho de modo más claro: emprendemos la búsqueda de diferencias justamente para legitimar las fronteras.” (BAUMAN, 2006: 61).

para deparar-se com algo novo, com um achado, uma descoberta, possa romper fronteiras.

Para correr tais riscos, o artesão necessita aprender a trabalhar e a aceitar a resistência e a ambiguidade. A seu serviço poderá contar com a imaginação, como forma de enfrentamento desses impasses. Sennett (2009) acredita que se possa aprender a conviver produtivamente com a frustração, tratando de armar três saídas possíveis a esse enfrentamento. A primeira seria a de dar um novo formato, inaugurar um salto de imaginação. A segunda aponta a necessidade de o artesão ter paciência e redimensionar o tempo com o qual se envolve com um determinado trabalho – sendo que a paciência do artesão poderia ser definida como a capacidade de lidar com a suspensão temporal do desejo de finalizar uma tarefa. Já a terceira habilidade para trabalhar com a resistência é identificar-se com ela. A identificação que pratica um bom artesão é seletiva, ou seja, em uma situação difícil, o artesão busca o elemento que menos resistência oferece. Muitas vezes, buscamos o maior desafio e nos enfrentamos com a maior das resistências, em contrapartida. Buscar o elemento menor, o detalhe, que muitas vezes pode até parecer sem importância, é o caminho que permite enfrentar um elemento de menor resistência e poder desmontá-lo.

O autor citado acima ainda fornece três ferramentas que podem orientar o uso da imaginação por parte do artesão: a ilustração empática, que se identifica com as dificuldades com a qual se depara um principiante; a apresentação de um cenário, que coloca o aprendiz numa situação nova; e a instrução mediante a metáfora, que incentiva o aprendiz a imaginar um novo marco para o que está produzindo.

Muitas vezes nos deparamos com a dificuldade de expressar aquilo que produzimos. Fazer é uma coisa, explicar como se faz é outra. No espaço da oficina, a palavra falada é muito usada como recurso de ensino de uma técnica e parece mais eficaz que as instruções escritas. Quando somente lemos uma instrução, não temos a possibilidade de tirar as dúvidas com alguém. Mas o desafio não é renunciar à escrita, mas criar instruções que sejam expressivas. Na oficina, trabalha-se com a ideia de mostrar e não só explicar, já que o mestre demonstra seu conhecimento executando a tarefa, demonstrando *in loco* o processo adequado, mediante a ação. Assim, sua exposição pode converter-se em guia para o aprendiz. O problema é que a aprendizagem por demonstração descarrega todo o seu peso sobre o aprendiz e dá por garantida a

possibilidade de uma imitação imediata. Se é certo que por vezes a imitação pode funcionar bem, também é certo que por vezes ela fracassa.

Um exemplo com o qual Sennett trabalha é quanto à função do maestro que pode ser capaz de demonstrar com precisão como o músico deve fazer, mas não é capaz de mostrar ao aluno onde ele erra. Nesse ponto entraria o papel da imaginação em artesanaria, para ajudar a solucionar o problema. Para tanto, podemos utilizar as orientações destacadas pelo autor. Voltemos à primeira delas, a ilustração empática:

“El escritor de lenguaje instructivo que hace el esfuerzo de empatía tiene que desmontar, paso a paso, el conocimiento que ha integrado como rutina, y sólo entonces puede conducir paso a paso a su lector. Pero, como experto, sabe qué es lo que viene a continuación y donde está el peligro; el experto orienta anticipando las dificultades al novato; la empatía y la comprensión se combinan.” (SENNETT, 2009: 229).

O retorno à insegurança, à possibilidade de vacilar, é o signo de empatia que oferece o instrutor ao aprendiz. Com isso, o aprendiz pode se identificar e se permite arriscar para alcançar seu fim.

A segunda orientação diz respeito ao cenário, ao lugar no qual o *onde* prepara a cena para o *como*. Contudo lembremos que a apresentação do cenário não se limita a um único ponto, senão que de fato deve ter o poder de nos transportar a um lugar e, uma vez ali, nos mostra uma cena clara e detalhada, mas ainda assim intrigante em sua significação. Para o autor, ela cumpre o papel de um passaporte que permite o acesso a um novo lugar.

A terceira orientação diz respeito à utilização de metáforas nas instruções que queremos passar. A metáfora, por sua carga simbólica, pode ajudar o sujeito a compreender melhor a instrução, ou melhor, pode ajudar o sujeito a compreender as sutilezas da tarefa que vai desempenhar. Uma linguagem expressiva, cheia de imaginação e que utilize essas orientações pode cumprir a função de um verdadeiro guia, já que as direções expressivas conectam o ofício técnico à imaginação e são ferramentas que estão a serviço da linguagem.

No nosso caso em particular, com o artesão da saúde, interessa-me destacar a utilização da empatia como recurso de aproximação das diferenças existentes entre o mestre e o aprendiz. As diferenças existem e devem ser consideradas, mas não como

recurso de afastamento ou de hierarquização, como historicamente vemos acontecer no campo da saúde. Pode-se dizer que a empatia é um passo fundamental no processo de atendimento em saúde, sem a qual se corre o risco de fracassar antes mesmo de iniciar qualquer processo. Ter a possibilidade de identificar-nos com quem nos escuta, nos acompanha, nos dá uma aula, faz um programa de rádio etc., é fundamental para que o encontro aconteça. Nosso campo é a cidade, o tecido urbano; aqui está nossa oficina e ela nos apresenta uma série de ferramentas com as quais podemos trabalhar. Porém nossa cidade está longe de ser um mero cenário, e aqui divergimos, para depois voltar a aproximar-nos. A cidade é o campo do acontecimento, é o espaço urbano em sua potência máxima, sem controles predeterminados. Ela não é só o lugar no qual as coisas se dão, ela também participa desse processo, como um elemento a mais no jogo. No território da cidade, também trabalhamos com a perspectiva de nos depararmos com o novo, com uma transformação, com a possibilidade de reabitar a cidade. Já a metáfora parece um recurso imprescindível à transmissão – e, lembrando o que ensina Benjamin (1936), só se pode transformar vivência em experiência através da transmissão.

Em resumo, a ideia de um artesão da saúde seria a de alguém, assim como o artesão, comprometido com o que produz e que tem o desejo e a motivação de fazê-lo da melhor forma possível. Contra a imposição de imitar a perfeição, reivindicamos nossa própria individualidade. Seu espaço de atuação, sua oficina, mais do que a rede de serviços, é sua própria cidade, ou melhor, o espaço urbano. Sua ferramenta é também matéria que ele utiliza para retirar o melhor resultado possível para sua obra. A multidão é o seu lugar, com ela se mistura, experimenta contágios, derruba fronteiras, sem deixar de ser ele mesmo, sem perder suas singularidades. A cooperação é o seu lema e, nesse sentido, o artesão da saúde é um personagem que vai na contramão do fluxo proposto e muitas vezes imposto pelo modelo biomédico. O artesão da saúde busca o compartilhamento e a troca de informação, ele busca o contágio, não registra patentes de domínio intelectual. Ele constrói uma posição que é política. Uma política do encontro por excelência. Ele trabalha e reconhece a resistência e a ambiguidade como fatores presentes em todos os processos, buscando sempre construir saídas com as ferramentas que possui, ou mesmo com as novas que inventa.

Para Hardt e Negri (2005: 256), “a humanidade transforma a si mesma, sua história e a natureza”. Somos capazes de produzir transformações dessa envergadura porque podemos conectar a mão e a cabeça. Podemos utilizar nosso corpo com todo seu

potencial para alterar, produzir, refazer, ou seja, transformar tudo que está ao nosso redor, inclusive a nós mesmos. Por isso, somos capazes de produzir culturas, mas também de destruí-las ou transformá-las. Somos capazes de tal transformação porque somos seres políticos que assumimos nosso papel de participação social.

Um modelo paradigmático de nosso personagem – o artesão da saúde – pode ser visto deambulando pelas ruas da cidade de Porto Alegre, nas diferentes ações que apresentarei na sequência deste escrito, em Barcelona na Radio Nikosia, ou em qualquer outra cidade. É alguém como o caçador/coletor de Delgado que busca no baile urbano acasos/acontecimentos para alimentar as possibilidades de encontro. Alguém com disponibilidade a enfrentar as incertezas, já que conhecedor de suas limitações, e disposto a criar em cooperação com os demais. Porém talvez aqui seja o caso de convocar um verdadeiro artesão da saúde para levar-nos a um passeio através de sua experiência.

No exercício profissional como psicóloga, supervisora clínica, professora e militante do controle social, busquei diferentes formas de apreender e compreender os sujeitos que demandam atenção em saúde. Os cursos de formação, a análise pessoal, bem como a supervisão didática, podem ser excelentes suportes para o devido encontro com o substrato teórico, que permita construir diferentes intervenções em saúde. É bem verdade que, se por um lado o conhecimento formal – aliado à prática desenvolvida ao longo dos anos – e o processo pessoal de reflexão podem auxiliar em muito a forjar um papel profissional ético, apreendemos, sobretudo, com aqueles que padecem, com aqueles que nos demandam, com aqueles com os quais nos deparamos cada dia em nosso fazer profissional.

Como já ensinava Freud (1913), é preciso reconhecer que a cada novo atendimento se inaugura uma nova psicanálise, no sentido de que cada novo sujeito que demanda uma análise convoca à posição de ignorar tudo sobre a teoria, colocando-a em suspenso, e também sobre o próprio processo de escutar o que nos fala. Qual é a sua verdade? Do que sofre? Qual é a sua história? O que quer? É preciso, nesse encontro, reconhecer que nada sabemos sobre este outro que nos interpela com sua narrativa. Tal posição de ignorância frente à alteridade que este outro representa é que vai garantir, de fato, a ocorrência de um encontro.

Sabemos que não existe a cura milagrosa que sirva a todos. Sabemos que a intervenção pontual que efetivamos com alguém não terá o mesmo efeito para outro.

Também sabemos que o encaminhamento dado a um pode não ter nenhuma serventia a outro ser humano. Reconhecer que este outro que busca ajuda, demandando uma resposta, é justamente aquele que pode construí-la, é fundamental para que uma posição de artesanania de saúde se concretize. Nesse momento, é importante ressaltar que o artesão da saúde não é apenas um profissional, mas toda pessoa que se coloque na posição de construir saúde artesanalmente. É aquele que busca a ajuda, quem efetivamente conhece sua verdade, ainda que quando chegue a esse encontro não seja capaz de reconhecê-lo. O papel do profissional que assume uma posição de artesanania em saúde é auxiliar para que o sujeito se apresente, conte sua história e conheça sua verdade. Fazendo-o, também poderá se tornar um artesão da saúde. Pois que fale Paulo, nikosiano, que com sua história poderá nos ensinar sobre uma verdadeira postura de artesanania em saúde.

Paulo é um adulto jovem que frequenta a rádio e outras atividades do coletivo de uma maneira singular. Não está sempre presente, tem suas temporadas de ausência, de isolamento, e também de frenética atividade. Em determinado momento de sua história, Paulo deparou-se com o atravessamento de uma crise, justamente no momento de cumprir com funções sociais previamente delimitadas como papel masculino. Paulo não cabia na perspectiva que lhe ofereciam socialmente, visto que, além de uma demanda familiar, ele deveria cumprir com uma obrigação cidadã, já que o serviço militar em sua época era obrigatório. No momento de crise entre o que ele queria ser e o que podia ser, Paulo estabeleceu um corte atuando sobre seu próprio corpo. Ele rasgava a própria pele na impossibilidade de caber nela, para inserir assim a masculinidade exigida por olhares externos. Durante um longo tempo, ele fez uso de tal recurso. Operava incisões em sua pele, muitas vezes no próprio rosto. O médico que lhe atendia prescrevia uma pomada cicatrizante, chamada *blastoestimulina*. Ele seguia a prescrição médica e fazia uso do tratamento recomendado. As feridas da pele acabavam por cicatrizar, mas Paulo, sem poder fazer outra coisa, voltava a produzir cortes em sua pele. O que me interessa destacar, mais além dos detalhes de sua crise, é a saída que ele desenhou para poder voltar a ocupar com mais comodidade sua própria pele, na verdade para poder caber em si mesmo. Ele desenvolve a ideia de *Blastoestimulina Records*. Em suas próprias palavras:

“Las *Blastoestimulina Compilations* son unas selecciones musicales monográficas de los artistas mas importantes del siglo

XX, de 80 minutos de duración en formato de CD, que he confeccionado en el último lustro con la ayuda de mi PC.

En estos momentos han sido confeccionadas mas de 125.

Dichas compilaciones son el fruto resultante de mas de 30 años de haberme deleitado con música de todo el tipo (25 horas al día) y que ‘milagrosamente’ ha acabado plasmándose de esta guisa.

Desde siempre me lo tomé como una manera case alquímica de favorecer mi propio bienestar y excitar el tránsito dopaminérgico entre mis neuronas y mejorar mi estado de ánimo, en muchas ocasiones abatido por la aflicción.

Las ‘Blastoestimulina Compilations’ han sido esculpidas con afán perfeccionista a partir de la totalidad del material de los artistas seleccionados, y creo modestamente que no existen de facto compilaciones más perfectas que estas en el mercado.

Sería mi deseo antes de irme al otro barrio tener mi propio sello discográfico legal (sin ánimo de lucro) para poder hacer partícipe de ellas la humanidad entera (y gratis!!!). Mis mejores amigos ya disponen de una copia de la mayoría de las selecciones. Todo aquel que las oye queda maravillado. Mi amiga nikosiana Hilde exclamó al oírlas: ‘Visca la música, que els àngels puguin sempre cantar.’

Los Blastoestimulina Records cicatrizan las heridas del alma.

Si el mundo tuviera a bien regalar estas selecciones *chiripitiflauticas* Blastoestimulina a todo hijo de vecino nacido en cualquier punto cardinal, el mundo sería más transitable... O los puedo asegurar!!!!

Si quiere que se levante la mínina, escuche las selecciones Blastoestimulina...

Mot inventat orinalment:

BOBOBÀ (Bò, boní i barà...)

Les Blastoestimulina Compilations son bobobàs...

Son bones, bonítes i baràs...

Totes les coses millors de la vida son BOBOBÀS.”⁶

Através do relato de Paulo podemos visualizar sua saída artesanal criada para dar outro destino ao processo desencadeado pela crise. A cicatrização de sua alma nasce de um projeto original, imaginativo, que tece uma rede de pessoas que passam a escutar suas compilações musicais. Com esse gesto, Paulo corta com o sintoma de cortar a pele para produzir uma ruptura que tem a força de um dispositivo, pois reorienta o sentido do sintoma a outro campo, a busca de um bem-estar pessoal que ele oferece e compartilha com os outros. Tal ruptura paralisa a passagem ao ato antes desenhada no território exclusivo do próprio corpo para uma intervenção desenhada no território das cidades, com suas redes de relação. Por isso mesmo, tem a força de afetar tais corpos, de indagá-los, desalojando-os. Sua maneira alquímica de produzir essa saída, como ele mesmo afirma, é obra no seu estado puro, é artesanaria que desenha um gesto de autoatenção. Gesto que não interpela para ser imitado, mas compartilhado, e que inspira a novos gestos naqueles que são tocados na experiência.

Neste escrito defendo a ideia de que as habilidades, incluindo as mais abstratas, nascem como práticas corporais. O que Paulo realiza com Blastoestimulina Records é uma prática corporal que determina outro sentido para seu sofrimento. A mão, que antes repetia o gesto de perfurar a pele e passar a pomada, na perspectiva de curar suas feridas, é a mesma que, conectada à cabeça, através do gesto inventivo da compilação das músicas, aciona o teclado do computador, confeccionando sua obra. Paulo utiliza a capacidade humana de imaginar para tecer sua própria saída, já que a pomada do médico não produzia o efeito demandado. Para isso cria suas próprias ferramentas ou mesmo se apropria de máquinas já existentes, como o computador, para executar sua tarefa.

Ele enfrenta a mais dura resistência imposta por sua matéria, cronificada em um sintoma que de início lhe impedia outras possibilidades. Não foi com facilidade e nem com rapidez que tal gesto se desenhou, mas com um árduo processo de aprendizagem de si mesmo com o qual ele percebeu o poder curativo da música em sua história e resolveu criar o selo musical em questão. Paulo realiza um trabalho artesanal. Para realizá-lo, ele teve que passar pelo processo de ler e indagar sua matéria.

⁶ O fragmento textual aqui apresentado é parte do material produzido por Paulo em sua compilação musical, com o qual presenteia a seus amigos. O quite completo é composto por uma pasta com todos os CDs compilados e devidamente catalogados, e é acompanhado por um livro no qual o artista apresenta seu projeto e oferece informações sobre a discografia apresentada.

Ele demonstra, com seu gesto, que a loucura, como experiência, ainda que dura, pode enunciar algo da verdade do sujeito que sofre. Paulo resgata palavra e ação. Sua oficina é agora o território da cidade, livre do aprisionamento no território do próprio corpo. Através de sua obra, ele resgata sua experiência da crise, engendrando outro lugar possível para a *pomada curativa*. Ele encontra em sua *matéria* outros contornos que possibilitam um novo desenho social. Na realidade, Paulo gera para si um novo lugar social.

A força vital de Paulo, sua capacidade imaginativa e a disponibilidade de mais uma vez encontrar-se com o outro possibilitam que, com sua verdade, se produza uma *cura*. Com o projeto de Blastoestimulina Records, ele experimenta uma outra maneira de sentir plenamente o que está fazendo – ou seja, o que está produzindo – e pensar com mais profundidade sobre isso, extraindo outro significado da experiência. Busca realizar tal projeto à perfeição e, embora assuma uma atitude comprometida e modesta, reconhece seu feito como a mais perfeita compilação jamais feita no mercado, pois é sua, singular, possui sua marca, o que lhe torna única.

A recompensa de Paulo é levar sua “cura dos problemas da alma” – sua sensação de bem-estar, engendrada por sua saída – aos outros através do compartilhamento do material. Ao presentear seus amigos, vai tecendo uma rede de pessoas que, ao escutarem as músicas, também podem curar as feridas de suas almas. Assim, monta uma rede social espiral que vai se abrindo a cada novo presenteado.

A força de sua narrativa convoca a pensar o quanto seu resgate se faz importante e o quanto a possibilidade de tecer redes, de compartilhar, de estabelecer trocas de experiências pode ser um excelente remédio para os males das almas. Recordemos que a narrativa não está interessada em transmitir a coisa narrada em si, com se fosse um relatório; ao contrário, quer mergulhar a coisa narrada na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. É assim que se imprime a marca do narrador. É isto que Paulo produz com sua marca: compartilhamos sua narração, mas desenhamos outras saídas, outras curas para nossas aflições. Ao recuperar sua capacidade narrativa, Paulo derruba a pirâmide hierárquica bem construída do sistema de saúde e dá voz à sua própria experiência de autoatenção, colocando em primeiro plano sua história, seu saber sobre seu sofrimento e sua capacidade de superá-lo. Sua possibilidade de fazer dobra. Assim, assume o protagonismo de suas ações, convocando-nos a refletir sobre tal possibilidade. Ele consegue realizar a ruptura porque é capaz de coordenar o olhar e a mão – e, por

que não dizer, a alma – com a cabeça (pensamento, imaginação), postura típica do artesão.

Ao fazê-lo, utiliza as três habilidades básicas da artesanaria. Primeiro, ele localiza, ou melhor, encontra sua matéria, indaga, podendo pensar sobre ela, podendo estudar suas resistências e ambiguidades, e desvelá-la, ampliando seu significado. Produzir obra através da música e presentear a seus amigos é ofertar uma parte sua, de seu bem-estar, como forma de romper com a sintomatologia que lhe aprisionava em um gesto contínuo de automutilação. É redirecionar a noção de sofrimento para algo que faz função de borda, de pele e de encontro com o outro.

Já argumentei que o que somos surge invariavelmente do que nosso corpo pode fazer. Paulo pôde cortar no ato e depois fazer cicatrizar, curando as feridas com sua obra presente musical. O corpo de Paulo, através de sua obra, pôde se potencializar, se redimensionar e ocupar outro lugar nessa rede que ele vai tecendo com notas musicais harmônicas e acolhedoras. Notas musicais que acompanham aquele que as escuta de forma suave, em presença terna. Ele encontra eco nessa rede, no coletivo que se forma em torno da música. Cada um dos presenteados poderá fazer uso do conjunto compilado de diferentes maneiras. Cada qual com sua singularidade, mas, sem dúvida, unidos por esse gosto comum à música, ao prazer de deleitar-se escutando-a, como já afirmava Paulo.

Este é o desafio no trabalho em saúde: trabalhar conjuntamente e de forma cooperativa, sem deixar de respeitar as singularidades, as diferenças. Ser multidão sem ter que se perder em uma unidade. Cooperação e comunicação forjando subjetividades e estabelecendo outro tipo de laço entre diferentes pessoas que se dedicam a compartilhar algo juntas – como na espiral que se abre, agregando sempre algo novo, não deixando nunca de se expandir, em eterno movimento de feitura, de tessitura. O que Paulo nos revela com sua obra é algo profundamente verdadeiro sobre a condição humana.

Em seu trabalho de produzir novas compilações musicais, ele repete o processo de montar o livro em que conta a história de seu selo musical, de selecionar os artistas que farão parte de sua compilação e com quais músicas, analisando a discografia dos mesmos, suas melhores gravações, parcerias inéditas, faixas ao vivo, raridades etc. O gesto de repetir tal processo, de voltar a olhar, olhar de novo e de novo, refazer caminhos, criar novas compilações vai muito além de um simples ato de repetição, já que se torna uma espécie de meditação sobre sua obra. Sem falar que a cada novo

presenteado a espiral volta a mover-se, expandindo-se em seu gesto vital. A meditação de Paulo sobre seu sofrimento gestou a Blastoestimulina Records, pois ele foi capaz de reconectar a mão com a cabeça. Foi capaz de palavra e ação.

Entretanto Paulo não trabalha sozinho. Seus amigos, as pessoas que recebem como presente sua obra, vão auxiliando a construir seu selo musical. Cada um que entra nessa trama conta como mais um no processo de troca, que desde qualquer ponto cardinal poderá tornar o mundo mais transitável. O espaço de entorno a Paulo interage com ele através dessas trocas incessantes que se configuram. Com isso, monta-se uma rede social que dá suporte e coopera ativamente com Paulo para que seu projeto se efetive como obra. O corte que Paulo estabelece agora esburaca a pele, promovendo permeabilidade com os demais, com seu entorno. Ele rompe a fronteira do corpo pelo desejo de estar em relação com o outro, através da música.

O que Paulo funda com sua obra alude às três saídas possíveis em artesanaria. Ao dar esse salto, promovendo tal ruptura, ele desenha um novo formato, inaugura um salto de imaginação que convoca outros tantos a desenhar com ele seu projeto, formando e fazendo parte de uma rede em relação. A construção de tal saída não nasce como um passe de mágica, e ele precisa exercitar a paciência, lidar com a suspensão de seu desejo para que pouco a pouco a rede vá se tecendo. Ao desempenhar o projeto, Paulo trabalha a resistência de sua matéria, identificando-se com ela, buscando o elemento de menor resistência, o detalhe, para através deste poder contorná-la.

Para tanto, saca mão de ferramentas que lhe auxiliam a orientar o uso de sua imaginação: a ilustração empática, que, ao se identificar com as dificuldades com a qual se depara o principiante, gera a necessária empatia que possibilita a formação de um vínculo e daí a possibilidade de um encontro. Isso é visível na experiência de Paulo, quando nos damos conta da rede que se tece em torno do projeto de Blastoestimulina Records. Depois, ocorre a apresentação do cenário, que seria o entorno no qual encontramos o artesão Paulo na feitura de seu trabalho. Esse entorno é composto por pessoas que também possuem suas histórias, que por um motivo ou outro se identificam com Paulo e passam a fazer parte desse universo sonoro. E, por fim, surge a metáfora. Para quem enfrentou a dilaceração da crise, tendo que produzir marca em seu próprio corpo para fundar um lugar identitário e poder caber no laço social oferecido, o qual em outro momento possa desenhar uma saída, utilizando como cura para suas feridas da alma a constituição de um projeto, que funda uma rede de relações e lhe oferece outro

espaço de relação social, vemos um caminho metafórico imenso que é percorrido por Paulo. Tal caminho não foi percorrido sem sofrimento, contudo é inspirador de vida, de potência.

Para finalizar, gostaria de resgatar uma palavra/ideia cunhada por Paulo. Trata-se da sigla Bobobàs, que alude a três palavras da língua catalã, língua materna de Paulo, e que significam boas, bonitas e baratas. Ele afirma que as melhores coisas da vida são Bobobàs. A simplicidade de seu gesto dá destaque ao efêmero, ao detalhe, aquele sutil fragmento que até poderia passar despercebido, se quem observa olha mas não vê. Se quem lê não empreende o gesto de indagar. Se quem ouve não escuta. São esses fragmentos que nosso artesão coletador busca resgatar do esquecimento e trazer à luz; narrativas compostas por aqueles que nos interpelam e que são um verdadeiro presente para o artesão da saúde.

2. O TREM DOS LOUCOS

No conto *Sorôco, sua mãe, sua filha*, Guimarães Rosa apresenta de forma poética o destino que estava reservado aos loucos, desviantes, fora de lugar em nosso país ao longo de muitos anos, nos quais a política centralizadora da atenção à saúde estava refém do modelo manicomial centralizado nas grandes cidades, o que gerava um êxodo interno de uma significativa parcela da população que sofria de algum transtorno mental:

“Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

[...] Para onde ia, no levar as duas mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. – ‘*Vai ver se botaram água fresca no carro...*’ – ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de engate. Alguém deu aviso: - ‘*Eles vêm!...*’ Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhado de corpo, com a cara grande, uma barba, fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinha vindo, com o trazer de comitiva.

Aí, paravam. A filha – a moça – tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom, nem no se-dizer das palavras – o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos

espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas – virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça, nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.

Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. Todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles trasmodos e despropósitos, de fazer risos, e por conta de Sorôco – para não parecer pouco caso. Ele hoje estava calçado de botinas, e de paletó, com chapéu grande, botara sua roupa melhor, os maltrapos. E estava reportado e atalhado, humilde. Todos diziam a ele seus respeitos, de dó. Ele respondia: - ‘*Deus vos pague essa despesa...*’

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco aguentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências, de mercê. Quem pagava tudo era o governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir.” (ROSA, 2001: 62-64)⁷.

Como no conto de Guimarães Rosa, *o se seguir* de muitas mulheres e homens tiveram seus destinos alterados pelo fluxo dos trens dos loucos no Brasil. Cabe ressaltar que no conto citado as duas mulheres viajam do sertão brasileiro para Barbacena, cidade situada no estado de Minas Gerais, que ficou conhecida como a *cidade dos loucos*, por possuir um grande número de hospícios. A cidade atraiu esses manicômios em decorrência da antiga ideia, defendida por alguns médicos, de que seu clima ameno, com temperaturas médias baixas para os padrões brasileiros, fazia com que os ditos enfermos mentais ficassem mais quietos e menos arredios, o que supostamente facilitaria seu tratamento.

O conto reflete de modo bastante preciso a forma como a loucura era percebida pelas pessoas e os encaminhamentos possíveis ao problema. A sociedade na qual vivia Sorôco acreditava – e talvez ainda se padeça deste mal – que as pobrezinhas tinham mesmo que ir para o hospício e que ele, o familiar sadio, já estava esgotado de suportar

⁷ O conto *Sorôco, sua mãe, sua filha*, de João Guimarães Rosa, pode ser lido na íntegra nos anexos deste trabalho.

tamanho fardo, ficando o Estado responsável pelo encargo. Assim, Sorôco sente-se em dívida pela ajuda recebida. Produz um circuito a partir de uma fórmula que durante anos se manteve como a única solução possível para o tratamento de saúde mental e que talvez ainda resista em algumas das políticas defendidas por muitos setores, encontrando eco em diversos segmentos sociais. Loucura significava internação em hospício, e tal fórmula levava o poder público a investir na construção de novos espaços de internamento, que se configuravam como a política de atenção dispensada ao problema. Dessa maneira, o destino proposto à mulher e à filha de Sorôco era o de muitos cidadãos brasileiros acometidos por alguma enfermidade mental: internação e segregação social, baseadas em um diagnóstico, para o qual não se propunha outra resposta social.

Assim como Barbacena, a Porto Alegre do século XIX também possuía seu manicômio. É dessa cidade que parte nosso artesanato da saúde, ou seja, parte de um território delimitado com fronteiras bem marcadas, no qual o famoso trem dos loucos também teve um papel histórico no tratamento da loucura. Na bagagem, uma série de questões e problemas para os quais gostaria de encontrar soluções, mas também uma série de vivências que oferecem algumas pistas, ao modo de mapas, roteiros, de como e por onde seguir. A ideia é transformar essas vivências em experiências, para que possam ser compartilhadas, colocando-as à prova em outros territórios.

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul, o mais meridional do país, sendo uma das 27 unidades federativas do Brasil. Possui 281.748,538 quilômetros quadrados e aproximadamente 10.855.241 habitantes e está dividido em 496 municípios. Ao norte faz fronteira com o estado de Santa Catarina, o Oceano Atlântico ao leste, com o Uruguai ao sul e com a Argentina a oeste. A capital Porto Alegre é uma cidade fundada em 1772, que atualmente possui cerca de 1.430.220 habitantes, com uma área de 496,872 quilômetros quadrados que é banhada por um rio chamado Guaíba.

É do contexto urbano de Porto Alegre que destacarei algumas ações deflagradoras, das quais tive a oportunidade de participar, que abordam um percurso, uma história que quero narrar. Não tenho a pretensão de detalhar todo o complexo processo vivido pela saúde mental nessa cidade, senão dar destaque a algumas ações que envolvem o Conselho de Saúde, no que tange à participação social, a uma política de educação permanente no âmbito do acompanhamento terapêutico e ao trabalho com o dispositivo de rádio como ferramentas utilizadas pelo nosso artesanato da saúde.

Em 29 de junho de 1884, foi fundado o Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, o qual durante muitos anos recebeu um sem número de pessoas transportadas pelo trem dos loucos. Na época, a imprensa local saudou a grandiosidade do novo estabelecimento que receberia os loucos antes abrigados nas cadeias e na Santa Casa de Misericórdia. Segundo Wadi (2002), o cronista Felicíssimo de Azevedo, em 26 de junho de 1884, escreveu as seguintes linhas sobre a inauguração do hospício, que aconteceria poucos dias depois:

“Até que afinal! Vai ser inaugurado no dia 29 do corrente o hospício de alienados! Parabéns à província! Vai cessar o repugnante espetáculo do encarceramento, como criminosos, dos infelizes privados da razão. O dia 29 de junho marcará uma data gloriosa para a nossa província. Desde esse dia poderemos apresentar às vistas de todos que visitarem a nossa capital esse monumento que fará o nosso orgulho.” (AZEVEDO, 1884, apud WADI, 2002: 80).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), de acordo com Menegassi, Fischer, Dias, Cruz e Frichebruder (2002), passou a ocupar um lugar central no tratamento dos doentes de toda a espécie e dos inimigos indesejáveis da ordem pública. Os autores fazem referência ao “tradicional trem dos loucos” que trazia “personagens insensatos”, provindos das distintas fronteiras de um Estado das dimensões do Rio Grande do Sul, para serem abrigados no HPSP, um espaço social legitimado para a doença mental, para o abrigo dos diferentes. A política de atenção à saúde mental, na capital, era centralizada na perspectiva da internação psiquiátrica, em um processo semelhante ao descrito por Foucault (1978) em seu livro sobre a história da loucura. Nessa obra, o filósofo francês conta a história da *Stultifera Navis* dos séculos XIV e XV, que transportava em barco, para fora da cidade, os indesejados sociais. Acreditava-se na época que durante o processo de viagem ocorreria uma ação de cura, com a crença de que a água tivesse o poder de purificar as almas insanas. Uma imagem como essa foi plasmada numa tela por Bosch, em *A nau dos insensatos*.

Das naus foucaultianas que viajavam nas águas, saltamos para os trilhos dos trens do Brasil que, bem fixados na terra, conduziam pessoas a distantes paragens, com o mesmo objetivo: afastar o louco do território das cidades e ancorá-los em um porto seguro, exilado de tudo, que se chamava manicômio. Já não se poderia dizer que alguém

acreditava que no processo de viagem, de peregrinação pelos tortuosos trilhos dos trens que na época rasgavam o país de norte a sul, uma cura se processaria. Todavia ainda pregavam que o isolamento e a segregação eram a única forma de tratamento possível para a loucura. Nessa nau fortemente ancorada nos aforas das cidades, não por coincidência, encontrava-se o recurso da balnoterapia, que consistia em mergulhar o paciente alternadamente em duchas frias e quentes. Muitos outros rituais, que podemos qualificar como de purificação, aconteceriam dentro desse território⁸.

O famoso trem dos loucos não era uma prática restrita ao Rio Grande do Sul, senão que se estendia a todo o território nacional. Sendo o Brasil um país de tão grandes dimensões e estando os hospitais psiquiátricos situados em grandes cidades, havia, por prática, um envio de pessoas diagnosticadas em trem desde as mais longínquas cidades. Pessoas cuja história se perdia, assim como seu contato com seu povoado, sua gente, suas famílias, à medida que embarcavam no trem. Embarcar era fazer uma viagem com bilhete só de ida. Em função das largas distâncias e dos custos altos, a maioria das famílias, com o passar do tempo, também não conseguia garantir um contato, lembrando que grande parte dos afetados que buscava a rede pública de serviços provinha de origem humilde, como se pode constatar de forma poética no conto escrito por Guimarães Rosa.

No Brasil do século XIX, ocorria uma aliança estratégica entre o poder público e o saber médico, intensificada na passagem para o século XX. O objetivo era a disciplinarização, a medicalização e o controle da sociedade, como ensina Baptista, em seu livro *A cidade dos sábios*:

“A Medicina Social brasileira no século XIX nasce juntamente com o fortalecimento do capitalismo. Objetivando a prevenção e a higiene, essa nova ciência funda uma nova Ordem Social. A grande concentração urbana necessita do apoio do saber médico para a sua organização. Diferenciando-se das práticas médicas anteriores, que tinham como objetivo a doença, essa nova ciência fabrica a saúde.

⁸ Para mais informações sobre as formas de tratamento dispensadas aos pacientes no Hospital Psiquiátrico São Pedro, ver o documentário *São Pedro Cidadão*, que dá destaque, a partir de um vídeo histórico de apresentação do hospital quando de sua remodelação em 1929, sobre as técnicas da época. Tais técnicas não foram inventadas no Brasil, tendo sido importadas, como se pode confirmar com Pessotti (1995).

Esse objeto tem como principal ameaça os hábitos que precisam ser corrigidos. O ar contaminado originado da concentração urbana e as questões sobre a higienização fundamentam o aspecto preventivo.

As práticas médicas, além do cuidado com a cidade, entram em outros espaços: hospitais, cemitérios, escolas, fábricas e famílias também recebem sua atenção. A prevenção concretiza seu objetivo: fazer da ciência uma nova ordem social e política. O Estado-Ciência é o porta-voz do gerenciamento da felicidade burguesa. Saúde e Ordem têm a mesma face. Ordem e Progresso têm a mesma bandeira⁹.” (BAPTISTA, 1999: 24-25).

Menéndez (2005) aponta que a constituição de um modelo médico também responde a uma necessidade de controle social, já que o saber médico é tomado como a única verdade, desde uma perspectiva biomédica, descartando ou colocando em segundo plano as questões políticas e ideológicas que perpassam o campo da saúde/enfermidade/atenção. A hegemonia do saber médico, que se funda na biomedicina, nega o papel do sujeito e das condições sociais nas qual este vive, tentando impor um olhar médico supostamente autônomo, profissional e científico. Para o referido autor, o modelo médico tem como características estruturais o biologicismo, o individualismo, a negação da história e da sociabilidade, uma proposta mercantilista e uma suposta eficácia pragmática. Tal modelo cumpre quatro funções básicas, sendo a primeira e mais importante a de cura e prevenção, que de certo modo determina as seguintes, já que todas as outras funções devem operar a partir desta: a normalização, o controle e a legitimização.

“La biomedicina se instituye inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y en los países americanos, incluido los EE.UU., en la segunda mitad del XIX. Por lo tanto el modelo médico se instituye durante la denominada Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la nueva ciudad industrial y

⁹ Cabe ressaltar que a bandeira brasileira traz a frase “Ordem e Progresso” gravada no meio da circunferência central, a qual ainda abriga estrelas representando cada um dos estados brasileiros.

más adelante de la expansión colonial correspondiente al período imperialista.” (MENÉNDEZ, 2005: 12).

O autor também aponta o quanto uma medicalização do cotidiano vai se estruturando como forma de garantir o controle e de abrir espaço para esta figura, agora profissionalizada¹⁰, do médico com seu saber e seu modelo hegemônico¹¹. A medicalização do cotidiano pode ser facilmente comprovada com exemplos como o parto de cesárea, que se torna a norma em substituição ao parto normal, que antes era feito em casa por uma parteira e que passa ao espaço do hospital realizado pela equipe médica, com técnicas e concepções biomédicas. Assim como o parto, muitas outras atividades passam a ser controladas pelo campo do saber médico, e na saúde mental ocorre o mesmo, como podemos observar.

No ano de 1841, um decreto permitiu a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852. Assim como no Rio Grande do Sul, no Rio de Janeiro – capital do país na época – o hospício, antes administrado pela Santa Casa de Misericórdia, passou a ser gerido por um corpo de médicos especialistas em doença mental: os psiquiatras. Com esse gesto, aqueles que antes eram acolhidos por leigos, tratados em casas de caridade de fundo religioso, pertenciam ao campo da medicina. O hospício era o espaço do médico psiquiatra e sua equipe. Nesse espaço de contensão física, murados, fechados ao contato social, a medicina de forma hegemônica tomou como seu encargo o efetivo controle e tratamento da loucura. Só ela tem o saber e a técnica para poder resolver o problema da loucura nas sociedades. No espaço do antigo asilo se criariam as condições adequadas para que a psiquiatria resolvesse o problema social gerado pelo louco, enclausurando-o.

A ideia básica do hospital psiquiátrico era separar da sociedade o doente mental para estudar e tratar as enfermidades que atingiam as pessoas e, depois de curados, devolvê-los ao seu espaço social. Na prática, essa política gerou uma população de internos que a cada ano se via maior, uma cronificação bastante significativa dessa

¹⁰ Segundo Menéndez (2005), a profissionalização do médico começou a ser organizada no final do século XVIII e no início do XIX, para tornar-se absolutamente dominante no século XX. Foi só nesse período que uma graduação universitária passou a ser exigida para o exercício da profissão.

¹¹ O modelo médico hegemônico, segundo Menéndez (2005), tem como principais características o biologicismo, o individualismo, a orientação curativa, a relação médico/paciente assimétrica e subordinada, na qual o saber do sujeito é excluído, a profissionalização formalizada, a identificação ideológica com a racionalidade científica, na qual a saúde/doença se transforma em mercadoria, tendo como tendência a medicalização dos problemas, bem como uma clara divisão entre teoria e prática. Além disso, nega a história, a sociabilidade e a cultura.

população e um baixo número de reinserções sociais, isso sem falar nos reingressos, que também eram constantes. Dessa maneira, podemos constatar que tal política de tratamento fracassou no seu intento de resolver o problema da loucura, normatizando e psiquiatrizando a população. A partir desse quadro, começou todo um movimento de questionamento e avaliação do modelo de tratamento, que acabou por propor uma transformação. Tornou-se evidente que era preciso desinstitucionalizar essa população, promovendo uma verdadeira reforma, uma reforma psiquiátrica. Foi constatado que era preciso abandonar a segurança dos trilhos dos trens que sempre levam a um mesmo caminho, e literalmente sair dos trilhos, romper com os paradigmas vigentes e inventar uma nova forma de cuidado e atenção à loucura. Evidentemente, essa invenção vem alimentada por distintas experiências vividas internacionalmente¹².

Ainda no final da década de 1960, o processo de desinstitucionalização chegou ao Brasil, principalmente em cidades como o Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Tal movimento fez com que os trabalhadores, os gestores e demais atores sociais, inclusive os próprios usuários do sistema de saúde mental, questionassem as estruturas e as formas de tratamento oferecidas ao doente mental. Até então, a grande ferramenta instituída pela medicina, a cargo da psiquiatria, para a cura dos ditos doentes mentais era o manicômio que, pela via da segregação e do isolamento, buscava *tratar* as diferentes patologias catalogadas na época. Os anos passaram e o manicômio ganhou distintos nomes, sofreu diversas reformas, mas mantiveram-se o isolamento e a segregação do doente como premissas básicas para o tratamento. Talvez uma das questões que tenham dado o caráter especial da reforma brasileira tenha sido a participação ativa do movimento social e de como ele se constitui como a principal ferramenta de embate, acionando os distintos atores sociais, os distintos setores sociais, totalmente mergulhados na *urbe*.

Na década de 1970, teve início no Rio Grande do Sul um movimento denominado *Por uma sociedade sem manicômios*, o qual denunciava o modelo centrado no hospital psiquiátrico e clamava por novas políticas de atenção à doença mental. Tal movimento foi influenciado por distintas experiências, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava reivindicações trabalhistas e discurso humanitário. Paralelo a

¹² A experiência de reforma brasileira é fortemente influenciada pela reforma psiquiátrica italiana (Basaglia e Rotelli), pela experiência da psiquiatria de setor francesa (Françoise Tosquelles) e pelas comunidades terapêuticas inglesas (Maxwell Jones).

isso, as críticas ao modelo de saúde do Estado e a constituição de modelos alternativos constituíram o Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava a transformação do sistema nacional de saúde.

Nos anos 1980, três aspectos contribuíram para o avanço da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos, as reformulações legislativas (Sistema Único de Saúde – SUS) e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas. Em 1987, a reforma psiquiátrica passou por eventos cruciais que definiram seus avanços: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (que representou o fim da tentativa sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade formas arraigadas de lidar com a loucura) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Isso permitiu que paulatinamente surgissem alternativas de intervenção, as quais têm redesenhado o cenário dos equipamentos de saúde no Brasil. Como nos conta Silva¹³:

“O movimento da Reforma Sanitária, com a consolidação do SUS, articulava-se com o movimento da Reforma Psiquiátrica, em curso no país. O tema da gestão em saúde e de uma produção de conhecimentos que potencializasse novas práticas, práticas necessárias para que tanto a atenção em saúde como a saúde mental pudessem efetivamente responder aos desafios contemporâneos e às necessidades das pessoas em situação de sofrimento, passavam a compor o campo no qual psicanálise, educação e saúde coletiva formavam um conjunto: a Saúde Mental Coletiva. Conjunto desafiador e potente nas suas possibilidades.” (SILVA, 2008: 12).

Nesse mesmo período, no Rio Grande do Sul, constituiu-se o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), principal articulador e mobilizador social para que fosse possível a aprovação da primeira lei estadual de reforma psiquiátrica: a lei nº 9.716/92,

¹³ Entre 1993 e 1995, Maria Cristina Carvalho da Silva trabalhou na Assessoria de Planejamento/Área de Saúde Mental, acompanhando a implantação de equipes de saúde mental nos diferentes distritos de saúde da cidade e a abertura do primeiro Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (Cais Mental), na Vila Cruzeiro, um serviço de saúde mental criado pela Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Porto Alegre. Também assessorou equipes de saúde para o trabalho de saúde mental na atenção básica à saúde, organizou e participou, como docente, de cursos de formação em serviço para a atuação em saúde mental.

de autoria do deputado Marcos Rolim¹⁴, que prevê a substituição dos manicômios por uma rede de atenção integral à saúde.

“Assim, tem início o processo de desinstitucionalização no Estado, partindo do interior do manicômio, articulada com as ações da Política Estadual de Saúde Mental na formação da rede de atenção. [...] o processo desencadeado no Estado do RS tem como uma de suas diretrizes a desconstrução do paradigma psiquiátrico, apontando um novo modelo de assistência através da apropriação e interlocução dos diversos saberes acerca da loucura [...]” (MENEGASSI et alli, 2002: 251-252).

Tal aprovação só se fez possível a partir do envolvimento de diferentes atores sociais, tais como trabalhadores, usuários, familiares, deputados e demais entidades não governamentais, especialmente o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, que provocava intenso tensionamento junto a diferentes espaços sociais, como Assembleia Legislativa, Poder Judiciário, entre outros. Cabe salientar que o envolvimento da mídia e da Assembleia Legislativa, aprovando a lei da reforma estadual, foram importantes conquistas para o avanço do processo de desinstitucionalização, mas foi especialmente fundamental o papel de cada um dos envolvidos, fossem eles trabalhadores, familiares ou usuários. Essas pessoas anônimas juntaram-se em um coletivo que se abrigava ao redor de uma mesma bandeira da luta antimanicomial. Foram esses anônimos – que deram ao movimento a envergadura necessária para se firmar como um clamor das massas que vinham das ruas e que entraram pelas janelas das casas de família, dos gabinetes dos deputados, dos consultórios dos psiquiatras – que mais contribuíram para redesenhar essa história.

No âmbito nacional, apenas em 2001 o Governo Federal aprovou a lei nº. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei, porém, foi aprovada com muitas alterações de seu texto inicial, uma vez que não havia consenso entre as diferentes bases partidárias em sua votação. A lei aprovada é bastante tímida, se

¹⁴ Lei que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências relativas à formação de um sistema de atendimento nesta área.

comparada à original, mas representa um grande avanço em relação ao modelo de atenção à saúde mental até então vigente. Para que se tenha uma noção do nível de tensionamento entre os proponentes, que representam uma grande parcela da população brasileira, e os opositores desta lei, em especial representados pelos setores mais conservadores que possuem o controle sobre toda uma indústria da loucura, tal lei tramitou por 10 anos até conseguir sua aprovação com uma série de alterações de seu texto inicial.

Durante esse período, e aqui ressalto especialmente o caso de Porto Alegre¹⁵, uma rede de atenção à saúde mental foi sendo articulada com a perspectiva de vir a substituir o manicômio e a oferecer outros modelos de tratamento aos usuários e seus familiares. No ano de 1999, uma nova gestão¹⁶ assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro com a perspectiva de implementar o processo de desinstitucionalização da loucura, a partir de uma prioridade política de governo estadual, que retomou o projeto São Pedro Cidadão concebido e aprovado em 1993 pelo Conselho Estadual de Saúde e por diversas entidades representativas da sociedade. Esse gesto marcou a relevância que o governo em questão deu a uma decisão já tomada e aprovada pelo Conselho Estadual, instância máxima de controle social e participação no Estado, retomando-o como política central de governo. Tal processo de reestruturação da assistência demandou a criação de uma rede de serviços substitutivos e a mudança do modelo de atenção em saúde mental, no âmbito estadual. Para tanto, foram propostas as seguintes diretrizes políticas:

“[...] extinguir quaisquer práticas abusivas que firam os direitos humanos; criar uma política de assistência em saúde mental totalmente substitutiva ao manicômio; desinstitucionalizar os 610 usuários moradores [da época] do Hospital Psiquiátrico São Pedro; romper culturalmente com a lógica da exclusão, discriminação e maus-tratos; garantir o cuidado e o exercício da

¹⁵ Nos anos 1990, a gestão municipal desencadeou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na época, segundo Silva (2008), a rede municipal era constituída por nove Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Saúde de Referência (atenção em especialidades) e o Hospital Municipal de Pronto Socorro. Os desafios a serem enfrentados eram o processo de municipalização da gestão da saúde e uma organização técnico-assistencial abrangente de todos os serviços de saúde existentes na cidade, bem como a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS no planejamento, avaliação e condução das ações cotidianas de saúde.

¹⁶ A gestão em questão é assumida pelo psiquiatra Regis Cruz na direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro, tendo como Diretora do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) a psicóloga Simone Frichembruder.

cidadania; redefinir o uso do prédio histórico do HPSP e devolvê-lo à sociedade.” (MENEGASSI et alli, 2002: 253)

Também nesse período ocorreram ações internas no HPSP para garantir a implementação da nova política pública de gestão em saúde: a extinção das celas fortes; o fim do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) dentro do hospital; a substituição progressiva das roupas marcadas do hospital para roupas sem marcas; foram providenciadas certidões de nascimento para internos sem documentação, com o objetivo de acelerar o pedido de carteira de identidade para que pudessem receber o benefício de prestação continuada do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); a implementação do programa Coletivos de Trabalho através das oficinas de reciclagem do lixo, costura, salão de beleza e babá; criação de espaços alternativos de moradia, como as casas de passagem, apartamento, casas externas e residencial terapêutico; criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para crianças e adolescentes, sendo o ambulatório territorializado o que permitiu o atendimento à comunidade local, ampliando assim a capacidade de atendimento; transferência dos leitos destinados a dependentes químicos para o Hospital Vila Nova. O objetivo geral do projeto foi assim sintetizado por seus autores: “Trabalhar na desconstrução de olhares cristalizados, rompendo barreiras culturais frutos de um amplo processo de exclusão é talvez um dos maiores desafios do processo da implantação da Reforma Psiquiátrica.” (MENEGASSI et alli, 2002: 256).

Todas essas políticas visavam a extinguir progressivamente as práticas manicomiais, encaminhar os usuários gradativamente para a rede substitutiva de serviços e investir na abertura do HPSP para a sociedade em geral, através da preservação do prédio histórico com um fim cultural. O desmonte dar-se-ia de dentro para fora, com ações conjuntas com secretarias estaduais e o envolvimento de diferentes atores sociais. Sendo esse projeto assumido como carro-chefe da saúde mental pelo governo estadual, as ações articularam-se, unindo esforços de diferentes secretarias, como: de habitação, no que tangenciava ao problema de vivendas e adequação de lugares de risco; da educação, garantindo o acesso à formação básica e especializada; do trabalho, promovendo e garantindo acesso ao emprego etc.

Foi através dessa série de ações que o acompanhamento terapêutico ganhou o espaço do hospital, buscando primeiramente capacitar¹⁷ os trabalhadores para essa nova política e acompanhando usuários, que há muito conheciam o HPSP como sua casa, no processo de reinserção social.

Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização é um processo que se funda na necessidade de reverter o modelo da atenção dispensado ao doente mental, e que apresentava como primeiro passo a necessidade de começar a desmontar a relação problema/solução até então utilizada para tratar da loucura. Como forma de renúncia à perseguição da normalidade plenamente estabelecida, desinstitucionalizar implica, então, desmontar a solução institucional existente no paradigma médico para remontar o problema da relação com a diferença que o louco apresenta. Para tanto, torna-se imprescindível envolver todos os atores no sistema de ação organizacional, com a perspectiva de transformar as relações de poder entre as estruturas de atendimento e os usuários através dos próprios trabalhadores, para depois envolver outros atores sociais. Para Rotelli, na medida em que o manicômio vai se desmontando, três aspectos passam a tomar corpo no processo: 1) a construção de uma nova política de saúde mental; 2) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, para que sejam sujeitos ativos em sua relação com os locais de tratamento; e 3) a construção de estruturas externas substitutivas à internação no manicômio.

Cabe fazer aqui uma breve diferenciação entre desospitalização e desinstitucionalização, o que é apontado por Baptista (2003) como um dos equívocos conceituais mais frequentes. A desospitalização é o processo de desmonte gradativo do hospital psiquiátrico, devido à necessidade de criar dispositivos e estratégias que viabilizem outras formas de lidar com a loucura. Sem dúvida, é uma estratégia importante para o avanço da reformulação do tratamento, mas há um risco de se acreditar que basta desospitalizar.

¹⁷ O processo de capacitação mencionado possui dois eixos: 1) o Curso Básico de qualificação em Acompanhamento Terapêutico oferecido pela Escola de Saúde Pública do Governo do Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2002, de cuja equipe fiz parte juntamente com Analice Palombini, Eduardo Pelliciolli, Márcio Mariath Belloc, Nara Castilhos e Nauro Mittmann, além do diretor Ricardo Burg Ceccim e da coordenadora de saúde mental Cândida Boemecke, e Simone Machado, responsável pelas capacitações oferecidas ao pessoal de nível médio; 2) a assessoria oferecida ao Residencial Terapêutico Morada São Pedro, da qual participei juntamente com Analice Palombini e Márcio Mariath Belloc, de 2000 a 2002, e posteriormente em 2004.

“[...] a desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários não psiquiátricos etc.) e novas formas (mais obscuras) de internação.” (ROTELLI, 2001: 21).

A desinstitucionalização, porém, aponta para um sentido muito mais amplo, pois é concebida como um processo de desnaturalização das lógicas manicomiais presentes em múltiplos espaços de cuidado, em diferentes paradigmas, nas muitas formas de intervenção clínica e mesmo nas relações sociais mais insuspeitas.

Através de autores como Basaglia e Rotelli, entre outros, iniciou-se uma inovação no fazer psiquiátrico, como tentativa de melhorar a capacidade terapêutica dos profissionais da saúde junto a seus pacientes. Ao ser deflagrado, esse processo de desinstitucionalização gerou, no entanto, uma transformação no cenário das práticas e dos locais de tratamento, conduzindo os profissionais da saúde a se reciclarem e a repensarem suas posturas enquanto membros de uma comunidade em processo de mutação. Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização italiana diferencia-se das demais:

“[...] ela está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas. Essas nascem para ‘acompanhar’ de perto os pacientes fora do manicômio e construir as ‘alternativas’ (e a cultura necessária): os serviços territoriais, os plantões psiquiátricos noturnos no hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro etc.” (ROTELLI, 2001: 35).

Amarante (1992) aponta que o processo de desinstitucionalização se faz a partir de uma trilogia: “negação, superação e invenção”. É preciso negar a estrutura de internação como a melhor forma de tratamento da doença mental para que, assim, possamos superá-la através da criação/invenção de uma nova rede de atenção, a qual substitua a internação como proposta de tratamento. Esse autor salienta ainda o quanto é

importante a mudança nas formas de cuidado instituídas entre os profissionais da saúde, alertando para o fato de que uma rede substitutiva à internação em um hospital psiquiátrico pode ser manicomial, se não for alterado o formato da atenção, transformando as concepções e as práticas estabelecidas.

“[...] mais que o concreto, as lajes, as grades do hospício, é este conjunto que sobredetermina gestos, olhares, posturas, e exercita limites, intolerância e diferenças presentes no próprio hospício, mas presentes também no ambulatório, centros de saúde mental comunitários, hospital-dia, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, locais de trabalho, salas de aula, cultos religiosos, meio familiar entre outros.” (AMARANTE, 1992: 115).

Tínhamos pela frente a tarefa de desinstitucionalizar práticas fortemente construídas e empregadas no tratamento da loucura. Era preciso desmontar conceitos que sobredeterminavam olhares e gestos e que geravam certo discurso social sobre a posição do louco em nossa sociedade, para no lugar disso disparar ações inclusoras, construídas na coletividade, criando um novo cenário no qual fosse possível um reposicionamento tanto das práticas de cuidado – e, portanto, daqueles que a praticam – quanto do dito paciente.

Foi nesse cenário de reformulação do cuidado, de transformações na prática dos profissionais de saúde e na mudança progressiva dos espaços de tratamento que surgiu o que poderíamos denominar a primeira imagem do acompanhante terapêutico, ainda não conhecido por esse nome. Surgiu no momento em que profissionais da área da saúde, interessados em redimensionar o lugar ocupado pelos loucos, buscaram encarregar-se do paciente, acompanhando-o, cotidianamente, na trajetória pela rede de equipamentos institucionais espalhados pela cidade, articulando, facilitando e promovendo a utilização de papéis sociais, incluindo a criação de novos papéis, e também dos recursos próprios do urbano, na invenção de projetos de saúde. Como podemos observar, a origem do acompanhamento é institucional, pois nasce de uma necessidade de reformulação do espaço de tratamento, à medida que a estrutura da internação é desaconselhada e que a perspectiva do tratamento ganha o espaço social da cidade, inclusive, fora dos equipamentos de saúde.

Com a desospitalização, o paciente, que até então vivia atrás do muro, passa a morar em sua casa, em uma determinada comunidade, e a frequentar o hospital-dia para fazer suas atividades, ou se precisa fazer uma consulta médica fora do hospital e o faz junto com um acompanhante. Foi dessa maneira que se iniciou o fazer desse agente de saúde, que só muito tempo depois recebeu o nome de acompanhante terapêutico. Tal reconfiguração do espaço social reservado ao louco obriga a/s) cidade/s a conviverem de uma nova forma com os pacientes, os quais lentamente readquirem o *status* de cidadão. Circular pela cidade, andar de ônibus, fazer compras no mercado da esquina, morar em uma pensão em um determinado bairro etc. são fatos que sem dúvida geram muito tensionamento, até mesmo porque não é fácil agenciar, ou melhor, fazer caber, a radical diferença da experiência da loucura no espaço urbano, como bem indicam as respostas sociais construídas através dos séculos.

Cada trabalhador envolvido com esse processo também passou a ter que questionar seu saber instituído e alterar suas práticas, bem como acrescentar novas funções ao seu fazer. Redimensiona-se o papel do trabalhador da saúde compromissado com as perspectivas da reforma psiquiátrica. E é aqui que surge em cena o que podemos chamar de um artesão da saúde, já que ele se depara com a sua matéria – a saber, o campo da saúde mental –, analisa seus pontos de resistência e ambigüidade. É por compromisso ético e desejo de interpelar tal matéria, para tentar tirar dela novos contornos, que alguns processos e ações passam a ser deflagrados na cidade; processos que buscam a inclusão, o acesso à cidadania, a luta contra o estigma e a construção de outro lugar social para o diagnosticado.

Esse processo encontrava-se em marcha não só no Rio Grande do Sul, mas em todo o território brasileiro e até mesmo em âmbito mundial. A velha resposta social de excluir para cuidar mostrou-se absolutamente ineficaz naquilo que prometia: a cura. Dessa forma, somos impelidos a buscar outros arranjos sociais, a revisão das práticas e formas de cuidado, na perspectiva de responder à demanda atual, que é a de oferecer espaço ao cidadão, seja ele portador ou não de uma patologia mental. Foi nesse contexto que o acompanhamento terapêutico (AT) emergiu como uma importante ferramenta de trabalho. E é justo desse ponto que podemos tomá-lo como um dispositivo, no sentido apontado por Foucault (2003), ou seja, como possibilidade de ruptura com o instituído, da reforma psiquiátrica, no caso do Rio Grande do Sul, ainda que essa ferramenta tenha sido utilizada em diferentes estados brasileiros com o mesmo fim e também em outros

países que viveram seu processo de reforma psiquiátrica. É esse sentido que podemos visualizar o acompanhante terapêutico como um artesão da saúde.

Na experiência gaúcha, o AT ganhou espaço como ferramenta do processo de reformulação das formas de cuidado, porque também recebeu um *status* de política pública, à medida que o governo do Estado e o município de Porto Alegre assumem como tarefa primeira, nesse campo conflitivo de transformação imposto pela reforma, investir na implementação da figura do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental através de diferentes ações e em parceria com outros equipamentos da cidade. Para tanto, foram criadas condições de garantir a formação de profissionais de saúde, nessa área, através de diferentes parcerias e espaços de educação permanente. Como já foi dito, era preciso “desconstruir no cotidiano das instituições as formas arraigadas de tratar a loucura”. A educação permanente colocava-se como uma ferramenta básica para garantir uma significativa reformulação do modelo de atenção em saúde mental. Também ela receberá um *status* de política pública, a seu tempo. De acordo com as políticas de saúde propostas pelo SUS, ocorre um investimento importante na proposta de uma educação permanente em saúde mental como forma de enfrentar os impasses propostos pela nova rede de serviços substitutivos e a vida na cidade.

Dessa forma, neste trabalho, darei ênfase a algumas experiências, das quais tive o privilégio de participar, junto a diferentes coletivos. Tais experiências tratam de uma trajetória do processo da reforma no Rio Grande do Sul, mas sem dúvida não tem a pretensão de esgotar esse vasto processo, vivido de forma absolutamente singular por tantos dos municípios gaúchos e por demais estados brasileiros. Recortarei as experiências que permitam, através deste escrito, destacar o papel da educação permanente na política do acompanhamento terapêutico e a rádio como dispositivo da reforma, assim como a participação popular no controle social como forma de garantir esses avanços, propondo tomar tais agentes de transformação social como artesãos da saúde.

1ª Ação: a participação social no Conselho de Saúde: instância política de controle social. Exercida no Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre como representantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Nesse espaço de embate de ideias e de desenvolvimento, proposição e controle efetivo das políticas propostas em saúde em nosso município, atuei, junto a outros tantos companheiros conselheiros de saúde, na difícil tarefa de exercer um lugar de cidadania. Lugar propositivo, pois

convoca a refletir os impasses do cotidiano de uma cidade em seu alto grau de complexidade. Construir democraticamente uma cidade é uma tarefa difícil. O espaço do Conselho Municipal e as suas respectivas comissões são centro de conflitos entre concepções, ideais e distintos paradigmas, e, justamente por isso, espaços férteis para o artesanato da saúde. A cooperação coloca-se como um fator fundamental para o trabalho em grupo. Aprender a arte de negociar é fundamental para o exercício dessa tarefa, na qual a repetição do exercício garante a excelência da obra que conjuntamente podemos produzir.

2ª Ação: Política de educação permanente no âmbito do Acompanhamento Terapêutico. Na cidade de Porto Alegre, o AT ganhou *status* de política pública, possibilitando que ações de educação permanente fossem postas em marcha e que a ferramenta adentrasse ao sistema público de saúde. Neste escrito, destacarei alguns processos de formação desencadeados, já que todos têm como eixo básico a utilização da ferramenta do acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica. Priorizar essa ação, garantindo a presença nas equipes de profissionais que estão dentro do espaço do serviço, mas que ao mesmo tempo estão fora – no sentido em que o AT trabalha na rua, pois a cidade é o seu campo de atuação por excelência – é um gesto político que aponta para a necessidade de enfrentar no espaço urbano a questão da reinserção social do portador de sofrimento psíquico, investindo na construção de outras redes que possam oferecer suporte e, por que não dizer, acolhimento (cuidado).

3ª Ação: Coletivo Potência Mental e Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Essa ação diz respeito a um programa de rádio, que veio a intitular-se como Potência Mental e que nasceu do encontro entre as residentes da primeira edição do Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental com o dispositivo de rádio como forma de trabalhar com o tema da saúde mental e a sociedade. Esse encontro provocou no grupo a inquietude necessária para que se lançassem na perspectiva de montar um projeto, juntamente com os usuários e o campo no qual trabalhavam, de desenvolver um programa de rádio em nossa cidade, na mesma linha proposta pelo trabalho desenvolvido por Martín junto ao grupo da Radio Nikosia. Através da ação da rádio, rompemos a fronteira do território bem demarcado do qual saímos, no caso a cidade de Porto Alegre, para atravessar o oceano e aportar nas águas mediterrâneas na cidade de Barcelona, embarcando em outro projeto artesanal que se chama Asociación Socio Cultural Radio Nikosia.

Em todas as ações aqui apresentadas encontraremos um elemento comum que as une, uma política de encontro com o outro na sua alteridade, que valorize e respeite os distintos saberes, que parte de uma postura ética que implica cooperação para transformar as formas de atenção em saúde de forma efetiva. Sem essa postura, que aqui qualificaremos como o fazer do artesão da saúde, seria impossível qualquer projeto de modificação do modelo hegemônico, já que a força do modelo médico prescrito para a saúde está fortemente arraigada em todos nós. Vencer esse modelo em nós mesmos exige reflexão crítica, distanciamento dos problemas, capacidade inventiva, trocas genuínas com outros saberes e construção coletiva, via participação e controle social.

3. POLÍTICAS DOS (DES)ENCONTROS

No capítulo anterior, apresentei ações que, acredito, podem ser geradoras de uma política do encontro. Entretanto, para que isso ocorra efetivamente, é necessária a realização de um trabalho do artesão da saúde frente às ambiguidades e às resistências que nossa matéria pode nos impor. No campo específico da saúde mental nos deparamos com paradigmas que muitas vezes vão na contramão da possibilidade de encontros.

Ceccim (2009) aponta que nem todas as práticas de cuidado estão orientadas para o encontro. Em muitos casos, justamente o que se vê é uma prática orientada à exclusão do encontro. Isso se dá, em especial, com as práticas de formação exclusivamente orientadas para a produção de um diagnóstico, para a classificação nosográfica, ou seja, práticas que não olham o sujeito, apenas sua doença, buscando rapidamente classificar, orientar, prescrever e encaminhar. No caso da saúde mental, podemos perceber claramente tal postura se perpetuar, tanto nos espaços de formação quanto nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. O autor ensina que, para trabalharmos com práticas cuidadoras orientadas ao encontro, devemos levar em conta e tomar as vivências do outro.

Contudo não podemos esquecer que para além do diagnóstico existe uma pessoa, com suas vivências, suas memórias, suas questões. Na lógica de diagnosticar, orientar e prescrever, o encaminhamento entra como uma medida resolutiva para desvincular-se do paciente. Tal lógica é bastante utilizada por muitos profissionais em ambos os sistemas de saúde, tanto em Porto Alegre quanto em Barcelona.

No caso da epidemiologia atual, em especial a psiquiátrica, o trabalho está centrado na realização do diagnóstico, como aponta Menéndez:

“[...] énfasis colocados en momentos distintos del desarrollo, por lo menos de la epidemiologia psiquiátrica, convergen en la negación o secundarización de la dimensión histórica y en

consecuencia en deshistorizar la enfermedad en términos de causa y procesos sociales. La denominada historia natural de la enfermedad no incluyó la historia social de ésta.” (MENÉNDEZ, 1998: 7).

Segundo esse autor, o saber médico reduz o processo de adoecimento a signos e a diagnósticos construídos através de indicadores que são quase exclusivamente biológicos, ou seja, o sujeito e sua doença são separados de suas relações sociais. Essa posição nega o papel do sujeito que adoece e as condições sociais, econômicas e culturais, não somente na etiologia e no desenvolvimento do adoecimento como também na atenção e na prevenção ofertadas. Negando que a doença e a saúde são resultado das condições de vida e de trabalho que o sujeito possui, ao invés de definir uma política de saúde o que se constitui é uma política da doença. Como ressalta Menéndez (2005), é preciso levar em conta que em todas as sociedades a saúde/doença e a atenção são eixos estruturais que determinam as práticas vigentes e abordam as características da sociedade em que vivemos.

Percebemos atualmente o quanto as diferentes formas de atenção atuam sobre a doença, e não em prol a saúde dos sujeitos e grupos sociais. Para Menéndez (2003) quase todas as formas de atenção atuam basicamente sobre a doença e os padecimentos, e não sobre a saúde. Essa situação ocorre, em grande parte, porque os trabalhadores ou cuidadores em suas práticas atuam dessa maneira, mas também porque os usuários que buscam o sistema na maioria das vezes pedem por isso, ou seja, procuram o sistema porque demandam ações ou intervenções para o seu padecimento e não para a sua saúde. Poderíamos acrescentar que o setor saúde está organizado para tratar as doenças e não para desenvolver projetos de saúde, em muitos casos. Isso gera um circuito entre a demanda e a oferta, que quase nunca dão conta das necessidades da população.

O que se observa hoje é uma lógica construída para o diagnóstico, muitas vezes em detrimento da própria terapêutica. Martínez-Hernández (1998) coloca que isso se dá pela forma como atualmente se diagnostica. Historicamente, a medicina vem baseando sua conduta através dos testes irrefutáveis da medicina dita tradicional, como análises de sangue, tomografias computadorizadas, testes de laboratório etc. No campo da saúde mental não se faz possível a realização de tais testes, ainda que uma grande corrente de médicos, em especial os biologicistas, acredite que esta seria a via indicada: descobrir a causa e tratar os efeitos.

Na verdade, o que se vê na saúde mental atual é que o diagnóstico está baseado no aparecimento ou não de determinados sintomas. Martínez-Hernández destaca que até os psiquiatras biologicistas reconhecem que, no momento, a esquizofrenia, para citar um exemplo, está sendo diagnosticada a partir de sua manifestação e expressão, ou seja, estão centradas nos sinais e nos sintomas.

“En otras palabras, lo que articula el conocimiento sobre la esquizofrenia no es la evidencia de procesos fisiopatológicos claros y distintos, sino el terreno más ambiguo de las manifestaciones externas de estos supuestos procesos: sus signos y síntomas.” (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 1998: 17).

Observa-se, na atualidade, uma proliferação de compêndios psiquiátricos (CID10, DSM-IV-TR etc.) que têm a pretensão de, através de uma classificação nosográfica – ou seja, oferecendo um conjunto de critérios –, dizer tudo sobre a doença, seus sintomas, seu curso, sua evolução e até o prognóstico que o portador terá. Pode-se concordar que tais manuais digam algo sobre a doença, mas e o sujeito? E sua individualidade, sua história particular? Onde fica? Talvez esta seja a grande perversão de tais manuais: excluir o sujeito e seu contexto e ressaltar apenas a doença.

Nesta mesma perspectiva, Menéndez (1998) alerta para o risco de uma visão unicamente biologicista, empreendida tanto no campo da investigação quanto da docência, e que desconsidera os demais fatores que ocasionam o aparecimento de uma determinada doença. Adverte-nos que a epidemiologia, ou pelo menos uma parcela significativa de investigadores dessa disciplina, acabou convertendo alguns conjuntos sociais em agregados estatísticos, como no caso dos ditos manuais de psiquiatria, pois para manejar os dados coletados a epidemiologia os desagrega, automatiza e desarticula. Dessa forma, não é só o sujeito que desaparece em prol da doença, mas a mesma acaba reduzida ao aparecimento de determinados signos.

Assim, tomando o exemplo da esquizofrenia, muitas vezes os sintomas tardam a aparecer. Enquanto não se manifestam, o profissional, guiado apenas pelo aparecimento dos signos, não percebe o desenvolvimento da doença, e, portanto, provavelmente não saberá como conduzir uma cura, já que não sabe com o que está efetivamente lidando. Uma vez que os sintomas aflorem, uma vez que o diagnóstico seja fechado, tal pessoa passará a ser vista exclusivamente pela presença ou não dos sintomas positivos e negativos de sua doença. A principal ferramenta de tratamento será a medicação, que

justamente atua sobre os sintomas ditos positivos e nada avança em relação aos negativos, sem falar nos efeitos secundários gerados pela utilização permanente de medicação psiquiátrica e dos efeitos sociais de ser um diagnosticado.

Ocorre-me um exemplo de acompanhamento terapêutico realizado durante um longo período e cuja pessoa acompanhada tinha um diagnóstico de esquizofrenia. O psiquiatra que tratava do paciente deu à família um manual de como conviver com a doença, o qual tinha todas as respostas para as possíveis perguntas que um familiar possa ter quando se depara com o fato de ter que responder ao esquizofrênico. Estava escrito em uma linguagem bastante acessível, no formato de perguntas e respostas, que passavam por questões relativas ao sexo, a poder dirigir um carro, a casar-se etc. Resultou que a família tomou o manual como guia e já não existia mais um sujeito ali, não era mais o Marco Aurélio quem falava, era *a esquizofrenia*. Era com ela que dialogavam, brigavam e viviam. Cada vez que se viam frente a uma situação para qual não possuíam uma resposta, buscavam no livro a saída para o impasse. Tal situação se perpetuou a um ponto em que já não se relacionavam mais com um membro da família, e sim com a doença e suas manifestações. Seguiam a pauta prescrita pela cartilha médica. Sempre temerosos de que na relação surgisse uma crise, acabavam afastando-se de Marco, deixando-o em seu universo particular.

Quando se iniciou um trabalho de acompanhamento terapêutico com Marco Aurélio, tentou-se quebrar a lógica rigidamente construída e mostrar à família que ali existe um sujeito, com desejos, com possibilidades, e que era preciso sustentar uma aposta em relação a ele, para além de sua enfermidade. Durante o curso do trabalho, Marco teve muitas possibilidades de colocar em cheque as verdades contidas no manual e voltar a se apresentar como sujeito para sua família. Mas é interessante ressaltar que o manual – utilizado durante anos para relacionar-se com Marco e que o aprisionava na posição de doente mental, de esquizofrênico – pôde depois de algum tempo de trabalho ser ressignificado e utilizado pelo próprio Marco para livrar-se de situações com as quais ele não queria se deparar, como as tarefas cotidianas da casa que não lhe agradava desempenhar. Passou a aludir ao manual para justificar-se e poder safar-se do envolvimento com as tarefas diárias. A mesma verdade de que “um esquizofrênico perde o interesse pela vida”, que durante muitos anos lhe deixou prostrado em seu quarto, passou a estar a serviço dele, em seu discurso, para livrar-se de arrumar a cama, por exemplo.

Esse caso leva-me a discutir o papel desses manuais e compêndios, hoje amplamente divulgados e de fácil acesso a qualquer pessoa, inclusive por internet, e indagar para que, ou para quem, serve o diagnóstico. Nesse aspecto, é importante dizer que, ainda que as pessoas tenham direito a saber qual seu diagnóstico, é importante ressaltar também que ter não é ser, ou pelo menos não deveria ser. Contudo o que estamos verificando na prática é que, uma vez dado o diagnóstico, não é mais a pessoa que tem a doença, e sim a doença que tem a pessoa. A doença vira a pessoa, o diagnóstico vira etiqueta e a verdade sobre o sujeito já não tem mais ele mesmo, mas os manuais psiquiátricos. Esse talvez seja o maior risco do diagnóstico, na forma como ele vem sendo trabalhado em nossa sociedade. Quinet (2001) dizia que vivemos a querela dos diagnósticos.

Estou de acordo e defendo a ideia de escutar mais o sujeito e menos a enfermidade, ver mais as possibilidades do que as impossibilidades, trabalhar com o viável e sustentar uma aposta no sujeito. Devolver ao sujeito diagnosticado a possibilidade de ter um discurso e de produzir obra, valorizando que se trabalhe em prol da recuperação da capacidade narrativa. Esse discurso está em simetria com o discurso do especialista, como nos ensina a metodologia etnográfica; seria essa a postura adequada assumida pelo artesão da saúde. A educação permanente pode ser um excelente reforço a tal postura, uma vez que se baseia em desconstruir verdades, propondo uma ressignificação do olhar do profissional, partindo da ideia de que não somos seres prontos e acabados *a priori*, e sim sujeitos em constante processo de subjetivação. Até porque, nesses espaços, o profissional terá a possibilidade de questionar a teoria e, vivenciando na prática profissional o encontro com a radical diferença que o outro produz, deixar-se interpelar de fato por esse outro como ser humano, e não como um diagnóstico.

Ceccim (2009) adverte que a formação tem seus nós, seus impasses, e um deles é verificável neste aspecto, especialmente no campo da saúde, de que ensinamos a diagnosticar e a prescrever, e não a abordar terapêuticamente. A abordagem terapêutica leva-nos ao encontro com o outro, com a alteridade, com o fazer dobra e inventar, inclusive a si mesmo. Reinventar-se. Se assumirmos tal postura, estamos afirmando, segundo o autor, que não estamos prontos e nem somos sujeitos definidos, mas que estamos em processo, “somos uma subjetivação em processo de atualização”

(CECCIM, 2009). Se estamos constantemente em processo de subjetivação, como fazer caber ao sujeito dentro da etiqueta do diagnóstico? O autor observa:

“Para ensinar a aprender um tratar, cuidar, atender, escutar, um conjunto de práticas precisa nos colocar diante do outro, do diverso, do estranhamento. Isto difere profundamente da introspecção, de pesquisa da própria subjetividade ou de entrar em contato com seus próprios sentimentos, é um diferir-se, defasar-se, é um compor-se pela alteridade. Tampouco é uma operação de tomada de consciência, é um possuir-se.”
(CECCIM, 2009: 4).

Se quisermos desenvolver práticas cuidadoras capazes de priorizar a inclusão social do portador de um diagnóstico, temos que de saída questionar o que estamos ensinando aos trabalhadores de saúde. Que discurso impera nas relações construídas entre cuidadores e cidadãos? Que estruturas de serviços, ou melhor, que rede oferecemos aos nossos cidadãos? Isso implica repensar nossos programas de ensino, revisar nossas práticas de cuidado e reconsiderar o discurso social que estamos reproduzindo a respeito da saúde mental.

Menéndez (1998) também destaca a importância da formação e seu papel nas práticas de cuidado instituídas. Para ele, é fundamental que os processos de *salud, enfermedad y atención (s/e/a)* considerem o caráter sociocultural, reconhecendo a sua multicasualidade. A antropologia médica, para o autor, deve considerar que todo o padecimento constitui um processo social e histórico que deve ser reconstruído para que seja devidamente compreendido.

Esse mesmo autor propõe um resgate histórico sobre a formação médica e aponta que o saber médico se desenvolveu dentro de três estruturas básicas nos séculos XIX e XX: a universidade, o consultório privado e o hospital. O hospital seria o espaço da morte, o laboratório no qual os médicos testavam suas técnicas e procedimentos na população mais empobrecida que fazia uso desse recurso. Uma vez aprimoradas as técnicas, os médicos utilizavam suas descobertas exitosas com a população mais abastada, que frequentava o consultório privado. Já o processo de formação profissional do médico começou a organizar-se apenas no final do século XVIII e no início do século XIX. A partir desse período, uma titulação médica passou a ser exigida para o exercício da prática. Inicialmente, de forma bastante precária, na França, na Inglaterra e

na Alemanha. Nesse processo, uma formação mais generalista, desenvolvida no início, deu lugar à formação de especialistas (século XX). Assim, o corpo máquina do sujeito seria fragmentado em partes em nome de um maior grau de conhecimento sobre determinado órgão ou pedaço do corpo.

Historicamente, a saúde mental viu-se relegada a assunto de especialistas: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais etc. Não era assunto do cidadão comum. Assim como a rede de saúde – e o próprio nome já nos indica sua especificidade – é a rede de saúde mental. Uma rede dentro de outra rede, já que a saúde mental é considerada uma área de especialidades. Tal estrutura contribuiu em manter o caso da saúde mental segregado do espaço social. Paradoxalmente, falamos em inclusão social como política, ou seja, como objetivos a serem alcançados por tais redes. Como promovê-la a partir da periferia? Desde a margem? Até que ponto não estamos capturados em nossas práticas diárias de fazer saúde por essa lógica especialista que nos aprisiona em um circuito circular, o qual acaba sempre tangenciando a cidade – ao mesmo tempo em que busca ocupá-la –, sem fazer parte totalmente dela? Dentro, mas fora. Dentro, mas encerrados por muralhas invisíveis e por um suposto saber que é ainda mais perverso do que as muralhas físicas do manicômio. Que saúde produzimos? Que inclusão social? Até que ponto nossos processos de cuidado não são justamente os responsáveis pela alienação do sujeito?

A cidade de Porto Alegre possui uma estrutura de serviço chamada Oficina de Geração de Renda, espaço protegido de trabalho que visa a ampliar a sustentabilidade e a autonomia. O princípio é que pessoas diagnosticadas possam acessar o programa que busca a inclusão pela via do trabalho. São proporcionadas formações através de cursos em distintas áreas, como artesanato, hotelaria, marcenaria, manicure e cabeleireiro etc. Tais cursos estão distribuídos em diferentes escolas da cidade e têm como objetivo formar a pessoa para o desenvolvimento do trabalho que ela escolher.

Joana vinculou-se ao programa da Geração de Renda com o objetivo de fazer joias. Ela tem uma filha que estuda pela manhã, mas à tarde necessita que alguém lhe auxilie e lhe cuide. Joana queria trabalhar, mas também precisava encarregar-se de sua filha na parte da tarde. Na Geração de Renda, buscou um curso que lhe permitisse compaginar suas necessidades. Pela manhã fez o curso de artesanato de joias, e à tarde, enquanto cuidava de sua filha, fazia colares, pulseiras, brincos, que depois eram vendidos na loja do Geração e por ela mesma em outros lugares.

Joana passou muitos anos como usuária do Centro de Atenção Psicossocial e esteve internada mais de uma vez em hospitais psiquiátricos. Neste momento está bem, tem apenas consultas de acompanhamento com seu psiquiatra no Centro de Saúde Modelo e está vinculada ao Geração de Renda na perspectiva de aprender algo que lhe permita o sonho de trabalhar, produzir e poder realizar suas atividades pessoais e cuidar de sua filha.

Ela recebe uma pensão do governo, que é a sua principal fonte de renda. A venda das bijuterias que produz lhe permite realizar apenas pequenos caprichos, como ela diz, mas não lhe sustentam; o que mantém as contas em dia é mesmo a pensão recebida pelo governo. Como pensionista, ela tem que fazer a revisão de tempos em tempos no departamento de perícia médica do Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar que o programa da Oficina de Geração de Renda foi uma iniciativa criada no município onde Joana mora, Porto Alegre, porém a perícia médica que lhe avalia a necessidade da pensão pertence ao governo estadual. Ela faz a revisão para que o Estado possa comprovar se de fato ela necessita de ajuda financeira. Confirmada a necessidade, a pensão é mantida; caso contrário, a ajuda pode ser retirada.

Joana chegou contente ao dia da consulta com o médico perito, um psiquiatra. Quis contar-lhe sobre seus avanços, explicar-lhe que este ano não fez nenhuma internação, que foi capaz de manter-se bem, sem crise e que ainda conseguiu realizar o sonho de trabalhar, fazendo bijuterias através do programa do Geração de Renda – coisas que Joana explica para o seu psiquiatra nas consultas do Centro de Saúde Modelo. São situações que ela está vivendo e que lhe produzem grande alegria, como sua vitória pessoal contra a doença que lhe abateu em grande parte de sua vida, mas que agora pôde ser superada. Uma ressignificação de seu lugar na sociedade como mulher e como mãe. Joana empreendeu uma narrativa sobre seu viver, compartilhando-a com o perito.

O psiquiatra perito, ao escutar que Joana trabalha – ou seja, que pode trabalhar e, portanto, manter-se – decidiu interromper a ajuda que ela recebia do governo estadual. Sem a pensão, Joana viu-se frente à dificuldade de manter seus compromissos. Já não podia pagar o aluguel e nem tinha dinheiro para se manter. A medida tomada pelo psiquiatra perito lhe inviabilizava a vida. Frente a tal situação, Joana se desesperou, um princípio de uma crise se instalou, e ela não sabia o que de fato lhe havia passado para que agora se encontrasse em tal situação, se tudo estava indo tão bem, segundo seu

relato. A família de Joana lhe acusou de ter causado toda essa situação, o que gerou um importante tensionamento nas relações familiares. Ela percebeu-se desamparada e sozinha, justamente no momento em que necessitava de apoio.

Entretanto Joana encontrou forças para chegar até o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e relatar seu problema, e com isso nos permitiu interferir e auxiliar para que sua história pudesse ter outro fim que não fosse o despertar de uma nova crise e uma nova internação psiquiátrica. O que Joana não sabia, ou pelo menos naquele momento lhe custava entender, é que sua cidade e o estado em que vive tinham lógicas diferentes em relação ao cuidado em saúde mental (modelo de atenção) e à concepção do que é uma capacidade ou não para o trabalho. Para o município, dentro da política de saúde mental vigente na época, era absolutamente possível e até esperado que Joana recebesse sua pensão e ainda assim tivesse acesso ao trabalho. Já para o estado, pelo menos na visão do psiquiatra perito, era absolutamente inviável a manutenção das duas coisas: ou ela era diagnosticada e considerada inapta ao trabalho ou era apta e, portanto, perdia o direito ao benefício.

Enorme muralha separava o estado do município. No meio dessa divisão, estavam Joana e sua vida, O pior é que muitos outros também se encontram na mesma situação, em Porto Alegre ou em Barcelona. Aptos ou inaptos? Pensionistas ou trabalhadores? Podemos dizer que na experiência vivida entre Joana e o perito não aconteceu o que Ceccim (2004) chama de encontro. O diagnóstico venceu a terapêutica. Da mesma forma podemos dizer que a história de Joana, em sua complexidade, foi negada pelo perito, como nos ensina Menéndez (2005), já que ele apenas seguiu a sua cartilha de julgar uma aptidão ou uma inaptidão, desconsiderando a narrativa que empreende Joana. A falta de uma prática de cuidado que trabalhe com as vivências do outro impediu o encontro. O discurso classificatório do médico criou o veredicto. A falta de diálogo entre as redes municipal e estadual criou essa situação. A diferença de política em relação à saúde mental também, mas o que Joana tem a ver com isso? O que o cidadão comum pode fazer frente a esse tipo de circunstância?

Em Barcelona, do outro lado do oceano, Nuria também passou pelo mesmo problema. Em um dado momento de sua vida recebeu um diagnóstico e foi considerada inapta ao trabalho. Passou a frequentar a rede de serviços e a receber um tratamento psiquiátrico, bem como uma pensão. Em seu processo de vida, Nuria encontrou-se com a Radio Nikosia e passou a frequentá-la. Com a ajuda de seus companheiros, foi sendo

capaz de superar alguns dos seus muitos problemas, entre eles o pânico de andar na rua, de enfrentar locais abertos e cheios de gente.

Nos períodos mais duros em que o medo de Nuria vencia seu desejo de estar na rádio, fazia intervenções pelo telefone e assim mantinha-se dentro do projeto, sendo acolhida e compreendida pelo grupo que a animava a voltar e a continuar participando. Não foram poucas as vezes que redatores da rádio foram buscar Nuria em sua casa para acompanhá-la no trajeto entre a casa e a rádio, para que o pânico não se apoderasse dela, impedindo sua chegada ao coletivo. Nuria foi ficando mais confiante. De um início muito vacilante e sempre assustada, passou a envolver-se cada vez mais nas atividades da rádio, a participar ativamente e a contribuir muito em todas as tarefas que realizávamos. Percebíamos-lhe cada dia mais à vontade na rádio e mais contente, cada dia autorizava-se mais a compor com o coletivo de redatores. Poder-se-ia dizer que estava cada dia mais saudável. Nuria crescia, e com ela crescíamos todos nós que participamos do coletivo.

Como pensionista, ela também devia passar pela revisão do perito psiquiatra, que lhe avalia e determina se deve ou não continuar recebendo sua pensão. Na avaliação, Nuria foi surpreendida com a retirada de sua pensão e a ordem de retomar imediatamente o seu trabalho. Aturdida, tentou voltar ao trabalho e cumprir com o ordenamento que havia recebido, ainda que não se visse em condições de fazê-lo. Em pleno trabalho, teve uma crise de agorafobia e lhe mandaram para casa. Seu chefe percebeu que ela não tinha condições de enfrentar todos os dias o compromisso de ir ao trabalho.

Voltou a ser avaliada e lhe deram uma licença não remunerada, o que impedia a satisfação das suas necessidades mais básicas. Não tinha mais nenhuma fonte de renda e se via incapaz de voltar ao seu antigo trabalho. Além dos muitos diagnósticos já recebidos ao longo de sua história, ela viu somarem-se estes muitos outros problemas: inapetência ao ponto de terem que lhe alimentar por soro, insônia, crises constantes de ansiedade, asma, água no joelho etc. Ela começou a somatizar e encontrava-se cada dia mais deprimida e triste. Nuria emagrecia a olhos vistos, seus olhos perdiam o brilho. Seu futuro era incerto, e ela observava sua vida desmoronar-se frente ao veredicto médico. Nuria atravessava uma profunda crise e um sofrimento atroz provocado pelo sistema, e não por uma doença.

A decisão do especialista manteve-se e Nuria teve que recorrer à justiça para tentar reaver sua pensão. Em seu caso, também não ocorreu um encontro entre o especialista e a paciente, pois o médico não foi capaz de se deixar afetar pela alteridade que ela representa a seu discurso científico. Alguém que está melhor e que pode estar em uma rádio trabalhando também pode retornar ao seu trabalho formal e diário. O discurso de Nuria não atravessou o especialista. Sua vivência foi desconsiderada. A clínica, como a capacidade de dobrar-se ao outro para escutar suas necessidades, para acompanhar e aceitar o outro em sua diversidade, em seu estranhamento não foi executada. Outra vez, a hegemonia do diagnóstico venceu a terapêutica.

Nas histórias de Joana e Nuria o que vemos é uma desconsideração, uma negação do seu discurso e, portanto, uma negação do processo de autoatenção engendrado por elas para enfrentar o adoecimento. Fazer joias ou programas de rádio não deixam de ser parte da história que se desenha como forma de vencer os obstáculos propostos pelo adoecimento e direcionar uma *cura*; uma tentativa de superação dos limites postos pelos diagnósticos e uma recuperação da capacidade narrativa sobre seus percursos, bem como uma resignificação de seu lugar social como mulheres.

Ceccim (2009) convoca-nos a pensar sobre o conceito de dessegregar as singularidades, ou seja, abrir-se às ressingularizações. Para o autor, dessegregar é desmanchar uma segregação, é aceitar ativamente, como nas situações experimentadas por Joana e Nuria e o que elas podem nos ensinar com suas histórias. Retoma Foucault, apontando que o mesmo já demonstrou o quanto a história se faz segregando o dentro e o fora. Isso não ocorreu somente na história da loucura, mas na história das instituições, aqui demonstradas nas instituições estado e município, ou na instituição saúde e na instituição justiça.

Desse modo, torna-se pertinente pensar o próprio conceito de desinstitucionalização e o que o mesmo implica, ou seja, desnaturalizar lógicas arraigadas, até porque os serviços e as profissões estão especialmente institucionalizados em nossa sociedade. Hoje, no Brasil, vivemos intensamente o debate do ato médico, que supostamente teria a intenção de regular a profissão médica, mas que, bem sabemos, redefine o campo da atenção sobrepondo a prática do médico às demais profissões ditas da saúde. Com esse embate, muitos conselhos profissionais reagiram defendendo a autonomia e o fazer de cada uma das profissões que se viam afetadas por tal ato. Não interessa aqui detalhar a questão do ato médico no Brasil, mas

utilizá-lo como exemplo extremo da institucionalização profissional justo em tempos em que discutimos a importância de um fazer em equipe, multiprofissional e utilizando os recursos da cidade para além da área da saúde. No processo vivido e sofrido por Joana ou por Nuria, observamos o quanto uma política segregatória de redes que não dialogam entre si e, portanto, não cooperam, pode produzir sofrimento e consequentemente adoecimento psíquico no sujeito afetado.

Ceccim (2009) aponta que a maior defesa das fronteiras profissionais é a formação e a regulação profissional. Talvez pudéssemos apontar isso como outro nó da formação, uma vez que nos espaços tradicionais o que encontramos são formações orientadas para o exercício de uma profissão. A realização do curso universitário, técnico ou de especialização autoriza-nos a saber sobre aquele tema. Recebemos um diploma que atesta esse fato e, a partir daí, podemos nos dispor a um exercício profissional devidamente autorizado socialmente. Em contrapartida, o autor coloca que a principal instância de ruptura com essa fronteira seria o campo da pesquisa, pois é justo nele que percebemos que os maiores avanços procedem de pesquisas construídas na coletividade, em cooperação com distintos profissionais pesquisadores.

Sennett (2009) aborda uma cooperação como essa quando apresenta o espaço da oficina do artesão medieval, mas também quando situa exemplos bastante contemporâneos, como o da indústria de alta tecnologia de *software*. É uma cooperação que convoca necessariamente novos atores sociais para compor esse campo de investigação, porque convoca o afetado (incluindo aqui tanto o usuário quanto sua família e o cidadão comum) a falar em primeira pessoa sobre o seu sofrimento, sobre sua história. Colocam-se os saberes em simetria e proporciona-se a possibilidade de encontro.

Na vivência de Joana e de Nuria, vimos o quanto a cooperação que move o movimento social pode buscar saídas para os impasses vividos pelos membros desses coletivos e o quanto o problema vivido uma pessoa é o problema de todas, à medida que é tomado como uma questão social. Joana e Nuria¹⁸ são protagonistas de encontros. O movimento social – via Fórum Gaúcho de Saúde Mental ou Asociación Socio Cultural Radio Nikosia – também é protagonista de encontros. Todos se transformam após viver

¹⁸ Enquanto escrevia as linhas deste trabalho, a situação de Nuria desenrolava-se no plano da justiça. Foram muitos dias de tensão até que o veredicto final do juiz deu ganho de causa a Nuria, que voltou a ter sua pensão integral. Os olhos expressivos de Nuria eram felicidade pura.

essas situações; já não são os mesmos, pois são afetados pela alteridade que o outro representa, por aquilo que ele provoca, que faz ressoar e altera em nós mesmos.

Nos casos de Nuria e Joana vemos o movimento social abrindo espaço para um novo discurso sobre saúde e, por isso mesmo, para uma formação. A militância atua como prática que garante o acesso dos direitos ao diagnosticado, um trabalho construído em cooperação e totalmente conectado com o fora, buscando na cidade os recursos para sair dos impasses.

Ceccim (2009) aposta na política de que se trabalhe com uma demarcação suficientemente frágil ou permeável entre os campos de saber. Que uma porosidade se faça presente, permitindo o encontro com a alteridade e a construção de saberes que se componham na sua articulação, criando juntos. Para o autor, as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar. Na verdade, Ceccim convoca a construção de uma política que supere o saber de cada disciplina, sem, no entanto, diluir aos mesmos, constituindo o que ele chama de “entre saberes”. Nesse aspecto, a ideia da educação permanente em saúde coloca-se como uma ferramenta importante para garantir espaços de formação nos quais tais articulações possam acontecer, já que na estrutura tradicional de formação não se percebe um investimento nesse contágio com as outras disciplinas, que não sejam do campo da formação em questão.

Em 2003, através do SUS, o recurso da Educação Permanente em Saúde ganhou mais expressão para viabilizar uma formação voltada à educação em serviço, na qual se desenvolvam práticas cuidadoras em consonância com o SUS. O princípio central era de possibilitar aos trabalhadores o encontro, o diálogo e o compartilhamento de experiência para que pudessem questionar suas práticas, seu fazer cotidiano, ou como diria Ceccim, interrogar o seu trabalho. Política que auxilia no contágio entre as diferentes disciplinas, tornando-as porosas a outros discursos e olhares.

“Essa ação educativa de aprendizagem por interrogação, de aprendizagem em invenção de estados de ser e estar, de composição de coletivos de aprendizagem por protagonismo local e protagonismo em rede é que retira a educação da forma escolar e a coloca na forma da produção de mundos, por isso, Educação Permanente em Saúde. (CECCIM, 2009: 13).

Podemos dizer que a concepção de Educação Permanente em Saúde é um bom espaço de formação para o nosso artesão da saúde, já que nasce pela necessidade

explícita de desmarcar fronteiras entre saberes, de provocar o diálogo e a interrogação sobre o seu fazer, proporcionando uma necessária reflexão sobre os mesmos, de construir na coletividade, acionando novos modos de invenção. A questão é que precisamos abandonar os firmes e seguros trilhos do especialismo. Nesse aspecto, tanto faz se o modelo é um curso de aperfeiçoamento especializado, se é uma residência multiprofissional, uma assessoria a serviços ou um curso básico de qualificação.

O importante é a postura que se adota na forma de conduzir a formação, de criar mecanismos e inventar ferramentas que permitam um verdadeiro contágio entre as diferentes disciplinas, sem, no entanto, deixar de respeitar a singularidade de cada uma. Valoriza-se esse encontro, esse diálogo e o cruzamento dos saberes que sempre resultam em algo novo, algo de criação, de invenção, ou o que Ceccim chama de “entre saberes”, mesmo quando estamos falando de formação realizada não por profissionais, mas por grupos de pessoas, como no caso do movimento social organizado. Tanto no caso do Fórum de Saúde Mental que acompanha Joana, ou no caso da Radio Nikosia que acompanha Nuria, o que observamos é um potente espaço de formação de saberes profanos, já que não oficiais ou regulamentados por dada profissão, que com seu processo desencadeiam novas práticas e impõem um novo jeito de viver a clínica, questionando, desestabilizando, reinventando-se.

Podemos tomar também como exemplo os espaços de formação da residência multiprofissional. Esses espaços formais são regulamentados por lei¹⁹ e hoje se constituem em uma política de educação permanente vigente em todo o território brasileiro. Neles, desenvolve-se uma linha de cuidado voltada para o encontro com o outro, com sua singularidade, trabalhando com suas vivências, promovendo o necessário contágio das disciplinas, até o ponto de vermos um psicólogo preocupado com as questões de taxa de açúcar do usuário que trabalha e o educador físico preocupado com a subjetividade, para citar um exemplo. Espaços de ensino nos quais o trabalho em saúde possa apoiar os usuários a ampliar suas capacidades de pensar um contexto social e cultural, favorecendo sua autonomia e o processo de decisão e intervenção sobre suas vidas (CECCIM, 2004). Um cuidado voltado para a integralidade da atenção e para o usuário centrado, como apontam Pinheiro e Ceccim

¹⁹ A lei n. 11.129/2005 regulamenta as residências multiprofissionais no Brasil em área profissional da saúde. São orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais. A conquista da regularização das residências multiprofissionais também é fruto do movimento social e do envolvimento de residentes, professores e coordenadores das residências em todo o país.

(2006). O cuidado aqui é tomado como uma prática social que se orienta pelas sensações do outro e, por isso mesmo, pode valorizar tanto um saber profissional quanto um saber considerado popular. Cuidado como política que, por consequência, acaba afetando as relações entre a sociedade civil e o Estado, como vimos nos movimentos sociais citados.

Como trabalhadores comprometidos com o que fazemos, ou melhor, como artesãos da saúde, queremos promover a integralidade da atenção, mas isso requer assumir uma postura crítica e de criação, como afirmam Pinheiro e Ceccim (2006), para enfrentar os desafios das aberturas possíveis. É aceitar o convite a experimentar, tanto que a maioria dos modelos de formação aqui citados oportuniza a vivência do aluno/trabalhador/cidadão como forma de colocar em prática o que aprende, na relação direta com a rede de serviços, seus problemas, impasses e a complexidade de seu cotidiano. Esses autores defendem a ideia de uma prática educativa como pensamento em ação (palavra e ação), ou seja, um processo de formação que envolve o próprio sujeito, os outros e o entorno no qual atuam. Evidentemente, envolve o conhecimento formal de práticas, sem deixar de levar em conta as sensações que se produzem, considerando a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas:

“As práticas formuladas e desenvolvidas em cenários de aprendizagem devem considerar as várias coletividades que compõem os movimentos sociais, usuários potenciais do sistema público de saúde. Para tanto, vale reafirmar a legitimidade de um saber local advindo da experiência cotidiana das pessoas, o qual podemos chamar de saber prático ou sabedoria prática.”
(PINHEIRO & CECCIM, 2006: 4).

Tanto no Coletivo Potência Mental como na Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, podemos verificar a valorização do saber local, do que os autores chamam de saber prático, pois é oriundo das vivências das pessoas que compõem os coletivos. Essa sabedoria prática encontra nas ondas da rádio seu espaço de difusão de saberes sobre processos de vida e de saúde, enunciados pelos próprios afetados. Cada um dos envolvidos colabora com o que produz sentido para si: uns através da música, outros da poesia, alguns com reflexões críticas, outros preocupados em apenas compartilhar suas ideias, mas todos comprometidos com um projeto de encontro com o outro, através das

ondas do rádio, dos convites para intervenções ao vivo como as rádios abertas, da escrita de artigos, da participação em festivais, ou mesmo recebendo algum prêmio de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Assim ocorre no trabalho realizado dentro do Conselho de Saúde, já que parte desses protagonistas – uma parte bastante significativa, garantida pela participação paritária – é composta de pessoas sem formação específica na área da saúde e, muito menos, em saúde mental. São cidadãos comuns que colocam seu saber a serviço de produzir saúde, de envolver-se com a construção de políticas públicas eminentemente preocupadas com esse fim.

Entendemos que ambos são espaços de formação, são oficinas do nosso artesanato da saúde, com as quais esperamos contagiar outras pessoas a se formarem conosco. São convites diários à reflexão, interrogação de fazeres, capacidade de criação e ressignificação constante. Debates, pensamos e convidamos a refletir: o que é saúde? Que cuidado queremos? Que estrutura de serviço? Como acolhemos? Mas o que é acolher?

A interrogação é nosso norte, nossa formação se dá em *pari passu* com o que vamos vivendo, através da troca, dos contágios. Daí nasce a possibilidade de transformar vivência em experiência compartilhada através dos programas de rádio que emitimos, ou dos projetos com os quais nos envolvemos. Somos coletivos de pessoas unidas em torno de um mesmo ideal, mas mantemos nossas características de multidão, à medida que não formamos um bloco compacto, e sim um emaranhado de ideias e singularidades com espaço para manifestação e espaço para a diferença.

Nesses espaços sociais – rádio, fórum, conselho de saúde – encontramos ou construímos lugar para questionar as práticas de cuidado. Espaços que, por suas características singulares, compõem o território da cidade. Mas e o sistema de saúde, onde entra nessa história? O que acontece na clínica?

Nesse ponto, cabe formular uma pergunta fundamental: que clínica estamos praticando? Que clínica queremos? O que ensinamos aos profissionais de saúde para que possam atender bem os usuários que lhes procuram? Nossas formações determinam as práticas instituídas nas redes de serviço de nosso país e as ideologias vigentes. Reafirmamos lógicas, definimos procedimentos, a partir da clínica que ensinamos e da clínica que praticamos. Com isso instituímos uma política de saúde mental. Mas o que é a clínica? Para Benevides e Passos afirmam:

“[...] é neste interstício da passagem, neste entre-dois, ponto ilocalizável ou não lugar (um *u-topos*) onde acreditamos a experiência da clínica se situa. É muito difícil, talvez mesmo impossível, situar a clínica. Daí ser melhor substituir a pergunta ‘onde a clínica se passa’ por essa outra: ‘o que se passa na clínica?’. Essa pergunta para nós, mais adequada, se desdobra numa outra: o que pode a clínica? Pergunta paráfrase que nos evoca Espinoza a uma nova dobra da questão: o que pode um corpo? Modulação de nossa questão inicial, ela se justifica pelo fato de que toda experiência clínica é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste.”
(BENEVIDES & PASSOS, 2003: 1).

Para Ceccim (2009), a clínica deve ser orientada pela capacidade de dobrar-se ao outro para escutar, acompanhar e aceitar. Com isso, não está afirmando que os procedimentos e condutas devam ser esquecidos, mas salienta a importância de assumir uma postura frente ao outro. Segundo o autor, tal postura já está presente inclusive etimologicamente na palavra clínica, que alude à ideia de dobrar-se ao leito, dobrar-se ao outro para tomar-lhe os sinais, para escutá-lo, para senti-lo, ou seja, deixar-se atravessar pela experiência do outro, por aquilo que ele produz.

Para Benevides e Passos (2003), o que caracteriza a clínica é justamente o que ela toma como problema. Na operação de dobrar-se, a clínica necessita efetivar um desdobramento sobre si no sentido de interrogar-se sobre o seu próprio plano de composição, efetivando assim um movimento de modulação que impõe a variação tanto de quem demanda uma intervenção quanto da instituição clínica em si.

A clínica assim entendida pode ser exercida tanto nos espaços formais e devidamente oficializados quanto no espaço de conflito e criação de uma cidade. Se clínica é encontro, se é capacidade de deixar-se atravessar pelo outro com sua história e sua alteridade, se é um interstício de passagem, um entre dois, poderíamos dizer que do encontro nasce a clínica. Então a clínica é uma política e, como tal, sua formulação, sua proposta de intervenção determinará a clínica que oferecemos ao outro.

A clínica historicamente também esteve restrita a um grupo seletivo de nossa sociedade. A autoridade para exercer a clínica está diretamente associada às figuras do médico e da medicina, como detentores de um saber sobre o outro, sobre o corpo e suas afecções, que lhes permitem intervir sobre este outro, como nos aponta Foucault (2004), no livro *Nascimento da clínica*. Tal autoridade é outorgada por cursos de formação e por seu referido diploma, e é reconhecida pelo tecido social. Uma clínica que também historicamente vai se apartando da cidade e se conformando em seu campo por excelência, a rede de serviços de saúde. Do nascimento à morte, passamos por uma clínica de avental branco que orienta ao espaço do hospital, da prescrição e do encaminhamento, reduzindo-a a um monólogo daquele que supostamente sabe – no caso, o profissional da saúde – ao que necessita ou supostamente necessita desse saber – o paciente. Um saber clínico que se sobrepõe aos saberes práticos de todos os demais envolvidos no processo de adoecimento, incluindo o próprio afetado.

Menéndez (2005) alerta que a clínica médica atualmente está subordinada às investigações²⁰, normalmente desenvolvidas por médicos investigadores, e que, portanto, não praticam a clínica. Ocorre dessa maneira uma burocratização da clínica e o desenvolvimento de um profissional que cada vez mais opera como um elo de transmissão entre seus pacientes e as técnicas desenhadas fora do âmbito imediato do seu trabalho como médico, fora do espaço da atenção. Assim, a clínica está subordinada e constantemente desqualificada, já que as características e os processos pessoais tanto de médicos como de pacientes desaparecem da relação, não só por uma medicina de massa regida pelos critérios de produtividade, como também pela substituição de uma atitude clínica (olho clínico) por uma atitude farmacológica e que deposita na droga seu principal objetivo e sua maior identificação profissional. Isso demonstra que até os profissionais historicamente reconhecidos como clínicos enfrentam dificuldades de identidade e de se posicionarem frente ao mercado emergente da saúde como mercadoria. Já foi apontado neste escrito o quanto o momento clínico é importante para permitir a aprendizagem, já que é um momento de aberturas afetivas e cognitivas, ou pelo menos deveria ser; a clínica na qual acredito é uma clínica para o encontro, para a produção de vida.

²⁰ Devemos levar em conta que o maior número de investigações está sendo realizado sob orientação biomédica e financiado pela poderosa indústria farmacêutica.

Uma situação vivida no Curso de Acompanhamento Terapêutico revela bem o conflito existente entre os formados – habilitados à clínica – e os profissionais que não se veem autorizados a praticar a clínica, pois não possuem formação específica. Anualmente, recebíamos um grupo de profissionais de diferentes serviços da rede, preferencialmente de formação de nível médio, para trabalhar construindo novas práticas de cuidado, novas formas de acolher ao usuário, dentro de uma rede que se queria aberta ao social, voltada para a cidade e em consonância com as premissas do SUS e da reforma psiquiátrica. No primeiro ano, recebemos um grupo de trabalhadores, em sua maioria auxiliares de enfermagem e monitores. Eram pessoas que trabalhavam na rede metropolitana de serviços, e muitas afirmavam nunca ter recebido qualquer espécie de formação do Estado, ainda que trabalhassem há muitos anos. O curso estava dividido em aulas teórico-práticas e supervisão.

O trabalho iniciou-se com um grupo bastante comprometido, assíduo e questionador. As atividades propostas eram efetivamente incorporadas pelos alunos que se esforçavam em produzir bem o seu trabalho. Nas primeiras aulas, trabalhamos a apresentação da composição da rede, através do exercício da construção de maquetes que, em seu conjunto, dariam conta de criar um mapa visível de nossa situação e de onde estávamos inseridos. Esse processo, concebido para ocupar uma aula apenas, estendeu-se por três dias, com alunos se reunindo fora do horário de aula para confeccionar as maquetes, que acabaram virando obras de arte. Tivemos a sensibilidade de perceber e acompanhar o ritmo do grupo, estendendo o tempo pra apresentar essa rede. Esse processo falava da rede que queríamos ter, de como nós trabalhadores víamos nosso serviço e de como gostaríamos de nos comprometer a fazê-lo da melhor maneira, como seria a postura do artesão.

Após o primeiro mês de aulas, demos abertura aos grupos de supervisão. A turma foi dividida e passou a ser acompanhada por uma dupla de supervisores. Para a nossa surpresa, o grupo falante e participativo calou-se nesse espaço. Tentávamos explicar o que era a proposta do grupo e já esclarecer que a ideia de supervisão presente neste espaço nada tinha a ver com o controle das boas práticas pelo qual os auxiliares e os monitores, em sua grande maioria, estão submetidos. Fundávamos um espaço de trocas, muito distante da hierarquização à qual estavam acostumados. Nesse espaço, os supervisores, como estranhos ao serviço, como estrangeiros, poderiam contribuir como aqueles que trazem o olhar de fora, que perguntam, provocam, propõem outro olhar.

Nessa perspectiva, todo e qualquer personagem do grupo estranho ao serviço poderia ser supervisor, inclusive os próprios colegas. Mesmo explicando qual a proposta, o grupo custou a autorizar-se a emitir opiniões. Assumiam quase uma postura de passividade, que não tinha qualquer relação com a que assumiam em sala de aula. Fomos verificando que eles não se autorizavam a falar de uma clínica, já que no fundo não se viam como profissionais de saúde habilitados para falar sobre tal tema. Se a clínica em saúde mental é assunto para mestres e doutores, para psiquiatras e psicólogos, o que esse grupo poderia ter a dizer sobre ela?

Benevides e Passos (2003) já esclareceram sobre a dificuldade de responder a essa pergunta, uma vez que a clínica é difícil de situar, ou talvez até mesmo impossível. Eles provocam a pensar o que se passa na clínica, o que ela pode e o que pode o corpo, como forma de interrogar esse fazer. Tínhamos convicção de que o grupo de trabalhadores que participavam das supervisões tinha muito a dizer sobre o que se passava na clínica, nos espaços dos serviços nos quais estavam inseridos, o que ela podia ou em que fracassava. Na mesma linha, acreditávamos que podiam dizer do que pode o seu corpo e o corpo dos usuários que acompanhavam no seu processo de trabalho.

Mara chegou ao grupo de supervisão tensa. Seu corpo demonstrou que algo lhe passava, pois normalmente é uma pessoa risonha e comunicativa, mas no espaço de supervisão se manteve calada. Fomos deixando o fluxo do grupo levar a dinâmica dos encontros. Deixamos que eles se apontassem para ir trazendo os assuntos que queriam discutir, os casos que gostariam de debater, as histórias de vida que gostariam de compartilhar. Convocamos, incentivamos, mas não forçamos. Pouco a pouco, o grupo foi se autorizando, foi falando, sendo propositivo e se contagiando pela possibilidade de dividir seus anseios, dúvidas e conquistas com os demais colegas.

Mas Mara seguia calada, no seu canto, tensa, quase em uma posição defensiva. Alguém trouxe uma situação que colocou Mara no cenário da conversa, já que se referia à Unidade Básica na qual ela trabalhava. Seu serviço seria a referência para a pessoa em questão, e resultou que a mesma não havia sido atendida. Mara imediatamente respondeu na defensiva, dizendo que era auxiliar, mas que estava em um cargo administrativo e nada podia fazer para dar conta da demanda endereçada a seu serviço; era preciso falar com o doutor, o chefe da unidade. O supervisor aproveitou para perguntar a Mara como era seu serviço, o que ela fazia e como ela poderia vir a utilizar

a prática do acompanhamento terapêutico no seu fazer na Unidade Básica. Ela respondeu que não havia como ser acompanhante terapêutica, já que ela tinha que estar todo dia atrás de um balcão com uma sala de espera cheia e sem possibilidades de providenciar atendimento e resolutividade a todos que buscavam o serviço. Na sua fala, ficou marcada sua impotência, seu sofrimento diário e sua não autorização a praticar nada do que se refere à clínica. Mara não entendia seu trabalho administrativo na Unidade Básica como um fazer clínico e nem se via, em curto prazo, podendo desempenhá-lo.

O relato de Mara faz pensar sobre o que pode a clínica atrás do balcão de recepção do serviço, a partir do lugar de um não especialista. Mara não sabia ainda que em seu lugar já exercia uma clínica. Existe um mandato implícito no tipo de clínica que podemos desempenhar, a partir das políticas que a constituem. Por exemplo, para que o processo da reforma psiquiátrica se consolidasse como reformulação do cuidado e abertura gradativa a uma rede de serviços substitutivos, foi preciso o nascimento de algumas experiências que tiveram que lutar contra algumas resistências importantes, até que se pudesse garantir um substrato relativamente sólido para que essas experiências pudessem se multiplicar. Tais experiências eram desconsideradas por uma determinada visão do que era a clínica, no entanto, hoje estão amplamente reconhecidas, como é o caso do próprio acompanhamento terapêutico.

Talvez essa seja a ferramenta que melhor expressa e desmistifica a clínica das batas brancas, já que é uma clínica que se desenvolve a céu aberto, como diz Palombini (2007). Essa mesma autora indica como o próprio processo da reforma psiquiátrica desencadeado coloca a clínica em questão, uma vez que o *setting* se desestabiliza com a abertura da rede substitutiva. Essa noção também foi trabalhada em minha dissertação de mestrado (CABRAL, 2005), quando investiguei esse outro *setting* proposto pelo acompanhamento terapêutico. Palombini afirma que a presença da cidade contagia o pensamento da clínica. Recorda que somente nos anos 1980 o termo freudiano *processo psicanalítico* e a expressão lacaniana *experiência analítica* deram lugar ao termo *clínica psicanalítica*, numa clara tentativa dos psicanalistas da época de manter certo prestígio social que vinham perdendo, inclusive pela hegemonia da biomedicina, que já mostrava sua face. Não obstante, o próprio gesto revolucionário de Freud, de escutar a verdade do sujeito, de abrir a escuta para a narração, para a experiência do sofrimento, em consonância com Palombini, faz “[...] emergir uma dimensão de imprevisibilidade

inerente ao poder em jogo na relação terapêutica” (PALOMBINI, 2007: 12). Ora, se existe uma imprevisibilidade é porque nenhuma ciência tem o poder de falar sobre o sujeito, ou pelo sujeito, em sua complexidade. Desse modo, devemos ser capazes de escutar, de dobrar-nos ao outro, tentando captar seus sutis movimentos, suas formas de relacionar-se, de posicionar-se etc. Esse outro que nos demanda conta muito mais no seu processo de tratamento do que ultimamente temos podido perceber.

Benevides e Passos (2001), em sua ideia de clínica como desvio e como acolhimento, retomam a dupla raiz etimológica do termo clínica. *Klinikos*, que significa inclinar-se, dobrar-se sobre o leito do doente, remete ao acolhimento da demanda do outro. Por outro lado, o termo *clinamen*, que é tomado da filosofia de Epicuro, relaciona-se à concepção de movimentos de desvio articulados em composição e que têm potência criadora. É desde essa perspectiva que se propõe tomar a clínica: acolhimento e desvio. Não se trata de defender uma ideia de que tudo é clínica, mas de pensar um fazer clínico que se dê nesse espaço de articulação com a cidade, que escape ao especialismo e purismo da clínica, pois lhe subverte. Cada profissional invocado a ocupar tal função inventiva e criadora se verá frente à necessidade de criar a partir da relação que se estabelece com o outro, reconhecendo, portanto, seu saber. Somente dessa forma podemos vislumbrar a imagem de artesãos de saúde, numa verdadeira composição, em que cada um dos envolvidos nesse encontro vai lançar mão de seus recursos.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a antropologia, como disciplina, oferece, através do modelo etnográfico, uma posição bastante semelhante à que descrevi e defendi para que de fato se viabilize o encontro. A antropologia (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2010) é a disciplina que cumpre a função de comunicação e intermediação entre os diversos mundos culturais. Por essa razão, ela propõe uma forma de relação singular entre os atores envolvidos no processo de pesquisa, colocando em simetria o discurso nativo e o discurso do *experto*. Enquanto disciplina, recorre ao cabedal teórico que lhe sustenta, utilizando seu conhecimento de especialista, mas sempre reconhecendo o saber local ou os saberes profanos daquele coletivo que investiga. Em realidade, o etnógrafo deve assumir uma postura de não saber frente ao investigado, permitindo assim que sua discursiva flua sem contaminação com o saber do especialista. Dessa maneira, a voz do investigado tem um papel fundamental na análise do discurso que

empreenderá o etnógrafo, pois será considerada em pé de igualdade com o saber especializado.

Ao longo deste texto já destacamos o quanto historicamente a estrutura da saúde se apresenta de forma hierarquizada, delegando a um pequeno grupo o direito de determinar gestos e posturas em relação ao campo de saúde e desconsiderando o papel do usuário. É fato também que as ações em saúde que efetivamente têm eficácia devem partir de um conhecimento da cultura local, como podemos confirmar em um grande número de pesquisas desenvolvidas. Se partimos de um conhecimento local, é correto afirmar que devemos levar em conta a perspectiva local. Para tanto, é necessário não só ouvir o usuário, mas também considerar o que ele nos ensina através de seu olhar sobre o contexto no qual está inserido. É a partir da composição dessas visões que poderemos formular políticas de saúde eficazes e coerentes.

Nesse aspecto, a etnografia torna-se uma ferramenta importante para o artesão da saúde que, além de ouvir seu informante, espera poder compor com o mesmo e construir conjuntamente. Essa postura de respeito pela discursiva do outro, de cumplicidade e de corresponsabilidade, defendida pela antropologia no seu modelo de etnografia dialógica, é exatamente a ideia que venho defendendo neste texto para uma verdadeira artesanaria em saúde.

O modelo etnográfico é um modelo que potencializa o encontro com a alteridade, que favorece a criação, uma forma de “estar entre”, como nos aponta Martínez-Hernández (2010). Conceito que compõe harmoniosamente com o de Ceccim (2009), de um “entre saberes”, com o interstício de passagem, entre dois ou não lugar, proposto por Benevides e Passos (2003). Uma perspectiva que aponta necessariamente para uma construção que é coletiva, pois partem de diferentes olhares e saberes para conjuntamente compor e propor a intervenção.

O que destaque é justamente o trabalho em equipe multidisciplinar e o envolvimento efetivo nesse processo daquele a quem chamamos usuário. Um exemplo claro da necessidade da composição de diferentes olhares pode ser verificado na intervenção proposta por um grupo de pesquisadores que trabalha na capacitação de trabalhadores da atenção primária na América Latina (HfALA)²¹. Os pesquisadores (SEPPILLI, PETRANGELI & MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2005) destacam primeiramente

²¹ Health for all in Latin America. Noticia de un proyecto de investigación/acción/participación de antropología médica, atención primaria de salud y nuevas tecnologías. Disponível em: <<http://www.healthinlatinamerica.org>>.

a importância de escutar, dos trabalhadores da atenção primária, qual é sua visão, o que pensam que necessitam saber para posteriormente construir a estrutura da capacitação a ser oferecida, ou seja, uma construção horizontalizada da demanda. Dessa forma, o conhecimento local é posto em cena e o aluno/trabalhador de saúde é convocado a assumir uma postura participativa na construção da intervenção. Na mesma linha de composição, os investigadores ressaltam a importância de um trabalho que abranja uma diversidade científica e disciplinar na perspectiva de enfrentar o desafio proposto. Destacam a tentativa de um esforço de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, reconhecendo que a construção desse novo olhar que emerge da composição dos diferentes saberes não é tarefa fácil.

Nessa investigação, é patente como o método etnográfico se revelou um instrumento eficaz para o reconhecimento das necessidades locais de capacitação, através do discurso dos próprios trabalhadores, da realidade do entorno, ou seja, da cultura local e das necessidades da atenção. A relação dialógica estabelecida entre o grupo de investigadores e o grupo de profissionais da atenção primária atesta a participação ativa e o envolvimento de todos com o processo.

Na ideia de uma artesanaria em saúde, aqui defendida, faz-se necessário assumir, em primeiro lugar, a necessidade de conhecer e considerar o entorno, a cultura local com a qual estamos trabalhando. É preciso conhecer nossa matéria e analisá-la com cuidado e demoradamente, procurando visualizar que ferramentas poderiam ser úteis para abordá-la; não só coletando informações através de protocolos, mas realmente escutando o que cada um pensa a respeito do contexto no qual vive. Buscamos a construção de uma demanda horizontalizada. É nesse sentido que a metodologia etnográfica pode ser um instrumento importante que auxilie a garantir o tão almejado equilíbrio entre os distintos saberes (profanos ou especialistas), que nos auxilie na construção de um enfoque holístico. Que sejamos capazes de observar a globalidade da cultura, que se expressa a partir de estilos particulares, que ofereça através de seu enfoque antropológico a possibilidade de não desagregar os grupos com os quais trabalhamos, sendo capazes de desenvolvermos uma análise que dê conta das múltiplas relações que se estabelecem nestes coletivos, produzindo assim uma análise crítica dos processos vividos, assumindo verdadeiramente uma posição de artesanaria em saúde. Tarefa que desde a solidão individualista torna-se hercúlea e sufoca o trabalhador em uma posição de impotência. Sozinhos não podemos. É preciso trabalhar em rede e de

forma cooperativa. Como já anunciei, nossa força está no coletivo. É a partir desses coletivos que vou contar essa história.

4. ARTESANIA DOS ENCONTROS: A POLÍTICA

Na ideia de uma artesanania de encontros, dentro do emaranhado urbano que compõe as cidades, temos alguns pontos de resistência, pontos por excelência que facilitam essa política, ou pelo menos garantem a abertura de um espaço que pode ser produtor do mesmo. Um destes espaços que aqui analisarei é o Conselho de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre é uma instância política de controle social garantida por lei, na qual o cidadão pode exercer uma função de participação ativa e efetiva de todas as questões relacionadas à saúde de sua cidade. Dessa forma, a participação democrática, ou seja, representativa, fica complementada pela democracia participativa, exercida pelo próprio cidadão no seu importante papel de controle social. A estrutura dos conselhos de saúde está inserida e garantida por lei dentro do Sistema Único de Saúde, vigente em todo o território nacional. Nesse espaço, todos os envolvidos podem participar com seu saber, com suas ideias, sejam eles técnicos, gestores ou o cidadão comum.

O Brasil tem uma rede de saúde totalmente pública e mantida pelo governo local a partir da arrecadação gerada por impostos cobrados da população. O modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso universal a todos e responsabiliza o Estado em relação à prestação e à manutenção dessa atenção. Toda a rede deve trabalhar em articulação entre os diferentes níveis de complexidade (atenção primária, rede especializada e hospitalar), respeitando as mesmas normativas e sendo garantida por lei a participação do cidadão comum através do controle social em instâncias chamadas conselhos de saúde, que funcionam em nível municipal, estadual e nacional.

O texto da Constituição Federal do Brasil, aprovado em 1988, determinando que o povo tenha o direito e o dever de participar de todas as ações deliberativas do território nacional, deixa essa questão bastante clara.

“Todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou

diretamente (democracia participativa).” (Constituição Federal, artigo 1º, inciso único).

Essa mudança no texto constitucional representa uma conquista de todo o povo brasileiro, através principalmente do movimento social²², bem como de outros tantos fatores. Mas nem sempre foi assim.

No Brasil, desde 1988, a partir da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que dá direito ao acesso e ao atendimento público em saúde a toda a população brasileira. Durante muitos anos, a assistência esteve a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e somente o cidadão trabalhador, ou seja, que contribuía para a previdência social, tinha acesso ao setor da saúde. Para todos os demais só havia a saída da caridade ou da filantropia, quando essa era encontrada, como o exemplo citado da Santa Casa de Misericórdia. Esse fator era gerador de uma série de agravos em saúde e a população em geral se via carente do recurso básico que é o acesso à saúde. Por reconhecer a saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado brasileiro, independentemente de a pessoa ser contribuinte ou não, o Sistema Único de Saúde foi criado com o objetivo de minimizar uma das principais chagas da sociedade brasileira: a garantia do acesso à saúde como direito básico!

O processo de criação do SUS nasceu do movimento da reforma sanitária, já aludido neste texto, na década de 1970, como forma de oposição técnico-política ao regime militar vigente na época. Cabe lembrar que, simultaneamente, a previdência social sofreu uma crise de financiamento que atingiu o INAMPS. Um novo governante militar assumiu com a perspectiva de uma abertura política e ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados –, que contou com expressiva participação dos integrantes do movimento.

É imprescindível ressaltar que foram necessários alguns acontecimentos importantes para que se desencadeasse o processo de reformulação do sistema. Uma crise financeira no setor previdenciário, uma decadência visível do regime militar no país e a pressão oriunda de vários setores da sociedade, a partir do movimento da

²² Quando falo de movimento social, parto do conceito proposto por Melucci (2001) e me refero a “um fenômeno coletivo que se apresenta com uma certa unidade externa, mas que, em seu interior, contém significados, formas de ação, modos de organização muito diferenciados e que, frequentemente, investe uma parte importante das suas energias para manter unidas as diferenças.” Na maioria dos casos, os movimentos sociais são fenômenos heterogêneos e fragmentados, que destinam grande parte dos seus recursos para gerir as diferenças e a complexidade que os constitui.

reforma sanitária. Essa conjunção de fatores permitiu que se processasse a transição ao SUS.

Outro marco importante de conquista do cidadão brasileiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, aberta em 17 de março de 1986. Ela marcou a primeira conferência realizada por um presidente civil – após mais de duas décadas de ditadura – a participação efetiva da sociedade e foi fundamental para a propagação do movimento da reforma sanitária. Essa conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), em um convênio entre INAMPS e governos estaduais. Contudo o principal destaque é que formou as bases da seção de saúde da constituição brasileira, a qual é uma referência da conquista fundamental do cidadão, porque garante o acesso a saúde a todos.

As políticas públicas²³ em saúde no Brasil integram o campo da ação social e estão orientadas para melhorar as condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua função específica é promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Seus princípios são a universalidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integridade do atendimento e de participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde no território nacional. Vejamos cada uma:

- Universalidade da atenção: ou seja, saúde é um direito de todos e um dever do Estado, independentemente de que a pessoa contribua ou não, portanto trabalhe ou não.
- Integralidade: a atenção em saúde deve priorizar tanto os meios curativos quanto os preventivos, assim como deve pensar o indivíduo e o coletivo. Todas as necessidades dos indivíduos ou de grupos devem ser levadas em conta, mesmo quando não sejam iguais às da maioria.
- Equidade: todos devem ter a mesma oportunidade de acessar o sistema de saúde.
- Participação: da comunidade, ou melhor, o controle social, que está regulado pela Lei n. 8.142, determina que a população está convocada a fazer parte do controle social. Os usuários do sistema podem participar da gestão através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional), nos quais se

²³ Entendemos por políticas públicas, conforme Patrícia Lucchese (2004), o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

trabalha com a ideia de paridade, isto é, os usuários possuem metade das vagas, enquanto os trabalhadores têm um quarto e os gestores outro quarto.

- **Descentralização político-administrativa:** o SUS deverá funcionar nos três níveis (nacional, estadual e municipal), cada qual com atribuições e poderes próprios. A ideia é que cada vez a gestão esteja mais próxima da comunidade a qual atende, ou seja, que os municípios possam assumir um papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento da saúde. A transferência de recursos ocorre no modelo *fundo a fundo*, ou seja, baseada nas necessidades e no tipo de serviço oferecido à população.
- **Hierarquização e regionalização da atenção:** o sistema de saúde está dividido de acordo com a complexidade, ou seja, o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os demais se alcançariam via encaminhamento. Cada região possui sua área de abrangência e fica responsável por oferecer os serviços de atenção primária à população e de fazer o encaminhamento aos demais níveis quando seja necessário. Para tanto, é essencial que os serviços estejam bem estruturados para melhorar o fluxo de referência e contrarreferência, gerando eficiência e eficácia do atendimento às demandas.

O SUS foi gradativamente sendo implantado no território nacional e substituindo o antigo modelo de previdência e acesso à saúde vigente no país. Sem dúvida é um modelo que tem demonstrado sua capacidade e eficiência na prestação de serviços – basta observar os índices e os indicadores de saúde para confirmar que o SUS dá certo – mas ele ainda nos coloca muitos impasses e problemas que clamam por solução. Um destes será destacado aqui: a questão da participação popular.

Políticas públicas só podem se materializar através de ações concretas de sujeitos. Assim, é fundamental o envolvimento do cidadão comum, seu acompanhamento e sua constante avaliação do sistema. Para que o cidadão possa efetivamente participar da construção de políticas sociais, como no caso das políticas de saúde, é preciso primeiro a abertura de espaços de democracia participativa e a garantia da valorização dessa participação mediante sua legalização.

Com as mudanças constitucionais e a lei orgânica da saúde de 1990, democratizaram-se as discussões em saúde pública, que passaram a envolver distintos atores sociais. A entrada desses múltiplos atores redesenhou e reformulou as políticas públicas no país, promovendo avanços significativos. Cabe salientar que a participação

popular fez com que se restabelecessem as relações de poder, antes cristalizadas nas mãos de poucos. O novo desenho confere poder ao cidadão comum, ao vizinho, ao motorista, ao funcionário de banco e à professora, a todo e qualquer cidadão que queira fazer parte do processo de controle social através da participação nas diferentes instâncias criadas para esse fim. Nas conferências de saúde e nos conselhos de saúde, são ampliados os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas de saúde. Existem a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional do SUS e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual, além do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O modelo proposto pelo SUS opera uma ruptura real com a hegemonia de poder sobre a saúde no cenário nacional. Como vimos no modelo anterior, a saúde estava restrita a uma determinada classe social assalariada que a ela tinha acesso. Essa classe exclusivamente atendida era a única que tinha algum poder de influência sobre os modelos de saúde oferecidos. Com a democratização do acesso à saúde, novos atores sociais puderam ter acesso e, portanto, novas demandas foram constituídas, configurando efetivamente a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Para essa construção, por intermédio do eixo da participação social, foram convocados todos os cidadãos brasileiros e, com eles, toda uma gama de saberes e demandas até então ignorados pelo sistema. O controle participativo pelas conferências e pelos conselhos de saúde promoveu ou tentou promover uma simetria entre os saberes nunca antes vista em nosso país.

Vejamos mais de perto a estrutura dos Conselhos de Saúde, pois é nessa instância de política de controle social, nascida com o advento do SUS, que o cidadão comum é convidado a participar e a agir (palavra e ação), na perspectiva de trabalhar para melhorar o acesso à saúde da população. A estrutura dos Conselhos de Saúde está dividida em Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

“O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão do Ministério da Saúde, de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, que tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas

estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.”²⁴

Como já mencionei neste texto, a Constituição Federal de 1988 permitiu uma reorientação do sistema de saúde no país, descentralizando a atenção, antes muito restrita ao poder federal, convocando o cidadão à participação e ao controle do sistema, determinando a integralidade da assistência. Tais reformulações permitiram muitos avanços da saúde no país.

Através da Lei n. 8.142/1990²⁵, ficaram instituídos os conselhos e as conferências de saúde, através dos quais o cidadão comum pode exercer seu poder a partir da participação popular, trabalhando em conjunto com o governo, pela representação dos gestores e também dos trabalhadores de saúde. Hoje isso é uma realidade garantida por lei nos municípios e nos Estados do território nacional. Apesar de os conselhos estarem divididos na esfera federal, estadual e municipal, sua estrutura interna e suas funções serão bastante semelhantes e estarão regidas pelos mesmos princípios legais do SUS. Tomemos a estrutura do Conselho Nacional de Saúde para explicar a estrutura de funcionamento dos demais.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) nasceu em 1937, através da lei 378, tendo como atribuição, conjuntamente ao Conselho Nacional de Educação, o assessoramento ao então vigente Ministério da Educação e da Saúde, que depois veio a se desmembrar em ministérios distintos.

Até o início dos anos 1990, esse conselho se caracterizou como um colegiado formado por especialistas em assuntos referentes à saúde pública. Tinha um caráter consultivo e normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas sempre que convocado. Através do Decreto n. 99.438/1990, foi criado um novo Conselho Nacional de Saúde, já alinhado aos princípios e às diretrizes do SUS. Além de abarcar a participação de diversos segmentos da sociedade, ele passou a ter caráter deliberativo.

²⁴ Conforme o site do Conselho Nacional de Saúde, disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>.

²⁵ Conforme disposto no parágrafo 2º do artigo 1º da Lei 8142/90: atuar na formulação de estratégias da política de saúde, e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros. O caráter deliberativo do Conselho não admite que funcione somente quando convocado, mas pressupõe uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para a sua execução ou correção de rumos (CONASEMS, 1995:23).

Através de resoluções, o CNS pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública que deverão ser adotados pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o decreto presidencial 5.839, fazem parte do CNS 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, assim como representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, entidades de profissionais de saúde e comunidade científica, entidades de prestadores de serviços e empresariais da área da saúde e entidades e instituições governamentais. A divisão de vagas dentro do conselho obedece ao mesmo sistema paritário do SUS, permitindo o equilíbrio entre os interesses envolvidos (Resolução n. 333/2003 do CNS). Metade das vagas (50%) fica com os usuários do SUS, 25% com os trabalhadores e os 25% restantes com prestadores de serviços e gestores, incluindo representantes do CONASS e CONASEMS.

De acordo com o Decreto n. 99.438/1990, são atribuições do Conselho Nacional de Saúde:

- Deliberar sobre:

1. formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal;

2. critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.

- Manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde.

- Decidir sobre.

1. planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde;

2. divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde;

3. credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos.

- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto.

- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços.

- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, aos municípios e ao Distrito Federal.

- Aprovar critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial.

- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio.
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país.
- Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Para agilizar o funcionamento do CNS e com a finalidade de articular políticas e programas de interesse da saúde, foram criadas as comissões de saúde (Lei n. 8.080/1990). Seu objetivo é assessorar o CNS, fornecendo subsídios para o debate e a deliberação sobre a formulação de estratégias e controle de execução das políticas públicas de saúde. Além das comissões permanentes, podem ser criadas comissões ou grupos de trabalho de caráter provisório ou permanente, desde que com a aprovação do seu pleno. Uma vez criada, tal comissão deverá ser homologada pelo Ministério da Saúde, com publicação no Diário Oficial da União. Cabe ressaltar que a comissão e os grupos de trabalhos não são deliberativos e nem normatizadores, já que sua principal função é assessorar e recomendar ao pleno do CNS.

Os Conselhos Estaduais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos que seguem a mesma estrutura do CNS, com representantes do governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Também respeitam uma distribuição de vagas paritária. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A diferença é que o CES tem como área de responsabilidade o estado que representa. Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, as diferenças de clima, costumes, hábitos e necessidades da população podem ser diametralmente opostas de um estado para outro. O CES, orientado pelos mesmos princípios do SUS, procura atender da melhor maneira possível os interesses da população de sua região de abrangência. O CES nasceu em função da necessidade de descentralização da saúde preconizada pelo SUS.

Na mesma linha atua o Conselho Municipal de Saúde, ou seja, na formulação, na deliberação e no controle das políticas de saúde dos municípios, acompanhando o desenvolvimento de ações e serviços do setor. Estimula e propicia a participação comunitária, propondo critérios para a programação e a execução financeira e

orçamentária do Fundo Municipal de Saúde sem, entretanto, perder o caráter fiscalizatório, conforme preceituam as leis do SUS. Cabe ressaltar que esse conselho segue a mesma estrutura paritária dos demais e, logicamente, os princípios e as diretrizes do SUS.

Tomarei como exemplo o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre como a primeira ação deflagrada do nosso artesão da saúde. Tive a oportunidade de participar neste conselho, junto à comissão de saúde mental, representando o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, trabalhando em parceria com o companheiro Paulo Michelin. Além de participar ativamente dos encontros da comissão, que se davam semanalmente, participávamos²⁶ de todas as assembleias do CMS, também semanais. Nesse espaço buscávamos garantir e manter alguns avanços conquistados pela reforma psiquiátrica em Porto Alegre e problematizar as ações propostas para o campo da saúde, sempre que estas estivessem na contramão das políticas públicas do SUS.

Esse CMS nasceu de um amplo debate da sociedade porto-alegrense, em conjunto com a Câmara dos Vereadores e o Governo Municipal no ano de 1992. Tem caráter deliberativo e fiscalizador das ações de saúde do município por meio da Lei nº 277/1992. Seu embrião é a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, já citada neste texto, que nasce da luta do movimento social, através da reforma sanitária, em meados da década de 1970, gerando as reformulações que culminaram na criação de um sistema único de saúde. É constituído por 80 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, tendo como composição: representantes governamentais (8), representantes dos prestadores de serviços (6), profissionais de saúde (24) e sociedade civil organizada (42). Também possui comissões de saúde que se reúnem com regularidade, como o caso da Comissão de Saúde Mental, da qual participei como representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).

Nessa comissão, por causa da quantidade de trabalho e da urgência das ações, reuníamos-nos semanalmente. Faziam parte da comissão: representantes do gestor, profissionais e usuários, bem como familiares. Tínhamos duas vagas garantidas, pelo movimento social, através do FGSM. Nossa função dentro da comissão era estudar todos os temas que envolviam as políticas de saúde mental do município e tentar

²⁶ Trabalhei como representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental na Comissão de Saúde do Conselho Municipal, em companhia do colega Paulo Michelin, de 2005 a 2007. Paulo Michelin é um militante da luta antimanicomial no Brasil que se apresenta como um antimanicomiólogo.

auxiliar no debate e na formulação de propostas para área, envolvendo desde a criação de serviços, passando pela construção de políticas e programas, e chegando à fiscalização e ao controle social dos recursos de todas as ações que tangenciam a saúde mental no município.

Consideramos um privilégio poder fazer parte deste processo, já que a experiência se mostrou rica e construtiva para nossa formação, não só como profissionais de saúde, mas como cidadãos. Juntos, vivemos muitos momentos de tensionamento, de conflitos, mas também de construção de alternativas e de defesa de uma política de saúde em consonância com o SUS e com a reforma psiquiátrica. Numa sociedade plural, com representantes de todos os segmentos, era absolutamente natural o choque de opiniões, de interesses e de ideologias.

Viver essa experiência junto com parceiros e opositores me fez acreditar em uma artefania da saúde. Fez-me acreditar que saúde se constrói através de políticas públicas e com controle social. Essa construção deve ser conjunta e plural, e os conselhos de saúde são um excelente espaço de formação para a transformação, no qual se podem gerar verdadeiros artesãos de saúde. Tal possibilidade se dá também porque nesse espaço se viabiliza a simetria entre os saberes dos especialistas e os saberes profanos, assumindo uma postura analítica, semelhante à do antropólogo que utiliza a etnografia dialógica e funda sua análise crítica em uma relação de respeito, compromisso e corresponsabilidade.

É evidente que esse modelo também gera problemas. O primeiro é justamente de convocar o cidadão comum a participar desses espaços, construindo assim uma política real de participação social. Além de sentir-se convocado, ele precisa ser estimulado a continuar trabalhando por sua cidade, e isso normalmente se dá quando o cidadão percebe o efeito de sua participação. Outro problema é que em algumas regiões do país a rede ainda é precária e, portanto, insuficiente para garantir o atendimento de qualidade da população. Desse modo, quem assume a tarefa do controle social depara-se de saída com a impotência de não possuir uma rede bem armada a qual cuidar. Outro problema são as diferenças entre o funcionamento de certas estruturas. Em uma mesma cidade, podemos encontrar serviços funcionando muito bem e outros trabalhando em desacordo, inclusive, com o que determina a lei, já que depende muito do gerenciamento local e das pessoas que compõem o grupo de trabalhadores. Mas, pela via legal do controle social,

podemos tentar intervir nessas diferenças, garantindo o funcionamento de acordo com as premissas do SUS, já que temos apoio legal para tanto.

Em Porto Alegre, a participação popular garantida por lei convida o cidadão comum a tomar parte dos processos de saúde em seu território, a pensar alternativas, a construir projetos, a refletir como investir o recurso; ou seja, promove cidadania, à medida que faz com que cada um de nós se implique com a cidade em que vivemos e com a cidade que queremos. Saímos de uma posição passiva e acomodada, na qual a queixa em relação aos donos do poder – os governantes (leia-se políticos) – é nosso principal argumento para tudo o que vai mal. No processo de construção da participação social, vamos aprendendo a nos responsabilizar pela cidade e a saúde que queremos. Assumimos uma postura ativa e propositiva, aprendemos a trabalhar coletivamente, a debater os problemas e a encontrar soluções, em vez de tentar responsabilizar alguém pelo que não está bem. Recuperamos nossa capacidade de poder: poder propor, poder saber, poder tensionar, poder encontrar soluções. É um micropoder, daí a necessidade de aprendermos também que é preciso trabalhar conjuntamente. Mas para que esse micropoder se efetive é preciso que o cidadão comum se sinta convocado e comprometido com tal projeto.

Para exemplificar o que acontece na cidade de Porto Alegre em relação ao modelo de participação popular, recorro a um texto escrito por Tomás Rodríguez-Villasante (2000). Em seu livro encontra-se a história do orçamento participativo na experiência dessa cidade, que é outra forma de participação social na qual a comunidade de cada localidade decide como vai investir os recursos financeiros destinados pelo orçamento municipal. Para apresentar esse modelo, o autor afirma:

“Porto Alegre no es un ejemplo único, pero tiene unas características que lo hacen diferentes a otros intentos de Presupuesto Participativo. Ciudades semejantes que lo están intentando, como Montevideo en Uruguay, u otras gobernadas por el PT en Brasil, no están obteniendo resultados tan claros y contundentes. Son ciudades de más de un millón de habitantes, que no salen de la pobreza extrema, sino de economías de tipo medio en el concierto internacional, gobernadas por alianzas de fuerzas progresistas y radicales, y que tuvieron movimientos sociales fuertes contra autoritarismos de la década pasada. Pero

entre todas estas ciudades Porto Alegre ha sabido encontrar su ‘estilo’ peculiar para construir a democracia participativa. No son ni las condiciones ‘objetivas’, ni el ‘programa’ proclamado por los partidos (lo hacen muchos). Es un estilo que se basa más en los hechos que en los reglamentos y que apuesta por el proceso instituyente más que por reforzar la institución. El Presupuesto Participativo se ha consolidado en la medida que había obras concretas en los barrios decididas por los vecinos, más que por una reglamentación normativa, que apenas existe, y está en revisión siempre.” (RODRÍGUEZ-VILLASANTE, 2000: 11).

O mesmo autor comenta que:

“[...] Porto Alegre, más que un ejemplo acabado y pleno, con respuestas para todo, es un ejemplo instituyente con preguntas clave a las que va dando sus respuestas. Es uno de los mejores ejemplos de democracia participativa que se reconstruyen en la práctica, y por eso espero que más que ver una tecnología en los sistemas de prioridades, o un caso exótico y raro, sirva este libro para estimular la osadía de los políticos, los técnicos y los ciudadanos, para poner en marcha los procesos instituyentes adecuados a cada caso. Porque es responsabilidad de todos mojarse con la democracia.” (RODRÍGUEZ-VILLASANTE, 2000: 14).

Apesar de o autor estar falando do orçamento participativo, podemos utilizar o fragmento do seu texto para analisarmos a participação social em outro caso, que é o dos conselhos de saúde. Em Porto Alegre, talvez o que produza diferença seja justamente o modo como esse modelo de participação social foi encarado e incentivado pelos governos então vigentes, como ferramenta do controle social.

Além de participar da tomada de decisão no campo da saúde, o cidadão gaúcho poderia participar da tomada de decisão da aplicação dos recursos do orçamento da cidade, definindo as prioridades de execução. Esse projeto, que sai do papel e se configura na prática, toma contorno quando as primeiras obras começam a fazer parte do cotidiano da cidade, ganha força e acende uma chispa de esperança no cidadão

comum, que se vê convocado a tomar parte no processo. Vendo os resultados efetivos das decisões tomadas nas assembléias – tanto do orçamento participativo quanto do conselho de saúde –, o cidadão descobre que pode exercer um lugar de poder. Isto lhe gera satisfação, mas também responsabilidade. Ele agora também é governo, também é gestor. Nesse processo, aprende fazendo, descobre que possui um saber com o qual pode tomar parte e auxiliar na construção de uma sociedade melhor, mais humana, na qual os recursos sejam empregados para atender os anseios de uma maioria e não de pequenos grupos da elite.

Ao perceber que sua participação tem relevância, cujo resultado poderá ser confirmado através de propostas construídas na coletividade dos conselhos de saúde, a tendência é que os atores sociais envolvidos no processo se vejam ainda mais motivados em participar e que contaminem a outros. No caso de Porto Alegre, especificamente, vivemos 16 anos tendo como ponto central de investimento do governo a real participação popular como premissa e compromisso. Tal tempo de investimento possibilitou ao cidadão o exercício desse lugar. Assim como o artesão que repete o gesto de polimento sobre sua matéria, o participante do Conselho de Saúde se viu frente à possibilidade de exercer a participação com total apoio por parte do governo local. Essa repetição do gesto de participação, bem como a confirmação de que sua palavra e sua ação produziam efeito nos cenários das políticas de saúde da cidade, trouxe aos nossos representantes da participação social a certeza de que esses lugares podem e devem ser ocupados pelo cidadão.

Com a mudança de governo municipal, ficou visível que o gestor que entrava, apesar de não ter como acabar com a instância de participação social, posto que é lei, não a valorizava como política central. Tal situação sem dúvida desestimulou muito a participação, pois o cidadão percebia que sua palavra já não possuía o mesmo valor. Suas críticas não eram escutadas pelo gestor, que tentava a todo o momento desarticular a participação dos diferentes atores, ora apelando para a importância apenas de um olhar técnico, ora hostilizando os participantes, outras vezes descumprindo ações pactuadas e tentando alterar a lei de participação social. Por outro lado, alguns participantes tornaram-se ainda mais combativos, pois perceberam a ameaça vigente de o gestor tomar o poder duramente conquistado pela população para desarticular a participação social e operar novamente desde uma visão única: a do governo.

Essa singularidade do caso de Porto Alegre – de um longo período de exercício pleno de cidadania e de reconhecermos o valor de nossa participação nas políticas construídas na cidade – garantiu a possibilidade de continuarmos lutando, ainda que com a oposição do governo, que tentava driblar a lei de participação social. Tomamos com firmeza nosso assento nos conselhos e enfrentamos o embate com a gestão local, mantendo a participação e o exercício de controle social nesses espaços. Daí a importância do cidadão dito comum reconhecer sua posição dentro do sistema e manter os espaços conquistados de participação e controle social. Caso contrário, fica muito fácil para o gestor desarticular tais instâncias, ainda que com substrato legal de existência, e mandar todos para casa, enquanto o governo faz o que quer com as políticas de saúde e com nossas cidades. O cidadão que toma para si a participação social como ferramenta para o exercício da cidadania e para a construção efetiva de sua cidade sabe da fundamental importância de participar, de envolver-se nas ações.

Evidentemente, essa imagem apresentada não é consenso para toda a sociedade gaúcha. Existem os críticos da participação popular, aqueles que apontam que esse não passa de um discurso da esquerda, que o modelo todo não passa de uma farsa. A maioria desses críticos é opositor partidário, uma vez que o modelo do orçamento participativo é produto de um governo do Partido dos Trabalhadores, então no poder. Mas também há críticas provenientes do cidadão comum, que nunca participou desse tipo de projeto, que nunca saiu de sua posição passiva e do confortável lugar da queixa. Existem ainda aqueles alienados, em sua posição narcisista, que acreditam que devem apenas cuidar do seu jardim e que não possuem qualquer compromisso social com a cidade na qual vivem, pois de fato não encaram isso como sua tarefa.

O que podemos perceber, nesses anos de participação, é que as pessoas que se sentiram convocadas e que tomaram parte do processo reconhecem o avanço que o modelo pode proporcionar e o quanto entrar nesse terreno alterou sua consciência política e sua posição como cidadão. Todos que se molharam no processo da democracia sentem seus efeitos, ainda que isso não os deixe cegos para os problemas enfrentados no curso do mesmo. Ter um governo que cumpre a lei e de fato valoriza e respeita essas instâncias de participação efetiva do cidadão, evidentemente, facilita o trabalho, mas nem sempre será assim. O processo democrático propiciará a troca de governo e, portanto, de olhar sobre o tema. Como cidadãos, temos que estar preparados para esse enfrentamento e para manter as conquistas nas quais acreditamos.

Entretanto outros problemas se fazem presentes no horizonte dos Conselhos de Saúde. A maior parte da literatura na área concorda que os principais obstáculos são a desmobilização da sociedade civil para fazer parte do processo e o avanço progressivo da mercantilização dos serviços de saúde, presentes nos governos de orientação política conservadora.

Infelizmente, a lógica de organização dos serviços no Brasil – seja em termos de produção, seja de acesso – ainda expressa uma forte influência dos aspectos econômicos do mercado, e não uma lógica que priorize as necessidades sociais. Evidentemente, esse fato dificulta o efetivo controle social, em função da forte organização cooperativa de mercados dos grupos privados.

Tatagiba tece considerações a esse respeito:

“A sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos. Esses mecanismos de participação obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se, ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando, assim, como um fator educacional na promoção da cidadania.” (TATAGIBA, 2002: 47).

O que este autor afirma é que sem a participação e a fiscalização cidadã não é possível superar os desafios postos. Para fazer frente ao *lobby* (CORREA, 2000) construído pelos mercados privados, temos que unir forças sociais importantes. É de fundamental importância que o cidadão assuma seu lugar na construção de políticas públicas.

Um claro exemplo de *lobby* é a pressão da indústria farmacêutica no campo da saúde. Hoje sabemos que a indústria farmacêutica – em um movimento mundial, com seu poderio financeiro e plenamente em sintonia com o capitalismo – determina pautas e condutas, gera ações e determina planos em relação às enfermidades. Fabricam remédios e vacinas, mas também patologias. Criam pandemias, alteram-se protocolos internacionais e ditam normas. O próprio fenômeno da gripe A, que implantou o medo

mundial a uma possível morte por conta de uma gripe, movimentou milhões de dólares em uma luta desenfreada para conter uma provável epidemia. Na esteira do Tamiflu, que a indústria vendeu como água, milhares de máscaras, potes de gel desinfetante e toda uma parafernália de produtos foram postos à venda no mercado mundial para garantir a saúde da população mundial, que supostamente estava em perigo.

Talvez o mais grave desse episódio é perceber o poder de manipulação que a indústria farmacêutica exerce e a capacidade de vender o medo, o pânico mundial, auxiliada pela mídia, como forma de determinar e controlar processos no campo que deveria ser da saúde e não o mercado da mesma. Como aponta a Dr.^a Teresa Forcadas²⁷, no caso específico da gripe A, chegou-se ao ponto de manipular o conceito de pandemia junto à OMS, fazendo com que hoje a indústria farmacêutica ocupe no mundo a posição do discurso do mestre.

Se temos setores da sociedade tão organizados e com tanto poder para determinar protocolos de saúde no mundo, mais se torna urgente que o cidadão comum ocupe assento nesse conflito e influa nos rumos tomados pela saúde. O conselho municipal é um espaço potente para esse exercício, já que pela distribuição paritária de vagas garante o equilíbrio entre os participantes e a possibilidade de contaminar a outros participantes com ideias e informações.

Outro desafio é quanto à possibilidade que cada ator envolvido nesse processo tem de sustentar seu saber. Simionatto e Nogueira (1997) apontam que em muitos casos o saber dos técnicos (os especialistas na área), o discurso do gestor e mesmo a posição mais combativa dos sindicatos podem fazer calar o cidadão que representa entidades populares, fazendo com que assumam uma postura mais passiva e que acabe contribuindo mais com sua presença física do que com sua capacidade de influir na formação de consensos. Isso se deve ao fato de que em nossa sociedade os distintos saberes possuem uma carga de valor diferenciada.

Acredito, a partir de minha participação e vivência dentro do Conselho de Saúde, que essa dificuldade só poderá ser superada com o próprio exercício de participação, com o trabalho cotidiano que vai promovendo ao sujeito a autorização necessária para falar de temas que até então não faziam parte de seu espectro de decisão. Assim como o artesão que, para retirar de sua matéria o que ele necessita, precisa repetir

²⁷ Na conferência “Evidència científica i principi de ‘autoritat em salut pública: El cas de les vacunes”, proferida na cidade de Tarragona, em 7 de junho de 2010, no X Colóquio REDAM: De la evidència a la narrativa en la atenció sanitària: Biopoder y relatos de aflicción.

o gesto inúmeras vezes, o cidadão que participa do controle social também precisa se exercitar na sua tarefa para retirar dela tudo o que ela pode oferecer e para descobrir que de fato possui um saber e que este não vale nem mais nem menos que os saberes dos gestores ou dos técnicos. Da mesma forma, quando um dos participantes emite uma opinião e se dá conta de que muitos pensam o mesmo, que compartilham de sua apreciação sobre determinado tema, a sensação gerada faz com que tal pessoa siga enunciando suas ideias e busque respaldo em pares que pensem como ela.

Cabe lembrar, como já abordei neste trabalho, que, em se tratando da área da saúde, temos uma estrutura historicamente hierarquizada. Romper com essas hierarquias é bastante complexo, mas não impossível, desde que se façam os investimentos adequados. A participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, é um bom espaço de aprendizagem e, portanto, de formação para que o cidadão se autorize a colocar o seu saber a serviço da comunidade onde vive. Nesses espaços, os sujeitos e os grupos sociais se apropriam e aprendem. A antropologia, como disciplina que garante a simetria entre os saberes dos especialistas e os saberes locais, pode ser um excelente instrumento de intervenção no momento de análise das discursivas que são disparadas nesses espaços.

No caso específico do Conselho de Saúde, há bons exemplos vivenciados nas assembleias. Relembrando os anos de participação, vem-me à memória outro fato que ajuda a corroborar minha crença de que o espaço de participação seja um bom lugar de educação permanente para nosso artesão da saúde. É um exemplo que facilita a pensar alguns dos desafios aqui apresentados e em quanto é imprescindível que a população, frente à negativa do gestor e até seu endurecimento, não deixe de ocupar seu lugar. O tensionamento é inevitável nesse tipo de modelo e deve ser encarado como um conflito²⁸ positivo, produtor de saídas. A luta pelos ideais que acreditamos que possam ser o melhor para a sociedade na qual vivemos faz parte do trabalho. Só assim o exercício da cidadania será pleno e conseguiremos uma verdadeira democracia participativa.

Por ocasião de uma troca de governo, nos deparamos com uma nova proposta no campo específico da política referente ao consumo de drogas. Vivíamos, até então, um

²⁸ Nesse caso, o conflito que é gerido pelo movimento social em oposição à leitura do gestor, justamente por ser movimento (MELUCCI, 2001), não se limita apenas a tornar manifesto o conflito, mas o leva para além dos limites do sistema de relações sociais a que a ação se destina, já que rompe as regras do jogo, colocando em xeque as relações de poder.

modelo baseado na política de redução de danos, seguindo modelos empregados em muitos países europeus. Toda uma rede de cuidado vinha sendo pensada, uma descriminalização do uso e um trabalho permanente dos redutores de danos dentro das áreas consideradas de risco, bem como, paralelo a isso, um processo de educação permanente para os trabalhadores de saúde levado a cabo em todo o Estado pelo grupo da Redução de Danos da Escola de Saúde Pública²⁹.

O novo governo assumiu com uma proposta bastante conservadora para essa área. De imediato, fechou um centro de atenção psicossocial³⁰ de álcool e drogas (CAPS AD) e realocou os trabalhadores em outros serviços, assim como demitiu todos os redutores de danos. Também fez um convênio com um hospital privado para formação de trabalhadores no tema. Todas essas medidas foram tomadas sem considerar o espaço do Conselho de Saúde para debater e encaminhar proposições, ainda que estas interferissem diretamente na comunidade, tanto no que tange à alteração do modelo de atenção oferecido à população quanto ao custo financeiro que oneraria os cofres públicos.

Esse exemplo demonstra alguns dos desafios, apresentados neste trabalho, com os quais se deparam as instâncias dos Conselhos de Saúde: um grupo gestor, ao assumir, dá mostras de que desconhece a legislação do SUS, ou simplesmente quer negá-lo, desrespeitando os critérios da participação popular e tomando decisões de forma ilegal, uma vez que o Conselho Municipal de Saúde não é convocado a discutir e aprovar estas medidas. Também o *lobby*, apontado por Correa (2000), fica explícito, quando um grupo privado é contratado por uma pequena fortuna, utilizando recursos públicos, em detrimento de uma Escola de Saúde Pública, que já vinha desenvolvendo um trabalho de formação, sem consultar o plenário do Conselho.

Já na primeira assembleia, essas atitudes ilegais viram à tona, através da denúncia, por parte de trabalhadores, da articulação dos redutores de danos e de alguns grupos diretamente envolvidos no processo. Rapidamente, o gestor tentou argumentar que as medidas tomadas se baseavam em irregularidades e, portanto, tinham

²⁹ O grupo responsável por essa política no Rio Grande do Sul, junto à Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, era Rose Terezinha da Rocha Mayer, Rosa Bitencourt Mayer, Márcio Belloc.

³⁰ Os CAPS são estruturas legais criadas a partir da reforma psiquiátrica para a substituição progressiva do modelo de internação, criando a rede substitutiva de serviços. Assim, fechar um CAPS é uma atitude contrária à lei, ainda que a desculpa seja um mau funcionamento. Nesse caso deveria se fazer com que funcionasse bem, jamais fechá-lo. Fechar é negar o serviço à população e voltar a redirecionar a demanda para o hospital psiquiátrico.

legitimidade. Argumentaram que o contrato dos redutores foi mal feito e que isso gerou a inevitável demissão, e que o serviço do CAPS AD estava irregular, além de sua equipe não possuir profissionais qualificados. Esse foi o motivo apontado para a contratação de um grupo privado de especialistas, para fornecer uma verdadeira capacitação dos trabalhadores, já que não acreditavam na antiga política adotada no município.

Tais argumentos foram anunciados na assembleia pelo gestor, que na época representava o governo do município na área da saúde. Uma grande confusão se armou no auditório da plenária. Todos falavam ao mesmo tempo. Uns estavam visivelmente nervosos, outros indignados e muitos descontentes com a falta de respeito à instância participativa, por parte da gestão. Naquele momento de tensão, ocorreu o pronunciamento da representante das mulheres negras do bairro Restinga, que, muito calmamente, ensinou ao gestor como funciona o SUS. Ela lhe explicou que os gestores não podem tomar decisões sozinhos, mesmo que com o intuito de proteger os cidadãos, sem antes passar pela plenária do Conselho e obter a aprovação da mesma. Ao fazê-lo, descumprem a lei que precisam justamente respeitar. O que quero destacar aqui é o quanto a participação cotidiana garante ao cidadão dito comum a reafirmação do seu poder, pois essa mulher, frente a uma plenária inflamada e repleta de técnicos, representantes de sindicatos etc., que se levantou com autoridade de quem conhece a lei para ensinar ao gestor, que desconhecia a legislação ou queria passar olímpicamente pela mesma, acreditando que tinha poder para tanto.

O gestor, na posição arrogante de quem toma a decisão porque é governo, foi convocado a ocupar seu lugar dentro da estrutura do controle social. Com essa intervenção, o representante do governo viu-se obrigado a negociar e a trazer justificativas mais concretas para apresentar à plenária, bem como submeter sua proposta à decisão da maioria.

Na assembleia seguinte do Conselho, o gestor foi surpreendido por um grupo ainda maior de participantes, fortemente organizados na perspectiva de lutar pelo que acreditavam. A gestão trouxe seus técnicos para explicar os critérios para o fechamento do CAPS AD e a demissão por problemas contratuais dos redutores de danos. A plenária encaminhou pela recontração imediata dos redutores, firmando um novo contrato e pela reabertura do CAPS AD, para que a população não ficasse desassistida, até que se pudesse definir conjuntamente um novo encaminhamento. O governo contra-atacou, argumentando problemas graves de regularização, e empurrou a decisão para a próxima

plenária, quando um laudo detalhado seria apresentado pela técnica responsável pela política de drogas do município.

Na seguinte sessão do Conselho, havia ainda mais gente mobilizada para participar e tensionar o gestor, para que cumprisse o que determina a lei. Uma audiência especial foi marcada, em outro local, já que a sala do Conselho não permitia a participação de tanta gente. O governo ganhou tempo para tentar encontrar alguma saída. No dia da nova audiência, com uma participação massiva da comunidade, o governo anunciou a resolução dos problemas contratuais dos redutores, que voltaram ao trabalho. A posição de arrogância do gestor estava suavizada pelos embates sofridos no campo, e ele mostrou-se mais flexível e disposto a negociar, mas ao mesmo tempo propôs uma pauta de urgência visivelmente para ganhar tempo e desarticular o movimento de resistência que vinha enfrentando. Com a boa notícia da recontração dos redutores, jogou com o pleno e arrastou a decisão sobre o CAPS AD para uma nova assembleia. Com isso, fez com que o grande grupo de novos atores presentes naquele embate se desmobilizasse e voltasse para casa, acreditando que a partida estava ganha. *A partida talvez estivesse, mas o campeonato estava longe de acabar.*

Esse caso permite perceber que onde existe a desarticulação do cidadão, onde as forças de resistências se enfraquecem, perdemos o campeonato. Engenhosamente, o governo cedeu-nos uma vitória em uma partida para poder ganhar o campeonato. Após a plenária lotada, em que se anunciou a recontração dos redutores de danos, já não tivemos a mesma capacidade de articular tanta gente para pressionar a gestão. O CAPS AD, apesar da decisão da plenária pela sua reabertura, nunca foi reaberto, e a contratação milionária da empresa privada, para capacitação dos trabalhadores, acabou sendo aprovada. Aqui fica claro o quanto o risco da desmobilização da participação pode ter efeitos drásticos e desarticular políticas que até então vinham funcionando bem, para ceder à lógica do mercado de privatização da saúde, de acordo com interesses de determinados *lobbies*.

Contudo o processo foi um ensinamento, e já não nos podiam enganar com o mesmo argumento. A gestão continuou e, no processo, tentou aprovar um plano de saúde mental inexpressivo, no qual apenas uma ação era apresentada como a resolução de toda a complexidade de problemas que enfrentamos em um município desta envergadura. Calejados pela falsa mudança apresentada pelo gestor, assumimos uma postura combativa e mantivemos o firme propósito de não permitir a aprovação de um

plano tão fraco e inexpressivo. Cabe ressaltar que, no início da gestão, o representante do gestor falava à plenária com arrogância, não escutava seus demais atores e colocava-se em uma posição hierarquicamente superior. Até seu terno garantia o contraste entre ele, o doutor, e nós, reles cidadãos. Com o passar do tempo e o conhecimento de uma raposa velha em política, ele foi flexibilizando sua postura, desde a forma de se referir aos seus pares no pleno até a roupa que vestia. Essa suposta mudança tinha como intuito justamente nos desarticular, acreditando que ele havia repensado sua posição e que passaria de bom grado a respeitar o SUS e sua legislação.

Nesse processo, o plano de saúde tardou um ano em análise na Comissão de Saúde Mental, na qual a gestão teve que enfrentar um debate intenso e se viu obrigada a reestruturar o plano. Em muitas assembleias do Conselho, tentou aprovar o plano inexpressivo, mas não obteve êxito. A população mobilizada estava lá para garantir que o plano fosse reelaborado. Na negociação, os gestores viram-se obrigados a incorporar, no plano de saúde do município, ações relativas ao processo da reforma psiquiátrica, ao compromisso com a ampliação e a manutenção da rede substitutiva e até a abrir a proposta conservadora para as políticas de drogas, acrescentando a política de redução de danos. Aqui, posso dizer que, negociando e mantendo a mobilização do cidadão envolvido, ganhamos a partida.

Essa situação descrita confirma os desafios apresentados pela literatura vigente a respeito do funcionamento dos conselhos de saúde e alerta quanto à importância da manutenção do lugar de participação social conquistado por lei. Tal lugar deve ser ocupado pela sociedade civil organizada para que as possibilidades de mudanças, de manutenção das conquistas e interesses da população, possam ser concretas.

O caso de Porto Alegre, como nos aponta Rodríguez-Villasante (2000), é de estilo peculiar: não são nem as condições e nem os programas que garantem sua eficiência, já que se baseia muito mais no que podemos fazer efetivamente do que nos regulamentos. Aposta em um processo instituinte muito mais do que em reforçar a instituição. Evidentemente, como aponta o autor, com o qual estou em pleno acordo, não somos um processo acabado e nem possuímos todas as respostas. O que talvez nos diferencie e nos mantenha vivos seja a capacidade ainda presente de questionar, de manter viva a dúvida e a ousadia de acreditar que através da participação social podemos redefinir os rumos das políticas públicas de saúde.

É nesse sentido que proponho o Conselho Municipal de Saúde (ou qualquer outra instância de controle social) como um espaço por excelência para a educação permanente do nosso artesão da saúde. Um espaço no qual o trabalho coletivo e rotineiro, à medida que a cada semana se repete o exercício da participação e do controle social, propicia a possibilidade de que se deem encontros significativos entre os participantes do processo. Tais encontros, por atravessarem os participantes, fazem com que eles tenham que reconfigurar suas ideias, que tenham que ressignificar posições, possam produzir obra nessa coletividade. Nesse local, os distintos saberes têm espaço de manifestação e, portanto, de serem considerados no momento de tomada de decisão. No coletivo, em que cada um conta com sua singularidade, cria-se um ambiente conflitivo, de embates, mas potente no sentido de permitir que as singularidades se façam presentes e que produzam marcas em todos os envolvidos. Por esses motivos, vemos o espaço da participação social como um excelente centro de formação para nosso artesão da saúde.

De acordo com Ceccim (2009), é preciso abordar a questão da formação, ou melhor, o problema, desde seu nascedouro, desconstruindo práticas de cuidado solidamente arraigadas em nossa sociedade. O primeiro passo seria justamente questionar permanentemente o papel da formação para o desenvolvimento de práticas cuidadoras. Para esse autor, práticas de cuidado e práticas de ensino estão relacionadas à subjetividade, à capacidade que temos de ressingularização de processos individuais, institucionais e coletivos e, portanto, direta ou indiretamente ligadas à saúde mental. Evidentemente, é impossível pensar processos em saúde nos quais não esteja obrigatoriamente envolvida a subjetividade, já que tais processos são disparados por atos humanos. De um simples gesto de vacinação até alguém que ensine como se vacina uma criança que tem medo, de uma cirurgia cardíaca, ou mesmo pleiteando nos Conselhos de Saúde, novos dispositivos de atenção para um bairro da cidade. Nesses atos, existem pessoas que promovem o cuidado/ensino e outras que o recebem/aprendem. O sorriso no rosto da auxiliar que te dá a injeção, as palavras que te direciona antes de executar o gesto de furar tua pele com uma agulha podem ter o efeito de tranquilizar. Quem observa aprende a cena; além de ver a mão hábil em ação, vê um corpo que interage e se põe a serviço em seu fazer. É um corpo que está disposto ao encontro com o outro. A moradora que reivindica um centro de saúde para seu bairro é o corpo em ação e em cooperação com outros corpos, que desenvolve com o outro o gesto

participativo. Tanto a auxiliar quanto a moradora desempenham ações que podem ser de formação em saúde.

Para trabalharmos com práticas cuidadoras orientadas ao encontro, devemos levar em conta e tomar as vivências do outro, nos deixar tocar por sua história, aprender com ele e sair desse encontro verdadeiramente modificados pelo que se processou ali. No Conselho de Saúde de Porto Alegre, a ideia central é justamente encontrar saídas para os problemas de saúde da população, fazendo do espaço um lugar de criação, de invenção coletiva, que toma como premissa as vivências de cada um dos representantes e coletivos que nele atuam, buscando a produção de respostas coerentes, criativas e que atendam aos anseios da população.

5. ARTESANIA DOS ENCONTROS: O VÍNCULO

O acompanhamento terapêutico ocupa um espaço importante dentro das políticas de saúde mental do estado do Rio Grande do Sul, em especial em Porto Alegre, pelo fato de ter sido potencializado como política pública na implementação da reforma psiquiátrica nessa cidade. As diferentes ações de educação permanente que foram disparadas nesse âmbito garantiram que um maior número de trabalhadores de saúde pudesse ter acesso à mesma e que famílias e usuários pudessem demandar, na rede de serviços do município, a figura de um acompanhante terapêutico, quando julgassem necessário.

Em muitos casos, esses acompanhantes atuaram na perspectiva de evitar internações, ou de torná-las mais breves, acompanhando o usuário durante todo o curso do seu ingresso; trabalharam a reinserção de usuários do hospital psiquiátrico em serviços residenciais, junto à casa de seus familiares ou mesmo em moradias na comunidade; e até mesmo desenvolveram e foram a referência em saúde mental de seus municípios. Destacarei algumas experiências e narrativas vividas ao longo desse processo de execução da política do acompanhamento terapêutico na rede pública de Porto Alegre, enfatizando a postura de uma construção coletiva, de uma política voltada para o encontro, ou o que estou aqui chamando de artesanania do encontro, na perspectiva de forjar uma postura de artesanania em relação à saúde – o que neste escrito defendi como o artesão da saúde.

Inicialmente, gostaria de definir o que entendo por acompanhamento terapêutico, uma vez que essa modalidade de atenção se expandiu bastante, sendo possível encontrá-la associada às mais diferentes correntes teóricas³¹ e utilizada de diversas formas. Para tanto, proponho partir da reflexão suscitada através de uma obra de Clóvis Martins

³¹ Para maiores informações sobre a prática do acompanhamento terapêutico no Brasil, ver: Palombini (2004 e 2007), Cabral (2005), Belloc (2005), Sereno (1996), Barreto (1998), Ibrahim (1991), Equipe de AT do hospital dia a Casa (1991 e 1997).

Costa, apresentada como dissertação de mestrado em 2005, com o título de *Sobremargem: ações e revelações em território demarcado*:

“Desenhos, fotografias, objetos, areia e vidro. Cada um dos elementos guarda o registro de uma perda, de um desvio, uma marca de um trajeto feito por um corpo qualquer. Restos de oferendas religiosas, estruturas metálicas que perderam sua função original, objetos de uso pessoal, fragmentos de brinquedos e uma infinidade de corpos jogados na água de um rio que banha uma cidade da dimensão de Porto Alegre. Coisas que vagam pelas águas sujas do rio, restos de fragmentos de coisas simples, que flutuaram durante um tempo indeterminado até colarem-se na margem, incrustando-se provisoriamente na areia. Meu trabalho é resgatar situações condenadas ao esquecimento, através de distintas maneiras de apropriação. Além de recolher os objetos náufragos com minhas próprias mãos, utilizo a pintura como uma espécie de rede de pesca, esticando as telas emulsionadas com cola no limite entre a água e a areia da praia. As telas captam a marca dos objetos, que por vezes se juntam à sua superfície, para em seguida voltar a seu rumo incerto. Água, areia e tinta como uma lavagem de cor muito sutil. As pequenas ondas do rio desenham mensagens que estão à espera de uma tradução, ou apenas anseiam um olhar mais atento.” (COSTA, 2005: 130).

Um acompanhante terapêutico (At), quando sai pela cidade com um acompanhado, busca romper uma margem invisível, mas sólida, que separa os ditos normais, que podem circular pelo tecido social com mais facilidade, daqueles ditos anormais (os chamados pacientes), para quem muitas vezes essa circulação se encontra obstruída. O At acompanhando essa circulação, faz função de auxiliar o acompanhado, e se oferece a uma errância pelo tecido social, servindo muitas vezes de suporte a essas investidas, até que se torne possível ao acompanhado dispensar a companhia do At.

Mas quando um At sai à rua com o acompanhado, ambos se encontram com esse espaço social-geográfico-urbano, e tal espaço não é apenas um palco à espera do desenrolar das cenas provenientes desse encontro. Podemos tomar esse entorno, a

cidade, como protagonista do encontro, assim como no trabalho de Clóvis: há uma intervenção que é realizada pelo espaço, intervenção desejada pelo artista, favorecida inclusive pelo mesmo. Juntamente com a intervenção do espaço, temos a intervenção do artista, e é isso que compõe a obra. Assim também é no acompanhamento terapêutico: a cidade propicia situações, cria acasos, dispõe seu material à nossa percepção. Cabe ao acompanhante aproveitar essa potencialidade. Trabalhando com os restos, com os detalhes, com os pequenos fragmentos que flutuam em torno da discursiva do acompanhado, vamos desenhando com o mesmo uma nova narrativa, ou novos rumos. Trabalhamos na perspectiva de resgatar o sujeito de sua clausura, seja ela o confinamento em seu próprio quarto ou anos de reclusão em um hospital psiquiátrico, para auxiliá-lo na ressignificação de seu lugar social, utilizando o espaço urbano da cidade para realizar essa tarefa.

Isso não coloca a cidade como acolhedora, mas como possibilitadora. O acompanhante precisa aprender a lê-la da forma como se apresenta e a utilizar sua sensibilidade, seus saberes, para tirar de cada situação, desses acasos/acontecimentos, a intervenção possível. Acompanhante e cidade acompanham, de fato, o acompanhado.

Desse modo, podemos definir o acompanhamento terapêutico como uma modalidade de intervenção que tem como especificidade o favorecimento de uma circulação pelo tecido social. O trabalhador que utiliza o acompanhamento terapêutico na sua prática circula com o usuário pelo espaço urbano, facilitando o acontecimento de um encontro, de acasos/acontecimentos, sendo testemunha do processo de transformação desencadeado, criando outros espaços possíveis para o dito louco na cidade. É uma modalidade de atenção que se utiliza do espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico.

Essa proximidade que a ferramenta exige e que coloca o acompanhante e o acompanhado jogados na *urbe* favorece muito que um vínculo simétrico se estabeleça entre ambos, criando as condições necessárias para que o saber profano possa ser escutado e tenha valor de fato. Podemos dizer que o acompanhamento terapêutico é um dispositivo que leva o vínculo para a simetria. Ao fazê-lo, ao mesmo tempo em que circula pelo tecido social, essa modalidade cria as condições para que novos vínculos se estabeleçam com as redes com as quais a dupla vai dialogando e que os mesmos possam partir de uma ideia de simetria, já que a relação estabelecida é dessa ordem. Assim, podemos pensar que acompanhante e acompanhado que circulam pela cidade

apresentam, para as distintas redes pelas quais circulam, uma forma de relação simétrica e de valorização dos distintos saberes, e que essa postura poderá influenciar nas novas vinculações que possam ir surgindo. Afinal, na rua ambos são cidadãos circulando pelo tecido social; a hierarquia imposta pelo próprio *setting* analítico ou mesmo pelo dispositivo de atenção desaparece a céu aberto.

Como exemplo, podemos destacar a passagem dos moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro para o Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Dentro do hospital, estavam no *rol* de doentes mentais e tinham suas atividades sociais circunscritas às autorizações de saída e aos passeios com o grupo de trabalhadores. Uma vez fora do hospital, a cidadania se dá, ainda que os direitos legais se vejam restritos. Tornam-se moradores de um bairro, compram, negociam, circulam. Em um vídeo realizado pelo hospital para divulgação do projeto de abertura, vemos um vendedor do bairro elogiando a postura dos ex-internos como bons clientes, assim como vemos o gerente do banco comentando que muitos deles perdem o cartão, esquecem a senha como qualquer cidadão comum, além de pedir informações sobre investimentos e poupanças. Fora da categoria de paciente, o sujeito pode ser muitas outras coisas.

Em outro escrito (CABRAL, 2005) defendo a ideia de que os acasos/acontecimentos poderiam ser tomados como a regra básica do acompanhamento terapêutico. Analogamente ao proposto por Freud (1904) na invenção da psicanálise, de utilizar a associação livre como método de trabalho, no acompanhamento terapêutico poderíamos propor o acaso/acontecimento como regra básica, uma vez que, através da prática dessa modalidade de atenção, é possível perceber os avanços do sujeito em tratamento, mesmo quando o próprio acompanhante não tenha compreendido o que se passou. O que quero afirmar é que algo se processa, no trabalho com a ferramenta do acompanhamento terapêutico, que está para além do acompanhante e seu trabalho técnico, e estou sustentando que o entorno, a cidade, ou melhor, o espaço urbano pelo qual circulamos, produz um efeito sobre o acompanhado, que também lhe trabalha. Com isso, não descarto a ação do acompanhante; apenas ressalto que o entorno trabalha conjuntamente ao mesmo.

No trabalho com o acompanhamento terapêutico, deparamo-nos a cada dia e a cada novo processo de trabalho com o inusitado. Certamente, essa também é uma característica presente em outras modalidades clínicas e mesmo no cotidiano de qualquer pessoa. Contudo, gostaria de destacar a possibilidade que a cidade nos coloca

de acasos que, se compreendidos como potenciais dispositivos, podem ser utilizados durante o processo de trabalho no sentido de agenciarem mudanças no sujeito, tanto no que acompanha quanto naquele que é acompanhado. Por certo, o acaso está no contexto social e ocorre paralelamente à vontade e às capacidades do At. Por si só, ele pode produzir efeitos no acompanhado, independentemente da percepção do At, mas a possibilidade de vir a constituir uma ferramenta do trabalho clínico depende deste último.

* * *

A primeira experiência que quero pontuar se refere ao planejamento e à coordenação de um curso, promovido pela Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, dirigido a profissionais da rede pública, de diversos municípios desse estado. Nesse curso, o AT foi o ponto central para disparar uma reflexão sobre o fazer em saúde.

O Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico foi formulado durante o ano de 1999 e oferecido em 2000 para a primeira turma, atendendo a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Nos anos de 2001-2002, 2002-2003, ocorreram a 2ª e a 3ª edição do curso, atendendo a Macrorregião Metropolitana, que engloba a 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde³². Os profissionais de nível médio dos serviços compunham o público alvo do curso, por serem os mais carentes de capacitação específica em saúde mental coletiva, ao mesmo tempo em que eram os que mais conviviam com os usuários de forma direta e sistemática. A escolha por esse grupo específico de trabalhadores foi sustentada na aposta de que eram os mais desassistidos no que se refere ao acesso a políticas de educação permanente, mas também porque historicamente o campo da saúde mental esteve na mão dos *expertos*. Desde a fundação da psiquiatria como área de saber sobre a loucura – inaugurada no ato de Pinel, quando recebeu dos membros da Revolução Francesa as chaves da casa dos loucos – até os dias de hoje, a loucura é coisa de gente muito instruída, bem formada, coisa de doutores. Assim, com o ato de convocar

³² Participei da construção da proposta do curso, bem como fui professora e supervisora em todas as edições. Na primeira edição, Nara Regina de Moura Castilhos e Analice Palombini coordenavam o curso; nas edições seguintes, tive o privilégio de dividir a coordenação com essas colegas juntamente com Márcio Belloc.

trabalhadores sem formação específica na área de saúde mental, muitos deles sem passagem por qualquer espaço formal de educação em qualquer área, já era uma subversão que tinha como gestos explícitos democratizar o acesso ao saber e desmontar a fórmula de que só o conjunto de trabalhadores *psi* poderia dar conta da loucura, redimensionando as formas de cuidado em saúde mental.

Além das aulas e do espaço de supervisão, o curso oferecia uma assessoria mensal aos serviços, na perspectiva de trabalhar uma forma singular de inserção do acompanhamento terapêutico nas políticas de atenção de cada cidade, levando em conta as suas peculiaridades.

Posteriormente, a prefeitura de Porto Alegre, mediante a Secretaria de Saúde, promoveu essa mesma formação, passando a denominá-la Curso de Acompanhamento Terapêutico na Rede Substitutiva de Saúde Mental³³. O público era formado por trabalhadores da rede substitutiva de saúde mental da capital, visando a reforçar a ideia de que é preciso questionar antigos paradigmas e construir uma nova forma de cuidado, partindo da formulação de que esses serviços estão articulados em rede e de portas abertas à cidade.

Nesses intensos anos de trabalho, tanto na Escola de Saúde Pública quanto junto ao município, foram muitas as situações vividas que confirmavam o quanto a aposta por abrir espaços de educação permanente, de fala, de troca de experiências, de sustentação às práticas, pela abertura de espaços de reflexão, se fazia necessária para dar sustentação às mudanças propostas no estado; espaços que favorecessem a possibilidade de uma artesanaria do encontro. Assisti a uma gradual, mas constante, transformação das pessoas desde o primeiro dia de trabalho até o último e nono mês do curso.

Muitos alunos diziam aos seus colegas de serviço, que lhes questionavam o que estavam estudando, que era um curso muito subjetivo, que não havia como explicá-lo, que era preciso vivê-lo. Isso se devia ao fato de que neste espaço formal dávamos espaço à palavra de cada aluno, às suas experiências e também às suas emoções, o que fazia do curso um percurso a ser percorrido individual e coletivamente. Cada aluno era também professor, no sentido em que eram estimuladas as constantes trocas de experiências profissionais vividas no campo de trabalho, numa clara tentativa de recuperação das capacidades narrativas de cada um sobre o seu processo, e também de

³³ Durante a gestão de Sandra Fagundes como Secretária de Saúde do município de Porto Alegre.

promover uma simetria entre os distintos saberes, reafirmando que naquele espaço todos tínhamos algo a ensinar e algo a aprender.

Muitos trabalhadores emocionavam-se a tal ponto nas aulas que não resistiam ao fato e compartilhavam com o grupo as alegrias de suas descobertas e também as frustrações geradas por suas tristezas. Uma vez por mês, tínhamos uma sessão de cinema relacionada a temas de saúde mental, na qual víamos um filme e depois debatíamos juntos. Em uma ocasião, assistíamos a um filme chamado *Bicho de Sete Cabeças*³⁴, baseado na história real de um ex-paciente que teve sucessivos ingressos por conta de seu envolvimento com drogas e que retrata todo o horror e o desespero de uma pessoa que se vê transportada de sua vida para o isolamento de um manicômio. Conta como, de forma perversa, o sistema vai aniquilando pouco a pouco o que há de saúde e de esperança em cada pessoa e convertendo todos em máquinas de tomar medicação e fumar. Sujeitos que gradativamente vão perdendo suas histórias, memórias e pontos de referência e sendo desacreditados paulatinamente. Apresenta duramente a posição de abandono subjetivo vivida pelos pacientes nesse ambiente. A narrativa que cada um empreende, sua história e suas memórias vão sendo constantemente negadas, desacreditadas e desinvestidas, até que o sujeito assume a postura de um zumbi, de um ser que já não demanda mais relação com o outro.

Ao final do filme, uma das alunas – que aqui chamarei de Soledad – não conseguia parar de chorar. O grupo inteiro estava silencioso frente ao seu pranto e ao impacto das imagens do filme. Ela finalmente conseguiu dizer o quanto estava envergonhada, pois como trabalhadora tinha se identificado com os personagens do filme que não escutavam os pacientes. Explicou-nos que, como auxiliar de enfermagem³⁵, havia tratado os pacientes durante muitos anos assim, pois foi a forma como haviam lhe ensinado. Como ela iria questionar a palavra de um médico, de alguém que havia estudado sobre saúde mental? Tratava com certo descaso a fala dos

³⁴ *Bicho de Sete Cabeças*, filme de Lais Bodanzky, lançado em 2000.

³⁵ No Brasil, durante muitos anos, os auxiliares de enfermagem não necessitavam ter nenhum tipo de formação para trabalhar em saúde mental. Soledad contou-nos que era jovem e precisava trabalhar. Alguém lhe disse que havia vaga no HPSP. Ela teve um pouco de receio, pois não sabia nada de como lidar com loucos, mas apresentou-se para a vaga. Quando chegou ao hospital e começou a trabalhar, pensou que receberia alguma forma de orientação, mas isso não aconteceu. Um colega mostrou-lhe a unidade de internação e deu-lhe uma mangueira para dar o banho nos pacientes. Impotente, ela viu uma fila de pessoas, todas já desnudas, chegando para o banho. Eles vagarosamente caminhavam resignados e posicionavam-se na frente de uma parede de azulejos brancos, esperando a sua vez. Soledad, com a mangueira na mão, começou a dar o banho em um dos pacientes, enquanto outros colegas repetiam o mesmo gesto. Dos olhos de Soledad, vertem lágrimas de impotência.

pacientes, pois lhe haviam ensinado que sua fala era desarrazoada, e por isso não deveria ser levada em conta. Soledad relatou que a cena mais impactante para ela era justo a do momento da repartir a medicação, algo cotidiano no manicômio, e o quanto o auxiliar de enfermagem do filme, que parecia boa pessoa, não dava qualquer atenção à fala dos pacientes. Frente a tal postura, justificava-se a um colega mais novo na instituição que eram loucos e falavam coisas sem nexos e, que, portanto, não deveriam dar muita atenção ao fato. Alertava que, enquanto auxiliares de enfermagem, não possuíam as chaves de decodificação de tal discursiva, desto de descrédito na palavra do louco e no fazer do auxiliar que vinha corroborado pelo discurso médico. Aqui fica claro o poder do saber hegemônico do modelo médico na sua versão biomédica.

A palavra do louco, uma vez destituída de razão, não merece a atenção do trabalhador, ainda mais quando ele está envolvido na importante tarefa de garantir que cada um tome a medicação que lhe foi prescrita. Vendo o filme, Soledad viu na prática do auxiliar de enfermagem a sua prática alguns anos atrás, e passou a se sentir habilitada a questionar tais verdades. Com isso, não deixou de sofrer quando se deu conta que durante anos havia entrado no circuito do sistema manicomial e reproduzido sua lógica. Lógica que é tão perversa para o paciente quanto para o trabalhador. Lógica que reproduz o modelo médico hegemônico, porque se vê sem ferramentas para argumentar o contrário, já que acredita não possuir qualquer saber sobre o tema. O jogo de poder entre as categorias profissionais entra em cena, aniquilando até a possibilidade de um saber oriundo do senso comum encontrar espaço de expressão.

Outra trabalhadora do grande manicômio iniciou o curso afirmando que era a primeira vez que o estado lhe dava uma formação, depois de tantos anos dedicados à saúde mental. Contou, nas entrevistas que fazíamos como forma de acessar ao curso, que estava muito feliz de finalmente ter uma oportunidade de tentar entender o que se passa com aquelas pessoas que ela convivia e trabalhava e que, muitas vezes, pareciam piores a cada dia. Sem saber, ela já falava no processo de cronificação dos usuários de instituições totais, como é o caso do manicômio.

As aulas iniciaram e ela sofreu uma agressão por parte de um usuário. Sentindo-se ignorada por seus superiores diretos e pouco apoiada nessa unidade da instituição, ela solicitou uma transferência. Foi removida para assuntos sociais, junto ao gabinete da primeira-dama do estado. Lá encontrou uma série de projetos interessantes, mas não sabia como encaixar um curso clínico, nas suas palavras, em um espaço que trata de

questões sociais. Por outro lado, confessou não querer abrir mão de realizar um curso que tanto tardou a conseguir.

Comentamos-lhe que a prática clínica do acompanhamento terapêutico pode muito bem ser uma importante ferramenta dentro do contexto da cidade – e, portanto, em ações sociais distintas – e apoiamos sua permanência no curso. No decorrer do mesmo, ela percebeu que essa modalidade de atenção pode ser muito útil em seu atual fazer, tanto quanto o seria no espaço do hospital psiquiátrico, ou de qualquer equipamento de saúde. Acompanhando um grupo do Movimento dos Agricultores Sem Terra (MST), ela se deu conta do isolamento e retraimento de um rapaz, filho de um casal bem atuante do movimento. Aproximou-se do mesmo e percebeu sinais de um possível adoecimento psíquico.

Na época, o rapaz estava em plena adolescência e tinha vivido toda sua vida entre diferentes cidades, nos acampamentos do movimento. Em função disso, sua realidade era a de uma constante tensão, já que a vida nesses locais implica uma série de confrontos com a polícia, com os donos das terras e por vezes até com a comunidade local. A incerteza acerca do amanhã, de onde viveriam, se um dia teriam um pedaço de chão, acompanhou paulatinamente o crescimento do garoto. Sua errância entre diferentes acampamentos e as situações que vivenciou marcaram definitivamente sua vida. A trabalhadora – que se aproximou a partir do lugar do movimento social, e não como alguém do campo da saúde – ganhou sua confiança, e o rapaz acabou lhe relatando sua história, seu sofrimento e a resistência que possuía de procurar alguém da área da saúde na cidade, já que temia sair do espaço do acampamento.

Falando com os pais, eles relataram que já haviam se dado conta de que algo não ia bem com o filho, mas que não conseguiam convencê-lo a buscar ajuda, pois ele se negava a sair do espaço protegido do acampamento para ir à cidade. A trabalhadora, apoiada pelo grupo do curso e pelo espaço de supervisão, passou a acompanhar terapêuticamente esse rapaz. A confiança e, por que não dizer, o elo transferencial estabelecido permitiram que fosse realizada uma visita à unidade básica de saúde. Nesse espaço ele se encantou com uma oficina de capoeira oferecida no serviço e passou a frequentá-la, acompanhado da At.

Com o tempo, o rapaz aceitou fazer uma visita ao CAPS para realizar uma avaliação com um psiquiatra, e gradativamente se montou uma estrutura de continência, na qual ele podia circular, inicialmente acompanhado de sua At até que pudesse se

tornar possível sua circulação desacompanhada. Eram um trabalho que implicava a experiência de outro tempo para a resolução do problema, no qual o profissional se viu convocado a suspender o desejo de que o processo acabasse para que o resultado pudesse ser gradativamente construído, na repetição do gesto, no cotidiano. O grupo da capoeira passou a ser sua referência mais sólida e, através dele, ingressou em outras atividades da unidade básica, como o grupo de caminhadas, tendo até participado de algumas campanhas de vacinação. Logo passou a ser o elo entre o acampamento do Movimento dos Agricultores Sem Terra e a unidade básica situada na cidade, levando alguns companheiros ao espaço, quando necessário. Podemos dizer que, pouco a pouco, esse rapaz tímido e estranho transformou-se também em um agente de saúde, ou um artesão da saúde, junto a seu coletivo. A mudança de categoria social possibilitou a ele a construção de outra posição em seu contexto social: do estranho rapaz a um agente de saúde.

Outro exemplo conta a história de um dos muitos municípios do Estado, em que três auxiliares de saúde passaram a realizar um trabalho no âmbito do acompanhamento terapêutico, criando um suporte em saúde mental para as pessoas dessa cidade. As três trabalhavam na atenção primária nesse município e começaram a realizar um trabalho de articulação entre a atenção básica e a rede especializada de saúde mental. Nessa perspectiva, buscavam garantir o fluxo, a referência e a contrarreferência do sistema, evitando as internações psiquiátricas, fazendo um trabalho junto à comunidade, acompanhando cotidianamente pessoas com sofrimento psíquico grave.

Elas tinham pouca ou quase nenhuma experiência em saúde mental quando iniciaram o curso, cheias de questionamentos e dúvidas quanto à possibilidade de um dia poderem vir a trabalhar com essa população. Na verdade, possuíam certa dificuldade de reconhecer suas vivências como experiência. Seu primeiro desafio era constituir um saber a partir de suas vivências, o qual, pouco a pouco, poderia se associar ao estudo teórico aprendido no curso:

“Na medida em que a dinâmica do curso, mantendo-se atenta às sensibilidades singulares, disponibilizava as ferramentas conceituais adequadas e possibilitava a reelaboração de suas histórias profissionais através da narração, no espaço de supervisão, desse novo fazer em que se lançavam, foi possível acompanhar a transformação operada por essas três

trabalhadoras em seu labor em saúde mental. Uma transformação que beneficiava não apenas os usuários por elas atendidos, mas também a si mesmas, significando cuidado com o cuidador; as angústias decorrentes de seu trabalho já não mais as paralisavam, mas eram usadas como material clínico, entendidas como parte do processo transferencial em jogo na relação terapêutica estabelecida entre acompanhante e acompanhado.” (CABRAL & BELLOC, 2004: 120-121).

No município, as três trabalhadoras eram a referência em saúde mental e desempenhavam todas as ações relacionadas ao tema. Fazendo a articulação com o sistema, elas assumiram o papel de negociar ações em saúde em sua cidade. A partir dessa posição, quebraram com o modelo de dominação *psi* e, portanto, com o rol previamente determinado das hierarquias em saúde. Tudo isso se deu pelo simples fato de terem encontrado um espaço para suas narrativas e para o compartilhamento e, com isso, perceberem que desempenhavam um trabalho que é clínico e autorizarem-se a desempenhá-lo.

Clara era outra das alunas do curso que nos trouxe um rico exemplo a respeito das relações de saber. No local onde trabalhava se deparou com uma situação de acompanhar um rapaz que se negava a tomar a medicação injetável e alegava ao médico que lhe fazia muito mal. O médico insistia que, para o diagnóstico dele e com seu histórico, não via outra saída. Clara começou a frequentar a casa dessa pessoa e ver o ambiente no qual ele convivia. Percebeu que muitas das pessoas adoecidas em seu entorno são dependentes de drogas e alguns fazem uso de drogas injetáveis; um deles era irmão do rapaz em questão. Logo, Clara deu-se conta do que significava na história do garoto ter que injetar uma droga, e o peso que isso produzia em sua família. Resolveu comentar isso ao médico, que, por não sair de seu consultório e por não escutar seu paciente, não tinha nem ideia do que lhe passava.

Mas a esperança de Clara acabou logo, pois o médico afirmou que essa constituía mais uma razão para que o paciente se medicasse daquela forma, pois, afinal, em uma família de viciados quem poderia cuidar e responsabilizar-se para que o paciente tomasse a medicação todos os dias? Clara buscou apoio na equipe, explicando, na reunião clínica, que o problema de adesão do rapaz ao medicamento era a forma de

administração, e não uma resistência ao tratamento em si. Propôs à equipe que se fizesse uma mudança e se dispôs a acompanhá-la.

Nesse exemplo fica claro como o saber médico se sobrepõe aos demais e como tal postura determina a negação do discurso do usuário, mas também da equipe com a qual trabalha, já que o médico – munido de seu discurso baseado na cientificidade do modelo médico – não podia escutar nada mais. O discurso do médico não dava relevo à história pessoal do sujeito, a seu contexto social ou a seu entorno. Foi preciso a intervenção de outro colega médico para que a relação terapêutica tivesse outro fim. Clara colocou o problema na reunião de equipe e se dispôs a acompanhar a questão da medicação desse rapaz pessoalmente, pois acreditava que com a mudança ele iria aderir ao tratamento sem maiores problemas. Afirmou que, com as visitas familiares que realizou, tinha todas as razões para crer que o rapaz seria auxiliado por sua família. O psiquiatra que atendia o paciente afirmou que nesse caso se retirava do processo terapêutico, pois tinha convicção que ele não tomaria bem os medicamentos, recaindo em novo surto e em nova internação. Outro psiquiatra da equipe relatou que poderia se encarregar de medicar, mas que precisava de auxílio, convocando o grupo a criar um plano de trabalho terapêutico conjuntamente. Outros membros da equipe que coordenavam as oficinas que o referido rapaz frequentava decidiu ajudar também para a mudança que foi feita sem maiores sobressaltos. O trabalho em equipe multiprofissional pôde vencer o medo da crise e da internação, compartilhar poder e responsabilidade sobre as decisões e desenhar outro final para a história.

A auxiliar de enfermagem que se deparou e se identificou com o fazer cristalizado das práticas do manicômio através do filme; a trabalhadora que mediante o movimento social pôde acompanhar um rapaz que aparentemente estava adoecendo psiquicamente e ajudá-lo a reinserir-se em sua comunidade local, inclusive passando a ser um elo entre unidade de saúde e o acampamento do Movimento dos Sem Terra; as três mulheres que passaram a ser a referência para as questões relacionadas à saúde mental em seu município; e Clara, que consegue ter voz desde o lugar de auxiliar de enfermagem em uma equipe de especialistas e ajudá-los a trabalhar em equipe multiprofissional e cooperativamente, atestam que investir em política de educação permanente como forma de alterar modos de trabalho e de definir novas linhas de cuidado pode promover transformações significativas nos processos de cuidado em saúde.

Na verdade, as histórias atestam que se podemos redesenhar o formato da atenção escutando os distintos saberes, podemos construir políticas de saúde que de fato atuam sobre o adoecimento e que resultam em uma melhora na qualidade de vida, pois levam em conta os aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos e ideológicos daqueles para quem ofertam a atenção.

* * *

A segunda experiência é um processo de assessoria a um grupo de trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro, vinculado à mesma Secretaria de Estado. Esse grupo aceitou enfrentar o desafio da reforma psiquiátrica e candidatou-se a acompanhar os usuários do serviço na passagem para o Residencial Terapêutico Morada São Pedro. A assessoria estava dividida em três ações: assessoria à direção do HPSP, encontros com os trabalhadores, ambas semanais, e acompanhamento dos usuários realizado pelos trabalhadores.

A assessoria ao Hospital Psiquiátrico São Pedro ocorreu nos anos de 2001 e 2002, atendendo aos trabalhadores de nível médio, técnico e superior³⁶ que, através de edital, haviam se candidatado a trabalhar no Serviço Residencial Morada São Pedro. Tal projeto foi concebido buscando minimizar duas formas de exclusão: a que obriga milhões de pessoas a morar nas cidades sem acesso à legalização da terra, infraestrutura e serviços, e a que confina os portadores de sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos. Através da conjugação de esforços dos programas da Secretaria da Saúde, Secretaria da Habitação e Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, tornou-se possível a promoção de uma série de ações (entre elas, destaco a oficina de geração de renda, os coletivos de trabalho, a alfabetização de adultos etc.), que viabilizaram a concretização do Projeto Morada São Pedro, permitindo a ex-moradores do Hospital voltar a habitar a cidade.

No processo de formação desses trabalhadores, muitos deles com mais de 20 anos de serviço prestados ao Estado, dentro de uma estrutura manicomial, parecia-nos fundamental constituir um espaço de acolhimento às ansiedades geradas com a perspectiva de uma mudança de modelo na forma de cuidado. Afinal, tratava-se de

³⁶ A equipe de assessoria foi composta por Analice Palombini, Károl Veiga Cabral e Márcio Mariath Belloc.

abandonar paradigmas já conhecidos em prol de um novo modelo que não se propunha como uma fórmula acabada.

Novamente nos deparávamos com uma série de trabalhadores, não todos evidentemente, que só conheciam como forma de atenção em saúde o famoso tripé cuidado, conforto, higiene. Eram pessoas que sustentavam sua prática em um local isolado da vida cotidiana da cidade, em um local cujo tempo não está marcado nas horas do relógio, nem nos dias da semana e nem sequer nas datas comemorativas. Um espaço de um tempo outro, fatigado entre um escoar lento das horas e dos dias, cuja maioria das marcas sociais está negada ou desinvestida: o espaço do manicômio.

Tratava-se, portanto, de cuidar dos cuidadores em um primeiro momento, para só depois desencadear ações com os pacientes do estabelecimento. Lembro-me bem de nossos primeiros encontros e de como eram potentes, como o debate era forte e de como se mobilizavam distintas emoções. Trabalhamos em nível vivencial, fazendo uma série de exercícios práticos e também buscando uma fundamentação teórica que desse sentido a um novo fazer e que acolhesse pelo menos parte das ansiedades ali presentes. Muitos dos temas debatidos nessas reuniões partiam de uma experiência pessoal, como atestam as falas de algumas trabalhadoras:

“Eu, que teoricamente sou uma pessoa normal, quando saí da casa da minha mãe e levei meu colchão embaixo do braço e tinha muito claro que se algo desse errado eu poderia voltar... Então por que não fazer um portão entre o hospital e o residencial? Caso algo não vá bem eles podem voltar, não é?”

“Eles vão ter que fazer a comida? Como vamos fazer com o gás?” “Não é muito perigoso?” “E se a casa pega fogo?”

“Namorados que moram em uma mesma casa podem transar?” “Eles vão poder viver juntos, como matrimônio ou devemos fazer casas só para mulheres e casas para os homens?”

“E a medicação? Será que eles vão saber tomar?” “E o dinheiro, quem vai gerenciar?”

Frases como essas, ditas por diferentes trabalhadores durante o processo de assessoria, indicavam-nos o quanto teríamos que trabalhar com esse coletivo para desfazer o lugar de paciente e transformar cada um daqueles usuários em sujeitos, em seres humanos com capacidade de decisão, com potência. Que talvez nossa experiência pessoal tampouco fosse o modelo buscado por qualquer um deles e que teríamos que

suportar a ideia de não saber, de não ter o controle da situação e de que aprenderíamos juntos a buscar soluções para os problemas que aparecessem, sem ter fórmulas prontas ou respostas para todas as questões. Que muitas das indagações ali apresentadas talvez só pudessem ser respondidas pelos próprios usuários a partir de seu próprio desejo. E que teríamos que nos dispor a acompanhar os processos de vida de cada um deles e conjuntamente encontrar soluções para os impasses que o próprio cotidiano fosse apresentando.

A primeira frase, citada acima, revela o quanto a estrutura do manicômio é vista como um lar, como um lugar de proteção, tal qual a casa da mãe, pois se algo não saísse do jeito esperado era só voltar atrás. Esse elemento indica que a estrutura do hospício ainda era fortemente colocada por muitos dos trabalhadores como espaço de proteção e, portanto, de cuidado. Por isso a ideia de fazer um portão ligando o hospital, “a casa da mãe”, ao residencial, “a casa do filho”.

A segunda afirmação lança um questionamento sobre a possibilidade de essas pessoas terem de fato autonomia para solucionar os pequenos entraves do cotidiano, demonstrando o medo de que tal autonomia não existisse. Aqui, também fica claro o embate entre cuidar e tutelar, ou o velho embate entre autoridade e autonomia do qual já nos advertia Sennett (2009). Da mesma forma podemos entender a preocupação com o uso da medicação e o uso do dinheiro. O último exemplo aponta a velha questão da sexualidade e o que fazer com a mesma, o que também nos coloca outra vez frente à questão da autonomia para a tomada das decisões, assim como frente a velhos tabus e preconceitos.

Nas reuniões com o grupo diretivo, traçávamos as metas a serem perseguidas politicamente para garantir a efetiva passagem dos usuários ao residencial:

- 1) Municipalização do projeto.
- 2) Constituição de equipe de saúde comunitária (PSF).
- 3) Garantir a possibilidade de crescimento contínuo da coletividade envolvida no projeto (moradores e trabalhadores).
- 4) Desconstrução progressiva da identidade de *paciente*.
- 5) Apropriação (advocacia) do projeto pelos movimentos sociais.
- 6) Construção da identidade de sujeito/cidadão capaz de autonomia e autoria.
- 7) Apropriação (advocacia) do projeto pelos trabalhadores e moradores (o projeto como conquista e não como perda).

- 8) Estabelecimento de parceria com o sistema judiciário e o Ministério Público.
- 9) Sensibilização da comunidade em geral com respeito ao projeto.
- 10) Construção do sujeito do uso do dinheiro.

Tais metas atestavam que o fato de o projeto ser uma prioridade política de governo não garantia que tudo estava dado, mas que precisava ser trabalhado. Era preciso primeiramente descentralizar a atenção municipalizando o projeto, pois assim estaríamos em consonância com o SUS e suas diretrizes. Para que o município recebesse tal demanda, uma rede de atenção necessitava ser aprimorada, e uma das ferramentas utilizadas poderia ser a equipe da saúde da família (PSF), já que era um instrumento que estava à disposição, pois haviam investido bastante na formação dessas equipes em nível federal. Trabalhar a desconstrução progressiva da identidade do paciente significava trabalhar duramente no processo de reinserção social e auxiliar nos processos de ressingularização de cada um dos envolvidos, para que de fato deixassem de possuir a condição de paciente; trabalho que seria realizado utilizando também a ferramenta do acompanhamento terapêutico. Construção e ampliação de redes sociais de sustentação para o projeto, mediante o movimento social, mas também pelo poder judiciário, e sensibilização da comunidade em geral, já que por anos a referência para o tratamento das ditas enfermidades mentais tinha sido o HPSP, que é um símbolo para a cidade, mais que um hospital.

Além disso, tínhamos que encontrar um ponto em comum entre as distintas visões que os envolvidos no projeto tinham, naquela época, do espaço do residencial e que através da assessoria vinham à tona:

Visão 1: Condomínio.

Visão 2: Residencial Terapêutico.

Visão 3: Vida em um espaço de Moradia.

Visão 4: Algumas casas ainda são Residenciais Terapêuticos e outras não.
Encaminhar o fluxo da saúde para a rede.

Visão de futuro da equipe diretiva: “Um bairro da cidade onde moradores são capazes de conviver com a diferença e que conta com o suporte das políticas sociais do município.”

Assim como parte dos envolvidos conseguia ver o residencial como um bairro a mais na cidade, como atesta a visão da equipe diretiva, bem como algumas outras, também fica claro que o aspecto terapêutico está fortemente marcado nesse território. É

uma questão fundamental, já que estamos falando de inserção. Os Serviços Residenciais Terapêuticos nascem como política pública para garantir a passagem sistemática de internos em grandes hospícios para o território das cidades, em espaço aberto e em constante fluxo com o mesmo. Paradoxalmente, as moradias que se criam não são somente casas na comunidade, mas casas terapêuticas. Fazem parte da rede de serviço e, como tais, possuem normativas que geram impasses sobre o ato de morar nesses espaços, já que é um morar cuidado, com o sempre presente risco de ser vigiado por alguém – no caso, o trabalhador da saúde. Essa posição pode fazer com que o trabalhador de saúde recaia na velha e conhecida posição tutelar. Tal risco é devidamente apontado por distintas pesquisas, entre elas a de Baptista (2005), que questiona até que ponto o local de moradia pode ser terapêutico e se tal proposição não implicaria o risco de psicologizar e medicalizar o cotidiano dessas pessoas, mantendo, portanto, a marca de pacientes que tanto queríamos destruir.

Percebíamos que era imprescindível envolver diferentes atores na divulgação do projeto, para a devida apropriação pela sociedade: poder municipal; poder judiciário; meios de comunicação; movimento social; assim como a comunidade local (bairro). O investimento em um trabalho em rede e articulado era fundamental, dado o grau de envergadura da proposta de reinserção que levávamos a cabo. O trabalho em cooperação com diferentes atores e setores da sociedade era condição primeira de uma possibilidade de as coisas se encaminharem melhor. Reconhecíamos que o trabalho não se efetivaria somente a partir de dentro do hospital; era preciso envolver o tecido social, o espaço da cidade.

Enfrentávamos o desafio de constituir uma equipe de saúde coletiva capaz de articular um coletivo historicamente apartado da sociedade pelos muros do HPSP, possibilitando uma reinserção gradativa na cidade. O grupo de trabalhadores tinha uma disponibilidade ímpar, mas ainda combatíamos com forças antagônicas, que chamamos de propulsoras e restritivas, como nos apresenta o quadro abaixo, fruto das análises do processo de assessoria feito àquela época:

Forças propulsoras	Forças restritivas
Liberação gradativa dos auxiliares	Falta de flexibilização nos horários de trabalho já estabelecidos
Vontade de mudança	Turno da noite

Assessorias continuadas	Modelo internalizado do hospital/manicômio (lógica da obediência)
Capacitações em parceria com a Escola de Saúde Pública	Corporativismo
Pluralidade entre os integrantes da equipe	Falta de visão e articulação com o espaço externo
Entendimento e aceitação do projeto	Sentimento de desamparo e perda quanto à situação funcional
Destinação de recursos por parte do governo	Diferença entre trabalhadores de nível técnico e médio (competências e reconhecimento)
	Falta de articulação com as equipes internas ao hospital (incluindo residentes e estagiários)

Por um lado, o compromisso do governo estadual de direcionar recursos e, mais do que isso, de transformar o Projeto São Pedro Cidadão em uma política de governo de prioridade máxima, dava respaldo para a equipe diretiva liberar gradativamente os trabalhadores de suas funções dentro das unidades do hospital, de modo que se envolvessem com as atividades necessárias no território da cidade, viabilizando a articulação da rede. As atividades eram: visitas às unidades de saúde, buscando construir uma parceria de trabalho que permitisse o encaminhamento dos usuários a esses espaços no caso de adoecimento; reuniões com a comunidade já moradora da vila que abrigaria o residencial, na perspectiva de estreitar vínculos entre os futuros vizinhos; participação de trabalhadores na reunião do Conselho de Saúde Estadual e Municipal, procurando envolver e divulgar nesses espaços as ações desencadeadas pelo Projeto São Pedro Cidadão e dando visibilidade ao mesmo nos diferentes espaços sociais etc. Por outro lado, as chefias das unidades, frente à figura do diretor, muitas vezes afirmavam tal compromisso de liberação, mas na prática impossibilitavam a real presença do trabalhador em algumas atividades fora do hospital, não flexibilizando o horário de trabalho já estabelecido, boicotando, de modo velado ou explícito, a articulação e o envolvimento necessário de cada um dos atores dessa complexa trama.

Esse problema se acirrava quando os envolvidos pertenciam ao chamado turno da noite, que se viam impossibilitados de comparecer na maioria das ações desencadeadas, por falta de liberação e de substituição. Nesse aspecto, o grupo do turno

da noite ressaltava que historicamente estavam apartados, já que pareciam contar apenas como vigilantes noturnos para zelar pelo bom sono dos pacientes.

As assessorias e as capacitações desenvolvidas buscavam burlar a burocratização do trabalho, o corporativismo, além de romper com os modos instituídos de lidar com o adoecimento psíquico. Tratava-se de desmontar o modelo médico hegemônico, que era o senhor das ações no espaço do manicômio até então, para substituir por um projeto de construção coletiva e participativa, mas que não oferecia em troca outro modelo exemplar e científico, com resposta e prescrição para toda e qualquer dúvida ou problema, senão que se apresentava em construção e sem certezas bem acabadas, pois se produziria pouco a pouco frente a diferentes impasses, ainda que tivéssemos um norte a seguir. Buscávamos garantir essa ruptura envolvendo diferentes profissionais, atores e segmentos sociais no processo. Sem dúvida, tínhamos muitos desafios a vencer, como a falta de articulação dos diferentes trabalhadores do próprio HPSP, a eterna divisão entre profissionais de nível médio e especializado, a falta de articulação com a rede de serviços da cidade e, finalmente, mas nem por isso de menor importância, os sentimentos que todas essas mudanças postas em marcha desencadeavam em cada um dos envolvidos no processo.

Uma parte do texto que apresento em sequência, intitulado *Casinhas de Papelão*, que faz parte do material de atas e relatórios do processo de assessoria, revela muito do que até aqui eu comentava. Relata os primeiros momentos desse grupo de trabalho que se formou em torno da ideia da reinserção dos pacientes do HPSP na comunidade.

No primeiro ano, encontrávamo-nos semanalmente e imaginávamos como seria esse ambiente. Discutíamos quem seriam os moradores indicados, tentávamos calcular riscos, debatíamos sobre a rotina nas casas etc. Portanto, nos primeiros tempos, tudo ainda estava no plano das ideias, que sem dúvida possuíam o embasamento de um projeto escrito, de uma direção de governo, de políticas públicas em relação à saúde mental e o do desejo de os trabalhadores bancarem o projeto. Contudo ainda não existia a concretude do residencial. Tudo era projeto, e ainda estávamos todos dentro das grossas paredes do manicômio.

Naquele período, pela necessidade de alguma materialização, trabalhamos com pequenas casas de papelão que eram distribuídas em cima de um cenário de cidade, colocado no chão do auditório no qual os encontros ocorriam. Nessas casinhas de papelão depositávamos nomes de possíveis moradores, discutíamos a melhor

configuração do grupo a partir do desejo e das possibilidades dos próprios usuários. Assim, sonhávamos um futuro próximo. Ali não eram depositados apenas nomes, mas a esperança de outra história de vida para essas pessoas já tão marcadas pelos anos de institucionalização, cristalização, invisibilidade e abandono. Queríamos fazer o resgate de uma dívida histórica com aqueles seres humanos, devolvendo-lhes a possibilidade de um exercício de cidadania fora da *casa dos loucos*. Lembro bem dos nomes escritos à mão em pedaços de papel amarelo, que eram colocados dentro das casas de papel: cada nome uma história, uma aposta e um desafio. Alguns dos moradores citados ali estavam há tantos anos no hospital que este era sua única referência de vida, sua única lembrança. Alguns possuíam como sobrenome o nome da unidade na qual haviam ingressado, como a Maria da Morel, o Pedro da Pinel etc.

Uma das moradoras – que chamarei aqui de Áurea³⁷ – participava de todas as reuniões e assembleias. Todo o grupo indicava que Áurea fosse para o residencial, mas ela se negava, dizendo que se era pra morar em uma vila³⁸ ela preferia permanecer ali, entre seus escritos, suas bijuterias e todas as lembranças de uma vida. Aurélio, outro morador bastante independente, era visto pelo grupo com plena condição de fazer a passagem ao residencial, mas também se negava, argumentando que estava bem ali, que vivia uma vida tranquila e que era melhor não mexer em time que estava ganhando, segundo suas próprias palavras. Esses moradores, avaliados pela equipe como pessoas com autonomia, e que teriam um benefício imediato de ir ao residencial, inicialmente não manifestavam desejo de fazê-lo. A equipe teve que lidar com a frustração de esperar que tal desejo se constituísse e, com ele, uma possibilidade da efetivação dessa passagem, como no caso do artesão que tem que trabalhar muito sobre sua matéria, aprendendo a suspender o desejo de concluir uma obra para encontrar o resultado que esperava. Cabe ressaltar que Aurélio foi o primeiro a fazer as malas quando o residencial ficou pronto e aceitou o convite de habitar uma das casas do residencial, junto a outros usuários. Já Áurea levou alguns anos para aceitar: seguiu sendo trabalhada pela equipe, ou seja, a equipe não desistiu dela e acabou passando-a a outro residencial que se encontra em um município vizinho. Tivemos o prazer de encontrá-la nesse ambiente e expressar nossa felicidade ao vê-la sentada muito contente no

³⁷ Os nomes dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico serão substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar as identidades.

³⁸ Em Porto Alegre, uma *vila* é o mesmo que uma favela, ou seja, uma área de moradia não regulamentada, sem infraestrutura básica, normalmente discriminada.

avarandado de uma das casas, tomando o sol da manhã, ao que ela prontamente me respondeu: “E a senhora imagine a minha felicidade!”.

Um exemplo importante e emblemático desse processo refere-se a uma das usuárias, Maria, que se candidatou a ir morar no residencial. Maria tinha um histórico de muitas atuações, cenas de agressividade e muitos outros problemas que deixavam o grupo de trabalhadores divididos sobre a sua ida ao SRT. Parte do grupo estava disposta a bancar seu acompanhamento no residencial e apostava que a ida ao residencial, já que demandada pela própria moradora do HPSP, seria positiva, porque respondia ao seu desejo. Já outra parte importante do grupo via na sua ida a concretização de uma série de eventos descontrolados que poderiam ser utilizados pela mídia para desacreditar o projeto. Como era um projeto de prioridade de governo na área de saúde e tocava um ponto chave da cidade, em relação à política de atenção à saúde mental – já que o hospício em questão é um dos mais antigos do Brasil –, esse grupo temia o uso político-partidário da moradora e também sua exposição frente a uma mídia sedenta de escândalos. Chegamos a escutar, na época, que tal moradora seria como uma pedra jogada na vitrine do projeto mais importante do governo.

Tensões como essas estavam presentes no cotidiano dos encontros do grupo. Cabe ressaltar que, por unanimidade, acabou-se recomendando a passagem de Maria ao residencial, o que aconteceu sem grandes sustos e de uma forma muito mais tranquila que as expectativas apontavam. Evidentemente, Maria demandava cuidados, mas fez uma rápida inserção na rede de saúde e vivia sem grandes sobressaltos no SRT.

Com o tempo e a materialização do projeto, na concretude das casas e ruas de acesso da Vila São Pedro, pudemos abandonar as casinhas de papel e os nomes em folhinhas e acompanhar a ocupação das casas de concreto pelos moradores. Mas exatamente nesse ponto da trajetória, passamos por uma mudança de cenário político. A obra foi entregue dias antes de o novo governo assumir o Estado, em função do processo eleitoral ocorrido. Com isso, haveria uma troca da equipe gestora do HPSP que, até então, havia conduzido o processo bem de perto, apostando em cada trabalhador e em cada usuário, bancando, investindo e vibrando com cada conquista, assim como auxiliando e amparando em cada momento de frustração ou estagnação.

Outras trocas ocorreriam no nível político e certamente teriam repercussão no cotidiano do Residencial, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Esse fato foi gerador de muitas inseguranças no grupo. Durante todo o processo de idealização, o

projeto fazia parte das políticas de governo estaduais e era a menina dos olhos da saúde. E agora? O que aconteceria? A tensão estava instalada na equipe. Muitos desistiram, outros adoeceram, todos estávamos ansiosos, mas foram os moradores que, com sua determinação, nos convocaram a resistir e seguir acreditando em nossos sonhos.

Bravamente, a equipe reestruturou-se e seguiu em frente, dando conta das vicissitudes do cotidiano, agora sem auxílio de assessorias e nem tampouco a perspectiva de estar no centro das políticas públicas do estado. Mas com toda certeza, recebemos apoio incondicional de diferentes segmentos sociais anteriormente trabalhados no processo de assessoria, ou já constituídos há muitos anos, como o próprio Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

A disponibilidade do grupo e a vontade de potência permitiu que o Serviço Residencial Terapêutico continuasse aberto, atendendo a sua comunidade e não se desmanchasse como papel. Muitas forças antagônicas apresentaram-se naquele período. Muitos fatos que mobilizaram a equipe poderiam ter provocado desistências, mas a resistência do grupo de moradores, trabalhadores e alguns parceiros permitiu a possibilidade de a vida seguir seu fluxo nesse espaço da cidade, ainda que não sem alguns tropeços.

É importante resgatar uma das muitas histórias que compuseram esse período que foi justamente o enfrentamento da direção que assumiu o HPSP e os diferentes atores sociais (trabalhadores, militantes, estudantes, deputados etc.) frente ao Conselho Estadual de Saúde. A nova direção do HPSP, baseada em alguns fatos como roubos, reinternações de usuários e algumas desistências por parte de trabalhadores de seguirem atuando no residencial, resolveu dar um passo atrás e propôs a incorporação do residencial pelo HPSP, fazendo um muro em torno do mesmo, que o devolvesse à proteção do espaço murado do manicômio como forma de solucionar os problemas que foram surgindo.

Sabedor dessa tentativa, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental acionou os diferentes atores e militantes da luta antimanicomial e colocou como pauta de máxima urgência tal discussão na agenda do Conselho Estadual de Saúde, marcando uma assembleia extraordinária na Assembleia Legislativa só para tratar desse fato. Tal encontro marcou o debate entre a atual gestão do HPSP, com o governo que eles representavam, e o coletivo de atores sociais que repudiavam a proposta de retrocesso.

Muitos pronunciamentos de acadêmicos e políticos sustentaram teoricamente e propuseram argumentos legais, que mostravam a incoerência da proposta, mas sem dúvida o mais bonito de ver foram as falas dos próprios usuários, defendendo suas conquistas e o espaço onde moravam. Eram falas profanas que saíam da boca de gente comum, gente do povo, mas que possuía a verdade de suas vivências.

Bela, uma das moradoras que lá estava, esclareceu a plateia presente que havia morado por mais de 30 anos no espaço de internação do HPSP e que só agora podia ter a sua casa, arrumá-la da forma como desejava, ter seu telefone e fazer seus cursos e vender seus produtos de beleza. Elza era outra moradora que foi beneficiada por uma casa na comunidade, mas que estava ali defendendo uma política de governo que viabilizava de fato um desmonte do manicômio, também fez seu pronunciamento. Falou da importância da abertura de outros espaços de moradia para os usuários, como casas assistidas, residenciais ou mesmo casas na comunidade, como era o seu caso. Argumentava também que gostaria que pudessem continuar acontecendo tais ações para que outras pessoas como ela se beneficiassem. Contou-nos da sua felicidade de pagar a conta de sua casa própria, pois através desse gesto resgata seu lugar de cidadã. Conquistava autonomia e provava, através de seu exemplo pessoal e de sua vivência, que é possível superar os anos de clausura e reconstruir uma vida fora do hospital.

Tais falas fizeram calar a assistência ali presente, mesmo aquelas pessoas que, em nome de um suposto saber, acreditavam estar oferecendo a melhor saída a uma comunidade tão enferma e sem perspectivas, como afirmou o diretor do HPSP em seu pronunciamento de justificativa da sua simplista e ilegal proposta. Esse episódio, um dos muitos que aconteceram e que certamente vão continuar acontecendo no contínuo tensionamento entre sociedade e loucura, fazem parte da história da implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Rio Grande do Sul, que por serem pioneiros e vinculados à história do grande manicômio desse estado, tiveram múltiplas repercussões e foram contados de diferentes formas por muitos dos envolvidos³⁹.

No ano de 2004, o município de Porto Alegre ofereceu assessoria à equipe do Morada. Tal iniciativa surgiu após muitos pedidos de ajuda do grupo de trabalhadores que havia passado o último ano sustentando o espaço com o seu trabalho, com sua luta diária e com uma direção que lhes desamparava e lhes boicotava toda e qualquer

³⁹ Para mais informações sobre os temas de saúde mental e políticas públicas no Rio Grande do Sul, ver: Fagundes (2006), Silva (2008) e Frichenbruder (2009).

iniciativa. O grupo de trabalhadores via-se isolado em seu cotidiano e sem forças para seguir trabalhando. Naquele momento, reconfigurou-se uma assessoria formal, bancada pelo município, para garantir um suporte à continuidade do trabalho no Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Nesse espaço, que na época nomeamos como encontros de discussão clínica sobre o fazer em um residencial terapêutico, muitas outras histórias puderam ser partilhadas.

Como aponta Benjamin, em seu texto *O narrador* (1936), o grupo carecia de um espaço para a recuperação de suas capacidades narrativas. O autor indica o declínio da capacidade de trocar experiências a partir do exemplo de emudecimento dos soldados que voltavam da primeira guerra mundial, os quais voltavam empobrecidos, no que se refere à capacidade de comunicar sua experiência. Da mesma maneira, afirmei em um texto, em parceria com Belloc:

“Na condução de nosso trabalho, no curso e na assessoria, também deparamo-nos com a enorme dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em produzir uma narrativa, comunicar uma experiência. Não estamos nos referindo a algo como a incapacidade de falar sobre seu sofrimento no trabalho, informando sobre os singulares obstáculos, impasses e percalços de cada um ou os de todos vinculados a esse contexto. Para tanto, era suficiente oferecer-lhes o espaço apropriado, do qual, em geral, mostravam-se carentes. A dificuldade a que nos referimos diz respeito ao que se manifestava como impossibilidade de construir uma narrativa em que se incluíssem como sujeitos do processo de mudança, em que pese a vontade expressa de fazê-lo. Tampouco os usuários dos serviços eram capazes de exercitar esse lugar de sujeito. Enclausurados na instituição Manicômio, que transcende as paredes dos hospitais psiquiátricos e alcança a rua, constituindo o silêncio – por vezes não tão silencioso assim – do discurso cultural, tanto aquele que há muito tempo chamava o hospício de casa quanto o que frequentava um serviço aberto sem nunca ter-se submetido à internação sofriam profundamente os efeitos de uma alienação

extrínseca à sua condição psíquica.” (CABRAL & BELLOC, 2008: 114-115).

Uma das trabalhadoras começou a contar como foi o processo de acompanhar os usuários da casa na qual ela era referência. O estado havia oferecido, juntamente com a estrutura da casa, todas as coisas básicas que permitiam viver naquele espaço, como camas, geladeira, fogão, pia etc. Contudo era necessário comprar panelas, roupa de cama, pratos e outros utensílios, o que se fazia possível com o benefício e com uma bolsa criada pelo governo federal, chamada *De volta pra casa*⁴⁰, que justamente era um benefício para internos em hospitais psiquiátricos que desejassem voltar para sua casa ou constituir uma na comunidade, como era o caso desse coletivo. Aliás, o acesso à bolsa teve desdobramentos muito interessantes nesse coletivo, tendo permitido a abertura de contas bancárias, o acesso ao cartão do banco para retirada de dinheiro, que pela primeira vez na vida destas pessoas não precisavam justificar cada gasto, como ocorre com o benefício. Mas isso já é outra história.

A trabalhadora, então, relatou uma das saídas para aquisição de utensílios para a casa que havia feito com uma das moradoras, Marina, e seu marido. Antes de sair, fizeram conjuntamente uma lista e ficou decidido que comprariam as coisas de maior necessidade para a casa. Em meio às muitas ofertas do mercado, procuravam encontrar nas prateleiras o que necessitavam de fato e foram fiéis à proposta inicial. Quando estavam se dirigindo ao caixa do estabelecimento, passaram por uma sessão de utensílios de mesa, e a moradora ficou parada, admirando uma prateleira de taças de vidro. Chamou a referente e mostrou as lindas taças de vidro que ali encontrou. A trabalhadora concordou que eram muito bonitas, e a usuária disse que desejava comprá-las. A trabalhadora argumentou, ainda, que não faziam parte da lista, que talvez fosse o caso de esperar pelo outro mês para comprá-las, mas a usuária lhe argumentou de forma tão contundente que a compra foi realizada, até porque o dinheiro era da moradora e também a decisão final sobre comprar ou não.

No caminho para a casa, a moradora comentou que, depois de tantos anos tomando todas as bebidas que lhe ofereciam em uma caneca de plástico azul dentro do HPSP, ela gostaria de beber, nem que fosse água, nas lindas taças transparentes de vidro.

⁴⁰ O *De volta pra casa* é um programa do Governo Federal, criado pelo Ministério da Saúde, lançado em 2003 com estatuto de lei federal n. 10708. É um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento de auxílio de reabilitação psicossocial.

Era um argumento incontestável. No espaço do manicômio, tudo é pensado para a praticidade e a durabilidade; não há espaço para a leveza e o efêmero. Plástico e vidro, permanência *versus* impermanência. O plástico, com sua dureza, revela uma pertinência levada à máxima potência, refletida na sua durabilidade quase eterna; já o vidro, na sua leveza e transparência, revela o efêmero da vida, a arte milenar que pode se romper com uma simples queda, a impermanência.

O pedido da moradora alerta para os pequenos detalhes do cotidiano da vida de uma pessoa que esteja vivendo outra vez na cidade, com suas imperfeições, suas sutilezas e seus possíveis rompimentos. O hospital psiquiátrico é pensado para a permanência, tudo deve durar, canecas, pratos, camas, utensílios de alta durabilidade, todos iguais, sempre os mesmos, ano após ano de internação. Não há espaço para o efêmero, o fugaz. É preciso cuidar do patrimônio público, tanto que cada objeto que esteja dentro de um órgão público no Brasil é devidamente catalogado com um número e passa a fazer parte do patrimônio. Dessa forma, se uma cadeira se quebra, não podemos jogar fora, é preciso notificar ao patrimônio, que fará sua devida baixa e a retirada.

Podemos pensar que, analogamente, ocorre o mesmo com as pessoas que estão internadas no hospital psiquiátrico: passam a fazer parte do patrimônio público, estão devidamente fichadas, catalogadas e sob a tutela do Estado. Além de tudo, cabe lembrar que o risco – sempre eminente, no pensamento dos técnicos – de uma crise, de um descontrole e, portanto, de algum ato de agressividade, não combina com copos de vidro. Durante muitos anos, os garfos estiveram proibidos no São Pedro, e as pessoas eram obrigadas a comer de colher qualquer tipo de alimento. Facas, então, nem pensar. Também o fato de não serem comemoradas as datas festivas parece um reflexo dessa permanência, em que todos os dias são iguais, uma repetição do mesmo. Nada de balões murchos ou restos de uma festa comemorada, nada de impermanência.

Um texto que também pode ajudar a pensar essa questão é o escrito por Freud (1915)⁴¹ sobre a transitoriedade. O psicanalista conta que, numa bela tarde primaveril, passeava com um jovem poeta pelos jardins de Viena. Sabemos, não pela letra freudiana, que esse jovem poeta era Ranier Maria Rilke. Em dado momento, Rilke melancolicamente comentou com seu companheiro de passeio sobre a tristeza que emanava daquela bela paisagem, pois todo o esplendor floral ali presente logo

⁴¹ “O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo.” (FREUD, 1915: 345).

murcharia, logo daria lugar à secura e ao monocromatismo. Freud contestou, argumentando que o verdadeiramente belo daquelas cores e aromas era justamente a sua transitoriedade, sua impermanência. Marina, com suas taças de vidro, recorda-nos o mesmo.

* * *

A terceira ação que relato nasce da iniciativa de Analice Palombini, de montar um programa de acompanhamento terapêutico na rede pública, a partir do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Segundo ela própria conta na apresentação de seu livro *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento* – escrito que é fruto do trabalho desenvolvido nesse programa – o projeto nasceu em 1996, junto ao Centro de Atenção Integral à Saúde Mental/Cais Mental 08, pertencente à rede pública de Porto Alegre. Nesse período foi proposto aos estagiários de psicologia que realizassem o acompanhamento terapêutico (AT) de alguns usuários indicados pela equipe. A proposta foi aceita e, no ano seguinte, a equipe viu-se ampliada, já que Palombini se desligava do serviço para assumir como docente da UFRGS, na qual acabou por formalizar o Projeto de Pesquisa e Extensão no âmbito do Acompanhamento Terapêutico:

“Em 1998 seis alunos do curso de psicologia da UFRGS deram início à parceria, realizando atividades de AT junto a três serviços da rede de saúde mental de Porto Alegre. O programa teve seguimento em 1999, através do curso de extensão, com vinte e dois participantes, entre estudantes e profissionais de diversas áreas, que estendeu a proposta do AT também ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.” (PALOMBINI, 2004: 18).

Nos anos posteriores, o Programa de Extensão e Pesquisa⁴² ampliou sua rede desenvolvendo novas parcerias com distintos serviços públicos. O que me faz salientar

⁴² Em 2000, dez alunos trabalharam junto a serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Clínica da UFRGS. Em 2001, as atividades estenderam-se também ao Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em 2002, foram agregadas as Escolas Especiais da Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, através de um projeto de estágio integrado. Em 2003 e 2004, a

neste escrito as atividades e as parcerias do Programa de Extensão e Pesquisa em AT é a possibilidade de se explicitar o quanto essa prática vai se difundindo e ganhando o território da/s cidade/s, ano a ano, através dos diferentes serviços de saúde, sejam eles da rede especializada, da atenção primária (a chamada rede básica), ou no nível mais complexo do sistema (o chamado nível terciário, no caso a rede hospitalar) e também na rede de educação mediante as escolas especiais. O programa atrai e envolve diversos profissionais de saúde, alunos de outras universidades e até pessoal já graduado. A diversidade de equipamentos atingidos apresenta um panorama de real inserção da figura do acompanhante terapêutico nas equipes de trabalho de serviços públicos, tanto de Porto Alegre quanto do Rio Grande do Sul.

Segundo Hermann (2006), na resenha que fez na revista *Psychê* sobre o livro de Analice Palombini e seus colaboradores, o que se promove com tais iniciativas empreendidas é um ato na história clínica do AT no Brasil, à medida que, de forma coletiva e democrática, com esforços de diferentes instâncias sociais, ocorre a criação e o registro da implementação do AT na rede pública de Porto Alegre. A partir dessas práticas, ocorre uma democratização de saberes, uma transformação do olhar dos técnicos sobre si e sobre seu fazer e a possibilidade de fazer circular corpos, gestos e palavras no território da cidade.

Se analisarmos os muitos processos desencadeados por esse programa – e já se vão mais de dez anos de trabalho –, podemos perceber o quanto o papel dos acompanhantes terapêuticos promove uma reformulação no fazer das equipes pelas quais passaram. Primeiro, gostaria de esclarecer o lugar dos acompanhantes nessas equipes. Eram alunos da universidade fazendo suas práticas supervisionadas em distintos locais. Essa posição lhes garantia fazer parte da equipe sem estar dentro dela. Era como se o acompanhante mantivesse um pé dentro da instituição e outro fora. Tal posição permitia que a figura do próprio acompanhante fizesse questionamentos ao

parceria seguiu com as escolas especiais e a rede de Porto Alegre, bem como o Hospital de Clínicas e a Clínica da UFRGS. Em 2005, iniciou-se uma parceria com o estado do Rio Grande do Sul, envolvendo os equipamentos de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como campo de estágio. Em 2006, através de uma parceria com o município de Novo Hamburgo (SMS/PMNH), passou-se a ter estagiários no Centro de Atenção Psicossocial de Novo Hamburgo e também junto ao Centro Integral de Atenção Psicossocial (CIAPS) do HPSP. Em 2007, além da rede substitutiva de Porto Alegre, o Residencial Morada Viamão passou a fazer parte como campo de estágio, juntamente com o CIAPS. Em 2008, somou-se a esse campo a Equipe de Saúde Mental da Unidade Básica da Lomba do Pinheiro e a Unidade Básica do Grupo Hospitalar Conceição, bem como o Instituto Nazareth (ligado à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE) e o PAIF Restinga. Em 2009, a novidade foi o aparecimento de extensionistas, alguns inclusive já formados, provenientes de outras universidades, que buscavam o programa e a disciplina do Acompanhamento Terapêutico como forma de realizar uma prática nesse sentido.

serviço e à sua equipe permanente. Poderíamos dizer que essa posição de dentro e de fora arejava o espaço, como uma porta aberta à cidade. Essa porosidade permitia o questionamento de saberes e fazeres que, de alguma forma, já estivessem instituídos nesses espaços. O acompanhante terapêutico como alguém que habita as fronteiras, trabalhando na margem, alguém que faz, através de sua prática, o dentro escorrer para fora e vice-versa.

Foram muitas as histórias vividas e compartilhadas nos anos que tive o privilégio de acompanhar os grupos de supervisão desse programa. É difícil destacar algumas narrativas dentro de tantos processos de vida, passagens que também atestam um crescimento e a história de vida dos próprios alunos.

Lembro de uma jovem estudante que entrou em uma equipe de saúde de um CAPS muito idealizada por ela e que inicialmente se viu impedida de qualquer movimento. Não se via à altura do grupo de especialistas, porque não acreditava que possuía um saber que pudesse valer tanto quanto o dos especialistas. No momento que lhe indicaram a pessoa que acompanharia, escuta de sua supervisora que escolheram um usuário difícil pelas qualidades que ela possuía de poder escutar, de ser muito serena, de ter um ótimo relacionamento com os usuários e de como tinha reagido bem no espaço do CAD (Centro de Atenção Diária) às crises que tinha acompanhado. A partir do olhar do outro, pôde então passar a acreditar em seu fazer, em suas possibilidades e, quem sabe, também poder vir a ser uma *boa especialista*, como os membros da equipe. O reconhecimento do seu próprio saber, ou da possibilidade de ter um saber, colocou em movimento a At. Daí a importância de haver um espaço nas equipes para que os distintos saberes afluam, não só dos diferentes profissionais, mas também dos usuários e de seus familiares.

Outra aluna que realizava suas práticas no Serviço Residencial Terapêutico passou a acompanhar uma moradora que se comunicava muito pouco e de forma muito caótica, passando os dias a fumar. Tal situação mobilizou-lhe, no início das práticas, uma sensação de não fazer nada, de não conseguir ajudar a mulher. Não compreendia o que ela falava e ficava muito angustiada. Nervosa, acendia seu cigarro e se via fumando como a moradora, sentadas na porta da casa.

Os dias passavam e os encontros não se alteravam. A aluna ficava cada dia mais angustiada, porque a supervisora local e a trabalhadora que era referente lhe olhavam quando passavam pela casa, e ela sentia nesses olhares um questionamento sobre o seu

fazer, ou melhor, sua sensação de não fazer. Passou a questionar-se se não estava ficando paranoica com tal situação.

Na supervisão clínica da universidade, tentamos dar espaço e continência a seu sofrimento e a suas questões, e lhe afirmamos a todo o momento que acompanhar muitas vezes é estar ao lado, não um passo adiante e nem um passo atrás, é aceitar o convite proposto, é fazer junto e não fazer pela pessoa, é poder suportar a inércia vinda do corpo do acompanhado, para apostar em possibilidades futuras, mas que precisam passar por esses momentos para que possam se construir. Oferecemos-lhe material técnico que apresenta casos semelhantes ao seu e, juntos, debatemos. Muitas vezes, ela se tranquilizou com isso, durante o espaço da supervisão, e chegou a comentar essas sensações também em sala de aula⁴³, mas bastava um novo enfrentamento com o campo de estágio para que ela voltasse a se sentir mal. Novamente, a sensação de inércia vencia a batalha no processo de acompanhamento.

Até que um dia ela chegou à supervisão com um brilho no olhar e uma postura mais relaxada, mais tranquila, de quem finalmente pode respirar com mais facilidade. Contou que, como habitualmente, chegou à casa da moradora que acompanhava e a mesma já estava lá sentada, ao lado da porta, com seu cigarro entre os lábios e ao seu lado a cadeira para a AT. Entre elas, depositado no chão, o cinzeiro que recebia as cinzas e as baganas de cigarro. Ela se sentou e acendeu seu cigarro, pensando que seria mais um dia como tantos outros, e foi surpreendida com a clareza da fala de sua companheira, que lhe relatou a importância que tinha para ela a sua presença diária. Disse como se punha contente quando divisava sua silueta magrinha caminhando pela rua que dá acesso à sua casa, e que, desde que era menina e sentava no canavial com a avó pra fumar um cigarrinho e descansar do trabalho pesado, não sentia aquela sensação tão prazerosa de estar acompanhada, de compartilhar com alguém um verdadeiro momento de relaxamento, confiança e paz.

A partir daquele dia, cada novo acompanhamento era uma surpresa, um desenrolar de cenas e histórias que a moradora nunca tinha contado a ninguém. Tanto a supervisora local quanto a trabalhadora que era referente se encantaram e se surpreenderam com todo o discurso que essa moradora passou a desenvolver. Um verdadeiro resgate da capacidade narrativa se processou. Talvez, lá no início de sua

⁴³ Dentro da estrutura do Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico da UFRGS, os alunos cursam uma disciplina sobre o tema, bem como têm uma prática em serviço supervisionada, tendo uma supervisão local e outra acadêmica.

internação no HPSP, ela tenha tentado contar alguns desses fatos para seus muitos doutores e doutoras, já que posteriormente encontramos fragmentos desses relatos apontados em prontuários antigos que buscamos no arquivo do hospital, mas que tinham sido ignorados e sistematicamente negados, que tinham se perdido ao longo de muitos anos de internação. Só então, autorizada pela própria acompanhada, é que a acompanhante pôde reconhecer seu ato de acompanhar terapeuticamente. Nesse caso, ficou claro o quanto a assistência da acompanhante por um grupo lhe auxiliou a suspender o desejo e poder, ainda que com sofrimento, suportar as horas de inércia e silêncio ao lado de sua companheira, até que esta pudesse de fato falar. Claro também está o quanto o hospital, no seu modelo de atenção, negou ou colocou em segundo plano a história dessa mulher, por não reconhecer como importante para seu tratamento o conhecimento da mesma, e o quanto esse tipo de conduta aniquila o sujeito do desejo, fazendo advir em seu lugar o sujeito da inércia, ou melhor, um sujeito assujeitado.

* * *

Passo agora a apresentar a quarta experiência de educação permanente desenvolvida no Rio Grande do Sul, que nasceu a partir da parceria estabelecida inicialmente entre o Ministério da Saúde brasileiro, a Universidade de Rovira i Virgili de Tarragona, Espanha, e a rede de serviços do município de Porto Alegre. Em sua primeira versão, recebeu o nome de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde, na modalidade de treinamento em serviço, e foi planejado e executado por um grupo de trabalhadores⁴⁴, em conjunto com as equipes dos serviços, de alguns membros da Escola de Saúde Pública e da Universidade de Rovira i Virgili, bem como em colaboração com outros profissionais do país.

Esse coletivo propositor, todos com larga experiência em saúde mental coletiva, tinha muito claro que era preciso modificar a lógica de pensamento unidimensional presente no modelo manicomial e que, para tanto, se fazia necessário investir em espaços de formação de profissionais ligados à área da saúde, fazendo circular os diferentes olhares e saberes (equipe multidisciplinar) para gradativamente substituir o

⁴⁴ Fazia parte desse grupo na sua primeira versão, no ano de 2004, os seguintes trabalhadores: Regis Cruz, Simone Frichenbruder, Maria Cristina Carvalho da Silva, Fabiana Rossarola, Márcio Belloc, Károl Cabral, Isabel Suano, Vera Resende, Cristiane Knijnik e Jane Pilar, bem como supervisores de núcleo.

modelo proposto pelo hospital psiquiátrico por uma rede de serviços, um olhar em rede, um acolher em rede, um trabalhar em rede na comunidade.

Cabe ressaltar que a política de saúde mental do Ministério de Saúde tinha como premissa básica, na época, a implantação dos CAPS, sendo essa a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica no país. Assim, tornava-se claro que era preciso um investimento amplo do Ministério na formação de profissionais capazes de atuarem em tais equipamentos, planejando e gerenciando os serviços. A II Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001, apresentava como eixo básico a formação de recursos humanos.

“Implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na tentativa do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador de Saúde Mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada de saúde.” (FRICHEMBRUDER et alli, 2003: 5).

Na palavra dos seus elaboradores, e posteriormente executores, o objetivo geral dessa residência multiprofissional era proporcionar a formação de profissionais com elevado grau de eficiência técnica, através da modalidade de ensino em serviço, e com o território de referência como palco das ações. Seguindo as premissas da reforma psiquiátrica, visavam à integralidade das ações, redirecionando o modelo assistencial à comunidade, valorizando e respeitando os direitos humanos, o acolhimento, o vínculo, e incentivando o exercício da cidadania ativa e o controle social.

O eixo que nos liga a essa experiência, além do investimento em educação permanente como política para capacitação de trabalhadores, é a possibilidade que esse espaço de formação proporciona de trabalharmos com dispositivos em saúde totalmente integrados ao território das cidades – o acompanhamento terapêutico e o trabalho da Rádio Potência Mental –, que detalharei posteriormente neste escrito.

O programa de disciplinas contava com uma série de fundamentações teórico-práticas que puderam ser imediatamente experimentadas no campo de estágio. Iniciava com a constituição do campo da saúde mental no âmbito das políticas públicas, os fundamentos da atenção psicossocial, o desenvolvimento de habilidades para o trabalho

em grupo, o cuidado a grupos prioritários, as diferentes metodologias de pesquisa, bem como tópicos especiais que englobavam o campo da justiça, direitos humanos e legislação, bioética e saúde mental, trabalho e saúde.

Como podemos observar, era uma formação de dois anos com um investimento massivo de contemplar todos os desdobramentos do fazer em saúde mental, dentro de um novo território da cidade, o espaço público – ou, como diria Silva (2008), as áreas e zonas de fronteira e as zonas de caos que podem fazer emergir criações ético-políticas de uma educação do lugar, ou uma pedagogia da zona:

“Nascidas nos interstícios, nos becos, nas zonas, vão, em movimentos infinitesimais, crescentes, ganhando terreno, como ervas daninhas que crescem entre o asfalto e o concreto da cidade. Rizomas, que disseminados, vêm à luz e configuram novas visibilidades na cidade, solapando a ordem no cotidiano. Zonas! Zona do meretrício, zona do tráfico, zonas definidas por aqueles que a ocupam e zonas que demarcam perímetros na cidade esquadrihada, do centro a sua periferia. Zona do Caos ou zona de singularização? Zonas de resistência ou zonas de esconderijo? Zonas de adensamento de diversidades e singularidades que a multidão comporta?” (SILVA, 2008: 22).

Em meio a esse arsenal teórico-prático, emergem os dispositivos aos quais quero dar destaque: o acompanhamento terapêutico (AT) e a rádio. No primeiro ano do curso, ocupamos a rede de serviços de Porto Alegre, na qual a prática de AT já estava bastante desenvolvida, e as residentes puderam acompanhar muitos processos de usuários através dessa modalidade durante o primeiro período. No verão desse primeiro ano, fazemos uma transição, passando por um período de dois meses, no qual o trabalho se desenvolveu no Residencial Morada São Pedro, local onde emergiu o projeto de fazer rádio. Durante a realização das aulas do segundo ano do aperfeiçoamento especializado em saúde, fizemos uma troca de campo de estágios e passamos a trabalhar com os serviços da rede de Novo Hamburgo, uma cidade com um histórico singular na implementação das premissas da reforma psiquiátrica em nosso estado.

Em Novo Hamburgo, já fazia tempo que a figura dos acompanhantes terapêuticos havia sido incorporada nas equipes de trabalho. Quando o grupo de residentes chegou ao campo, já havia uma demanda considerável de encaminhamentos

para essa prática. Foram muitos processos acompanhados, mas gostaria de destacar um em especial, realizado por uma das residentes.

Havia, no grupo do Centro de Atenção Psicossocial, um homem de meia idade, que todo o grupo de trabalhadores considerava muito potente, mas que se mostrava bastante apático dentro do serviço. Vinha diariamente, porém todas as tardes se deixava ficar sentado, com o olhar perdido, sem ânimo, sempre no mesmo lugar, uma cadeira na parte dos fundos do serviço, no pátio, meio afastado dos demais. Todos os trabalhadores tentavam aproximar-se e convidá-lo às diferentes atividades que aconteciam no serviço, e ele se negava a participar de qualquer tarefa. Contudo Alfredo nem sempre havia tido essa postura. Em outros tempos, era uma pessoa propositiva, aberta ao encontro, disposta a participar. Todos se questionavam o que poderia ter passado para tão radical mudança, mas ninguém tinha uma resposta segura. Através de uma visita domiciliar, tentaram descobrir o que se passava. As diversas tentativas fracassaram, pois ele aparentemente nunca estava em casa, e os vizinhos não tinham muito o que dizer, apenas que andava retraído e que sua presença quase nem era notada pelo bairro.

Em uma reunião de equipe do CAPS, foi proposto o acompanhamento terapêutico para Alfredo, e uma das residentes se encarregou de começar uma aproximação. Primeiramente dentro do serviço, com muito cuidado, muita calma. Um dia, ela aproximou-se com dois copos de café na mão e lhe convidou a tomar um cafezinho. Ele ficou surpreso, mas aceitou. A residente sentou-se a seu lado e, juntos, bebem um café, enquanto observam o grupo realizar uma oficina no pátio do serviço. A residente se manteve calada, lhe olhava e sorria, mas não falava nada, não lhe demandava. O café acabou e eles ainda ficaram um tempo ali, sentados lado a lado, sem trocar nenhuma palavra, mas com certa sensação de bem-estar, seguiram observando o grupo realizar suas proezas pelo pátio. Algumas vezes trocaram olhares cúmplices sobre o que veem. Por fim, a residente levantou-se, perguntou se ele queria mais café, e ele respondeu que não, que já estava bem. Ela lhe agradeceu a companhia e se afastou.

Essa atitude seria repetida de tempos em tempos pela residente que buscava uma aproximação com Alfredo, gradativamente, sempre munida de um café, um chá ou um mate para compartilharem juntos. Tal atitude garantiu que rapidamente Alfredo começasse a falar. Inicialmente, assuntos diversos, bem gerais, nada pessoais, até que pouco a pouco ele começou a falar de sua vida e, com isso, veio à tona seu sofrimento no momento. Contou que há anos vivia sozinho em uma casa, que antes morava com o

pai, mas eles brigavam muito quando estavam juntos. Foi o pai que propôs uma separação para que pudessem viver melhor. Alfredo, no início, relutou, mas acabou aceitando, embora tenha passado por uma crise bastante forte que lhe desestabilizou a tal ponto que acabou sendo internado. Durante todo esse período, esteve vinculado ao CAPS e com ajuda, tanto do pai quanto dos trabalhadores do serviço, pôde reagir e voltar a ficar bem. Comentou à residente que, no início, a assistente social lhe visitava semanalmente e lhe auxiliou em muitas coisas. Logo, começou a vir o agente comunitário, que era bem bacana, segundo suas palavras, e que também lhe ajudou a tomar posse concretamente de seu espaço e viver bem em sua casa. Desenvolveram uma amizade bastante forte e assistiam juntos às partidas de futebol de sua equipe do coração. Durante um bom tempo, esteve muito bem em sua casa, visitava o pai constantemente, às vezes até dormia em sua casa, e a relação parecia ter ganhado um novo rumo, uma nova possibilidade.

A residente acabou sendo convidada à casa de Alfredo e lá passaram algumas tardes de verão, tomando mate e contando causos, como se diz no sul do Brasil. Nessas conversas, Alfredo falou de sua preocupação, pois além de relatar ter perdido o contato com o agente comunitário⁴⁵ – que a estas alturas já era um amigo –, pois este foi viver em outra cidade (e, portanto, já não trabalhava mais junto ao CAPS), sentia-se assustado porque o pai havia encontrado uma namorada e ele temia perder espaço na relação. Com isso, tinha assumido uma posição de retraimento, de isolamento de tudo e de todos. Contou que nem atendia o telefone e que muitas vezes quando alguém do CAPS vinha fazer uma visita domiciliar, sabia, pois estava dentro de casa, mas ficava bem quietinho para não ser encontrado. Com isso, Alfredo deu mostras de que teme ser abandonado, que neste momento lhe custa fazer vínculos com as pessoas, pois elas podem ir embora de uma hora para outra, como aconteceu com seu amigo agente comunitário.

Quanto ao pai, ele afirma estar fazendo o mesmo: nem atende ao telefone para não ter que falar com ele. Quando seu pai se dirige à sua casa para fazer uma visita, fica bem quieto dentro de casa até que o pai desiste e vai embora. Às vezes lhe deixa um bilhete na porta falando de sua preocupação com ele, que havia passado para vê-lo uma porção de vezes, mas que nunca tem a sorte de lhe encontrar em casa.

⁴⁵ A figura do agente comunitário de saúde no Brasil foi criada por lei em 2002. O agente está vinculado ao Programa da Saúde da Família e sempre deve ser pessoa da própria comunidade, o que facilita o acesso, o vínculo e o conhecimento sobre sua área de trabalho.

A residente que lhe escuta também um dia vai embora, já que não é funcionária da equipe, e sim alguém que desenvolve práticas no local. Ela comenta-lhe o fato da passagem de diferentes pessoas na vida da gente. Pouco a pouco, vão falando sobre encontros e desencontros, o medo de vincular-se a alguém e depois perder a pessoa, comentam livros e filmes sobre esse tema e chegam juntos à conclusão de que se proteger dos encontros, por medo de que o outro nos provoque um sofrimento decorrente de uma perda, nos impede de viver a beleza efêmera que os mesmos possam possuir. A residente lhe pergunta se ele alguma vez viu ou conversou com a noiva do pai, e Alfredo confessa que não, que teve medo de conhecer essa mulher, e relata a dor da perda de sua mãe por uma doença e o quanto seu próprio adoecimento psíquico era decorrente dessa dor que ele afirmava nunca ter superado.

O que quero destacar, trazendo a história de Alfredo, é o quanto o artesão da saúde, imbuído de sua tarefa de enfrentar as resistências e as ambiguidades de sua matéria, deve estar aberto às possibilidades do outro que acompanha. O quanto uma postura de aproximação firme e ao mesmo tempo suave, que vai desenhando a relação com o cuidado que o artesão trabalha sua delicada matéria, pode ser produtiva para que de fato ocorra um encontro, que se estabeleçam contágios e, destes, as possibilidades de uma escuta da história do sujeito que a valoriza como verdade, que lhe dá espaço para existir e que merece toda a atenção do trabalhador que se dispõe a essa prática. A empatia utilizada pela residente para aproximar-se de Alfredo foi fundamental para que uma relação de confiança pudesse nascer e vigorar, mesmo com muitos medos por parte de ambos.

Cabe ressaltar que Alfredo conseguiu refazer sua relação com o pai, conhecer sua noiva e até gostar dela, mas quando se aproximou a data da partida da residente – pois terminava o curso e, com ele, as práticas desenvolvidas em serviço –, Alfredo voltou a isolar-se. A residente também se deparou com sua casa fechada. Chamou, deixou bilhetes, mas ele não respondia. Até que um dia, em um ato de impulsividade e talvez de incômodo, pegou uma cuia e uma térmica e resolveu ficar sentada no avarandado da casa, até que ele resolveu aparecer, pois percebeu que ela não iria embora. Nesse dia, puderam falar sobre seu afastamento, sobre o fim das práticas e sobre as sensações que surgiam com esses eventos, mas puderam também dar risada, lembrando-se de tudo o que haviam feito juntos. Alfredo pôde, ao final, lhe dizer que, na verdade, ninguém pode apagar as histórias que leva dentro da cabeça e do coração.

A história vivida por Alfredo e pela residente fala de encontros e desencontros, de incertezas e medos compartilhados, mas trata também da possibilidade de superação daquilo que nos paralisa. Fala de um compromisso ético assumido pelos dois, quando aceitam os desafios impostos pelo percurso de cada um: ela enquanto residente no exercício de sua função profissional; ele enquanto alguém que busca desesperadamente estabelecer vínculos, mas com muito medo de perdê-los em função do que já havia vivido. A postura suave com a qual a residente cumpriu sua tarefa, tomando como escolha o caminho da lentidão, mas devidamente motivada para atravessar esse percurso, seu trabalho artesanal, respeitando o ritmo de Alfredo e suas possibilidades, ao mesmo tempo em que ia se abrindo para uma escuta sensível de sua vivência, permitiu que o encontro entre ambos fosse de trocas reais, de afetos e de aprendizado.

Nesse contato com o novo campo de Novo Hamburgo, surgiu também o pedido para uma capacitação dirigida aos trabalhadores da rede, que se veem interessados nas práticas do acompanhamento terapêutico. Propus que montássemos uma formação para o município com a participação efetiva das residentes como executoras desse processo. Uma ação coletiva, ou seja, que as mesmas residentes em processo de formação possam ser as formadoras dos trabalhadores da rede de Novo Hamburgo.

A proposta foi aceita pela gestão do município, logo negociada com o grupo gestor da residência e finalmente executada pelo grupo de residentes, que acolheram a ideia de serem multiplicadoras de uma prática, que algumas já desenvolviam antes de seu ingresso na residência. Foi um exercício interessante poder compartilhar esse lugar de maestria, essa responsabilidade de formar, acompanhar de perto o processo de feitura da proposta de formação, planejar as aulas, pensar os recursos, os textos, as dinâmicas que utilizaríamos, se teríamos alguma forma de avaliação ou não para o processo etc.

Essa porosidade, essa possibilidade de outrar-se, de viver novos papéis, foi bastante intensa e recompensadora para o grupo, já no seu último ano de formação. Através dessa experiência, pudemos acompanhar um processo de desdobramento da política de educação permanente, que, como já afirmei neste escrito, nos parecia um eixo fundamental para as transformações das formas de cuidado necessárias à implementação da reforma psiquiátrica ocorrer *in loco*. Oportunidade singular de poder estar em curso e criar novos percursos, executando a fundo os objetivos aos quais nos havíamos proposto quando esse aperfeiçoamento era ainda um projeto, formar

trabalhadores implicados com os processos da reforma psiquiátrica, capazes de executar a gestão de serviços e de implementar políticas em consonância com o SUS.

Nesse caso, é importante ressaltar o quanto o exercício de pensar uma formação e executá-la desconstruiu o lugar de residentes, portanto, profissionais em formação, para criar um novo lugar de profissional multiplicador de um saber. Tal postura leva-nos diretamente a refletir sobre a necessidade de compartilhar saberes, achados, descobertas e também dúvidas, para poder produzir processos de aprendizagem verdadeiros e também de saúde. Além da importância de buscar o encontro, ainda que o desafio nos faça titubear, é da possibilidade dos encontros que as práticas de saúde podem se alterar.

Para enfrentar o desafio proposto, as alunas tiveram que assumir o compromisso coletivamente e desenvolver, através da palavra e da ação, as habilidades necessárias para a realização da tarefa, na qual muitas nunca tinham se experimentado de forma sistemática. Nesse processo, assumiram uma postura investigatória tanto do campo no qual trabalhavam quanto na teoria disponível sobre o tema do acompanhamento terapêutico. Motivadas pelo exercício, tiveram que utilizar sua imaginação e sua capacidade inventiva para criar o desenho do curso e depois aplicá-lo. Sabiam que enfrentariam resistências e as ambiguidades próprias do processo, mas com entusiasmo e também modéstia e consciência realizaram a tarefa, como verdadeiras artesãs da saúde. Paralelo a isso, as residentes desenvolviam o projeto da rádio.

6. ARTESANIA DOS ENCONTROS: O FLUXO

Durante o ano de 2005, através do Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental, tive a oportunidade de realizar um módulo de ensino com o professor Martín Correa Urquiza (Radio Nikosia de Barcelona) sobre o tema *Experiencias innovadoras en rehabilitación psicosocial*, no qual ele apresentou o trabalho de comunicação desenvolvido pela Radio Nikosia. Nesse período, fomos provocados a produzir uma experiência de rádio voltada para a saúde mental através do curso. Devidamente motivadas, em um quente verão porto-alegrense, iniciamos as reuniões com o grupo de cursistas⁴⁶, ainda no campo de estágio do Residencial Terapêutico Morada São Pedro.

Implicada com o tema e motivada a fazer parte do projeto, pois havia vivido, durante meu período de formação como estagiária no Hospital Psiquiátrico São Pedro, a experiência do instrumento de uma rádio poste (que emitia apenas para o pátio do hospital), o desejo de juntar-me a esse grupo era enorme. Quando estagiária, percebia, ao frequentar o auditório do hospital, no qual se realizava uma espécie de show de calouros ao vivo, que os pacientes se apresentavam nesse espaço com certo brilho nos olhos, o que não se via em outros locais da instituição. Ali pareciam estar mais vivos, mais dispostos, mais alegres. Percebia-se um movimento efervescente que contrastava com a imagem pálida e prostrada dos pacientes que se esgueiravam pelos corredores sem fim do manicômio, ou que apenas se deixavam ficar jogados em cadeiras ou mesmo no chão do pátio do hospital, enquanto as horas passavam. Naquele momento, não fui capaz de compreender a potência do instrumento, ainda que o trabalho da rádio poste fosse voltado apenas para recreação e ocupação dos pacientes nas longas manhãs de internação. Na época, fiz uma passagem pontual pelo espaço do hospital e, apesar de

⁴⁶ No início, o grupo foi composto por Deise Nunes, Ana Paula Tibulo, Tatiane Patrícia, Tatiana Terragno, Cristiane Roos, Greice Machado, Ivana Teixeira, Jacqueline Molin e Simone Sá Brito, todas cursistas, além de contarem com a parceria de alguns trabalhadores do SRT, do acompanhamento inicial de Károl Cabral e Fabiana Rossarola e depois, gradativamente, dos usuários que começaram a se aproximarem e apostar no projeto.

ter percebido a motivação dos pacientes, não voltei a trabalhar e nem a buscar informações sobre o dispositivo de rádio.

Foi necessária a passagem de alguns anos para que eu me deparasse outra vez com o dispositivo da rádio e de fato pudesse compreender a potência que ele representa. Naquele momento estava em uma posição muito marcada de profissional da residência multiprofissional, e deste lugar imbuída de uma autoridade de professora e supervisora clínica da psicologia do curso. Assim, resultou difícil acompanhar o processo mais de perto. Analisando o acompanhamento que na época foi possível, percebo o quanto minha entrada no início do projeto tinha muito do meu desejo de trabalhar com essa ferramenta, mas que era tomada apenas como função profissional, já que ali era uma representante desse coletivo de formação. Posteriormente, quando o grupo de cursistas que levou todo o processo da implementação da rádio – evidentemente acompanhadas por usuários e trabalhadores, além da supervisão de Rose Mayer – já se encaminhava para o final da residência, voltei a aproximar-me e a realizar algumas atividades.

Refletindo sobre o processo, tomada a devida distância imposta pelo tempo e por meu afastamento real, com a vinda para Nikosia, percebo com mais clareza quanto foi difícil quebrar as posições, ou melhor, a construção social de cada um dos envolvidos para os transformarmos em redatores de rádio. Voltarei a analisar esse aspecto com a chegada ao universo Nikosia. Por ora, tratarei de contar o processo do Potência Mental.

Gradativamente, a proposta de fazer rádio foi tomando corpo e se configurou em um coletivo composto por cursistas, trabalhadores e usuários, que se reunia semanalmente, às sextas-feiras. Em uma semana era realizado o planejamento do programa, em diferentes espaços da cidade: numa casa do residencial, na sede do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, na praça etc. Na outra, o grupo se dirigia para a Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro⁴⁷, para colocar o programa no ar. De início, a calorosa recepção do grupo da rádio comunitária e da comunidade que ouvia e participava ativamente do programa – dando dicas, pedindo músicas, opinando sobre os temas discutidos – fez com que o grupo de cursistas, trabalhadores e usuários fosse ficando cada vez mais à vontade frente aos microfones.

⁴⁷ No Brasil, as rádios não comerciais são denominadas rádios comunitárias e possuem um espaço definido no dial para transmitir seus programas. A Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro (87.9 FM), coordenada pelo Sr. Flávio, opera na cidade de Porto Alegre com uma programação diária levada pela comunidade local.

Já na primeira experiência no ar, um dos usuários que acompanhava o grupo e observava atentamente uma das moradoras do residencial terapêutico produzir um relato de suas atividades diárias em casa, foi surpreendido pelo locutor da rádio que lhe perguntou: “*E o senhor? Como é na sua casa?*” Prontamente ele respondeu que em sua casa faz todas as atividades de limpeza e arrumação, mas olha um pouco angustiado e visivelmente constrangido para a coordenadora do residencial, que se mantém em silêncio. Ocorre que tal usuário se negava a fazer qualquer atividade diária, motivo inclusive de desavença com outros moradores da mesma casa. O programa segue e ele se alivia por não ser denunciado por nenhum dos companheiros.

Para surpresa de todos, ao chegar a casa, a partir daquele dia, ele passou a envolver-se como nunca nas atividades domésticas e começou a perguntar quando novamente vão falar na rádio, para que pudesse contar sobre seus dotes domésticos aos ouvintes. Efeitos como esse começaram a pipocar no ambiente dos Residenciais Terapêuticos e na vida dos usuários que passaram a fazer parte do projeto da rádio.

Trago como exemplos emblemáticos as histórias da Poetisa da Lomba, do Compositor, do Locutor da Voz de Trovão e do Escritor⁴⁸. Cada uma dessas pessoas, em algum momento de suas vidas, por diferentes fatores, passou a fazer parte do sistema de saúde mental de nossa capital, tornando-se usuário desse sistema. Podemos dizer que, em um dado momento de suas vidas, passaram de cidadãos a enfermos mentais, a diagnosticados.

Por mais que a rede substitutiva de serviços busque alternativas que diminuam o estigma e a aridez com que essas pessoas muitas vezes são encaradas socialmente, ainda há um peso em ser usuário de saúde mental. Por isso, atividades como a rádio, que abrem para a experiência do urbano, que desvinculam do serviço de saúde e criam novas redes, são tão importantes para o avanço da reforma psiquiátrica e para uma inserção menos estigmatizada dessa população aos diferentes espaços e possibilidades que a cidade oferece. É o que chamamos de redes sociais (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 1998) que, por sua natureza nas grandes cidades, possuem baixa densidade, pois nem todos conhecem a história clínica do sujeito envolvido, enquanto que as redes de serviço, por sua característica, são redes de alta densidade nas quais grande parte dos trabalhadores de saúde envolvidos conhece a história do sujeito, e muitas vezes, ainda

⁴⁸ Esses são nomes fictícios para preservar a identidade dos usuários envolvidos no projeto da rádio, mas que não foram produzidos por mim e sim pelos ouvintes e pelo grupo, que acabou batizando essas pessoas a partir do papel que assumiram na rádio durante os programas.

que sem intenção, acabam colando o sujeito ao seu diagnóstico e hierarquizando as relações. Essa falta de simetria entre os distintos saberes gera uma série de problemas no contexto de atendimento, que muitas vezes acaba impedindo o próprio fluxo de atendimento do serviço.

Aqui cabe ressaltar que a simetria não é boa por si mesma, ou porque possibilite outros horizontes de existência, mas especialmente porque funciona como ponto de equilíbrio para o desenvolvimento de uma determinada clínica, capaz de interrogar-se: qual a validade do discurso do técnico se não pode se apoiar no diálogo com aquele que lhe demanda tratamento? A simetria como diálogo de saberes é um instrumento que equilibra um vínculo que pode se desfazer facilmente em uma postura de dominação, de vontade de poder. O que equilibra a vontade de poder do terapeuta, que sujeita suas interpretações a um mundo real e não só imaginado, que gera confiança e aliança terapêutica é a possibilidade de repensar o pensado a partir do diálogo. Se desenvolvemos com a loucura um monólogo, que por si só nega a razão do supostamente afetado por uma falta de razão, não existe possibilidade terapêutica. O jogo das expectativas sociais é algo tão intenso e intangível que acabamos cumprindo sem nos darmos conta. Abrir um diálogo é postergar as expectativas. É reconhecer que fomos treinados a ver desde um paradigma e que tal expectativa responde ao nosso desejo de saber, de não se equivocar, de que temos algo firme que sustenta nossas práticas. Abandonar as certezas de tais paradigmas para escutar o sujeito a partir de sua narrativa implica assumir a incerteza e a crise de presença do profissional, o reconhecimento de suas limitações, mas também de suas capacidades. E essa perspectiva é fundamental para o artesão da saúde.

Com isso, não estou defendendo que se invalide o saber do profissional, muito pelo contrário. Apenas ressalto que, ao verticalizar as relações e desconsiderar o saber profano do usuário, estamos excluindo, ou no mínimo colocando em segundo plano, grande parte da história e da experiência do sujeito sobre seu processo, tanto de adoecimento quanto de vida.

Neste escrito, já apresentei o contexto no qual a rede de serviços de saúde está inserida e também, em certa medida, o campo de forças sociais e políticas que se agenciam na cidade de Porto Alegre. Esse contexto de ser uma rede pública regida pelo SUS, com base nos avanços e questionamentos lançados pela reforma psiquiátrica e no qual a participação social ocupa o lugar do controle dos rumos da saúde via Conselhos

de Saúde e Conferências de Saúde, desenha um cenário que é particular, que é próprio desse território.

Foi dessa forma que tais pessoas passaram a fazer parte do coletivo da rádio, como sujeitos produtores de uma história, pouco importando sua história clínica pregressa. A Poetisa, como foi batizada por um ouvinte, lendo suas poesias escritas a lápis nas páginas de seu caderno; o Compositor que não sabia cantar, cantando seus sambas a pedido do público; o Locutor Voz de Trovão, ecoando seu vozeirão na maior intimidade com o microfone da rádio; o Escritor, lendo seus escritos, poesias e ideias para seu público.

São efeitos que, sem dúvida, redimensionaram a vida dessas pessoas, fazendo-as tomar parte em um processo de mudança que atingiu a todos nós, pois os efeitos também eram observados no grupo das residentes. De início, todas acostumadas a trabalhar com usuários em diferentes espaços da rede substitutiva, tiveram algumas dificuldades de lidar com esse coletivo em um espaço de projeto, fora do sistema de saúde. A supervisão de Rose Mayer, que as ajudou a sair das armadilhas do especialismo e a buscar outras formas de relação com o grupo, foi fundamental. Esse constante acompanhamento e a possibilidade de refletir com certo afastamento sobre o que vinham produzindo com o grupo da rádio, fez, sem dúvida, com que o trabalho atingisse um dos seus maiores objetivos: a criação de um espaço de relação horizontalizada no qual usuários e trabalhadores não necessitassem ser nomeados como tal. Todos eram apenas o grupo da rádio. Locutores, redatores.

Esse grupo, certa feita, durante um programa, foi batizado pelos ouvintes como Potência Mental. O nome foi logo adotado e absorvido pelo grupo que, via sua potência expandir-se de forma excepcional frente às reverberações que provocava em cada um dos envolvidos. Eram as ondas sonoras emitidas por eles invadindo a cidade!

Foram muitos dias de planejamento e discussão acalorada sobre a pauta de cada um dos programas que ia ao ar. E, a cada dia no ar, novas configurações no acerto de última hora: “Pensei neste poema, olha temos que falar de tal notícia, quero falar do resultado do futebol etc.”. O improvisado ia sendo possível frente à maior segurança do grupo com a parafernália de uma rádio. Rádio esta que, por ser comunitária, guardava singularidades interessantes ao trabalho, pois durante as gravações, por não haver isolamento acústico, o latido do cão atravessava o samba, o barulho do motor se incorporava ao informe, alguém gritava na calçada no meio da execução da música.

Essa sonoridade da cidade, longe de atrapalhar o programa, fazia-o ainda mais verdadeiro, ainda mais conectado com o tecido urbano, como desejávamos desde o início. Como diria Ítalo Calvino (1994), em sua obra *Marcovaldo ou as Estações da Cidade*, um fundo de rumor mais macio que o silêncio.

Nesse campo de experimentações tão potente, o programa de rádio configurou-se como um projeto do qual todos queriam participar e foi assim que ele se manteve no ar até o final do curso, e mesmo depois dele.

Em 18 de maio, comemoramos o dia da luta antimanicomial no Brasil e, como já é costume no Rio Grande do Sul, realiza-se um grande evento em São Lourenço do Sul, chamado Mental Tchê. Fomos convidados a fazer parte do evento e a dar sugestões para a programação. Entre trocas de mensagens eletrônicas e debates, Cristiane Knijnik⁴⁹ teve a ideia de propor uma intervenção da rádio durante o evento. Um novo grupo se formou junto às cursistas Deise Nunes e Simone Brito, agregando Rafael Wolsky⁵⁰ e os usuários, sendo alguns novos, além do pessoal do programa de rádio de São Lourenço, chamado Cuca Legal⁵¹, entre outros colaboradores, que passaram a se encontrar semanalmente para montar o projeto de intervenção da rádio durante o evento. Nesse período, o curso da Residência Multiprofissional em Saúde já havia acabado e as duas residentes que resolveram continuar colaborando com a proposta da rádio já se aproximavam como duas trabalhadoras de saúde. Acredito que essa reconfiguração me permitiu ocupar um novo papel social junto ao grupo, como redatora de rádio.

A ideia era aproveitar a experiência da rádio Potência Mental e do Cuca Legal, e colocar no ar um programa bem divertido, que permitisse a participação de todos os participantes presentes. Mas, para tanto, precisávamos nos preparar, pois éramos um novo grupo que se formava especificamente para esse evento. Instituímos o bar do Instituto de Psicologia da UFRGS como nosso ponto de encontro e, entre taças de café e muitos cigarros, fomos definindo um pouco a cara do programa. O Compositor é motivado a compor uma música para o evento de São Lourenço. Com um samba na mão, vamos para um estúdio de gravação, que pagamos fazendo uma *vaquinha* entre os

⁴⁹ Cristiane Knijnik é psicóloga e foi coordenadora do Residencial Terapêutico Morada Viamão no período de novembro de 2005 a julho de 2006 e também fazia parte da equipe técnica do Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental Coletiva.

⁵⁰ Rafael Wolsky é psicólogo, coordenador do Residencial Terapêutico Morada Viamão desde agosto de 2006 e membro do grupo de rádio Coletivo Potência Mental.

⁵¹ Cuca Legal é uma gíria que na língua portuguesa significa estar bem da cabeça, por isso é o nome dessa rádio de São Lourenço.

participantes, para gravar a música de nosso redator compositor. Rafael convida uns amigos para tocar junto. Uma vez no estúdio, o Compositor não cabia em si de felicidade. Repetia a cada momento: “Pô, cara, eu tô aqui meu...” Sua fala refletia a sua incredulidade de que um dia em sua vida poderia mesmo chegar a ser um compositor de algo e a pisar em um estúdio de gravação, ainda mais acompanhado de um grupo de cordas de primeira, como dizia ele. É ele que compõe o samba com o qual invadimos a cidade de São Lourenço para a realização de nossa rádio poste no evento do Mental Tchê.

Assim, sorteamos brindes, mandamos músicas, recados, pedidos e informamos durante todo o encontro, abrindo um canal livre de comunicação e expressão. O resultado não poderia ser mais prazeroso e democrático. Com o microfone na mão, todo mundo virou radialista por um dia e deu seu recado. Novamente, o exercício da horizontalidade foi possível, e as distinções deixaram de ter importância. Como disse um dos alunos do curso de psicologia da UFRGS, em um encontro no instituto de Psicologia intitulado Pós Mental, “a experiência da rádio deu voz aos usuários”, tanto que é impossível não comentar a participação ativa dos mesmos nos dias do evento. Tomaram conta do microfone e participaram ativamente da produção do programa, tendo sempre uma enorme plateia assistindo à rádio ao vivo. De fato, apesar da rica e instigante programação do evento, em muitos momentos podíamos perceber que havia mais gente escutando e participando da rádio poste fora do galpão preparado para receber as conferências e oficinas.

Um relato emocionante foi enunciado por uma das moradoras⁵² do residencial, Esperança, que tomou o microfone para expressar sua alegria de estar ali e de ser uma moradora de um bairro em sua cidade, não mais uma doente internada em um hospício. Ela relatou que durante muitos anos esteve presa, mas que finalmente havia conseguido a liberdade. Afirma-nos, com o microfone na mão, que nada é mais importante do que ser livre, do que ter seu espaço e poder fazer as coisas do jeito que a gente quer, sem ter que estar constantemente vigiado ou tendo sua liberdade de ir e vir restringida por uma instituição.

Essa moradora lutou muito para estar no residencial; foi uma das primeiras a tomar posse das casas e lá morou durante o primeiro ano sem maiores problemas. Um

⁵² Essa moradora faleceu dias depois do evento, de forma serena, deitada em sua cama, na sua casa. Morreu como cidadã e livre do espaço do manicômio.

problema de saúde física acabou resultando em um novo ingresso para tratar de uma ferida que não cicatrizava. Uma vez dentro do HPSP, a equipe da unidade na qual convalesceu orientou pelo não retorno, já que possuía um defeito físico e consideravam impossível sua vida autônoma, mesmo frente aos argumentos dos trabalhadores do residencial de que ela havia vivido muito bem nesse primeiro ano. A moradora queria voltar a viver em sua casa e foi auxiliada pela equipe do residencial, em especial pela coordenadora⁵³, que se responsabilizou pessoalmente pela ação de regresso, frente a equipe da unidade.

O que Esperança nos ensina é o valor da vida em liberdade. Ao mesmo tempo, aponta uma ferida que não cicatriza em nossas sociedades, que é a presença do manicômio como forma de tratamento, quando todos sabem que o isolamento contribui para a estigmatização e os longos períodos de internação para a cronificação dos quadros nosográficos e o desaparecimento gradativo do sujeito e de sua história.

Na sequência desse evento, recebemos um convite para fazer parte do encontro internacional de rádios chamado *Primer Encuentro Mundial Colifata*, realizado por usuários de saúde mental e organizado por LT 22 *La Colifata*, de 29 de maio a 2 de junho de 2007, em Buenos Aires, Argentina. Esse encontro tinha como objetivo reunir todas as experiências existentes no mundo, que tomaram como base o modelo da *Colifata*, envolvendo usuários, e que utilizaram como instrumento de recuperação e promoção de saúde a rádio ou a televisão. Dessa forma, organizamos um grupo e passamos a planejar mais essa investida. Com o auxílio financeiro e logístico do curso, foi possível mandar um grupo com cursistas e usuários que participaram desse importante encontro na cidade portenha.

Essa possibilidade de troca de experiências com usuários de diferentes países foi de extrema relevância para as cursistas e para os usuários envolvidos. Lá participaram ativamente de uma convivência com diferentes modelos de gestão dessa tecnologia e perceberam que, se por um lado nossa experiência perdia em não ter um profissional especialista em comunicação no grupo, por outro ganhava em não definir um coordenador: éramos o grupo de maior autogestão do encontro, mesmo com experiências da Argentina, da Espanha, da França, do México etc.

⁵³ A coordenadora da época, Vera Resende, teve que assumir pessoalmente a responsabilidade sobre a vida da moradora, já que a hierarquia rígida do manicômio não aceitava a palavra da equipe, que se comprometia coletivamente exigindo uma assinatura da chefia para a liberação do paciente.

Quanto aos usuários que tiveram a oportunidade de participar, foi emocionante escutar seus relatos, pois participaram de mesas, de comissões de julgamento de curtas, cantaram, participaram de programas ao vivo, trocaram ideias e trouxeram muitas novas histórias para contar para seus familiares e amigos. Como nos ensina Calvino (1990) no livro *As cidades invisíveis*: “Assim as suas vidas se renovam de mudança em mudança, através de cidades que pela exposição ou pela pendência ou pelos cursos de água ou pelos ventos apresentam-se com alguma diferença entre si”.

Uma vez de volta a Porto Alegre, um dos usuários contou o quanto trabalhou sem parar na semana do encontro e como ele tinha certeza que as cursistas que lhes acompanharam eram umas fadas. Dizia ele: “Elas são como fadas ou bruxas, sei lá, elas conseguem tudo! Tu acredita que eu tava na Argentina e que eu falei lá com os gringos, tudo enrolado, mas eu troquei uma ideia, eu me comuniquei!” Falas como essa nos dão a dimensão de como essa experiência foi rica, de tudo que foi possível produzir, das mudanças que se colocaram em marcha. Para uma pessoa que até então acreditava que não tinha nada a dizer, já que era louco, poder expressar sua alegria de poder comunicar-se em outra língua, com os gringos, como dizia ele, fica bastante marcada a potência do instrumento de rádio como via de efetiva comunicação. Quem fala algo sabe que é escutado por alguém, em algum ponto. Este outro invisível retorna ao sujeito como seu ouvinte e produz a marca do encontro.

Outro exemplo é de uma usuária que foi ao encontro de Buenos Aires e que, no momento, passava por um período difícil de desvincular-se do serviço que era sua referência. Ela, além de tudo, tem uma relação familiar bastante complexa, não conseguindo dialogar com seus parentes. Ela nos contou que saiu correndo de casa para chamar a mãe e o irmão na casa ao lado para assistirem juntos ao Jornal Nacional, pois iria aparecer uma reportagem sobre a neve em Buenos Aires, já que lá não nevava há muito tempo. Entre sorrisos, sentada no café do Teatro Renascença, esperando o momento de premiação dos Poemas no Ônibus⁵⁴, no qual dois dos envolvidos com a rádio iriam ser premiados, ela relatou que mostrou aos seus familiares a cidade que conheceu, em outro país, como era bonita e ampla, e como a neve quase a pegou.

Essa mesma redatora aparece no filme *El revés del tapiz de la locura*, de Adriana Leira (2007), cantando uma música do Black Confusion, um grupo de hip hop que

⁵⁴ O projeto Poemas no Ônibus é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Porto Alegre que ocorre desde 1991 e premia os melhores poemas inscritos por qualquer cidadão, os quais passam a ser afixados nas janelas dos transportes coletivos da cidade, para que todos possam ler.

nasceu dentro do CAPS Cais Mental Centro de Porto Alegre, mostrando que a comunicação não encontra barreiras de língua quando se impõe o desejo de se encontrar, de compartilhar, de produzir juntos.

São experiências como essa que nos mostram que as ondas sonoras podem se propagar em muitos caminhos, derrubar fronteiras, envolver muitas pessoas e diferenças culturais e se propagar em redes sonoras. Redes que, longe de aprisionarem os sujeitos, servem de suporte para suas andanças e ressignificações, servem de aparato para o fluxo da vida. São redes sociais que se armam a partir de diferentes projetos e vão costurando vínculos com a cidade; na verdade todo seu tramado perpassa o tecido social, pois é dele que se constitui.

Como já apontamos, o Potência Mental nasce de uma provocação, de um convite à palavra e à ação, disparada justamente dentro de um espaço de formação de uma residência multiprofissional, na qual Martín Correa Urquiza nos provoca a um exercício de fazer rádio como experiência em produção de saúde pela comunicação. Aceitamos o convite. Constituiu-se um pequeno grupo composto por residentes, trabalhadores e usuários que começaram a pensar, a planejar e logo colocaram no ar um programa em parceria com a rádio comunitária da Lomba do Pinheiro, uma região da grande Porto Alegre.

Com a finalização do curso e, portanto, a dispersão do grupo das residentes, já que cada uma delas assumiu novas funções em diferentes frentes de trabalho, as emissões de programas foram interrompidas. Através de alguns convites pontuais, o grupo voltou a se reunir e se ampliou, revivendo a experiência de emitir programas. O fato de retomarmos a rádio como dispositivo⁵⁵ de saúde fez com que voltássemos a experimentar a potência dessa ferramenta. Nascia o desejo de dar sequência ao trabalho.

Um novo grupo se organizou, agora contando também com a colaboração do Instituto de Psicologia da UFRGS. O nome utilizado antes era Potência Mental, como sugerido por um ouvinte da rádio; com a ampliação do grupo e a nova configuração, converteu-se em Coletivo Potência Mental.

Aproveito aqui uma ideia de Ceccim (2005), que vai na mesma linha da ideia de multidão proposta por Hardt e Negri (2005), quando definem coletivo, em um escrito sobre coletivos organizados de produção de saúde:

⁵⁵ Dispositivo é aqui entendido no sentido foucaultiano, ou seja, como máquinas de fazer ver e falar, como possibilidade de ruptura.

“A noção de coletivo vem dar conta da disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui finalidade produtiva; a noção de coletivo organizado põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda, como na já mencionada mandala. Quando nos referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos organizados para um fim. Um coletivo organizado, entretanto, não como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção.” (CECCIM, 2005: 165).

Tanto no Coletivo Potência Mental quanto na Asociación Socio Cultural Radio Nikosia encontra-se um agrupamento de pessoas unidas pelo mesmo objetivo de produção: fazer rádio! As rádios são uma experiência de potência em altíssimos decibéis. São espaços de aprendizagem e de educação permanente, verdadeiras oficinas de artesãos da saúde, muito bem preparados para uma saúde como política de encontro com o outro na sua diversidade, como deveria ser a clínica em saúde mental.

Nesses espaços, a configuração dos grupos que se montam e também se reconfiguram – já que são espaços vivos, espaços de fluxo – permite que a trama que se desenha na representação do coletivo possa oferecer ancoragem àqueles que lhe buscam. Podemos chamar esses espaços de redes sociais. Nessas redes, as pessoas encontram espaço para construir relações e criar vínculos que lhes permitem reconstruir sua subjetividade desde outra perspectiva que não a do rótulo de doentes.

Foi na perspectiva de este coletivo aprender que saí do território bem demarcado da cidade de Porto Alegre, minha zona de conforto, e rumei para uma aventura além-mar na Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Quando cheguei, corria o mês de setembro do ano de 2007 e eu tinha o claro objetivo de me aproximar da experiência de Nikosia para investigar o campo, observar sua forma de atuação, suas relações internas, os temas que trabalhavam, como organizavam os programas, como emitiam etc. Na época, pensava que seria fácil manter a distância necessária e a tão recomendada

neutralidade para investigar o campo e, com isso, poder desenvolver uma pesquisa etnográfica.

No princípio, limitava-me a frequentar a rádio a cada quarta-feira, dia de emissão do programa. Naquela época, o grupo se reunia meia hora antes de o programa ir ao ar para definir um pouco a organização. Em outro dia da semana, faziam uma reunião para definição da pauta e organização do grupo para cumprir com os compromissos assumidos. Também assisti a algumas rádios abertas, modalidade através da qual o grupo de nikosianos faz intervenções radiofônicas em diferentes espaços da cidade: centros culturais, escolas, universidades, centros cívicos etc.

Fui capturada pela proposta e pelo coletivo com uma rapidez espantosa, e logo já fazia parte da grande família nikosiana. Sentia-me em casa, plenamente acolhida e com muita vontade de participar mais ativamente de todo o processo. Algum mal-estar reverberava no ar, mas não tínhamos clareza na época do porquê, nem de onde provinha. Sabíamos que algo se passava no ambiente da rádio que se fazia notar em seu cotidiano, ainda que não se desvelasse.

O mês de dezembro chegou e, com ele, a revelação do mal-estar que já divisávamos. Cabe lembrar que na época o grupo chamava-se apenas Radio Nikosia e que estava inserido dentro de uma organização chamada Joia, que atua no território de Barcelona, gerenciando uma rede de projetos no âmbito da saúde mental. Nesse período, a Coca Cola havia feito um convite aos nikosianos de realizarem um comercial para a bebida Aquarius, já que eles queriam vincular a imagem do refresco com a de pessoas que superam seus limites. A proposta, realizada pela multinacional em novembro, foi amplamente debatida em reuniões do grupo ao longo desse período.

Havia uma clara divisão de opiniões em relação à proposta feita pela multinacional. De um lado, a maioria de nikosianos não concordava em realizar o comercial, já que consideravam a empresa em questão uma multinacional que explora seus trabalhadores e vende imagens fetiches aos seus consumidores, questões com as quais o coletivo não se identificava em nada. Do outro lado, a organização Joia e apenas três nikosianos estavam dispostos a aceitar o convite, já que viam nele a possibilidade de apresentar o projeto para um maior número de pessoas, pois atingiria o espaço midiático internacional. Todo o mal-estar acumulado fez água e jorrou em discussões acaloradas entre os que estavam a favor e os que estavam contra. Os detalhes do conflito não são tão interessantes quanto o que ele dispara. Apesar da dureza do enfrentamento,

o conflito também pode ser imensamente produtivo e movimentar os coletivos, fazendo acionar diferentes linhas de resistência, de construção de saídas e de reavaliação do processo vivido, redefinindo rumos.

O conflito em questão foi disparador de uma tomada de decisão, que demandou ao coletivo que assumisse o protagonismo de suas ações, de desinstitucionalizar-se, e um processo de autogestão se desenhou como saída. Nesse momento, nasceu a ideia de uma associação que continue trabalhando com o dispositivo da rádio, mas que amplie seu espectro de participação social, propondo outras intervenções no espaço da cidade. Uma associação autônoma formada pelo coletivo de participantes da Radio Nikosia e aberta à sociedade em geral.

Estatutos e atas fundacionais foram escritos, propostas e ideias foram debatidas e pactos foram firmados entre os participantes da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Devidamente legalizados e com novos ânimos e projetos, o grupo seguiu seu rumo de forma autogestionada, sendo protagonista de seu processo e trabalhando de forma cooperativa para continuar existindo e podendo emitir a cada quarta-feira seu programa de rádio.

Com a fundação da associação, o grupo propôs uma ampliação da intervenção. Até então, o compromisso central era de produzir o programa semanal e fazer intervenções, tanto na cidade de Barcelona quanto em âmbito internacional. Com o nascimento da associação, nasceu o desejo de ampliar as intervenções, pelo menos no território da cidade, e passamos a construir novos projetos. Entre eles, estão: o Atelier Livre Nikosiano, projeto de intervenção no campo das artes visuais, coordenado pela artista plástica Fabiana Rossarola, que tem frequência semanal; oficina de poesia, coordenada pela poetisa Ximena Hölzer, que também possui frequência semanal; oficina de serigrafia, coordenada pela artista plástica Claudia Vitari; oficina de fotografia, desenvolvida por Martín Correa Urquiza; e todas as atividades de pedagogia social desenvolvidas pelo grupo de nikosianos.

A associação, como espaço aberto, recebe constantemente convites que são analisados e aceitos, ou não, pelo coletivo. Uma nova proposta, que ainda está em fase embrionária, é a da confecção de um jornal nikosiano, e temos um grupo dedicado a tornar esse projeto possível. Nesse momento, desenvolvemos dois novos projetos, um deles com classes de ioga para corpos cansados ou não tanto, com a professora Irantzu Piquero, de frequência também semanal; e outro com teatro social, em parceria com o

grupo *Pallapupas*, que são palhaços de hospital, com o professor Antonio R. Masegosa, com o objetivo de compormos juntos uma obra teatral. Para tanto, vamos desenvolvendo um encontro semanal de duas horas para a preparação dos artistas.

Assim, da rede Nikosia observamos nascer outras redes que, vinculadas a ela, ocupam novos espaços sociais e se apresentam como pontos de ancoragem para outros sujeitos e para outros desejos. O grupo que configura cada espaço dessa rede é mutante e responde ao desejo de envolvimento de cada um dos nikosianos. O que quero destacar é a importância dessa rede aberta, que vai se tecendo conforme as demandas vão nascendo por parte do grupo, imagem que reporta necessariamente à imagem de espiral, já apresentada neste texto. Nikosia, como uma espiral em constante movimento, sempre está aberta para negociar com os diferentes parceiros sociais outras formas de intervenção.

No contexto da associação, cada um é livre para participar das atividades que queira e da maneira como possa. Cada um também é livre para propor novos projetos. Todos são protagonistas do projeto, o qual, ainda que se constitua em um grupo unido pelo mesmo ideal, não deixa de manter o espaço para a singularidade de cada um. Funcionamos como um coletivo (CECCIM, 2005), uma multidão (HARDT & NEGRI, 2005). Trabalhamos de forma cooperativa e no formato de assembleias, o que propicia a participação de cada um com o que pode aportar ao grupo, respeitando os distintos saberes, sejam eles profanos ou expertos (MARTÍNEZ, 2010). E é por isso que podemos vislumbrar nos participantes desse projeto a construção de uma postura de artesanania em saúde.

Uma das redatoras de Nikosia, em uma rádio aberta em uma cidade do interior da Catalunha, relatou que o que lhe parecia mais interessante e fascinante no projeto de Nikosia era a possibilidade de cada um dizer o que pensa, ou seja, que havia possibilidade de discordar, que não era necessário entrar em um acordo sobre determinado tema, mas sim valorizar os diferentes saberes e as posições diversas frente aos temas. Justamente era essa postura de respeito à diferença que o outro provoca que vínhamos procurando nas práticas de cuidado vigentes e que nos custava encontrar em tantos espaços reformados de saúde. Fomos nos deparar com espaços de rádio, estúdios de gravação, muito mais preparados para trabalhar com a diversidade, com o estranhamento, que muitos profissionais de saúde.

É interessante ressaltar que, durante esses anos de trabalho, apesar de o grupo ter um gerenciamento assembleário, nunca recorremos a uma votação para resolver os impasses que enfrentamos. Todas as ações que desenvolvemos foram pactuadas e trabalhadas no coletivo, e até o presente momento não tivemos que recorrer ao instrumento de votação para resolver um impasse surgido. O grupo tem se mostrado aberto ao debate e chega ao consenso por essa via. Com isso, não se eliminam as diferenças, pelo contrário, como fica claro no depoimento da redatora, existe espaço para que as mesmas emergjam. Assim, podemos dizer que existe espaço para o conflito⁵⁶, no sentido de que existe espaço para o embate de ideias e opiniões dos diferentes participantes.

Seguimos emitindo um novo programa a cada semana. Os temas são propostos pelos próprios participantes e, ainda que o ponto central seja a luta contra o estigma, diferentes assuntos são tratados, como: alimentação, sistema carcerário, arte, cultura, cotidiano, cidades, fronteiras etc. Cada programa é coordenado por um nikosiano, geralmente o proponente do tema em debate, o que permite a rotação do papel de coordenador. Todas as segundas-feiras nos reunimos para a assembleia e para organizar nossa agenda da semana. Seguimos mantendo o hábito de nos reunirmos meia hora antes de o programa ir ao ar para organizar as entradas, já que muitas vezes contamos com convidados e com as sessões mais fixas, como: *Correo y noticias* de Adamar com Nacho de Noche; *Rincón del lector*, com Dolores e Juan Lorenzo; *Que venga cuento*, com Jota; *Cine de Barrios*, com Santiago Barrios; *Trucada da Txel*, com Meritxel; *Momento del amor correspondido*, com Silvia; *Unidad móvil*, com Márcio Belloc. Tentamos organizar o programa de forma a permitir que todos possam participar com suas reflexões, com poesia, com música ou mesmo apenas dando um olá pela antena.

O grupo de participantes pode variar a cada programa, ainda que tenhamos um grupo que assume o compromisso semanalmente e participa das emissões de forma mais fixa. Sempre existem pessoas novas no estúdio de gravação. Desde os convidados que entrevistamos até pessoas que vêm para nos visitar de todos os cantos do planeta. Como o programa também é emitido pela internet, além das ondas de 91.4 Contrabanda

⁵⁶ Conflito é aqui entendido como troca produtiva de ideias, de opiniões, que, ao serem tratadas em simetria, permite que cada um possa expressar-se livremente, mas mantendo o respeito pela posição do outro. Tentamos, dentro do possível, que do embate de ideias se possa construir algo novo e que cada um se veja respeitado em seu posicionamento, tarefa que evidentemente não é fácil de realizar, já que o conflito pode acabar virando uma guerra em defesa de suas fronteiras, de suas ideias e posições.

FM, atingimos um espectro de pessoas em âmbito internacional. Temos ouvintes nos diferentes continentes que nos escutam, nos escrevem mensagens ou acessam nossos contatos virtuais pela *home page*, *blogs*, *Facebook*, *fórum na internet* etc.

É importante contextualizar que Contrabanda FM é um projeto de rádio livre, não comercial e *alegal*, ou seja, não está legalizada, mas também não é ilegal. Ocupa uma franja no dial desde a época em que as rádios livres não estavam regidas por regulamentos, o que nos permite continuar existindo. Ser uma rádio livre e não comercial nos dá a liberdade de trabalhar os assuntos que nos pareçam interessantes, sem censura, ou seja, com total liberdade de expressão, porque não estamos condicionados pelas pautas de controle de distintos patrocinadores. Emitimos desde a Praça Real, no coração da cidade, o que facilita o acesso tanto para o cidadão local quanto para qualquer dos visitantes que recebemos. A Praça Real é um cartão postal da cidade, que se encontra ao lado das *Ramblas*, outro cartão postal de Barcelona.

O que garante a potência do projeto de Nikosia e sua força disruptora é a postura assumida pelos seus componentes. São acolhedores, dispostos ao debate, a trabalhar de forma cooperativa, facilitando o fluxo de trocas e saberes entre os participantes. O espaço da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia é regido pela política de uma artesanía dos encontros. Nele, encontramos o que aqui nomeamos como artesãos da saúde: pessoas dispostas a realizar bem sua tarefa, com compromisso ético em relação à ideologia que defendem, com respeito à diversidade e à diferença e com motivação para seguir trabalhando mesmo frente às resistências e às ambiguidades do processo.

Acompanhando o cotidiano de trabalho na rádio, pude perceber e ver nascer esses artesãos, à medida que acompanhei a chegada de novos participantes. Daí a possibilidade de afirmar que o espaço, ao favorecer e incentivar o protagonismo, dando liberdade ao redator de se expressar e respeitando suas possibilidades e ideias, se constitui em um celeiro de verdadeiros artesãos da saúde.

Uma das primeiras questões que me ocupavam o pensamento, já desde o Coletivo Potência Mental, e que tivemos a oportunidade de voltar a verificar no trabalho junto à Nikosia, é justamente a que diz respeito ao papel social dos seus participantes. Talvez, pela participação mais pontual, no Potência Mental não resultavam claros os efeitos das trocas de papéis dentro do grupo tanto quanto se tornou à medida que participávamos assiduamente de Nikosia.

Já comentei nesse escrito sobre o *rol* social ocupado por pacientes e também por trabalhadores. São papéis rigidamente construídos e, muitas vezes, a estrutura do serviço e do próprio sistema de saúde alimenta esse tipo de enquadre, definindo as posições e as possibilidades de cada um dos envolvidos nessa trama, colocando cada um de um lado da mesa. No espaço da rádio, fica bastante clara a porosidade desses papéis, o que permite um exercício cotidiano de trocas. Uma vez que todos entram nesse espaço como redatores de rádio, já se produz uma quebra entre as categorias de usuário e de trabalhador, ainda que em alguns momentos possamos ser convocados desde nosso antigo papel por um dos membros do grupo, ou que nós mesmos possamos nos refugiar nessa condição para dar conta dos atravessamentos que esse espaço produz em cada um de nós.

Como redatores, conquistamos uma liberdade que nos afasta das amarras de nosso papel social. Somos convocados a uma nova posição no horizonte do trabalho na rádio, mutante por natureza, que permite a invenção e a construção de novos papéis sociais. Essa ruptura também nos ajuda a pensar a simetria entre saberes profanos e especialistas nesse campo de trabalho. Como redatores de rádio, deixamos de ser pacientes e profissionais. Somos redatores e ponto. Participamos com reflexões, com músicas, com poesia, com ideias, com intervenções, como radialistas no exercício da sua função de comunicação. Nesses momentos, as distinções fazem-se desnecessárias.

Como no dia em que realizamos uma rádio aberta na tradicional *Fiesta de Gracia*. Fomos convidados pelos organizadores das atividades propostas pela *Calle Perla* para realizarmos uma intervenção na rua, em meio à festa, através do dispositivo de rádio. Para tanto, preparamos um programa relacionado com o tema da festa e também convidamos grupos de música para fazerem uma apresentação. Em meio à organização e à preparação da intervenção, eu puxei a minha câmara fotográfica caseira para registrar os momentos, e Dolores me repreendeu dizendo: “Ai Károl, tu, como fotógrafa oficial de Nikosia, não pode aparecer com uma câmara tão mixuruca destas. Já tá na hora de comprar uma nova.” A apreciação de Dolores tem todo o sentido, pois já fazia tempo que vinha registrando em fotos todas as atividades da rádio, tanto em estúdio quanto em atividades externas, incluindo viagens, mas com certeza meu equipamento não era compatível com meu encargo. A declaração pública feita por Dolores permitiu-me dimensionar como os membros do grupo me viam nessa função

nos últimos tempos. Era uma função nova para mim e que me ajudava a sair da condição de psicóloga.

Porém também existem os momentos em que, por insegurança, por medo, por não saber como agir, nos protegemos no espaço seguro de nosso papel social e desde aí atuamos. Assim como muitas outras vezes é o próprio grupo que nos joga no campo do especialista, convocando-nos como tal.

No princípio, quando cheguei à Nikosia, em muitos momentos me vi sem saber como agir, que posição ocupar, já que sabia muito pouco de rádio e talvez demasiado de ser psicóloga. Percebo hoje que muitas vezes via o coletivo através das minhas grossas lentes de especialista. Como nos ensina Lacan (1985), é preciso saber retirar os óculos de dentista (que é um especialista) para poder enxergar melhor. Mas reconhecer tal necessidade não simplifica a tarefa. Abandonar minha confortável posição de suposto saber e me aventurar em um terreno que conhecia pouco. A tudo isso, posso acrescentar ainda os distintos convites que o próprio grupo fez a ser o especialista, o que tornou minha tarefa ainda mais complexa. Como resistir a tamanha tentação? Como não ser a psicóloga de plantão para deixar comparecer uma nova possibilidade de ser dentro desse espaço?

O próprio dinamismo do espaço da rádio é quem nos socorre dessa armadilha. Foi quando me dei conta que talvez minha posição no espaço da rádio pudesse ser a posição de alguém que acompanha. Acompanhar era algo conhecido pra mim, uma vez que havia trabalhado muitos anos como acompanhante terapêutica e também no meu exercício profissional havia tido a possibilidade de acompanhar distintos grupos. Na posição de acompanhar terapeuticamente alguém, já se rompem de cara algumas posições fixas do *setting*, como já afirmei neste escrito, pois ambas as personagens estão vivendo a experiência de estar fora da instituição. Tratava-se de poder reinventar um acompanhamento junto ao processo da Radio Nikosia, com suas especificidades. Algo totalmente novo, pois de fato nunca havia me experimentado na posição de redatora de rádio, a não ser em momentos pontuais, junto à rádio Potência Mental.

Recupero aqui a ideia do artesão da saúde e da etnografia como dialógica para inventar esse lugar de ser junto à Nikosia. Como artesãos da saúde, reconhecíamos a potencialidade de nossa matéria, mas sabíamos também do desafio que implicava abordá-la. Enfrentaríamos as resistências e as ambiguidades da mesma, uma delas, justamente a da categorização social aqui apresentada. Até porque, como já afirmei, não

se tratava de acabar com as singularidades de cada um, mas de compor com as mesmas, como na ideia defendida de multidão. Seria dessa composição que emergiria o novo.

O artesão da saúde, entendido como aquele que busca abordar sua matéria, sendo conhecedor de suas resistências e ambiguidades, não se esquivava de tentar tirar dela tudo o que a mesma pode lhe oferecer. Para tanto, conta com a ajuda de um coletivo, reconhece a necessidade de compartilhar com outros pares suas inquietudes. Uma vez nesses coletivos, mescla-se, deixa-se contagiar pela alteridade que o outro representa sem deixar de ser ele mesmo em sua singularidade. Assume de saída uma postura investigatória e reconhece o seu não saber, postura que nos aproxima muito da do antropólogo que utiliza como ferramenta a etnografia dialógica, permitindo assim a emergência de distintas discursivas, ou melhor, de distintas narrativas dentro dos espaços nos quais investiga ou trabalha.

Esse artesão etnógrafo utiliza suas habilidades, sua imaginação e sua capacidade de criar para abordar sua matéria. Nesse aspecto, necessita manter a autocrítica, a capacidade de pensar e desenvolver análises que reconhecem suas insuficiências, já que é sabedor da complexa tarefa de descrever o vivenciado. Seu espaço de trabalho, por excelência, é a cidade, o espaço urbano, com o qual vai compor constantemente seu trabalho artesanal.

Justamente por ser uma produção artesanal, o tempo de realização é um tempo outro. Um tempo de lentidão por escolha (SANT'ANA, 2001) que permite a imersão, a troca de experiências através da narração através de uma certa repetição do gesto, que sempre marca uma diferença com o anterior, uma vez que o exercício do mesmo permite o questionamento e a possibilidade de reinventá-lo a cada novo exercício. Desse modo, o artesão da saúde vai se experimentando em distintas posições, em distintos papéis, sentindo-se apoiado pelos coletivos com os quais coopera e sendo capaz de romper algumas fronteiras rigidamente construídas e mantidas em nossas sociedades. Ele pode se autorizar a correr o risco de perder algo de si para encontrar algo novo por ser um entusiasta dos encontros e dos descobrimentos. Sente-se arroubado pelo coletivo, que lhe proporciona ao mesmo tempo um espaço de proteção, mas com liberdade para tropeçar em uma descoberta; espaço potencializador dos encontros.

Mas nem todos os espaços sociais se apresentam dessa maneira. Na maioria dos casos, o que vemos é o inverso. Ou bem nos deparamos com espaços absolutamente protetores – como é o caso do hospital psiquiátrico, que em nome de uma total proteção

do sujeito aniquila-o, roubando-lhe a liberdade –, ou com o espaço da rua, como espaço totalmente livre para o *devir* e, como tal, também pode operar como aniquilador do sujeito, já que lhe joga na *urbe* sem nenhuma proteção, sem nenhum ponto de ancoragem.

Osmar frequenta a Radio Nikosia assiduamente. Ele conta sua inquietante história de cobaia da medicina. Por ter tomado durante muitos anos medicação psiquiátrica inadequada, ficou com graves sequelas de efeitos extrapiramidais importantes que lhe dificultam a vida. Os especialistas resolveram aplicar a Osmar uma nova tecnologia, convertendo-o em um *cyborg*, meio homem, meio máquina. Ou, como ele mesmo gosta de se apresentar, como o homem de lata, aludindo ao conto do Mágico de Oz⁵⁷, que todos conhecemos, assim como as desventuras do homem de lata em busca de um coração.

Certa feita, Osmar foi a um hospital psiquiátrico de Barcelona ver se conseguia encontrar uma medicação que lhe auxiliasse a enfrentar os efeitos extrapiramidais, já que a tecnologia de ponta inserida no cérebro de Osmar em forma de *chip* não parecia dar conta do problema. Essa medicação saiu de circulação, mas pode ser encontrada ainda em alguns locais, razão que fez com que nosso homem de lata iniciasse uma peregrinação, para além de seu serviço de referência, em busca de tal medicamento. Aqui fica claro o que Menéndez (2005) alerta, quanto à importância de considerar a autoatenção que a pessoa desenha como forma de cuidado e, portanto, de tentativa de buscar uma solução para seu sofrimento. Ao chegar ao dito hospital, Osmar explicou sua história, que imediatamente foi tomada como sem pé e nem cabeça, coisa de doido varrido, e ele foi internado nesse local. A internação baseou-se no que ele mesmo havia apontado em seu diagnóstico quando chegou, referindo-se a um aparato no cérebro comandado por um controle remoto, que emite ondas que acionam o circuito de seu cérebro, e ainda pede por um medicamento que saiu do mercado. Descontextualizado de sua história, o relato foi tomado como uma produção delirante, corroborado pelo diagnóstico facilmente comprovado pela pessoa que lhe recebeu no hospital, já que o sistema de saúde em Barcelona está informatizado. Nosso homem de lata não encontrou o coração de que necessitava.

Quando afirmo isso, não estou apelando para uma visão romântica e nem idealizada, mas apontando que em saúde é preciso o encontro de humanos, e não de

⁵⁷ Série de 14 livros infantis escritos por Lyman Frank Baum entre 1901 e 1911, nos Estados Unidos.

máquinas. Computadores que informatizam o sistema não podem ser utilizados como detentores da verdade sobre o sujeito. A biomedicina, em consonância com Martínez-Hernández (2000), é uma terapêutica do ter e não do ser, da doença e não do doente, da observação e não da escuta, do sinal físico e não do sintoma. Por trás dessa negação do sujeito, operada pela biomedicina, existe toda uma epistemologia do sofrimento que deveria ser considerada. Um *chip* implantando não pode querer ter a pretensão de resolver todos os problemas do sujeito em sua complexidade. Da mesma maneira, um diagnóstico construído a partir dos sintomas não pode nunca dizer do sujeito que nos interpela. É preciso encontro humano, por isso a ideia de coração, de pulsação, de vida. É preciso contágio entre quem demanda e quem escuta. É preciso encontro em seu real significado, ou seja, perder algo de si frente à alteridade que o outro provoca e sair de tal encontro diferente de quando entramos, ou seja, devidamente tocados, marcados.

A história de Osmar e suas desventuras pelo sistema de saúde convidam-nos a um longo trabalho pela frente. O que ele vive nos aponta que a sociedade na qual vivemos não está preparada para o convívio com a diferença e para escutar ao outro desde seu saber profano, mesmo quando essa sociedade se faz representar pelo setor de saúde. Isso nos convoca a compartilhar com outras pessoas essas narrativas e contaminá-las com nossas ideias.

Assim como Osmar, muitas outras pessoas que circulam pela rede de serviço da cidade chegam a Nikosia. Certo dia, surgiram dois irmãos na rádio, acompanhados de uma monitora do serviço de saúde. Eles vieram para o atelier livre, pois queriam pintar. Vou chamá-los de João e Maria, como os dois garotinhos perdidos do conto infantil. Muito tímidos, retraídos e visivelmente fora de lugar, eles ensaiaram uma aproximação auxiliados pela trabalhadora que os acompanhava. Permaneceram muito pouco no primeiro dia, e logo relataram a necessidade de ir embora. Ao serem questionados e convidados pelo grupo a ficarem mais, o rapaz respondeu que “por hoje já está bom”. Frase que nos faz refletir sobre o que é bom para eles, como se sentem fora de seu ambiente, por que não se autorizam a permanecer sem a companhia da monitora. Não pintam nada, mas retornam na semana seguinte.

As aulas de desenho sempre iniciam com um exercício corporal, mas os dois irmãos observam sentados, enquanto bailávamos ao som de uma música indiana. Mover o corpo, fechar os olhos, sentir, potencializar o corpo para o encontro com a folha de papel em branco, nossa matéria nesse espaço de produção. Maria ria, sentada em uma

cadeira, João apenas observava. Finalizamos o exercício e fomos buscar o material para trabalhar. Eles se mobilizaram, caminharam em direção ao armário cheio de material para pintura, foram incentivados com gestos, olhares e palavras pelos demais participantes do grupo.

Começaram a trabalhar, de maneira livre, espontânea, mas acompanhados de perto tanto pelo grupo quanto pela artista, que percorria a oficina falando com cada um dos participantes, auxiliando, às vezes questionando ou ajudando a solucionar impasses. Ao final do trabalho, após recolher e limpar todo o material, conversamos sobre nossa produção do dia. Apresentamos e debatemos nossa obra. João e Maria não quiseram falar. Limitaram-se a escutar o que cada um do grupo pôde dizer sobre sua participação e produção. Ainda levaríamos alguns encontros para escutá-los.

Primeiro João, depois Maria. Lenta e timidamente, João segurou o seu trabalho e o apresentou para o grupo. Não falou muito, mas foi seu primeiro passo, sua estreia junto a nós no mundo da comunicação verbal. Inicialmente, fomos construindo outras formas de contato: pelo olhar, pelo gesto, pelas cores das tintas, pelos desenhos, até chegar ao ponto de ele sentir-se à vontade de expressar-se verbalmente. Nesse ponto também já participava há algum tempo do exercício corporal. Assim como Maria, que ainda olhava desconfiada o que faziam seus companheiros de grupo e ria, quando era surpreendida em um encontro de olhares. Cada um no seu ritmo, cada um como pôde.

Passaram a frequentar o espaço da rádio no dia de emissão do programa. Conheceram outros participantes que não faziam parte da oficina de artes visuais. Encantaram-se e encantaram com sua simplicidade e timidez. João já dava beijos calorosos, mais aberto, menos tímido. Maria também beijava e ria. Ambos permaneceram no umbral da porta do estúdio, nem quiseram cumprimentar os ouvintes no ar, mas sua presença era enunciada pelo coordenador do dia. João ficava vermelho e Maria ria.

Com o passar o tempo, animaram-se a dar um olá ao vivo. Era perceptível que se sentiam mais confortáveis. João convidou o grupo a assistir a uma apresentação do coral do qual fazia parte. Tempos depois, Maria perguntou se podia fazer seu aniversário na sede da rádio, o que foi automaticamente aceito pelo grupo. Comemoramos juntos o aniversário de Maria ao som de música e ao sabor da comida que ela ofereceu no tradicional *pica pica*.

Atualmente, os dois irmãos seguem frequentando a oficina de desenho e a rádio. Maria já lê poemas no ar. João trouxe sua namorada, que também passou a fazer parte do grupo e a vir semanalmente nas aulas de pintura e na rádio. Recentemente, comemoraram seus oito anos de namoro conosco em uma festa em alto estilo, no pátio do Convento de Sant Agustí, no qual realizamos a oficina de artes visuais⁵⁸. Nesse dia, receberam muitos presentes, mas também deram um presente para cada um dos convidados. Destacamos esse gesto, esse detalhe surpreendente, pois normalmente estamos acostumados a ir a festas de aniversário e dar presentes, não receber. Mas nesse dia foi diferente, todos recebemos um presente pessoal, escolhido especialmente pelo casal de namorados para cada um dos convidados da festa e seus companheiros de trabalho, tanto na rádio quanto na oficina.

O gesto de receber e dar surpreende, mas faz pensar. O que está posto nesse gesto? O que ele atesta? Inovação, carinho? Acredito que esse gesto revele uma faceta do trabalho da artesanaria do encontro que realizamos de forma cooperativa. Cotidianamente, damos compromisso, colaboração, ideias, participação, mas também recebemos daqueles que se dispõem a produzir conjuntamente. É uma via de mão dupla, construída de forma coletiva, assim como o gesto do casal de namorados. E cada presente, cada matéria é singular nesse espaço e afeta a cada um de nós de distintas maneiras.

Gostaria ainda de ressaltar que João e Maria puderam sair do *rol* de pacientes para serem redatores de rádio, ou artistas, ou mesmo cantores de coral, porque encontraram um entorno que lhes ofereceu a possibilidade de se experimentar em novas posições e papéis sociais, uma rede social que lhes proporcionou espaço de ser e produzir. É um entorno que se oferece como ponto de ancoragem e, portanto, espaço protegido, ao mesmo tempo em que mantém a liberdade de circulação e participação, aceitando o sujeito na sua diferença, sem impor limites ou normas à sua subjetividade. Um espaço espiral, em constante abertura e movimento. E é talvez nesse aspecto que as redes culturais possam produzir mais saúde que o próprio sistema, por desmistificar o papel social dos envolvidos, não se ancorar em uma construção hierarquizada que sujeita o sujeito a uma posição de sombra e valorizar os distintos saberes, construindo cooperativamente os espaços de encontro de que tanto falei ao longo deste escrito.

⁵⁸ A Asociación Socio Cultural Radio Nikosia possui duas sedes oficiais. Uma na Praça Real, no espaço da Contrabanda FM, e outra no Centro Cívico Sant Agustí, situado também na área que compõe o distrito da cidade velha.

Tal posição nada é fácil de sustentar no cotidiano da rádio, pois as velhas amarras do especialismo, da categoria social de cada envolvido, do estilo de vida e dos diagnósticos que nos atravessam a todos, já que somos produtos de um mesmo caldo cultural, insistem em se presentificar. Como também já apontei neste escrito, somos seres em processo de subjetivação, portanto não somos seres acabados e com respostas para todos os impasses que o trabalho nos demanda. Muitas vezes, como artesãos da saúde, temos que suspender o desejo de finalização de uma obra, de um projeto, para poder chegar a um resultado melhor, mais afim com os ideais defendidos.

A intenção não é idealizar o espaço de rádio como idílico, mas reafirmar sua potência como instrumento de comunicação de outra verdade sobre a loucura, bem como um espaço possibilitador de encontros para aqueles que o frequentam. Para tanto, convoco Pedro, outro frequentador assíduo dos programas, para contar-nos sua história.

Pedro chegou faz pouco tempo. Em um primeiro momento, tinha uma discursiva totalmente caótica e desencontrada, poderíamos dizer eminentemente delirante. Sua presença provocava reações diversas no coletivo nikosiano. Uns se identificavam, outros rechaçavam, e ainda havia aqueles que defendiam a ideia de policiar seus discursos pela antena. A perspectiva pela qual Pedro vê o mundo mobilizou o grupo. Tentávamos oferecer-lhe espaço de fala, sem com isso tolher o espaço dos demais membros. Pedro podia passar horas falando de suas ideias e tentando convencer os outros companheiros de que sua visão era válida e que deveria ser adotada por todos.

Tal postura fez emergir uma série de conflitos entre ele e os demais membros de Nikosia, mas Pedro estava disposto a contar sua história e a defender suas ideias, doa a quem doer. Ao fazê-lo, acabou revelando componentes de sua história ao grupo que, em dado momento, passou a utilizar tal informação para explicar a situação de Pedro, algumas vezes ao seu favor, outras nem tanto. São componentes que falam do estilo de vida que Pedro um dia levou, e que fazem parte de seu passado, e do estilo de vida que ele se propõe hoje, ou seja, do que ele tenta sustentar a partir de certa pregação, que é dirigida muito mais para ele mesmo do que para os demais membros de Nikosia.

Como nos aponta Menéndez (1998), colocar no estilo de vida do sujeito a responsabilidade pelo seu adoecimento é culpabilizar a própria vítima. Desde uma visão antropológica, devemos sublinhar e descrever as diferenças socioculturais. Nesse sentido, o artesão da saúde tem o seu fazer marcado por uma visão dialógica que considera a discursiva do sujeito, incluindo o mesmo, bem como sua experiência de

sofrimento em suas análises. Então, o que fazer com a discursiva desconcertante de Pedro?

Retomando o conceito de desinstitucionalização, já proposto neste escrito, como um processo de desnaturalização das lógicas manicomiais presentes em muitos espaços sociais – sejam de tratamento ou não –, é preciso estar sempre atento para que a intervenção que realizamos não seja manicomial. O artesão da saúde é alguém especialmente preocupado em analisar suas posturas, já que é conhecedor do risco de que uma postura manicomial se configure mesmo em espaços abertos, ou como no caso da rádio, em um espaço social. É uma postura difícil de sustentar, uma vez que implica estar constantemente negando, superando e inventando, como ensina Amarante (1992).

Pedro, nestes últimos tempos, convocou-nos como grupo a essa tarefa. Em suas crises, quando estava mais delirante e não se permitia escutar a ninguém que não ele mesmo, nos momentos de rádio aberta, quando tomava o microfone de assalto e monopolizava a conversa, ou mesmo quando propunha um tema para o programa de rádio, convocava-nos ao difícil exercício de não ser manicomiais. Ser manicomial seria uma saída fácil: cortar-lhe a palavra, não permitir que ele fosse às rádios abertas, não o deixar propor nenhum tema até ele abandonar seus pensamentos delirantes etc.

O desafio era justamente propor um ponto de ancoragem, dar continência à discursiva de Pedro, sem com isso sacrificar o grupo. Tratamos de colocar em marcha nossa capacidade inventiva. Primeiro, é importante ressaltar que é um trabalho realizado pelo grupo, no qual fomos nos experimentando aleatoriamente, sem nenhuma conversa prévia. Não era algo combinado e não desenhamos nenhuma planilha de acompanhamento para Pedro. A verdade é que, devido ao peso da intervenção, fomos tratando de nos dividir na tarefa. Em cada atividade, alguém acabava fazendo função para Pedro e também para o grupo, que respirava mais aliviado.

Em alguns momentos, vacilamos e acabamos caindo na armadilha do gesto manicomial, mas na maioria das intervenções estamos conseguindo manter uma relativa convivência pacífica entre ele e os demais membros da rádio. Conseguimos em muitos momentos relativizar o peso provocado pela discursiva pregatória de Pedro com a ironia, com a brincadeira, com um senso de humor que se fez necessário para aliviar o peso da tensão que por vezes se insurgia. Como já disse, sua discursiva é um tanto pregatória, de uma religião própria, de acordo com seu olhar sobre o mundo e sobre como ele pensa que esse mundo poderá vir a funcionar melhor. Assim, Pedro repete

muitas vezes algumas palavras, utilizadas em seu discurso como conceitos que, ao serem tantas vezes repetidos em distintas ocasiões, perdem a força discursiva para ganharem o amargo peso da repetição, como uma pregação de verdade.

Em algum momento, em uma dada assembleia, alguém disse a Pedro que se ele falasse outra vez a mesma palavra teria que pagar um almoço para cada um dos componentes do grupo, ao que Pedro reagiu com uma risada. A reunião seguiu, e Pedro falou outra vez a tal palavra. Alguém rapidamente gritou: “Anota aí um almoço pra galera”. Nova gargalhada de Pedro e de outros membros da reunião. A palavra voltou a fluir, e Pedro novamente falou. Alguém fez com a boca o som de uma buzina e completou: “Dois almoços galera!” Pedro deu gargalhadas, enquanto outros se somavam a ele na gostosa risada. A tensão se aliviou, o discurso foi tomado desde uma nova perspectiva. Pedro tomou a palavra outra vez, mas com cuidado para não repetir a tal palavra. Todos pudemos rir juntos.

Em certos momentos, a ancoragem é oferecida de outra forma. Pedro estava conosco em uma rádio aberta e monopolizava o microfone, não deixando ninguém falar. Proferia suas verdades e seus ideais, mas o grupo estava aborrecido com sua postura. Nesse dia, foi uma conversa ao pé do ouvido, ainda dentro da sala de conferências, que teve o poder de questioná-lo por um momento. Já que ele fala constantemente em direitos e em vontades, foi convocado a praticar o que discursa, dando espaço a seus companheiros para que também pudessem falar. Pedro acatou, desculpando-se e acrescentando que às vezes não consegue dominar sua vontade de falar. Após a conferência, a conversa entre Pedro e o seu interventor nesse dia seguiu de forma a questioná-lo sobre como defender suas ideias respeitando às dos demais, além de oferecer um espaço de escuta a suas questões.

O desafio proposto por Pedro e tantos outros é de como manter um espaço aberto e democrático sem ferir a liberdade e as possibilidades do grupo de nikosianos. Sabemos que a face dura da crise provoca distintas reações e, por que não dizer, identificações naqueles que lhe olham nos olhos. Nesse ponto, convoco outro dos nikosianos a ajudar a manter a autocrítica necessária a este trabalho ao qual me proponho. Advirto de saída ao leitor que assumir tal postura implicava alguns riscos e vertigens. Que fale por si mesmo o nosso companheiro Profeta.

Profeta vinha frequentando a rádio de maneira assídua. Sua adesão foi rápida e desde sempre muito ativa. Chegou ao primeiro dia já com um violão embaixo do braço,

cantou, falou e encantou. Rapaz inteligente, mostrava sua erudição em suas intervenções e também em seu talento, tocando as cordas do violão. Rapidamente, incorporou-se ao grupo em uma velocidade estonteante. Sempre simpático e sorridente, passou a ser cada vez mais solicitado pelo grupo para a realização de distintas tarefas da rádio. Ele respondia sempre positivamente aos convites e desempenhava muito bem seu papel de redator de rádio, apesar do pouco tempo de participação.

O verão chegou e os nikosianos se espalharam pelo mundo para suas merecidas férias. Uns buscaram o frescor das montanhas, outros as cálidas areias da costa espanhola, outros voltaram a suas cidades natais e outros seguiram por aqui, curtindo a Barcelona em férias. Retomamos o ritmo normal de trabalho e sentimos falta de Profeta, que não se juntou a nós com o final das férias. Ninguém sabia dele. Uns começaram a comentar que deveria estar internado, outros que teria prolongado suas férias, mas ninguém tinha certeza de nada. As pessoas que tinham maior contato com ele fora da rádio também não sabiam nada dele. Profeta havia simplesmente desaparecido no ar.

Estávamos todos imersos em uma reunião de assembleia pesada, com uma pauta imensa e cheios de questões para encaminhar, quando Profeta irrompeu na sala com seus trajés coloridos. A reunião parou com a sua entrada e muitos beijos e saudações foram trocados até voltarmos à nossa tarefa. Ele sentou, puxou um caderno e começou a fazer anotações enquanto o grupo debatia. De repente, ele falou. Todos viraram-se para escutá-lo, pois sua colaboração é sempre bem-vinda. Ele comentou que o espaço não lhe parecia nada democrático e que em verdade ninguém se escutava. O grupo se paralisou entre chocados e sem saber como reagir. Profeta seguiu com seu discurso pouco amistoso e acusatório de falta de escuta, de pouco diálogo, de olhar-se nos olhos e de uma real liberdade de expressão.

Alguns comentaram e tentaram explicar a Profeta que o momento da assembleia é mais objetivo que o da rádio, porque nesse espaço temos que encaminhar todas as questões de agenda, de atividades, mas que há liberdade de opiniões, que talvez ele não estivesse acostumado, pois antes sempre frequentava a rádio e suas atividades, mas nunca comparecia nas assembleias. A resposta não convenceu Profeta, que voltou a acusar o grupo de não ser democrático, de não escutar verdadeiramente, de não olhar nos olhos do interlocutor.

O grupo paralisado não sabia como reagir à provocação de Profeta. Antes de sua chegada, justamente estávamos debatendo sobre essas questões e nos encontrávamos

frente ao difícil exercício da democracia. A chegada de Profeta, dando esse *feedback*, nos deixou perplexos. Olhar-se nesse espelho não é tarefa fácil. A reunião acabou e voltaríamos a nos deparar com isso na quarta-feira, dia de programa.

A quarta-feira havia chegado e com ela o programa de Nikosia. Profeta veio ao estúdio, estava visivelmente desorganizado, sua discursiva ininterrupta nos atestava o atravessamento de uma crise. Atrás de Profeta, vinha seu pai, sem saber como lidar com ele. Pensou em internar, mas o filho não concordava. Já não sabia como agir e nos pedia socorro. Também estávamos confusos, também vacilamos em como conviver com a crise de Profeta e ainda assim emitir um programa e dar suporte aos demais colegas que se afetavam com o que estava passando. Na verdade, todos estávamos afetados. Sabíamos o que não queríamos que ocorresse. Tínhamos claro que a presença de Profeta devia ser garantida, que era preciso lhe dar espaço de fala e de escuta, pois era justamente isso que ele estava reivindicando em sua discursiva, e pouco importava se ela emergia de forma delirante, pois é essa também nossa reivindicação a cada dia, a cada programa. Mas como armar esse espaço de contingência e livre expressão que reivindicava Profeta e ao mesmo tempo manter o espaço dos demais? Já que – e aqui tenho que marcar essa diferença –, em meio a seu processo de crise, a narrativa de Profeta tentava suplantar todas as outras? Como compor? Como garantir esse espaço e sustentá-lo?

Com a ajuda de colaboradores⁵⁹, pudemos dividir o processo de acompanhar Profeta com outros colegas, que de fora, desde uma posição de alteridade, puderam garantir a ancoragem necessária para tentar auxiliar Profeta e sua família nessa travessia. Já afirmei aqui que o papel da rádio é o de comunicação e não de um espaço terapêutico, ainda que possa resultar terapêutico para seus frequentadores. Mas a ideia não é transformar a rádio em um serviço de saúde. Por outro lado, não podíamos fechar os olhos à crise vivida por Profeta e tínhamos que encarar o desafio de contingência a partir de outro lugar, um espaço de rádio. A crise vivida por Profeta nos alertava do conflito vigente nesses espaços abertos e de livre expressão. A crise de Profeta era a nossa crise.

As mesmas vozes que se erguiam contra o estigma começaram a falar em internação, em medicar, em conter, pois falavam do insuportável que resulta o

⁵⁹ Nikosia conta com a ajuda de alguns profissionais, que de fora do sistema público de saúde nos auxiliam a resolver determinados impasses, já que em muitas das situações que enfrentamos recebemos pessoas com certa resistência a frequentar a rede de serviço em função de alguma má experiência.

enfrentamento com o avesso do outro, representado pela crise. O discurso de Profeta, afinal, não era tão bem-vindo.

O grupo nos cobrava um posicionamento, nos instigava a pensar saídas ao impasse. Profeta, em meio à sua travessia, também. Que fazer? Tratamos outra vez de nos ocupar de oferecer borda, agora a Profeta. Escutá-lo em sua verdade e depararmos com a cruel realidade que ele nos apontava. Como um bufão que frente ao rei debocha descaradamente dos seus defeitos, mas longe de fazer rir, Profeta nos fez pensar, refletir. Somos capazes agora, frente à crise real, de acolher essa pessoa, propondo outra intervenção que não seja a internação? Buscar os colaboradores é compartilhar a tarefa ou encaminhar a demanda para se livrar dela? Microfones abertos à verdade delirante ou exercício de censura?

Neste justo momento vivemos essa situação, atravessamos essa crise, que é nossa como espaço que se reafirma e se reinventa como rádio a cada novo programa. A travessia é dura, complexa, muitas demandas emergem no horizonte de Nikosia. Profeta encarna em sua crise o nosso maior desafio, sustentar práticas de saúde inclusivas e que tenham a capacidade de enfrentar e acolher a crise, pois bem sabemos que, como nos ensina Freud (1911), o delírio já é uma tentativa de o sujeito organizar a experiência traumática da alucinação, e portanto deve ser acolhido, não negado. Quando afirmamos que a crise de Profeta é a nossa crise, não é apenas uma metáfora, mas o real desafio de propostas inovadoras em tentar produzir espaços realmente democráticos e inclusivos.

Quando o grupo nos cobra como agir com Profeta, refaz o papel social dos trabalhadores e usuários. Isso implica não cair na armadilha de que os especialistas têm a resposta para a questão, e tensionamos o grupo a propor juntos uma intervenção, como fizemos com Pedro. Assumimos uma postura questionadora e crítica frente às propostas que vão surgindo: internar, medicar, obrigar a ir ao médico. Os nikosianos, visivelmente atravessados pelo que se passava com Profeta – já que tal crise também tratava de nossa crise como espaço de rádio, pois era analisador dessa difícil missão de composição e participação –, chegaram a propor exatamente tudo o que sistematicamente negamos no ar a cada programa e o fizemos com convicção.

Ao retornar para o grupo o que estavam propondo, ao questionar tais ideias, o grupo pôde perceber o quanto tal postura era manicomial. Ao demonstrar que a dadas pessoas supostamente especialistas se estava cobrando uma solução da crise, o grupo pôde se dar conta de que refazia o *rol* social e com ele as hierarquias que lutamos tanto

para desfazer. Com isso, o grupo pôde parar, sair da crise para olhar desde outra perspectiva, e pôde voltar a ser propositivo e inventivo na perspectiva de enfrentar a crise. E nisto estamos⁶⁰, mas convencidos de que a crise deve ser vivida e atravessada e que poderemos sair dela melhores do que quando entramos, pois está relacionada a conflitos que são positivos para o crescimento do coletivo, bem como de encontros próprios da vida.

Questiono também se buscar a ajuda externa não seria uma forma de encaminhar a demanda e livrar-se dela. Acredito realmente que é sumariamente importante que a rede dialogue com outras redes sociais, só assim garantiremos a abertura para fora e o reconhecimento de que sozinhos podemos muito pouco. Faz-se necessário um envolvimento de diferentes atores sociais e a utilização dos espaços da cidade em toda sua potência, pois só assim atingiremos a tão almejada forma espiral, que além de falar de uma eterna abertura, revela eternos fluxos e atravessamentos, atesta subjetividades que se constroem nestes fluxos. Aqui, a ideia de cooperação ganha um contorno especial para que o grupo possa seguir em frente e desenvolver seu trabalho.

Essa situação fica clara quando nos deparamos com os espaços de ancoragem que Nikosia pôde ir abrindo ao longo desse período. Vou relatar aqui alguns fragmentos do recém-iniciado espaço de teatro. Nele, através da consigna de fazer teatro, estamos trabalhando muitas coisas que emergem do coletivo da rádio e oferecendo outro ponto de ancoragem e outras possibilidades de acompanhamento, além de outros olhares, como no caso do professor⁶¹ de teatro social que atualmente nos acompanha.

Faz pouco tempo que estamos realizando a oficina de teatro, mas quero recortar algumas das experiências vividas nesse espaço para focar a importância de aberturas de outras redes sociais dentro da rede Nikosia. Antonio nos propôs uma série de exercícios já no primeiro dia. Um deles, que realizamos ao final de uma classe de duas horas, consistia em caminhar juntos, estando o grupo posicionado lado a lado, ombro com ombro, sem, no entanto, utilizarmos a palavra para realizar a tarefa. Tratava-se de sentir no corpo, falar com o corpo para desencadear o movimento coletivamente.

⁶⁰ Enquanto redigia as linhas finais deste escrito, Profeta foi internado, mas o analisador que ele dispara segue ecoando no ambiente da rádio.

⁶¹ Antonio R. Masegosa, através do retorno que nos dá em determinados exercícios de teatro durante a oficina, tem nos feito pensar e refletir sobre nossa forma de inserção e nossa postura em Nikosia. Esses *feedbacks* têm sido muito importantes para a reflexão coletiva.

Enquanto um grupo de sete pessoas tentava realizar a proposta, outro ficava observando. Depois de várias tentativas, os grupos trocavam de posição.

O grupo do qual tomei parte foi o primeiro a fazer as tentativas de caminhar juntos, mas não conseguimos realizar a tarefa, ainda que à medida que tentássemos uma e outra vez íamos nos aproximando mais de conseguir. Todas as tentativas foram acompanhadas pelas palavras do professor que nos ajudava a perceber o que estávamos produzindo. Ele interrompia o movimento do grupo e nos convidava a falar sobre o que estava passando e por que não conseguíamos finalizar a tarefa com êxito. Primeiro, nos ajudou a perceber a presença dos líderes, os que sempre acabavam puxando o grupo para o movimento, e nos convocou a abrir mão dessa posição. Alertava-nos quanto à importância de escutar e sentir o corpo para, então, conseguir produzir um movimento coletivo, sem uma liderança, ou seja, realmente uma atitude de movimento que nascesse do coletivo. Ofereceu-nos a dica de sintonizar a respiração. Depois, apontou-nos o quanto não estávamos nos escutando, nos percebendo. Entre as muitas tentativas, foi indicando quanto somos dependentes de uma palavra, de uma ordem, de alguém que tome a dianteira, que seja mais propositivo, como temos dificuldade de verdadeiramente escutar e produzir coisas juntos, mas ressaltou o grau de dificuldade do exercício e nos ofereceu um caloroso aplauso pelas tentativas.

Fomos convidados a mudar de posição e observar o outro grupo na tentativa de realizar a tarefa. Sentamo-nos e observamos o novo grupo que se formava tentar executar o exercício. O grupo já havia acumulado a experiência de nos observar e também pôde escutar e refletir sobre tudo o que Antônio foi apontando ao longo do exercício, inclusive dando opiniões, apontando os líderes que se apresentaram para tentar compor o movimento, onde falhávamos etc. Na quarta tentativa, o grupo conseguiu caminhar coletivamente, e todos começaram a aplaudir. Antônio também. O grupo voltou a tentar produzir novamente o processo e não conseguiu. Frustraram-se, pois haviam conseguido tão rápido e logo já não podiam mais repeti-lo. Antonio, como sempre, comentava coisas enquanto o grupo realizava a tarefa. Ele nos ajudava a ver que, por termos nos afobado e perdido a concentração por ter conseguido tão rápido realizar a tarefa, não fomos capazes de repeti-la. Que para a realização de tarefas coletivas é preciso ter calma, realmente compor sentindo o outro.

É impossível não comparar a experiência vivida na aula de teatro com o que vivíamos na rádio naquele momento de enfrentamento com a crise de Profeta. Apesar de

nunca termos comentado nada na aula sobre o que passava na rádio e de que alguns componentes não fazem parte dos dois grupos, fica tangível a matiz que perpassa as duas atividades. A importância de produzirmos conjuntamente e de forma cooperativa e não de buscar líderes, ou coordenadores; a importância de verdadeiramente nos escutarmos, para além da palavra dita, tentando senti-la; de como tal tarefa exige concentração, tempo, humildade e a repetição incessante do gesto para que se possa atingir o que se almeja, para realmente ocupar uma posição de artesãos da saúde.

Em outro encontro, Antônio nos propôs um exercício que consistia em repetir o gesto iniciado por alguém e acrescentar algo novo a ele. O próximo a executar o gesto repetiria o que já havia sido realizado e acrescentaria algo novo, e assim sucessivamente. Iniciamos o exercício, mas rapidamente interrompemos, pois parecia que o grupo não havia compreendido a tarefa. Voltamos a tentar, e o exercício não saiu como deveria. Antônio convocou o grupo a pensar o que podia estar acontecendo para não conseguirmos cumprir a demanda. Voltamos a tentar e nada. Antônio convidou-nos a refletir sobre o que isso revelava. Analisando o processo vivenciado, fomos nos dando conta de que cada novo participante fazia outra coisa totalmente diferente ao gesto anterior, não respeitando a ideia proposta, e percebemos o quanto cada um queria ser o protagonista mais inovador, mais divertido e criativo do grupo. Com tal atitude, o gesto emitido pelo outro acabava sendo desconsiderado. Também percebemos como a pressa em realizar a tarefa nos impedia justamente de fazê-la. Retomamos a proposta do exercício e por fim pudemos realizá-la.

Trago o exemplo desse outro encontro para comentar dois pontos que me parecem fundamentais e que podem ser geradores de impasses dentro do ambiente da rádio: o protagonismo e a possibilidade de suspensão do desejo, já apontados neste escrito. No trabalho de rádio e mesmo na fundação da associação, lutamos para que cada membro da rádio pudesse assumir o protagonismo de suas ações, ou seja, tomar parte na produção efetiva dos programas e da gestão do espaço. Com isso, sem dúvida, estamos valorizando a posição de cada um, mas sem incentivar um individualismo que tente sobrepor-se ao grupo. É importante retomar a ideia de multidão, no sentido de garantia das singularidades, mas sempre em composição com o coletivo, já que, como afirmei, a artesanaria é um trabalho realizado em cooperação.

Nesse ponto, voltamos a pensar na armadilha da oficina medieval, que jogava no mestre a responsabilidade e também o poder desse protagonismo. O que definitivamente

não queremos é uma reprodução desse mestre, uma exacerbação do indivíduo como uno, como potente em si mesmo, de forma totalmente narcísica. Cada um é um e deve contar como tal no universo Nikosia, mas ninguém é mais ou melhor que o outro, ninguém é mestre. Somos melhores justamente quando somos capazes de compor com o outro de forma coletiva. Podemos comprová-lo tanto nas emissões dos programas quanto nas classes de teatro, pois as ações desenhadas pelo compromisso coletivo tendem a ter muito mais potência do que o aparecimento de uma estrela.

Outro ponto refere-se à suspensão do desejo para concluir a obra, que de meu ponto de vista tem-se mostrado frequentemente no exercício de fazer teatro. Como em muitos momentos, temos que repetir várias vezes um gesto – como nos dois exemplos aqui citados –, temos que aprender a lidar com a suspensão do desejo de finalização. Exercício penoso e difícil, que exige de cada um de nós um esforço de superação e a adoção de um tempo outro, de uma lentidão que permita a análise e o redesenho de cada gesto quantas vezes se faça necessário, e que também nos leve a admitir nossa imperfeição e nossas fragilidades. Essa postura é defendida por aquele que se propõe a ser um artesão da saúde. No início deste escrito, salientei que a força está no coletivo. Valorizar esse coletivo é fundamental para garantir um espaço verdadeiramente promotor de políticas de encontro.

Como dizemos a cada dia na abertura e no fechamento do programa de rádio que produzimos semanalmente: “Nikosia era a última cidade dividida por muralhas, ideias, religiões e um suposto abismo cultural. Acreditamos que de uma ou outra maneira todos levamos certa Nikosia dentro da geografia do corpo e da mente. Alguém separou em dois Nikosia, mas nós viajamos constantemente de um lado a outro desta fronteira. E é desde este dualismo, desde este vai-vem que vamos aqui a contar nossa história que é tão real e legítima como qualquer outra.”

Esse parágrafo alude à questão das fronteiras que já problematizei nesta tese, das divisões, do dentro e do fora, do normal ou patológico, desfazendo certezas, explicitando que todos nós levamos uma geografia nikosiana dentro do corpo e da mente. Somos seres que viajamos de um lado ao outro das fronteiras, nos contaminamos, nos encontramos com a diferença e saímos desse encontro alterados, diferentes, já não somos mais os mesmos que no início do processo. Somos seres em processo de subjetivação, ou como aqui defendo, somos artesãos da saúde. A riqueza

desse mosaico está na multiplicidade de histórias e de possibilidades que podem advir do mesmo.

Não posso concluir este capítulo sem acrescentar uma experiência recente de encontro entre os dois grupos aqui citados do Coletivo Potência Mental e a Radio Nikosia, viabilizado pelo 9º Congresso da Rede Unida, realizado na cidade de Porto Alegre, Brasil, em julho do corrente ano. As fronteiras bem separadas e delimitadas pelo Oceano Atlântico foram vencidas num voo que permitiu o encontro dos dois grupos. As barreiras da língua foram desmanchadas nas trocas de olhares, na cumplicidade dos gestos, na afirmação dos projetos em comum. O dentro virou fora e o fora virou dentro no contágio entre brasileiros e europeus, ou gaúchos e catalães.

Durante o congresso, realizamos uma rádio aberta e participamos da emissão de um programa na Lomba do Pinheiro, coroado por um almoço de confraternização na casa da Solange com um excelente carreteiro de charque. Europeus na Lomba. Esse encontro de gente aparentemente tão diferente produziu uma mistura entre o mediterrâneo e o sul-americano, entre os temperos e os cheiros de cada região, produzindo algo novo, com novo sabor. Já não éramos mais o Potência e a Nikosia, senão que um novo grupo que se monta desse encontro, desses voos, desses contágios, dessas diferenças. Desses temperos que juntos constituem o novo, o singular que atesta desse encontro, dessa produção conjunta realizada em cooperação, motivada pelo mesmo ideal de fazer rádio.

7. A CIDADE COMO OFICINA DO ARTESÃO DA SAÚDE

Ao longo deste escrito, trabalhei com a ideia de que qualquer pessoa possa ser um artesão, no sentido de que desenvolva habilidades em um espaço que privilegie sua evolução, facilitando o encontro com o outro em sua alteridade, promovendo contágios. Nesse processo, defendi uma política de educação permanente que, além de buscar o encontro, possa valorizar os saberes locais, os chamados saberes práticos que nascem das vivências e que, uma vez interrogadas e partilhadas, possam ser comunicáveis ao outro e por isso ganhem o estatuto de experiência. Por isso, esse processo de educação pode dar-se em tantos espaços distintos, desde a tradicional sala de aula até um simples percurso pelas ruas de uma dada cidade.

Proponho que, por excelência, o espaço privilegiado para a ação do artesão da saúde seja a cidade, a pólis, a *urbe* como diria Pesavento (2001), ou melhor, o espaço urbano (DELGADO, 1999). A cidade é a oficina do artesão da saúde, nela se dão os encontros e os desencontros, ela é o terreno do acaso e do acontecimento, por isso espaço potente. Nosso artesão é o homem da multidão, no sentido em que busca agrupamentos, faz associações, trabalha em cooperação, defendendo um mesmo projeto, mas sem perder aquilo que lhe individualiza, sua singularidade. É justo o que lhe singulariza, que possui espaço de expressão nesses grupos, que faz a força desse coletivo, que o transforma em multidão, que toma, invade, ocupa e utiliza o tecido urbano como oficina para sua obra: uma artesanaria da saúde.

Mas não podemos abordar a cidade e tomá-la de maneira inocente ou romântica, como nos adverte Baptista (1999). Se a cidade pode ser o espaço dos encontros, dos contágios e dos acontecimentos, ela também pode ser o espaço da segregação e da impossibilidade do encontro. Na verdade, nas sociedades modernas cada vez se observa mais uma política de construção urbanística que não privilegia o encontro; pelo contrário, desmobiliza a possibilidade de que esses ocorram. Mas em cada cidade existem múltiplas cidades, os territórios resistem, arranjam-se e desfazem-se. A cidade é

uma rede muito oxigenada e encontra brechas para escapar à clausura imposta pelos planos de dominação e segregação modernos. A cidade é rebelde e reclama sua cacofonia, seu caos, sua porosidade. É essa cidade que buscamos dentro das cidades, é esse o nosso território do acaso/acontecimento, é ela que tem a potência de ser oficina do nosso artesão da saúde. É nela e com ela que vamos trabalhar.

Na perspectiva de invadir a *urbe* e tomá-la como nossa oficina, precisamos tentar definir em que território estamos habitando. Como encontrar a cidade que resiste dentro das cidades que se entregam ao movimento global de despersonalização do espaço e que faz com que todos os lugares pareçam o mesmo, com as mesmas fachadas, e que percam justamente sua beleza mais profunda, por abandonar a estética que lhe faz singular em prol de uma aparência do que se entende por urbano. O que é a cidade? Com qual noção de espaço trabalhamos? Qual seria a cidade dentro das cidades que buscamos habitar? Como ela resiste? O que é para nós o acaso/acontecimento? Como a cidade pode ser o espaço do encontro e por isso o território privilegiado, ou melhor, a oficina do artesão da saúde? Para responder a essas perguntas, convido o leitor que me acompanhou até aqui para refletir acompanhado de alguns autores que debatem esses temas.

Para Bauman (2006), a cidade tem o poder de seduzir seus ocupantes e de convocação de conhecê-la àqueles que nela não habitam. Em seu caleidoscópio de surpresas e novidades, a cidade enfeitiça o homem e gera sentimentos contraditórios de atração e repulsão ao mesmo tempo. Para o escritor, as principais atrações de uma cidade são sua flexibilidade, espontaneidade e sua capacidade de surpreender e oferecer aventura àqueles que a habitam ou frequentam, o que faz com que o ar da cidade seja considerado um ar liberador.

Delgado (1999) apresenta uma importante diferenciação entre a ideia de que cidade é o que se entende por urbano. Ele argumenta que a cidade é um grande assentamento de construções estáveis, habitado por uma população densa e numerosa. Já a urbanidade é um tipo de sociedade que pode surgir em uma cidade ou não, tendo em vista que o urbano pode ter lugar em muitos outros contextos que transcendem os limites da cidade enquanto território. Para o autor, a urbanidade caracteriza-se justamente pela mobilidade, pelo equilíbrio precário das relações humanas, a agitação social, o que permite distintas formações que têm por tendência se dissolverem com a mesma rapidez com que se geraram. Aludo, portanto, a um processo que é efêmero.

Interessa-me ressaltar essa concepção de sociedades instantâneas que se configuram e se desconfiguram na vivência pública. Esses coágulos que se armam para logo dissolverem-se demarcam a possibilidade desse território em que ocorrem cenas pontuais, que, com muita probabilidade, não voltarão a ocorrer e que por isso permitem que os acasos/acontecimentos deixem sua marca. Para Delgado (1999), os praticantes do urbano são desconhecidos, de quem não sabemos nada ou quase nada. Geralmente, ocultam sua real identidade, justamente pelo sentimento de vulnerabilidade que se apodera do transeunte, uma vez instalado na circulação urbana. Ele pode disfarçar sua real identidade, dar falsos sinais ou até engendrar um personagem. Tal situação permite certo anonimato para os atores do urbano. Protegidos por essa invisibilidade, tais atores permitem-se, em muitos casos, desempenhar novos papéis, na maioria das vezes diametralmente opostos aos que desempenham em suas vidas cotidianas. Por isso, a cidade pode funcionar como espaço privilegiado para o exercício da possibilidade de viver o inusitado.

Para Bauman (2006: 26), “[...] las ciudades son lugares repletos de desconocidos que conviven en estrecha proximidad”. E é no encontro desses desconhecidos que deambulam pelas ruas de uma cidade que nasce a possibilidade de acasos/acontecimentos tornarem-se realidades no cotidiano dos espaços públicos. Essas configurações humanas criam-se por instantes e desfazem-se em seguida, voltando a circular. Cada qual de seus praticantes seguindo seu caminho, voltando para seu cotidiano, permite a emergência de encontros fortuitos. Ao mesmo tempo, são encontros de grande força de significação para aqueles que por ali transitam. Ainda que projetos urbanísticos tentem criar regramentos de controle para o espaço, o urbano continua sendo o lugar por excelência no qual se possibilitam os olhares e as exposições.

Delgado (2007), em consonância com Bauman (2006) e Sennett (2009), aponta que nos espaços urbanos extremamente planejados, submetidos a um projeto urbanístico com interesses claros de controle, parece não haver espaço para a sociabilização. Como se o projeto desenhado no papel não tivesse capacidade de suportar, tampouco suportar, o peso das vidas em relação, que ocuparão tal espaço. Nesse sentido, constrói-se uma divisão que aponta para a concepção de supostos perigos do público e segurança do privado.

Nesse ponto parece-me importante ressaltar os conceitos de público e privado. Como já ensinou Baptista (2005), a casa burguesa é o espaço por excelência do privado,

do dentro, do protegido pelas quatro paredes que compõem a atmosfera segura do lar. Projeto amplamente vendido e consumido pelo homem como espaço íntimo, de proteção e de amparo. Lugar no qual se refugiar do espaço hostil e ruidoso do fora, do externo, do atroz e inumano do espaço da rua, do espaço urbano. Essa dicotomia dentro e fora, privado e público, arrasta-nos outra vez à noção de fronteiras, sendo o público aquilo que se mostra, o que pode ser oferecido ao olhar do outro, enquanto que o privado é justamente o que não se mostra ao exterior, o que se esconde, o opaco.

Para Delgado, tanto o dentro como o fora são espaços de mobilidade, que não necessariamente têm que coincidir com espaços físicos concretos. Ele argumenta que o dentro está associado ao espaço construído e habitável, o qual, na maioria dos casos, está regido por princípios de convivência baseados na franqueza e na previsibilidade. É um espaço de relações estabilizadas. Normalmente as pessoas que circulam por esses espaços têm uma posição bastante definida e clara em um organograma que define pontos fixos (pai de família, chefe da sessão, professor etc.).

Já o fora estaria associado ao espaço não construído e, portanto, não habitável. Nesse espaço, a organização social é instável, sendo a rua e a praça seu exemplo mais contundente. As atividades aí desenvolvidas são pouco fixas, no sentido em que o espaço permite múltiplas configurações distintas para os seus múltiplos transeuntes, em que a casualidade e a indeterminação têm um papel de relevância. Aqueles que aí protagonizam algo não têm posto fixo, são pura mobilidade, transeuntes, passantes, sem raízes, seres deambulantes. Justamente por essa característica, as relações que podem se montar ou se desfazer nesse espaço têm como característica a transitoriedade, a debilidade própria do efêmero, momentâneo.

É por esses motivos que Delgado (2007) considera o fora como espaço inabitável, ou seja, local no qual não se pode morar, uma vez que o fora é sempre um fora de lugar, como um estar fora de si. Lugar para deslizar-se, no qual a vida social pode operar seu baile ou suas dramaturgias baseadas na visibilidade, no qual não se requer nenhum requisito de autenticidade, onde cada qual poderá atuar à sua maneira no intuito de conduzir-se com destreza entre desconhecidos.

“El espacio es público siempre y cuando los hombres y las mujeres puedan acceder a él, y es probable que lo hagan, sin selección previa. No se requieren permisos, ni un registro de los que llegan y de los que se van. Así pues, la presencia en el

espacio público debe ser anónima, por lo que, inevitablemente, las personas que hay en él no se conocen entre sí ni son conocidas por encargados del espacio en cuestión. Los espacios son lugares donde los desconocidos coinciden y, por tanto, condensan y compendian los rasgos característicos de la vida urbana. Es en los espacios públicos donde la vida urbana, y todo lo que la diferencia de otras clases de colectividad, alcanza su máxima expresión, junto con sus proverbiales alegrías y tristezas, premoniciones y esperanzas.” (BAUMAN, 2006: 55-56).

É nesse espaço preche de possibilidades de encontro que nosso transeunte, o artesão da saúde, se sente em casa. Essa é sua oficina, daí retira muita matéria com a qual trabalhar. Nesse espaço é o *flâneur*, como diria Benjamin (1994), que deambula, ou o repórter ávido por notícias, segundo Delgado (1999), que espera pacientemente, como o naturalista, que algo significativo aconteça.

“En el exterior se extiende en todas direcciones el imperio infinito de las escapatorias y las deserciones, de los encuentros casuales y de las posibilidades de emancipación. Si el dentro es el espacio de la estructura, el afuera lo es del acontecimiento.” (DELGADO, 2007: 29).

Bauman (2006) alerta-nos com precisão do que estamos falando quando apontamos a potência do espaço público. Para esse autor, o espaço público por excelência é aquele no qual pode prosperar a diversidade e o reconhecimento de seu valor e possibilitar o encontro.

Entretanto, em nossa sociedade, o que encontramos em grande medida é o desarme do espaço urbano em prol de ilhas da fantasia, verdadeiros espaços fechados ao convívio com a diferença que vendem a ideia do paraíso na terra, frente aos prováveis e irrefutáveis problemas do urbano. Nesses espaços, alimentados pelo medo à diferença e aos contágios que o urbano inevitavelmente causará, escondem-se ou protegem-se muitos seres humanos, capturados pela concepção vendida amplamente pela mídia de que o outro que não é semelhante a mim é o agressor, seja ele estrangeiro, de outra classe social, de outra religião, louco, com hábitos diferentes etc.

Essa necessidade de afastar-se das diferenças, que vemos acirradas em nossas cidades, cria guetos involuntários, de evitação ao contágio, de desarme do espaço público, no afã de segurança e proteção. O medo é a raiz que dá sustentação a essa situação. Medo este que é vendido à população e que retroalimenta toda uma indústria dita de segurança, além de despotencializar o encontro e desativar o próprio do humano. Essas fronteiras são as que nos impedem o convívio com a diferença radical que o outro representa:

“Por mucho que busquemos no encontraremos a nadie que sea exactamente igual a uno mismo. Todos y cada uno de nosotros estamos hechos tan solo de diferencias. [...] Existimos porque somos diferentes, porque tenemos diferencias, y sin embargo, algunas de estas diferencias nos molestan y nos impiden interactuar, ser amistosos, demostrar interés por los demás, preocuparnos el uno por el otro. Ayudarnos; y, sean cuales sean, lo que las determina es la naturaleza de las fronteras que hemos trazado. Cada frontera crea sus propias diferencias, que son consistentes y relevantes.” (BAUMAN, 2006: 62).

Como seres humanos, temos consciência de que ninguém é igual a outro, que somos diferentes em nossas singularidades. Como se costuma dizer, cada ser humano é um mundo. Todavia o que vemos se desdobrar no cenário atual é que cada um de nós habite o seu mundo, viva na sua bolha, preocupe-se com o seu microespaço. Essa tendência é apontada por muitos autores como o individualismo decorrente do sistema capitalista em que vivemos. Se acreditarmos na ideia de que o outro é o invasor, o agressor, porque teríamos que nos preocupar com ele? Esse discurso hegemônico aponta para um individualismo, levado às raias da negação à realidade do outro, e não faz mais do que nos prender nesse circuito enganoso que nos oferece como salvação.

Desabitados da radical diferença que o outro nos apresenta, não somos mais capazes de aprender com ela. Não ocorrem os contágios e os encontros. Esvaziamos-nos do outro em tal dimensão que deixamos de acreditar nele. É como se não mais existisse. Já não passa de uma pálida lembrança em nossos cotidianos. É nesse ponto que somos vencidos pelo discurso hegemônico e nos vemos capturados na falácia dessa proposta que desativa a possibilidade de sermos multidão:

“Al permitir que prospere la diversidad (de personas, actividades y credos), el espacio público posibilita la integración (o la reintegración) sin destruir las diferencias; en realidad las celebra. El miedo e la inseguridad se van calmando gracias a la preservación de la diferencia y al hecho de poder moverse uno a sus anchas por la ciudad. La tendencia a abandonar lugares públicos y recluirse en islas de iguales es lo que termina siendo el principal impedimento para convivir con la diferencia, puesto que hace languidecer, hasta suprimirla, la capacidad para el diálogo y la negociación. El trato con la diferencia, sin embargo, se convierte con el tiempo en el factor primordial para una coexistencia agradable, puesto que hace languidecer y suprime las raíces urbanas del miedo.” (BAUMAN, 2006: 57).

Em consonância com o autor, é a diversidade que nos faz aprender e evoluir como seres humanos. É através dela e em contato com ela que vamos superar os obstáculos que se impõem e que vamos poder praticar um convívio agradável. Através do convívio, portanto, de certa repetição de um gesto cotidiano de conviver, é que seremos capazes de aprender com as diferenças e nos enriquecermos como pessoas. A falta de prática nos faz reticentes ao outro. E aqui podemos lembrar o gesto do artesão que aborda cotidianamente sua matéria, repetindo processos.

Diálogo, cooperação, encontro com a diversidade, possibilidades reais para o sujeito moderno ou um delírio constituído por aqueles que querem insistir que um outro mundo é possível? Discurso cansado de uma esquerda devassada pela fúria individualista do capitalismo selvagem, utopia *hippie* dos anos 70? É o mesmo Bauman que nos alerta que as cidades acabaram se convertendo em um verdadeiro depósito dos problemas mundiais e são seus habitantes e governantes que são chamados a responder a tais problemas. A questão é que são convocados a resolver problemas que transcendem as questões locais, já que de ordem global. Frente a esses problemas, muitas vezes o cidadão e o governante se veem sem resposta para enfrentar os desafios postos na mesa de negociação.

O efeito da globalização cria situações de espectro mundial para problemas que emergem no campo das cidades, que clamam por soluções no nosso dia a dia; situação que gera impotência frente à dificuldade de desenhar soluções locais para problemas

globais. Mas esse mesmo discurso pode ser o desativador dos focos de resistência que se multiplicam nas cidades, já que amortece a capacidade de o homem comum encontrar soluções criativas para os impasses do mundo onde vive. Novamente, a falta de prática impede o enfrentamento da tarefa. Como já foi dito, captura o cidadão na posição passiva e frustrada de que nada podemos frente a tal realidade. Desiludidos de nossas esperanças enquanto seres humanos, somos a presa fácil do discurso hegemônico que nos engole e elimina qualquer capacidade de reação, de organização cidadã, de clamor do movimento social, de articulação da multidão como potência de resistência a esse domínio. Como pontua Santos (2004), o espaço é o lugar das relações, ele é a dimensão ativa do devir das sociedades, capaz de produzir, transformar, mas também reproduzir os modos de produção.

Os exemplos que trabalhei neste escrito referem o quanto as forças de resistências podem fazer pressão ao hegemônico e mobilizar a multidão, criando outras possibilidades para o humano. Delgado (2007) considera que a multidão que se agita pelas ruas pode gerar uma maior estupefação e energia, quando consegue passar de seu estado de difusão a outro estado que ele chama de fusional, no qual esta multidão por alguns instantes se coagula em uma grande reunião de estranhos, que coincidem em um mesmo local e hora, para levar a cabo uma mesma ação de forma conjunta. Provavelmente tal coágulo não voltará a se reunir outra vez, mas deixa seu efeito que é esse instante no qual a fusão fez possível a realização de uma dada ação. A emergência de um acaso/acontecimento que tem a capacidade disruptora de produzir marcas singulares naqueles que vivem esse processo e alterar seus rumos, definindo novos nortes para seus protagonistas.

Os redatores de rádio, os trabalhadores e os estudantes, e mesmo o cidadão comum que exerce o controle social, tratam dessa possibilidade. Joana, Núria, João e Maria também. São narrativas que nos fazem acreditar na possibilidade de mudanças, que podemos escrever outros finais para as histórias que vivemos. Histórias que se entrecruzam, que se encontram, que fazem eco dos mesmos problemas e ambiguidades que vivemos, sejam em Porto Alegre ou em Barcelona. É no movimento de fluxo dessas narrativas, dessas vidas, que encontramos o subsídio para seguir acreditando que toda essa potência é possível, porque existe uma cidade que resiste dentro da cidade. Um espaço urbano que foge ao controle dos vigilantes de plantão e que possibilita acasos/acontecimentos e que engendra multidões. São espaços ricos em possibilidades

porque permitem a construção de novas posições sociais para aqueles que circulam pelo tecido urbano: redator, cantor de coral, aluno, professor, acompanhante ou acompanhado. Nessa mistura que se configura, podemos ocupar distintas posições e experimentar-nos em diferentes formas de atuar. Por isso, esse baile urbano pode ser tão interessante ao artesão da saúde. É um espaço no qual a simetria de saberes pode ser vislumbrada justamente porque o trânsito entre as distintas posições sociais se faz possível, mesmo quando seja o lugar do outro que provoca a mudança de posição. E é justo por toda essa trama que acasos/acontecimentos podem advir.

Já trabalhei esta ideia em outro escrito (CABRAL, 2005) e gostaria de resgatá-la neste trabalho. Proponho tomar a ideia do acaso/acontecimento como a regra fundamental do acompanhamento terapêutico baseado no pensamento de diferentes autores (VALADARES, 2003; RAJCHMAN, 1991; PASSERONE, 1991). Como já afirmei, o AT é um dispositivo utilizado em saúde que, ao circular com o acompanhado pelo espaço urbano, favorece a experiência do encontro com o outro, com a alteridade, com o inusitado, que só a polifonia e o caos urbano podem nos garantir. Justamente por habitar essas zonas é que nosso transeunte, em seu contínuo movimento, poderá se beneficiar desses contágios.

Defendo a posição de que o acompanhamento terapêutico, por utilizar a rua como espaço clínico – ou, como nos ensina Palombini (2007), por configurar-se como uma psicanálise a céu aberto –, por estar imerso nesse tecido urbano, jogado na *urbe*, pode vir a ser um dispositivo da reforma psiquiátrica, já que habita o caótico do espaço urbano e trabalha como um facilitador de encontros. Acompanhando de perto seu acompanhado, auxiliando quando se faça necessário, agindo junto com ele. Palavra e ação realizadas no mesmo ato de acompanhar alguém em seu cotidiano, buscando resgatar ou mesmo construir uma história junto a esse sujeito. Trabalhando com os detalhes, com o resto, com o muitas vezes desprestigiado pelos demais. Sendo capazes de suportar e tirar proveito do inusitado que o espaço urbano desperta. Sendo capazes de acompanhar a carreira do paciente, onde quer que ela possa levar: a buscar junto ao poder jurídico um advogado por um caso de pensão, a tencionar junto ao Estado para garantir a vida em comunidade, ao acompanhar a busca de uma medicação que saiu de linha, ao fazer programas de rádio. Uma vez que todos esses gestos e percursos, desenhados por aquele que sofre, falam de sua tentativa de encontrar soluções para seu padecimento, configuram-se como o que Menéndez (2005) denomina autoatenção.

O acompanhante pode fazer as vezes do observador e espreitar a cidade em busca de perceber acasos, que possam cruzar a cena do AT e utilizá-los para o exercício de uma terapêutica. Aqui, resgato tal ideia para defendê-la como uma postura do artesão da saúde, seja ele um acompanhante terapêutico, um redator de rádio ou um agente do controle social. É alguém definitivamente disposto ao encontro e ao contágio que a diversidade do outro representa. Alguém que é um caçador furtivo que se dispõe ao trânsito pelo espaço urbano em busca justamente desses acontecimentos.

Essas furtivas cenas processam-se a cada instante, no entanto, por seu caráter efêmero, desfazem-se com a mesma velocidade com que se montam. É nesse interstício que nosso homem da multidão, o artesão da saúde, trabalha. Alimenta-se desse furtivo, espera que ele aconteça, e também trabalha para fazer dessa possibilidade uma realidade. O movimento tem com ele uma singular cumplicidade: quanto mais se move pelo urbano, mais possibilidades tem de se deparar com acasos, com acontecimentos. Aí tece distintas redes. Ele sabe também que a cidade pode converter-se em território de estagnação, que pode reproduzir o mesmo sem qualquer crítica ou potência, mas não desiste de buscar os espaços urbanos que resistem, que se rebelam e criam o inusitado, fugindo ao rígido controle social imposto. Sabe também que existem fronteiras, contudo acredita que o grande paradoxo que elas representam é que, ao tentar separar, acabam unindo o que tentam dividir, fazendo da fronteira um lugar de passagem que não tem dono, um vazio concebido para os encontros, intercâmbios e contrabandos (DELGADO, 1999).

“El no-lugar es negación del lugar, deslocalización. No ‘utopia’ – lugar en ningún sitio – sino a-lugar. Tampoco anti-lugar, no sitio contrario, ni siquiera otro sitio, sino lugar 0, vacío de lugar, lugar que se ha esfumado para dar paso a pura posibilidad de lugar y que se identifica con la calle, con el espacio público, aquel territorio todo él frontera, cuyo protagonista es el individuo ordinario, diseminado, innumerable, [...] alguien; o bien uno, un tipo, un tío, una tía... única fórmula para expresar el no-nombre, un nombre en blanco, el de un ser sin atributos o, si se prefiere, con atributos cualesquiera. Este antihéroe es ‘nada’, personaje general, universal abstracto, un ‘productor desconocido, poeta de sus asuntos, inventor de senderos en las

junglas de la racionalidad funcionalista’, que se dedica a trazar trayectorias indeterminadas, en apariencia insensatas porque no son coherentes con el espacio construido, escrito y prefabricado por el que se desplazan.” (DELGADO, 1999: 123).

Nesse lugar de vazios, lugar zero e, portanto, repleto de possibilidades, nosso artesão da saúde pode movimentar-se com grande destreza. Pode habitar junto àquele que acompanha esse espaço de possibilidades, e juntos podem construir a palavra e a ação necessárias ao trabalho. Podem fabricar máscaras para as mais distintas ocasiões, podem ser heróis ou vilões, podem experimentar as possibilidades de encontros e desencontros que a vida oferece. Sabem que o instante é efêmero, mas acreditam nas marcas que se configuram e que os transformam, decorrentes de cada acaso, de cada acontecimento que se propicia nesses espaços. Apostam que essas marcas possam fazer borda, propor recheios, desenhar novos contornos e configurar o novo. Porque somos seres humanos, seres em constante subjetivação decorrente dos encontros e dos contágios com o outro, que representa a radical diferença, e ao mesmo tempo o íntimo estranhamento que nos aponta Freud (1919).

É aqui que o artesão vai se deparar com a matéria bruta com a qual pode trabalhar. A partir desse ponto imerso no caldo cultural que constitui o urbano é que o artesão poderá trabalhar as ambiguidades e as resistências que apresentam sua matéria. Nesse espaço, ao mesmo tempo em que vive, poderá experimentar novas ferramentas, criar novas saídas para velhos impasses, aproveitando-se dos acasos/acontecimentos que se montam e se desmontam no tecido urbano.

Nosso artesão não precisa trabalhar sozinho. Poderá encontrar no outro da multidão seu aliado e cúmplice em seu processo. Buscará a cooperação, o diálogo, o encontro e os contágios, e saberá que desses fatores, por mais ambíguos e resistentes que sejam, é que poderá emergir algo de realmente novo e criativo. Será suficientemente humilde para aprender com seus erros, a ter a paciência necessária para observar e refletir. Através da reflexão e da escuta, poderá captar os distintos saberes que compõem o discurso daqueles que acompanha. Saberá suspender o desejo de concluir um projeto em prol de garantir um melhor resultado para o mesmo. Em seus movimentos de espiral, buscará as saídas na coletividade e, portanto, na contramão do imperativo atual. Por isso, muitas vezes poderá estar associado ao *outsider*, ao desviante, ao estranho.

A ação desenvolvida por Paulo pode ser um bom exemplo de como o entorno social influi e participa na construção de tais saídas. Recordemos que, no princípio, Paulo se via aprisionado em seu próprio corpo, paralisado pelo gesto sintomático. Com o tempo, ele se deu conta de quanto a música se fazia importante em sua vida e resolveu compilar material para presentear a seus amigos e ofertar ao outro o bem-estar que sente ao escutá-las. Ao desenhar tal ação, Paulo viu-se impelido a percorrer um largo caminho de produção de sua obra. Ele precisava escutar os CDs, trabalhar a edição no computador e gravar. Essa ação levou-o necessariamente para fora, porém não só do aprisionamento em sua própria pele, senão que para a rua, para a cidade. Ele precisava comprar papel para a edição, comprar CDs, pastas, necessitava buscar o melhor preço para as impressões. Ele começou a acionar esse tecido social desde um outro lugar: o de produtor musical. Suas andanças foram desenhando novos caminhos no intuito de realizar sua tarefa. Em tal percorrido, deparou-se com acasos/acontecimentos, como o encontro com o coletivo de Nikosia. Na rádio, chegou com sua música e com o desejo de compartilhar com outros. Nesse espaço, sua rede de relações se ampliou. Com isso, ele entrou em relação com muitas pessoas, que passaram a fazer parte do universo de seu projeto. Outras peles. Encontrou-se com o destinatário final de sua obra, seu público, que iniciou com uma rede de amigos mais próximos, mas logo se estenderia a uma coletividade que se engendra em um formato espiral, pois sempre poderá aparecer um novo personagem em tal rede. Isso porque Paulo está aberto ao encontro, a tropeçar em acasos/acontecimentos que se dão no espaço urbano que agora ele pode habitar.

8. CONCLUSÃO

Procurei demonstrar algumas ações desencadeadas no processo da reforma psiquiátrica que, acredito, tiveram a capacidade de desmontar a solução-problema, configurada para a loucura e redimensionar seu lugar em nossa sociedade. Sabemos que a história que aqui contei é apenas uma pequena parte de toda a complexa trama que se desenvolve nesse setor, e que ainda seguirá se desenrolando. Porque a reforma é processo e não se encerra a partir de alguns atos, ainda que disparar tais ações seja imperativo para que o movimento prossiga e persista. Parti de algumas ações deflagradoras, desenhadas em solo gaúcho, para aportar em terras longínquas de um país chamado Catalunha; ações essas que elevei ao estatuto de dispositivo pela força disruptora de desarmar, de romper com o instituído e de criar algo novo.

As ações de participar do controle social através do Conselho Municipal de Saúde, de utilizar o acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica em distintos espaços de educação permanente e o trabalho com rádios como forma de participação e envolvimento de diferentes atores sociais – sejam eles usuários, familiares, trabalhadores, estudantes ou qualquer cidadão comum – jogaram-me inexoravelmente no território das cidades, do espaço urbano, no qual o artesão da saúde faz sua oficina e enfrenta-se com as vicissitudes das resistências e ambiguidades de sua matéria, porque acredita que esse seja o espaço do acaso/acontecimento. E nesse ponto minha tessitura viaja do cálido conforto da pátria mãe e se depara com as vicissitudes de ser estrangeiro. Saí do território bem demarcado de minhas práticas cotidianas como profissional de saúde, como estudante, como cidadã, para ser alguém anônimo em um país estrangeiro. Alguém de quem muito poucos têm notícia de quem são, o que fazem e por que fazem.

Viver essa posição de desconforto, de não pertencimento, não ter referências claras e de sentir-se à deriva em um entorno que não se deixa ler talvez tenha sido das experiências mais dilacerantes pelas quais eu tenha passado em minha trajetória. Ao

mesmo tempo, tal nível de incômodo, de sensação de não ter lugar, tenha também sido a mais rica das experiências vividas até o presente momento, tanto no campo pessoal como profissional. Poder habitar um mundo que não me pertence, sentir-me fora, virada do avesso, deslocada sempre, ensinou-me profundamente sobre a experiência do sofrimento mental e de uma maneira inédita, vivendo na pele a própria sensação de não pertencimento. Nunca havia compreendido de modo tão claro a fala de um dos acompanhados, que sempre dizia que seu problema na vida era de que havia nascido com dois pés esquerdos. Aqui, no lugar do estrangeiro, foi possível ter os dois pés esquerdos e compreender vivendo o que ele havia tentado me ensinar já há alguns anos. Sábias palavras de quem habita um mundo que de saída lhe estigmatiza, diagnostica e determina seu futuro para toda a vida, amarrando-o para todo o sempre no circuito vicioso da doença mental.

Vivemos tempos de uma pós-modernidade que nos devora, que aniquila o que é singular do humano em prol de um discurso homogêneo que garanta a manutenção do *status quo* vigente. Na pós-modernidade, observamos o discurso da ciência assumir o lugar de uma nova religião. A psicanálise, por sua vez, sustenta que existem questões humanas que escapam ao plano orgânico, que aí não encontram respostas. Inclusive não podem ser demonstradas fenomenologicamente e tampouco quantitativamente. A antropologia, na forma do modelo de uma etnografia dialógica, convida-nos a escutar os distintos saberes tomando-os de forma simétrica, valorizando a experiência do sujeito que atravessa um sofrimento, apostando na escuta e no reconhecimento da história do sujeito, valorizando seu itinerário terapêutico e todas as tentativas que este desenvolve em busca de solucionar seu problema.

Mas o discurso dessa ciência imperativa, que aqui pode ser traduzido pelo discurso do modelo médico hegemônico, que assume sua mais dura face através do discurso biomédico, luta com todas as suas armas tentando padronizar e colonizar o pensamento de todos aqueles que se atrevem a questionar sua verdade. São talvez ainda muito mais dogmáticos que os discursos religiosos, pois imprimem um suposto rigor científico para justificar todos os seus atos. Sua bíblia são os manuais psiquiátricos e sua hóstia a medicação. A bata branca e imaculada é a vestimenta que garante o *status* de tal purificação. São os escolhidos, os eleitos e, como tal, devem cuidar de seu frágil rebanho. Qualquer discurso que ouse questionar, problematizar ou colocar em cheque

suas ditas verdades será imediatamente rechaçado e desacreditado socialmente pelos defensores de plantão do suposto saber técnico.

Ao longo dos anos, vi um sem número de atrocidades serem cometidas em nome da ciência, assim como outra série de imprudências e equívocos foi produzida, em outros tempos, em nome das religiões. Não quero aqui atacar deliberadamente as religiões e nem afirmar que toda a ciência está equivocada, mas a analogia entre ciência e religião, quando ambas se aferram em posições dogmáticas e inquestionáveis, é extremamente rica para demonstrarmos o discurso que, esse sim, nos interessa atacar: o discurso biomédico em seu modelo hegemônico. Um discurso que inaugura uma verdade única sobre o sujeito, transformando-o em um esboço de sujeito, mais bem será uma ovelha do rebanho pastando tranquilamente pelas planícies da vida.

“La finalidad de la tarea científica es conocer las cosas que están o que suceden; la del saber es simplificarlas, esquematizarlas, someterlas a todo tipo de encorsetamientos y jerarquías que han exiliado de sus explicaciones buena parte de lo percibido: todo lo que se resistiese a la reducción, es decir a la representación. Los saberes – incluyendo la antropología cuando ha devenido tal – han asumido la función no de estudiar el mundo, sino de inventarlo a imagen y semejanza de sus patrocinadores sociales, consiguiendo además hacer pasar por incontestablemente reales sus propios artificios categoriales, distribuyendo normas y protegiendo del azar, filtrando la realidad, rescatándola de la multidimensionalidad en que se agita. En otras palabras, los saberes científicos – que no las ciencias – han acabado convirtiéndose en gestores de la misma realidad que previamente habían recibido el encargo de generar.”
(DELGADO, 2007: 124).

A crítica de Delgado aponta com clareza o risco que todos corremos de ser capturados por verdades fabricadas, já que se apresentam como científicas. No caso específico da saúde mental, como já afirmamos, o *lobby* fortíssimo exercido pela poderosa indústria farmacêutica que fabrica novos diagnósticos *prêt-à-porter*, que são imediatamente consumidos pela sociedade pós-moderna, é o mais claro exemplo do que queremos demonstrar. Vivemos em uma sociedade psiquiatrizada, na qual o discurso

vigente e o imperativo da felicidade nos levam a consumir *saúde* em doses diárias. As pílulas da felicidade, com seus anúncios chamativos e de *design*, fazem-nos querer acreditar que basta engoli-las para ingressar em um paraíso mágico, em que reina a felicidade eterna. Da mesma forma ocorre com todas as estratégias criadas pela indústria publicitária, que nos faz consumir carros, casas, roupas e acessórios com a promessa de felicidade total. A criatividade desse mercado capitalista nos faz consumir o *Prozac* ou uma casa na montanha ou qualquer outro artifício que nos impeça de pensar, refletir e questionar as estruturas vigentes com a mesma facilidade.

Como já afirmei ao longo desta tese, partindo das ideias de Menéndez (2005), o modelo médico hegemônico exclui ou coloca em segundo plano os processos históricos e as condições sociais, econômicas, culturais e ideológicas a respeito das causas e do desenvolvimento dos processos de adoecimento. Em muitos momentos, a biomedicina chegou a considerar tais aspectos negativos, já que acreditava que ao proceder dessa maneira rechaçava um discurso proveniente de determinados setores sociais subalternos a ela, pois esses setores poderiam colocar-se como obstáculos ao seu desenvolvimento. Outra razão seria a de que percebiam a dimensão ideológica e cultural como exclusiva dos conjuntos sociais e a cientificidade como própria da biomedicina.

O ser humano em meio ao caos pós-moderno encontra-se a mercê e refém do consumismo desenfreado de *bens*, que se oferecem como roupagem, como forma de fazer recheio, garantir o estofado do sujeito pós-moderno. Enjaulado em sua ilha de total segurança, submerso em seu consumo desenfreado, circulando em carros blindados e navegando no virtual das atuais redes sociais, o sujeito pós-moderno não passa de um cordeirinho no rebanho do consumo globalizado, sendo ele mesmo bem de consumo na mortífera armadilha da pós-modernidade.

Nesse ponto, cabe ressaltar que a saúde também é capturada nessa armadilha e o modelo biomédico é o padrão hegemônico que tenta ofertar saúde em cápsulas. Seu mercantilismo é parte do desenvolvimento capitalista que considera todo o bem de consumo, incluindo a saúde e a doença, como valor de troca.

Para escapar a essa armadilha e recuperar a capacidade de reflexão e de narrativa – ou seja, ser capaz de refletir, de questionar, de desacomodar –, o sujeito necessita sair da posição passiva ou queixosa de cordeiro e assumir uma posição ativa e participativa em nossa sociedade. Em psicanálise, para que uma pessoa chegue a ser um sujeito, é

obra do desejo e do discurso. Portanto faz-se necessário recuperar a condição de sujeito desejante.

O vivido, antes de aceder ao *status* de experiência comunicável, incorpora-se em um sistema de consumo e, como coisa, é vendido e consumido sem chegar a ser compartilhado. Nessa esteira, como já advertia Marx em *O Capital*, o sujeito também é coisificado. Para fugir da coisificação é preciso analisar outros fatores que dizem do padecimento humano e que perpassam o plano biológico, mas não se encerram aí. Menéndez (2003) ensina que saúde/enfermidade/atenção são resultados das condições de vida e de trabalho e devem implicar todos os conjuntos sociais em sua análise. O saber médico, ao reduzir seu olhar sobre a doença em si, acaba por excluir toda uma rede de relações sociais e culturais que o sujeito desenha e que intervêm diretamente sobre os processos de saúde/enfermidade/atenção das pessoas.

O que se percebe, também, é que as instituições biomédicas, através de atividades de atenção, de hospitalização e de prevenção, têm aplicado mecanismos de controle como forma de suas ações técnicas, com o objetivo de solucionar os problemas do paciente, mas também para assegurar o funcionamento de suas próprias instituições biomédicas, o que acaba contribuindo para um determinado tipo de funcionamento social, conforme Goffman (1970). Essas ditas ações de controle, planejadas através de formas centralizadas ou não de operação, são um produto normal do desenvolvimento capitalista, com o intuito de assegurar dada proteção e a salubridade da população.

Só as forças sociais têm o poder de operar e reorientar as forças de controle, desde que se organizem para tal pela via da participação cidadã. Como apontei neste escrito, a organização social pode redefinir os rumos e as práticas em saúde, desde que assuma sua posição na democracia participativa de sua cidade. Se uma parte da população não delega ao governo, ou ao setor de saúde, totalmente seu processo de tratamento – porque de algum modo participam do mesmo realizando ações de autoatenção, cumprindo parte dele, mas também buscando novas formas de solução de seus problemas, inclusive em outras áreas –, vemo-nos obrigados a reconhecer que as explicações e as ações sobre o processo de saúde/enfermidade/doença não só incluem o pessoal de saúde. Também os grupos sociais são acionados, possibilitando a legitimação de uma visão não profissional da doença. Se essa visão é possível no espaço de relação entre médico e paciente, ou seja, através do micropoder que aí se estabelece, podemos acreditar que essa força disruptora, esse saber sobre si que o sujeito desempenha nessa

relação dual, poderá vir a ser desenvolvida em qualquer outro espaço social. São exemplos, o Conselho de Saúde ou qualquer outro espaço institucional que possa vir a ser fundado para o exercício e o aparecimento de conflitos sobre o que é o cuidar. Nesses espaços, os distintos saberes podem comparecer e ser devidamente valorizados. É nessa perspectiva que a narração em primeira pessoa se constitui como um elemento chave da participação.

A narrativa, em seu aspecto sensível, não é um produto exclusivo da voz, como pontua Benjamin, pois nela intervém o gesto, ou seja, o que é próprio do humano, o que nos faz singulares. É no resgate dessa singularidade própria do humano – que não o faz melhor ou pior, apenas singular – que trabalhamos e pela qual lutamos, como busquei demonstrar através das ações apresentadas neste escrito. Ações desenhadas por artesãos da saúde que, acima de tudo, almejavam o encontro com as narrativas perdidas, capazes de dar voz às singularidades de cada um. Capazes de suportar o convívio com a diferença, de aprenderem e de se transformarem com os contágios que a alteridade representa. Outrar-se de verdade. Ações que não têm a pretensão de servir como um guia, mas de inspirar novas posturas e novas ações.

Acredito que a clínica, por concepção, deve anunciar a possibilidade de um encontro. Uma vez que ela tem a pretensão de falar sobre a verdade do discurso do sujeito, ela reivindica essa posição de singularidade, esse único, isso que é particular de cada um e que, através da narrativa que empreende o sujeito sobre o seu próprio viver, pode ser enunciado. Desse modo, a psicanálise pode ser um instrumento interessante que auxilie o sujeito a contar e se haver com sua verdade, escapando assim da captura totalizante produzida pelo discurso hegemônico. E é nesse sentido também que a psicanálise pode ser disruptora.

É nessa perspectiva que defendo uma artesanania da saúde, aqui demonstrada como a possibilidade de o sujeito abordar sua matéria, de trabalhá-la e de retirar dela tudo o que ela possa lhe oferecer. Já explicitiei que o artesão da saúde é o homem da multidão e que seu território, sua oficina, é o espaço urbano por excelência. Nele, circula à procura de deparar-se com acasos/acontecimentos que lhe auxiliem em seu trabalho. Seu deambular é como o do *flâneur*, que desliza pelo tecido urbano. Ele habita a cidade e deixa que a cidade o habite. Ele se oferece aos contágios, expõe-se a eles e deles se alimenta, pois acredita que nesses efêmeros encontros fortuitos, possibilitados

pelo fora, pela rua, encontrará uma potência única capaz de descrystalizar velhas verdades e posições:

“Ese espacio que al mismo tiempo recorren y generan es al fin y al cabo una pura potencialidad, una virtualidad disponible de ser cualquier cosa y que existe sólo cuando esa cualquier cosa se produce. Patria absoluta del acontecimiento, su protagonista es un personaje al mismo tiempo vulgar y enigmático: el peatón, el transeúnte, que de pronto decide usar radicalmente la calle, actuarla, decirla diciéndose y que, haciéndolo, se apropia de ella. Aunque acaso fuera mejor decir que, sencillamente, la recupera.” (DELGADO, 2007: 181).

Investir no espaço público como lugar produtor de acasos/acontecimentos capazes de romper com o instituído é tarefa cotidiana do artesão da saúde, que sabe que aí, nesse campo de encontros e desencontros fortuitos e efêmeros, poderá se deparar com a matéria mais nobre para o seu fazer. Um fazer que exige um tempo outro, na contramão da velocidade contemporânea, que implica uma necessária suspensão do desejo de finalizar a tarefa para executá-la. Um fazer que implica o encontro com o outro, com a alteridade, para que possam se estabelecer os contágios. O artesão da saúde utiliza sua imaginação e seu desejo de realizar sua tarefa, enfrentando as diversidades que o campo lhe oferece e até tirando proveito delas. Sabe que irá se deparar com resistências e ambiguidades, sabe também do efêmero dos acasos/acontecimentos que se desenham no tecido urbano, mas trabalha com isso e não contra isso. Aceita as imperfeições da vida, como o *orfebre* aceita as imperfeições da matéria. Ele busca a cooperação, estabelecendo comunicação com os demais, com o sensível, com tudo aquilo e aqueles que lhe rodeiam. Ele busca as redes sociais como forma de ancoragem para seus passeios urbanos.

E é nessa perspectiva que defendo a ideia de que a cidade é seu espaço de trabalho por excelência. É no caos urbano que poderá encontrar as ferramentas para trabalhar verdadeiros processos de inclusão social. Utiliza as redes que em seu deambular encontra, mas parte da história do sujeito ou coletivo que acompanha para desenharem juntos tal rede. Ela pode ser a rede de saúde, mas também pode ser tantas outras redes disponíveis na cidade, da arte, da cultura, do esporte, do ócio, da formação. Por isso cada rede terá seu próprio desenho, sua singularidade, sua própria tessitura.

O artesão da saúde é um artista da vida, um criador de possibilidades. Inquieto, inventivo, desacomodado. Tem motivação e entusiasmo porque acredita que a potência dos encontros pode ser desencadear novos processos. Trabalha construindo e perambulando pelas redes sociais, buscando desenhar espirais de cuidado, sempre abertas a novas intervenções, sempre referendadas na palavra e na ação. Em sua simplicidade de andarilho, é promotor de resistência buscando pares, coletivos com os quais possa ser multidão. Mara, Marina, Maria, João, Áurea, Nuria, Pedro, Osmar, Profeta, Coletivo Potência Mental e Asociación Socio Cultural Radio Nikosia são verdadeiros artesãos da saúde. Gentes anônimas, com seus cotidianos próprios, mas que, ao buscarem coletivos com os quais possam compartilhar suas histórias e produzir juntos, acabam se tornando multidão. Na sua potência nos arrastam pelo baile urbano, fazendo-nos continuar a crer que um outro mundo é possível.

9. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, C.; LUCCHESI, Patrícia (2000) *Investigando o Sistema de Saúde no Brasil*. Em: HEIMANN, L.S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.
- ALVES, S. L. (2001) *Neurociência e Psicanálise*. Em: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- ALVES, M. C.; MALAVOLTA, M. A. (2002) *Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa.
- ALYS, F. (2003) *Sapatos Magnéticos*. Em: Curadoria Educativa para Formação de Professores da IV Bienal do Mercosul. Porto Alegre: IV Bienal do Mercosul.
- AMARANTE, P. (org) (1992) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ARENDT, H. (2003) *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- BAPTISTA, L. A. (1999) *A cidade dos sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus.
- BAPTISTA, L. A. (2003) *A ética da conquista: a contribuição de Cristóvão Colombo para a reforma psiquiátrica*. Em: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BAPTISTA, L. A. et al. (2003) *A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais da saúde mental em questão*. Em: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs.) *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividade*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: FAPERJ.

- BAPTISTA, L. A. (2005) *Dispositivos Residenciais e As Máquinas do Morar*. Em: JACÓ-VILELA, A.M. et al. IV Encontro Clio-Psyché – História e Memória. Juiz de Fora: Clioedel.
- BAPTISTA, L. A.; ENGEL, M. G. *A desconstrução do manicômio e as interpelações da história*. In: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *Foucault – 40 anos de História da Loucura*. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia, v. 13, n. 1, 2001.
- BAPTISTA, L. A. (2009) *O Veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole*. Niterói: EdUFF.
- BAUMAN, Z. (2006) *Confianza y temor en la ciudad: vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. (2003) *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. Rio de Janeiro:
- BENJAMIN, W. (1994) *Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense
- BEZERRA, B. *De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80*. In GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. (2003) *Loucura, singularidade, subjetividade*. Em: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BIRMAN, J. (2001) *Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje*. Em: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- BIRMAN, J. (2003) *Loucura, singularidade, subjetividade*. In: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CABRAL, K. et al. (Org.) (1998) *Cadernos de AT: Uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Fundec.

- CABRAL, K.; BELLOC, M. (2004). *O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: Duas experiências em saúde mental coletiva*. In: PALOMBINI, A. (org) *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- CABRAL, K. (2005) *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS.
- CALVINO, I. (1990) *As Cidades Invisíveis*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- CALVINO, I. (1994) *Marcovaldo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CASSIRER, E. *Antropologia Filosófica: Introducción a uma filosofia de la cultura*. 2ª Ed. México: Colección Popular, 1992.
- CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. (2004) *Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação*. Em: Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec.
- CECCIM, R. B. (2004) *Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos*. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: As fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec.
- CECCIM, R. B. (2005) *Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “Coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação*. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, Abrasco.
- CECCIM, R. B.; SILVA, M. C. (2009) *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. Em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacaodolugar.pdf>
- CECCIM, R. B. *A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental*. Palestra apresentada em 28/05/2009 à mesa redonda: A formação em saúde mental: questões permanentes, durante o Seminário Nacional de Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.
- COMELLES, J. M. (2006) *Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Editorial Milenio.

- CORREA, M. V. (2000) *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- COSTA, C. M. (2005) *Sobremargem: ações e revelações em território demarcado*. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) Programa de Pós Graduação em Artes Visuais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, URGs, Porto Alegre.
- DELGADO, M. (1999) *El animal público*. Editorial Anagrama: Barcelona.
- DELGADO, M. (2007) *Sociedades movedizas: pasos hacia una antropología de las calles*. Editorial Anagrama: Barcelona.
- DELGADO, M. (2010) *La ciudad mentirosa: fraude y miseria del modelo Barcelona*. Catarata: Barcelona.
- DELEUZE, G. (1988) *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- DELEUZE, G. (1990) *¿Qué es un dispositivo?* Barcelona: Gedisa.
- DIAS, M. T. G.; REVERBEL, C. M. S.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S.; RAMMINGER, T.; WAGNE, L. C. (2002) *Segmento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa.
- FAGUNDES, S. M. S. (2006) *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre: UFRGS.
- FOUCAULT, M. (1991) *História da loucura na idade clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- FOUCAULT, M. (2002) *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, M. (2003) *Microfísica do Poder*. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Edição Graal.
- FOUCAULT, M. (2004) *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Edição Graal.
- FREUD, S. (1905 [1901]) *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.

- FREUD, S. (1904 [1903]). *Método psicanalítico de Freud*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.
- FREUD, S. (1910 [1909]). *Cinco lições de psicanálise*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 11.
- FREUD, S. (1911) *Notas psicanalíticas sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.
- FREUD, S. (1912) *A dinâmica da transferência*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.
- FREUD, S. (1913). *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.
- FREUD, S. (1915) *Sobre a transitoriedade*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 13.
- FREUD, S. (1919 [1918]) *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 17.
- FREUD, S. (1924) *Neurose e Psicose*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.
- FREUD, S. (1924) *A perda da realidade na neurose e na psicose*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.
- FREUD, S. (1940 [1938]) *O esboço de psicanálise*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 23.
- FRICHENBRUDER, S. C. (2009) *Os (des)encontros da loucura com as cidades: Serviços Residenciais Terapêuticos – Narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro*. Tese de doutorado em Educação. Porto Alegre: UFRGS.
- FRICHENBRUDER, S. C. et al (2003). *Projeto: Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental*. Ministério da Saúde do Brasil.

- GARCÍA, R. (1995) *Historia de una ruptura: el ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus Editorial.
- GOFFMAN, E. (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (2001) *Estigma: Le identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HARDT, M.; NEGRI, A. (2005) *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Rio de Janeiro: Record.
- HERMANN, M. (2006) Resenha: Palombini, Analice de Lima et al. Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Em: Revista Psychê, n. 18 – AT. São Paulo: Livraria Resposta.
- KAPOOR, A. (2006) Ascensão (catálogo) Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil.
- LACAN, J. (1951) *Intervenção sobre a transferência*. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
- LACAN, J. (1985) O seminário – Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- LACAN, J. (2002) *O Seminário – Livro 3: As Psicoses*. (1955-1956) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- LACAN, J. (1956) *De uma questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose*. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- LACAN, J. (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
- LACAN, J. (1992) *O Seminário – Livro 8: A Transferência*. (1960-1961) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.
- LACAN, J. (1988) *O Seminário – Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- LACAN, J. (1987) *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade, seguido de primeiros escritos sobre a paranóia*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

- LUCCHESI, P. (2004) *Introdução: políticas públicas em saúde*. Em:
<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia (Estudios d'antropología social i cultural; 4)*. Barcelona, Ediciones Gráficas Rey.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2000) *What's behind the symptom?* London: Routledge.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2008) *Antropología Médica: teorías sobre la cultura, El poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial: Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2010) *La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias*. Editorial Icaria: Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A e CECCIM, R. (2010) *Nós nunca nos realizamos: Invisibilidade, incompletudes, encruzilhadas*. (no prelo)
- MELUCCI, A. (2001) *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- MENEGASSI, J.; FISCHER, M. F. B.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. (2002) *São Pedro Cidadão: Reconstrução da esperança*. Em: SOARES, L.T (org) *Tempo de desafios: a política social democrática e popular do Rio Grande do Sul*. Petrópolis, RJ, Vozes; Rio de Janeiro, LPP; Buenos Aires: CLACSO.
- MENÉNDEZ, L. E. (1998) *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. Estudios sociológicos, vol.16, nº 46.
- MENÉNDEZ, L. E. (2005) *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. Salud Colectiva, vol1, nº1. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.
- MENÉNDEZ, L. E. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciência & saúde coletiva, vol8,nº1. Rio de Janeiro: Abrasco.
- MENÉNDEZ, L. E. (2005) *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. Revista de Antropología social, vol. 14. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- MENÉNDEZ, L. E. (1999) *Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?* Alteridades, vol.9, nº.17. Ciudad del México, Univesidad Autonoma Metropolitana – Iztapalapa.
- MILLS, C. W. (1973) *White-collar. Las clases medias en norteamerica*. Madrid, Aguilar.
- MENEGASSI, J.; FISCHER, M. F. B.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. (2002) *São Pedro Cidadão: Reconstrução da esperança*. Em: SOARES, L.T (org) *Tempo de desafios: a política social democrática e popular do Rio Grande do Sul*. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: LPP; Buenos Aires: CLACSO.
- MONTEIRO, J. R.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. *Projeto Morada São Pedro*. (2002) Em: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- PALOMBINI, A. L. (2004) *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- PALOMBINI, A. L. (2007) *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico a clínica da reforma psiquiátrica*. (Tese de doutorado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicinal Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- PASSERONE, G. (1991) *O último curso?* Em: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B.. (2001) *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. Rio de Janeiro: PUC-RJ.
- PESAVENTO, S. J. (2001) *Uma outra cidade: O mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- PINHEIRO, R. CECCIM, R. B. (2006) *Experienciação, Formação, Cuidado e Conhecimento em Saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade*. Em: PINHEIRO, R. et al. *Ensinar Saúde: a*

integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro, Lappis.

- PESSOTTI, I. (1995) *A loucura e as épocas*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora 34.
- PESSOTTI, I. (1996) *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- PESSOTTI, I. (1999) *Os nomes da loucura*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- QUINET, A. (2001) *Como se diagnostica hoje? Em: Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- RADIO NIKOSIA. (2005) *El libro de radio Nikosia: voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- RAJCHMAN, J. (1991) *Lógica do sentido, ética do acontecimento*. Em: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro, Hólon Editorial.
- RESENDE, H. (1992) *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica*. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- RIECHMANN, J., BUEY, F. F. (1994) *Redes que dan libertad: introducción a los nuevos movimientos sociales*. Paidós, Barcelona.
- ROSA, J. G. (2001) *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (1990) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec.
- RAJCHMAN, J. *Lógica do sentido, ética do acontecimento*. In: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.
- RESENDE, H. *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica*. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucipec, 1990.
- SENNETT, R. *Carne e Pedra: O corpo e a cidade na civilização ocidental*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

- SANT'ANA, D. (2001) *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade.
- SANTOS, M. (2004) *Pensando o espaço do homem*. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. (2000) *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde.
- SENNETT, R. (2009) *El artesano*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- SEPPILLI, T. et al. (2005) *Debates, informes y entrevistas. Noticia de investigación. Health for all in Latin America. Noticia de un proyecto de investigación/acción/participación de antropología médica, atención primaria de salud y nuevas tecnologías*. Revista de Antropología social.
- SILVA, M. C. C. (2008) *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- SANTOS, M. (2004) *Pensando o espaço do homem*. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2000.
- VALADARES, J. C. (2000) *Qualidade do espaço e habitação humana*. Em: Revista Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, nº 1. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- VALADARES, J. C. (2003) *Clínica psicanalítica e modernidade*. Em: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. Vida. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.15, nº 1.
- VALADARES, J. C. (2002) *A arte é um espaço de invenções, de vida a procurar pelo avesso do sintoma*. Em: CORREIO DA APOOA. Utopia e a função social da arte. Nº 108, ano IX. Porto Alegre, Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- VILLASANTE, T. R (2000) *Porto Alegre sin exotismo*. Em GENRO, T., Souza, U., Presupuesto Participativo: la experiencia de Porto Alegre. Ediciones del Serbal, Barcelona.

VALADARES, J. C. (2003) *Clínica psicanalítica e modernidade*. In: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *Vida*. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.15, nº 1.

VÍCTORA, C. G. et alli. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WADI, Y. M. (2002) *Palácio para guardar doidos: uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

ANEXOS

Sorôco, sua mãe, sua filha.

João Guimarães Rosa

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

As muitas pessoas já estavam de ajuntamento, em beira do carro, para esperar. As pessoas não queriam poder ficar se entristecendo, conversavam, cada um porfiando no falar com sensatez, como sabendo mais que do que os outros a prática do acontecer das coisas. Sempre chegava mais povo – o movimento. Aquilo quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves, perto dos empilhados de lenha. Sorôco ia trazer as duas, conforme. A mãe de Sorôco era de idade, como mais de uns setenta. A filha, ele só tinha aquela. Sorôco era viúvo. Afora essas, não se conhecia dele o parente nenhum.

A hora era de muito sol – o povo caçava jeito de ficarem debaixo da sombra das árvores de cedro. O carro lembrava um canoão no seco, navio. A gente olhava: nas reluzências do ar, parecia que ele estava torto, que nas pontas se empinava O borco bojudo do telhadilho alumiaava em preto. Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito e nem se acostumar de ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as duas mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. – *‘Vai ver se botaram água fresca no carro...’* – ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de engate. Alguém deu aviso: - *‘Eles vêm!...’* Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhado de corpo, com a cara grande, uma barba,

fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinha vindo, com o trazer de comitiva.

Aí, paravam. A filha – a moça – tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom, nem no se-dizer das palavras – o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas – virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça, nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.

Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. Todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles trasmodos e despropósitos, de fazer risos, e por conta de Sorôco – para não parecer pouco caso. Ele hoje estava calçado de botinas, e de paletó, com chapéu grande, botara sua roupa melhor, os maltrapos. E estava reportado e atalhado, humilde. Todos diziam a ele seus respeitos, de dó. Ele respondia: - “*Deus vos pague essa despesa...*”

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco aguentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências, de mercê. Quem pagava tudo era o governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir.

De repente, a velha se desapareceu do braço de Sorôco, foi se sentar no degrau da escadinha do carro. - “*Ela não faz nada, seo Agente...*” - a voz de Sorôco estava muito branda: - “*Ela não acode quando a gente chama...*” A moça, aí, tornou a cantar, virada para o povo, o ao ar, a cara dela era um repouso estatelado, não queria dar-se em espetáculo, mas representava de outroras grandezas, impossíveis. Mas a gente viu a velha olhar para ela com um encanto de pressentimento muito antigo – um amor extremo. E, principiando baixinho, mas depois puxando pela voz, ela pegou a cantar,

também, tomando o exemplo, a cantiga mesma da outra, que ninguém não entendia. Agora elas cantavam junto, não paravam de cantar.

Aí que já estava chegando a horinha do trem, tinham de dar fim aos aprestes, fazer as duas entrar para o carro de janelas enxequetadas de grades. Assim, num consumo, sem despedida nenhuma, que elas nem haviam de poder entender. Nessa diligência, os que iam com elas, por bem-fazer, na viagem comprida, eram o Nenêgo, despachado e animoso, e o José Abençoado, pessoa de muita cautela, estes serviam para ter mão nelas, em toda juntura. E subiam também no carro uns rapazinhos, carregando as trouxas e malas, e as coisas de comer, muitas, que não iam fazer minguá, os embrulhos de pão. Por derradeiro, o Nenêgo ainda se apareceu na plataforma, para os gestos de que tudo ia em ordem. Elas não haviam de dar trabalhos.

Agora, mesmo, a gente só escutava era o acorçô do canto, das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constado de enormes diversidades desta vida, que podiam doer na gente, sem jurisprudência de motivo nem lugar, nenhum, mas pelo antes, pelo depois.

Sorôco.

Tomara aquilo se acabasse. O trem chegando, a máquina manobrando sozinha para vir pegar o carro. O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre.

Sorôco não esperou tudo se sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo – o que nele mais espantava. O triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras. Ao sofrer o assim das coisas, ele, no oco sem beiras, debaixo do peso, sem queixa, exemplo. E lhe falaram: - “*O mundo está dessa forma...*” Todos, no arregalado respeito, tinham as vistas neblinadas. De repente, todos gostavam demais de Sorôco.

Ele se sacudiu, de um jeito arrebatado, desacontecido, e virou, para ir-s’ embora. Estava voltando para casa, como se estivesse indo para longe, fora de conta.

Mas, parou. Em tanto que se esquisitou, parecia que ia perder o de si, parar de ser. Assim num excesso de espírito, fora de sentido. E foi o que não se podia prevenir: quem ia fazer siso naquilo? Num rompido – ele começou a cantar, alteado, forte, mas sozinho para si – e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tanto tinham cantado. Cantava continuando.

A gente se esfriou, se afundou – um estantâneo. A gente... E foi sem combinação, nem ninguém entendia o que se fizesse: todos, de uma vez, de dó do

Sorôco, principiaram também a acompanhar aquele canto sem razão. E com vozes tão altas! Todos caminhando, como ele, Sorôco, e canta que cantando, atrás dele, os mais de detrás quase que corriam, ninguém deixasse de cantar. Foi o de não deixar mais sair da memória. Foi um caso sem comparação.

A gente estava levando agora o Sorôco para a casa dele, de verdade. A gente, como ele, ia até aonde que ia aquela cantiga.

IMAGENS



“Xavi Comín en Radio Nikosia”
Aida Echeberría



“Asamblea Nikosiana”
Aida Echeberría



Estúdio da Contrabanda FM
Foto: Károl Veiga Cabral



Um dia de programa de Radio Nikosia
Foto: Károl Veiga Cabral



La ciudad tomada: Festival Traffic
Pega de Carteles
Foto: Károl Veiga Cabral



Rádio Aberta Nikosiana no Festival Traffic 08,
no Centro de Cultura Contemporânea de Barcelona.
Foto: Károl Veiga Cabral



Fiesta de Gracia 2009 – Calle Perla
Rádio Aberta Nikosiana
Foto: Károl Veiga Cabral



Fiesta de Gracia 2009 – Calle Perla
Rádio Aberta Nikosiana
Foto: Károl Veiga Cabral



IX Congresso da Rede Unida – Porto Alegre, 2010
Rádio Aberta – Coletivo Potência Mental e Radio Nikosia



Emissão histórica na Lomba do Pinheiro – Coletivo Potência Mental e Radio Nikosia
Porto Alegre, 2010
Foto: Márcio Mariath Belloc



Reunião do Coletivo de Rádio Potência Mental, em Porto Alegre, janeiro de 2010.
Foto: Károl Veiga Cabral



Equipe da Rádio Poste do Mental Tchê
São Lorenzo, 2007.

