

**Francilene Nunes Rainone**

**EXPERIÊNCIA E TRANSMISSÃO:  
O PROJETO INSERE COMO ARTICULADOR  
DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL  
NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**EXPERIÊNCIA E TRANSMISSÃO:  
O PROJETO INSERE COMO ARTICULADOR  
DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL  
NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

**Francilene Nunes Rainone**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Prof<sup>a</sup> Dra. Simone Moschen  
Orientadora

Porto Alegre  
2012

### CIP - Catalogação na Publicação

Rainone, Francilene Nunes

Experiência e Transmissão: O Projeto Insere como articulador de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental / Francilene Nunes Rainone. -- 2012. 236 f.

Orientadora: Simone Moschen.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Psicose. 2. transmissão. 3. reabilitação psicossocial. 4. inclusão social. 5. Projeto Insere. I. Moschen, Simone , orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos atores desta história, pela riqueza de seus ensinamentos.

## Agradeço

Aos colegas de equipe do Cais Mental Centro, pelas experiências partilhadas e pelo apoio incondicional em todos os momentos de criação dos projetos aqui relatados. Sem eles, não seria possível estar no fora do serviço, me sentindo sempre parte fundamental do dentro.

À chefe e colega, Márcia Sottili, pelo entendimento que era preciso um tempo de afastamento e pelo incentivo de que sempre é tempo de reinventar.

À colega, amiga e irmã Simone Lerner, pelo incentivo e parceria para os estudos, pelas boas conversas e, mais do que tudo, pelo compartilhamento dos mais variados sentimentos que este percurso produziu.

À Carmen Rocha, colega e mais nova amiga, pelas discussões e ensinamentos sobre políticas públicas e assistenciais.

Aos sujeitos que atendi durante estes anos e que tanto me ensinaram e me motivaram a buscar a academia para fazer um acompanhamento mais sincero e pertinente às suas necessidades. Em especial, ao Paulo Bueno, parceiro há tantos anos da *Oficina de Imagens* e que me mostra, a cada encontro, que é válido o trabalho desenvolvido em oficina.

À professora Margareth Schäffer, por ter me acolhido no Pós-Graduação do Instituto de Educação e por ter apostado no meu projeto de pesquisa, apesar de me conhecer tão pouco; pela sua dedicação e por ter acreditado em mim como profissional e doutoranda.

À professora, amiga e orientadora Simone Moschen, por todos os ensinamentos que me transmitiu ao longo destes anos, por suas orientações, sempre permeadas de seriedade, carinho e muita teoria; por ter sido dura quando foi preciso e por ter acreditado que eu chegaria neste momento final.

À equipe do *Projeto Piloto Capacitar*: Carmen Vera Passos, Jussara Nunes Ortiz, Sandra Maria Soares e Luiza Bisol, pelo grande aprendizado da convivência, por acreditarem e trabalharem sériamente na reabilitação psicossocial e por todos os momentos de alegria e conquista que passamos juntas nestes últimos anos de muito trabalho.

Às professoras Cleci Maraschin e Analice de Lima Palombini, que apostaram no trabalho em oficinas e que criaram uma parceria com a *Oficina de Imagens*,

oportunizando não só equipamentos para compor o trabalho, mas, acima de tudo discussão, reflexão e compartilhamento, o que resultou em uma publicação que poderá multiplicar nossas ideias, apostas e afetos.

Ao Educa Saúde e, em especial, aos residentes Ana Lua Rauber, Tanise Tanisek, Paolo Lamb, Renata, Liana Bolzan, Heloísa Germany, que dele fazem parte, por terem buscado acompanhar o trabalho do *Projeto Insere* e por trazerem seus questionamentos, críticas e ideias, auxiliando em muito o aprendizado e a transmissão no espaço da Universidade.

As colegas de estudo, Ivy Dias, Carolina Viana, Elaine Milman e Cleuza Bueno, pela parceria, pelo incentivo, pelas risadas, pelos cafés e pela ajuda nos momentos de dificuldade. Sem nosso grupo, teria desistido desta empreitada.

À psicanalista Henriete Karan, pela grande dedicação na correção deste trabalho, pelo ombro amigo nos momentos de desespero, pelas dicas sempre muito claras, objetivas e pertinentes, e principalmente pela disponibilidade na discussão dos pontos cruciais deste texto.

Aos meus pais, *in memoriam*, que souberam transmitir, de modo afetivo e respeitoso, o gosto pelo conhecimento, por terem me ensinado que o estudo poderia criar um mundo muito mais fascinante.

Aos meus sogros, que durante estes anos cuidaram de minhas filhas e estiveram sempre presentes com seus estímulos e incentivos.

Às minhas filhas, Bruna e Paula, que com seu jeito alegre e descontraído me oportunizaram momentos de relaxamento e alegria e, além de terem compreendido os momentos de afastamento, sempre me presentearam com palavras de carinho e de incentivo.

E, em especial, ao Pedro, meu companheiro de todas as horas, pela paciência, pela dedicação à nossa família, pelas palavras de apoio, pelo amor que sempre demonstrou, sobretudo através da atitude compreensiva que manteve durante estes quatro anos de distanciamento, e, principalmente, pela criatividade de ter nomeado, em 2002, o *Projeto Insere*.

## RESUMO

A presente pesquisa, interessada em abordar questões inauguradas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela reestruturação política do atendimento a sujeitos portadores de transtornos mentais graves, busca situar e delimitar as questões essenciais que este movimento impõe ao campo da saúde mental.

Para tanto, tomando como ponto de partida o texto de Hannah Arendt, *Entre o passado e o futuro*, propõe-se a destacar a posição que a reabilitação psicossocial vem assumindo desde que este movimento foi deflagrado, bem como examinar a evolução do conceito de reabilitação psicossocial e investigar as possibilidades de atuação no campo da atenção psicossocial. Também utiliza-se Walter Benjamin como autor central desta tese para desenvolver o termo experiência.

O estudo organizou-se a partir da análise da díade experiência-transmissão - entendida a partir do paradigma psicanalítico e com base no conceito de transferência, de S. Freud, e na noção de estrutura moebiana, de Jacques Lacan - e, nele, são apresentados os dispositivos terapêuticos que vem sendo desenvolvidos no CAPS Cais Mental Centro, assim como as vias de transmissão da experiência clínica que tais dispositivos podem propiciar para o campo da atenção psicossocial, abordando a experiência do *Projeto Insere* como prática na rede de reabilitação psicossocial, sua transmissão e possibilidade de inserção na história no movimento de reforma da assistência sem torná-lo paradigma ou protocolo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicose; Transmissão; Reabilitação Psicossocial; Inclusão social; *Projeto Insere*.

## ABSTRACT

The present research, concerned with the questions raised by the movement of Psychiatric Reform and, therefore, by the political restructuring of the care of subjects with severe mental disorders, aims to situate and delimit the key questions this movement imposes on the field of mental health.

For this task, taking as a starting point Hannah Arendt's text, *Between Past and Future*, it intends to highlight the place that psychosocial rehabilitation has assumed since this movement was started, as well as to examine the evolution of the concept of psychosocial rehabilitation and to investigate the possibilities of action in the field of psychosocial care.

The study was built from the analysis of the experience-transmission dyad – understood from a psychoanalytic paradigm and based on the concepts of transference, of S. Freud, and Moebian structure, of Jacques Lacan –, and it presents the therapeutic tools that have been developed at the Psychosocial Care Center Cais Mental Centro, as well as the paths of transmission of the clinical experience these tools may provide to the field of psychosocial care, addressing the experience of *Project Inse* as a practice in the network of psychosocial rehabilitation, its transmission and possibility of insertion in the history of the movement of care reform without making it a paradigm or protocol.

**KEYWORDS:** Psychosis; Transmission; Psychosocial Rehabilitation; Social inclusion; *Project Inse*.

## RÉSUMÉ

Cette recherche, préoccupée de traiter les questions inaugurées par le mouvement de la Réforme Psychiatrique et, par conséquent, par la restructuration politique de la prise en charge des sujets porteurs de troubles mentaux graves, vise à situer et à délimiter les questions essentielles que ce mouvement impose au champ de la santé mentale.

Pour cela, en prenant comme point de départ le texte d'Hannah Arendt intitulé *Entre o passado e o futuro*, ce travail envisage de souligner la position adoptée par la réhabilitation psychosociale depuis que le mouvement de la Réforme Psychiatrique a été déclenché, ainsi que d'examiner l'évolution du concept de réhabilitation psychosociale et de faire des recherches sur les possibilités d'action dans le cadre de l'attention psychosociale.

Cette étude s'est organisée à partir de l'analyse de la dyade expérience-transmission - comprise par le biais du paradigme psychanalytique et basé sur les concepts de transfert de S. Freud et de *structure mœbienne* de Jacques Lacan - et y sont présentés les dispositifs thérapeutiques qui sont en train de développement dans le Caps Cais Mental Centro, tout comme les voies de transmission de l'expérience clinique que de tels dispositifs peuvent rendre possible pour le champ de l'attention psychosociale, en traitant l'expérience du *Projeto Insere* comme pratique dans le réseau de la réhabilitation psychosociale, sa transmission et sa possibilité d'insertion dans l'histoire du mouvement de la réforme de l'assistance sans le rendre un paradigme ou un protocole.

**MOTS-CLÉS:** Psychose; Transmission; Réhabilitation psychosociale; Inclusion sociale; *Projeto Insere*.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DISPOSITIVO DE TRABALHO NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>HERANÇA SEM TESTAMENTO .....</b>	<b>18</b>
2.1	O PASSADO CONSTITUINDO PRESENTE E FUTURO .....	18
2.2	A HERANÇA .....	23
2.3	UMA POSSIBILIDADE DE ESCREVER O FUTURO .....	28
<b>3</b>	<b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>34</b>
3.1	MOVIMENTOS DE REFORMA .....	34
3.1.1	Caminhos à atenção psicossocial .....	36
3.1.2	Uma rede em construção .....	39
3.1.3	Uma clínica que se amplia .....	43
3.1.4	Serviços substitutivos: mapeando o território .....	47
3.1.5	De leis e portarias a dispositivos que ganham vida na sustentação do trabalho cotidiano .....	53
<b>4</b>	<b>TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: OS IMPASSES DA CLÍNICA E A INVENÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS .....</b>	<b>56</b>
4.1	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM TERMO, UM CONCEITO, MUITAS INTERVENÇÕES .....	56
4.1.1	Da <i>reparação e integração</i> ao psicossocial .....	59
4.1.2	O social como ponto estratégico .....	60
4.1.3	A inclusão e o social .....	63
4.2	O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS LUGARES DE ENUNCIÇÃO .....	68
4.2.1	Resgatando os recursos da comunidade .....	70
4.2.2	As contribuições da psicanálise .....	72
4.2.3	Reposicionando lugares enunciativos .....	76

<b>5</b>	<b>EXPERIÊNCIA E TRANSMISSÃO: UMA ARTICULAÇÃO MOEBIANA</b> .....	82
5.1	EXPERIÊNCIA EM W.BENJAMIN .....	84
5.2	TRANSMISSÃO EM S. FREUD .....	89
5.3	J. LACAN E A NOÇÃO DE ESTRUTURA MOEBIANA .....	94
5.4	TRANSFERÊNCIA E TRANSMISSÃO .....	98
5.4.1	O lugar da transferência na experiência de transmissão .....	98
<b>6</b>	<b>O CAMPO DA EXPERIÊNCIA</b> .....	104
6.1	O ACESSO AO QUE A CIDADE OFERECE .....	106
6.1.1	<i>Projeto Insere</i> .....	106
6.1.1.1	Busca pela ampliação da acessibilidade e inclusão .....	110
6.1.1.2	Efeito do trabalho de reabilitação nas palavras dos envolvidos .....	116
6.1.2	<i>CINEMA EM DEBATE: O QUE ENLAÇA UMA IMAGEM?</i> .....	121
6.1.2.1	O espectador, o filme e o <i>Cinema em Debate</i> .....	123
6.1.2.2	O dispositivo como um disparador de reflexões .....	127
6.1.2.3	O efeito do compartilhamento e do testemunho .....	128
6.2	A OFERTA PARA A CIDADE DE UMA PRODUÇÃO PRÓPRIA .....	132
6.2.1	<i>Oficina de Imagens: história da criação na psicose</i> .....	134
6.2.1.1	O coletivo oportunizando efeitos individuais .....	138
6.2.1.2	Buscando na teoria subsídios para o trabalho na oficina .....	141
6.2.1.3	A produção de imagens como possibilidade de produção de si .....	147
6.2.1.4	O trabalho com as imagens .....	150
6.2.1.5	O trabalho interno na oficina e a saída para a cidade .....	154
6.2.2	<i>PROJETO PILOTO CAPACITAR: A APRENDIZAGEM COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO</i> .....	159
6.2.2.1	A CIF como aliada na política de inclusão .....	160
6.2.2.2	O conceito de deficiência psicossocial .....	163
6.2.2.3	Da reflexão e do estudo à possibilidade de ampliar conceitos .....	165
6.2.2.4	O <i>Capacitar</i> como uma ação afirmativa e de reflexão no social .....	169
6.2.2.5	As parcerias e o aprendiz tornando-se trabalhador .....	173
6.2.2.6	A aprendizagem como instrumento de inclusão e a inclusão como instrumento de produção e cuidado de si .....	177
<b>7</b>	<b>VIAS DE TRANSMISSÃO</b> .....	183
7.1	NARRANDO EXPERIÊNCIAS .....	184
7.1.1	Orientando empresas na inclusão .....	184
7.1.2	Construindo critérios de inclusão .....	186
7.1.3	Multiplicando formas de fazer inclusão .....	188

7.2	AUTORIA COMO EXERCÍCIO DE EXPERIÊNCIA E DE TRANSMISSÃO	190
7.3	ESPAÇOS DE INTERLOCUÇÃO NA CIDADE E COM A CIDADE .....	194
7.4	TRANSMISSÃO E CLÍNICA .....	200
<b>8</b>	<b>MOMENTO FINAL</b> .....	<b>202</b>
8.1	RETORMAR PARA CONCLUIR .....	213
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>216</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>225</b>

# 1 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DISPOSITIVO DE TRABALHO NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

São os acasos que nos fazem ir a torto e a direito, e dos quais fazemos nosso destino..., fazemos, dos acasos que nos levam alguma coisa de tramado.

(J. Lacan, *Seminário XXIII*)

O processo de repensar o que se produz na prática do dia-a-dia, de refletir sobre aquilo que se fixa como rotina e, até mesmo, sobre o que parece óbvio mostra-se tarefa imprescindível no cotidiano do trabalhador de saúde mental que se propõe a acompanhar sujeitos em diferentes momentos psíquicos.

O exercício de problematizar a prática, originado pelo desconforto provocado pelas questões que com ela vão se apresentando, tem como consequência que seja inevitável a busca de um espaço de interlocução com o campo teórico, tanto no âmbito acadêmico quanto entre os colegas que também se questionam sobre o trabalho com as psicoses. Deste desconforto, desta inquietação, surge a questão que se impõe como objeto de pesquisa e que tem se reeditado, na trajetória da autora, a cada momento de escrita ou de apresentação de trabalho.

Como é possível, nas atividades terapêuticas desenvolvidas em um serviço de saúde mental, pensar a inclusão social dos sujeitos acometidos de transtornos mentais graves? Como oportunizar que eles habitem os espaços da cidade, priorizando a singularidade de cada sujeito, o tempo necessário para que cada um encontre o seu lugar, escutando também os sentimentos dos familiares e acompanhando os movimentos para fora, tanto das instituições de tratamento quanto do próprio contexto familiar?

Como lidar no espaço clínico/terapêutico com as injunções que este fora dos espaços de convívio e que as relações muitas vezes colocam em cena para os sujeitos psicóticos?

Nosso ponto de partida se situa na posição de destaque que a reabilitação psicossocial vem assumindo desde que foi deflagrado o movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual promoveu muitos avanços na compreensão da saúde mental: dentre eles, deixou-se de privilegiar a doença e passou-se a contemplar o sujeito e sua singularidade, permitindo conceber a loucura como um modo de existir. Assim, o trabalho na área da reabilitação e inclusão social vem ganhando contorno de *intervenção terapêutica* e passa a ser discutido pelos profissionais de diversas áreas que se sentem implicados com esta questão.

Os interrogantes que levaram a construir esta tese surgiram, como não poderia deixar de ser, de uma trajetória profissional pessoal, que se inicia na graduação de Terapia Ocupacional, prossegue na imersão de uma Residência Interdisciplinar em saúde mental na Escola de Saúde Pública/HPSP e que se amplia num Percurso de três anos em Psicanálise na APPOA e de mais dois anos na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.

Embora estes espaços de formação possam parecer teoricamente dissonantes, conjugados eles fazem toda a diferença quando se trata de desenvolver um trabalho clínico com sujeitos com transtornos mentais graves

e foram de grande contribuição tanto para a criação do Cais Mental 8<sup>1</sup>, no ano de 1996, quanto na direção de um serviço substitutivo, ou seja um centro de atenção psicossocial, onde existe o espaço protegido, com atividades diárias e acompanhadas, mas também possibilidades de encaminhamentos para inclusão social e apropriação dos espaços do território comunitário.

Reforma Psiquiátrica, Psicanálise, Clínica da Psicose, CAPS..., como conciliar estes saberes, fazer com que se movimentem, criando espaços de interlocução, acrescentando valor à discussão sobre os transtornos mentais graves, sem, no entanto, voltar a objetualizar os sujeitos, tal como acontecia, até o ano de 1992<sup>2</sup>, no âmbito do Hospital Psiquiátrico São Pedro? E que ainda acontece em determinados acompanhamentos... O que nos resguardaria de fazer da inclusão social um imperativo do CAPS enquanto serviço, um imperativo do terapeuta ocupacional enquanto trabalhador ou mesmo transformá-la numa bandeira que nos foi deixada de herança, mas que nunca questionamos? Recebemos uma herança sem testamento? Como estamos contribuindo para a escrita deste testamento?

Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – são os equipamentos mais recentes nas políticas públicas de saúde. Eles se configuraram como dispositivos abertos de atendimento, no campo da saúde mental, e compõem a rede de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, definida a partir e com base no movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sua principal característica é imprimir novas formas de acolhida e de acompanhamento a sujeitos com transtornos mentais graves, objetivando a construção de possibilidades para que estes sujeitos possam estar em relação com o espaço da cidade e com o discurso social.

Conforme a definição do Ministério da Saúde,

---

<sup>1</sup> Nomeação inicial do CAPS *Cais Mental Centro*.

<sup>2</sup> Este ano é o marco inicial do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 9).

É neste contexto que, em 1996, é fundado *CAPS Cais Mental Centro*<sup>3</sup>, na época, denominado *Cais Mental*. A escolha deste nome, realizada no momento em que o serviço foi concebido e, como não havia, ainda, a determinação ministerial de se padronizar o uso do nome e da sigla CAPS no território brasileiro, elegeu-se a sigla CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde), seguida da palavra *Mental*, por se tratar de um dispositivo da rede de serviços em saúde mental.

Naquele momento, entendeu-se que o nome *cais* portava a potência de ser utilizado também como metáfora, como um lugar onde aportar e de onde partir, um porto, um espaço de ancoragem e de passagem, de travessia, ponto de referência numa travessia difícil, que requer acolhimento, que possibilite o ir e vir, facilitando a ampliação dos horizontes sociais de cada sujeito que ali buscasse acompanhamento.

Assim, quando a denominação CAPS foi incorporada à política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, a equipe do Cais resolveu, em virtude de seu sentido metafórico, manter associada a ela a antiga nomeação, de tal modo que o nome ficou: CAPS Cais Mental Centro.

A prática cotidiana de trabalho no CAPS Cais Mental Centro orienta-se por um projeto construído coletivamente e, como referido anteriormente, por um trabalho em parceria com o território, com a comunidade local. Os sujeitos integram-se às diferentes modalidades de atendimento, seja em nível

---

<sup>3</sup> Cais (Centro de Atenção Integral à Saúde) Mental Centro (por estar localizado no distrito *centro* da cidade de Porto Alegre, território que deve ser referência para o atendimento da população com transtorno mental grave).

ambulatorial, seja em regime de atenção diária (nas situações em que se faz necessário um ambiente mais protegido). Entendemos que estas diferentes modalidades, desde o acolhimento até a alta, fazem parte de um projeto de reabilitação psicossocial que é construído desde cada sujeito e para cada um em particular.

Neste sentido, assume relevância especial a reabilitação psicossocial em que o sujeito está melhor organizado psicologicamente, aderindo ao tratamento, seguindo as indicações da equipe que o acompanha e com desejo e apto para ingressar em atividades que se situam fora do espaço protegido do CAPS.

O trabalho de reabilitação psicossocial realizado no CAPS Cais Mental Centro tem como âncora o *Projeto Insere*<sup>4</sup>, que, em linhas gerais, implica a construção de parcerias com outras instituições, sejam elas públicas ou privadas, no âmbito do lazer, esporte, cultura e trabalho. Muitos dos sujeitos acompanhados têm se beneficiado com este projeto, inclusive no que diz respeito à reinserção no mercado formal de trabalho.

Este projeto iniciou como um piloto no CAPS Cais Mental Centro e foi ampliado ao se formarem parcerias com outros serviços de saúde mental do município e com empresas privadas.

Hoje, o *Projeto Insere* é um programa de ações, de estratégias, de profissionais envolvidos e que visa, em cada uma de suas etapas, a oportunizar laços sociais significativos, a proporcionar que seja experienciado o acesso a espaços novos de vida e de desafios, constituindo lugares de enunciação possíveis para sujeitos que foram calados por suas doenças<sup>5</sup>, que

---

<sup>4</sup> O *Projeto Insere* consiste em um programa de acompanhamento em Reabilitação Psicossocial dos sujeitos atendidos nos serviços de saúde mental do Município de Porto Alegre. Desde 2002, organizamos parcerias com instituições públicas e privadas, visando a obter qualificação, trabalho, lazer e educação em diferentes níveis de complexidade, sempre oportunizando acompanhamento e suporte.

<sup>5</sup> Nesta tese, empregaremos a palavra *doença* apesar de a psicanálise ser o nosso referencial e de acreditarmos que a psicose é um modo de existir. Nossa intenção é chegarmos o mais próximo possível de diferentes leitores, de modo a multiplicar, o mais amplamente possível, nossa experiência.

tiveram suas trajetórias de vida empobrecidas pelas incansáveis interações e pela falta de oportunidades para seguirem os planos e sonhos de um tempo passado.

As atividades que compõe o *Projeto Insere* e que consistem em um programa de ações e relacionamento com instituições do território são: o cinema em debate na saúde mental, a oficina de imagens do CAPS Cais Mental Centro, o projeto piloto *Capacitar*, o grupo cidadania e trabalho, bem como avaliações e acompanhamentos para ingresso no mercado formal de trabalho.

Acreditamos que, através destas ações e parcerias, a cada ano, além de avançarmos e sustentarmos mais um passo nesta trajetória da reabilitação psicossocial no campo da saúde mental, provocamos um processo de discussão na sociedade, de modo a ampliar o entendimento sobre os transtornos mentais graves.

A importância de ter atividades produtivas, de ter responsabilidades, de ter um emprego para estes sujeitos já está bem estabelecida, embora apenas uma pequena porcentagem dessa população tenha conseguido manter vínculos com outras instituições que não sejam de saúde mental.

No Brasil, segundo estatísticas do INSS referentes aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez. Estes dados nos fornecem a dimensão da problemática que envolve os sujeitos com transtornos mentais graves e a importância de um trabalho de reabilitação psicossocial acompanhado e sustentado por equipe interdisciplinar que atue no campo da atenção psicossocial.

Porém, ao refletirmos sobre os transtornos mentais desde a perspectiva psicanalítica, acreditamos que existe bem mais do que sintomas patológicos a serem esbatidos, é preciso pensar sobre o modo como este sujeito se relaciona, como compartilha suas questões e como, a partir de seu modo de existir frente

à psicose se dá o encontro com outros sujeitos. Portanto, em se tratando de reabilitação psicossocial e inclusão social, não é suficiente que se produzam saídas dos centros de atenção psicossocial, aderência a cursos e capacitações, para que haja alguma mudança na posição subjetiva destes sujeitos.

Há impasses próprios da psicose que impossibilitam a circulação pelo social, e, muitas vezes, este social pode desestabilizar e fazer eclodir a crise aguda.

É mais que necessário refletir como estas ações, estratégias criadas a partir da reabilitação psicossocial e desenvolvidas em transferência com os sujeitos acompanhados, podem criar condições para que “ali, em uma existência aniquilada pela psicose, possa se produzir um sujeito” (TENÓRIO, 2001, p. 12).

A psicanálise vem contribuir enormemente para o trabalho em reabilitação psicossocial, orientando o caminho a ser percorrido na direção de possibilidades de encontros, de compartilhamentos, de uma relação que acontece e cresce em um espaço terapêutico e que se sustenta na transferência.

Para abordar estes tópicos aqui sinteticamente elencados, busca-se, no primeiro momento, situar e delimitar questões essenciais que são inauguradas pelo movimento da reforma psiquiátrica e que decorrem das propostas de reestruturação política do atendimento a sujeitos com transtornos mentais graves, examinando a evolução do conceito de reabilitação psicossocial e investigando as possibilidades de atuação no campo da atenção psicossocial. A seguir, o enfoque recai sobre a díade experiência-transmissão, entendida a partir do paradigma psicanalítico e com base nos conceitos de transferência e de noção de articulação moebiana, e na qual são apresentados os dispositivos terapêuticos que vêm sendo desenvolvidos no CAPS Cais Mental Centro, bem como as vias de transmissão da experiência clínica que tais dispositivos podem propiciar para o campo da atenção psicossocial, destina-se a abordar a experiência do *Projeto Insere* como prática na rede de reabilitação psicossocial,

sua transmissão e possibilidade de inserção na história no movimento de reforma da assistência sem torná-la paradigma ou protocolo.

## 2 HERANÇA SEM TESTAMENTO

A loucura sempre provocou inquietação, curiosidade, temor. De alguma forma, essa alteridade que se revela como o outro de nós mesmos, instiga em nós aquilo que desconhecemos.

(M. Foucault, *O sujeito e o poder*)

### 2.1 O PASSADO CONSTITUINDO PRESENTE E FUTURO

Hannah Arendt (2009), escritora e filósofa que estudou e escreveu sobre o aniquilamento da política e da liberdade nos regimes totalitários do século XX, no livro *Entre o passado e o futuro*, revisita o poeta e escritor René Char, na Paris de 1946, e utiliza sua expressão “Notre héritage n’est precede d’aucun testament” (*Nossa herança nos foi deixada sem nenhum testamento*), para introduzir um conjunto de inquietações que poderão auxiliar na reflexão sobre história, passado e memória e iluminar a discussão sobre experiência e transmissão que nos interessa enfocar nesta tese.

A autora menciona que é a ausência de nomeação, de entendimento de o que seria o tesouro deixado em uma herança, que pode “legar posses do passado para o futuro” (2009, p. 31). É na tentativa por compreender o que

seria este tesouro e o seu valor que um passado é revisto e um futuro pode vir a constituir-se.

Refletindo sobre a experiência da Reforma Psiquiátrica, movimento que envolve trabalhadores de saúde, pessoas atendidas em serviços de saúde mental, comunidade e gestores públicos, elegemos uma primeira questão a ser desenvolvida: *Que herança foi anunciada aos profissionais de saúde mental, quando do surgimento de leis e portarias referentes à reforma da assistência e que testamento é possível ser escrito 20 anos depois que não se constitua como protocolo ou imperativo para o campo da atenção psicossocial?*

Criar serviços, atividades, dispositivos para o tratamento dos transtornos mentais graves, lembrando da história dos manicômios, dos grandes hospitais psiquiátricos, e a partir disto refletir sobre a possibilidade de transmissão destes avanços e conquistas é tarefa que se faz necessária neste momento de retrocesso na política pública. Retrocesso no que diz respeito à prioridade das políticas, quantidade x qualidade, internação x tratamento, medicação x escuta do sujeito. Articular história, memória e transmissão tem se tornado imprescindível para o avanço deste campo tão plural.

No prefácio de seu livro, H. Arendt (2009) escreve sobre a quebra entre o passado e o futuro, contando que, por alguma razão misteriosa, o recordar precisaria estar vivo para que o acontecimento pudesse emergir da mente dos que deveriam contar a história e transmitir seu significado. Assim, para a autora, sem esta articulação realizada pela memória não sobraria história que pudesse ser contada, compreendendo história, não como uma compreensão do passado, mas como uma projeção do futuro, com função de fornecer subsídios para a ação, para a atualização de ideias que se modificam de acordo com a articulação possível do processo em movimento.

H. Arendt escreve que através da história contada, através de sua memória, algo da transmissão de seu sentido passa a operar e menciona a existência de uma lacuna, “um estranho período intermediário que por vezes se insere num tempo histórico, quando não somente os historiadores futuros,

mas também os atores e testemunhas, tornam-se conscientes de um intervalo de tempo totalmente determinado por coisas que não são mais e por coisas que não são ainda” (2009, p. 35), possibilitando ao leitor refletir sobre um tempo, ou melhor, uma lacuna deste tempo, necessária para a existência de uma transmissão.

Um tempo histórico, necessário para esta passagem, para esta “conscientização” de passagem do tempo, pois a consciência desta continuidade se dá pela vinculação do passado ao futuro. Assim, percebemos que a autora entende o passado como uma força, potente para que o futuro se escreva e imprescindível para que um futuro seja pensado. Força no sentido de valorização de um tempo que não deveria ser considerado descartável, não deveria ser entendido como um “fardo” e que, quando apreendido, pode resultar em um tempo histórico com possibilidades de transmissão.

H. Arendt cita o escritor norte americano William Faulkner (1897-1962) para referir que o passado é algo vivo – “o passado nunca está morto, ele nem mesmo é passado” (2009, p. 37) –, é um tempo que permanece vivo na memória, sendo necessário para a existência de um presente e de um futuro. Vivo através da memória, da lembrança e do que os atores que o experienciaram podem fazer com ele. A autora afirma que o homem é um ser que “age, que inicia processos onde quer que vá e com o que quer que faça” (2009, p. 91) e que estes processos resignificam o passado, dando contorno e construindo um projeto de futuro.

A ideia de que o homem “inicia processos onde quer que vá” pode ser ilustrada com um episódio que foi lembrado pela professora Analice Palombini, do Instituto de Psicologia da UFRGS, no momento da banca de defesa do projeto desta tese. Respondendo pela organização do Congresso de Acompanhamento Terapêutico (AT), realizado em Porto Alegre em 2008, a

professora convidou a Oficina de Imagens do CAPS Cais Mental Centro<sup>1</sup> para realizar um vídeo que mostrasse o que era o acompanhamento terapêutico. O vídeo seria apresentado em uma mesa redonda e também em uma mostra de filmes na sala Redenção da UFRGS. A Oficina de Imagens aceitou o desafio, realizando o filme, apesar do curto espaço de tempo e deste pedido fugir da lógica de produção que norteava o trabalho, onde os processos se desenvolviam num tempo largo e lento, com muitas discussões e improvisações, antes de convergirem para um produto pronto para ir a público.

O que nos interessa nesta passagem é o que a partir desta cena pode ser pensado na lacuna temporal destes 10 anos que se passaram. No final de 1998, já sendo coordenadora do projeto de acompanhamento terapêutico, coube a professora e aos seus estagiários produzir um vídeo com imagens e sons que pudessem contar dos casos que, ao longo daquele ano, haviam feito parte do projeto.

Nos últimos dois anos, sempre que é chamada para falar do AT, diante dos públicos mais diversos (estudantes, trabalhadores, residentes), a professora leva estes dois vídeos para exibição. São vídeos curtos, o mais antigo (1998) tem 5 minutos e o mais recente (2008) 10 minutos, mas segundo a professora “são carregados de uma intensidade que se potencializa quando se inclui para análise, o decurso de tempo que vai de um ao outro e as condições de sua produção”. Ela afirma que “Em 1998 não seria possível demandar às pessoas atendidas pelo AT que produzissem um vídeo, não só porque não havia ainda oficina de imagens que desse sustentação a esta proposta, mas porque eles e nós, não carregávamos ainda a experiência necessária, não tínhamos o acúmulo suficiente para isso”. A professora menciona ainda que no vídeo de 1998 a experiência do AT é narrada através de sons e imagens, colocando em cena para a produção destas imagens o

---

<sup>1</sup> A *Oficina de Imagens* é uma oficina terapêutica onde ocorre a produção de vídeos do CAPS

corpo do acompanhante, “numa espécie de revivência, no seu corpo próprio, da experiência corporal que se apresentava como marca subjetiva do acompanhado”. No vídeo de 2008, são os próprios acompanhados, ou pessoas em tratamento na oficina, que podem falar da experiência do AT ou perguntar a respeito desta para os acompanhantes ou acompanhados.

Passagem do tempo, histórias vividas, memórias, passado, presente, deslocamento de lugares de enunciação, outras formas de narrativa, outras formas de transmitir. Experiências que naquilo mesmo que produzem carregam efeitos de transmissão.

O passado é um tempo que empurra para frente, um tempo que, ao impor uma volta a ele, dá contorno e existência aos outros tempos. Contudo, H. Arendt (2009) aprofunda a importância do passado, dizendo que é o futuro que nos impele de volta ao passado. É o futuro que permite esta volta, e não o contrário. É o tempo que está por vir que incitaria a memória a buscar imagens num tempo que já passou, dando contorno e existência ao presente. Existe um “entre” nesta linha que liga passado e futuro, e H. Arendt (2009) utiliza imagens mentais, metáforas, situando o leitor que se inscreve no paradigma do pensamento contemporâneo, ressaltando que são as lacunas, as lacunas temporais, este “entre” que perpassa passado e futuro que permite falar de tradição e de história, de memória e de transmissão, abrindo uma possibilidade para a construção de um futuro enlaçado e ressignificado pelos tempos vividos.

Neste sentido, cabe salientar que a reflexão que se impõe passa por investigar a relevância do conceito de transmissão numa época em que os vínculos se transformaram e na qual se questiona se a tradição ainda é algo que opera ou, em outras palavras, se persiste a possibilidade de haver transmissão. Neste estudo, problematizar o passado, pensando-o como um tempo de início de transformações, e ainda como motor para que presente e

futuro se estabeleçam, é de fundamental importância para falar do campo da atenção psicossocial e dos dispositivos criados a partir das mudanças na assistência em saúde mental. Fundamental porque fala de um tempo passado, quando reabilitar era um termo de cunho médico, quando o tratamento muitas vezes passava pela clausura, pelo afastamento das relações sociais. Fundamental pois se refere a um tempo passado que pode ser ressignificado, potencializado, e deixar marcas, rastros que produzam, para os dias que virão, processos de mudança e de criação.

H. Arendt (2009), ao indicar uma brecha entre o passado e o futuro, um tempo em que as nossas referências estão muito distantes, em lapsos de memória, bloqueando os “tesouros” do passado, nos informa que não se recebe, não se herda, conhecimentos: o que nos é legado são acontecimentos vividos, com os quais é necessário “construirmos” uma história, articulando memória e experiência.

O pensamento de H. Arendt (2009) neste livro é voltado para o fenômeno da ruptura, para a lacuna, para o entre o passado e o futuro que provocou e instigou um exame do presente, fundindo reflexão, pensamento e ato. Segundo a autora, é por um “lapso de memória”, uma impossibilidade dos atores envolvidos de reterem fatos de que participaram, que esta ruptura ocorre, pois não se produz reflexão ou pensamento quando não se instaura um passado que produz memória e inscreve uma tradição.

## 2.2 A HERANÇA

Na atenção psicossocial – noção que atravessa vários campos teóricos –, um dos aspectos que interroga quem dele se ocupa é como pensar a inclusão social, como desencadear esta discussão para além dos muros que ainda cercam o campo da saúde mental, como transformar o dito *não ao manicômio*, como modificar a postura e *escutar o sujeito mais do que a sua doença*, como criar dispositivos interessantes: oficinas, eventos, tratamentos, sem fazer deste

trabalho algo imperativo? Imperativo aos trabalhadores, imperativo aos sujeitos atendidos. Sem fazer com que o sofrimento seja mascarado pelo *tudo pela inclusão social*?

Diante de tais questões e à luz do pensamento de H. Arendt se faz interessante revisitar o passado e abordar a história do termo reabilitação psicossocial, a fim de refletir sobre novos modos assistenciais e de cuidado neste campo.

Abordar o trabalho desenvolvido no campo da saúde mental, com sua memória e ações, refletir sobre o que foi construído e seus modos de intervenção – desdobrando tais reflexões em perguntas sobre o modo como esta herança tem sido compartilhada, bem como de que forma este testamento pode continuar sendo escrito e transmitido – é mais do que uma exigência ética, se faz necessário para a continuidade e o futuro das discussões e para o crescimento teórico-metodológico no campo da atenção psicossocial.

Mas caminhar para onde? de que modo? Avançar nas políticas públicas pode ser entendido como criar dispositivos que dêem conta da inclusão social, que permitam que os sujeitos acometidos por transtornos mentais graves não sejam mais internados como números em instituições totais, sem nenhum poder de contratualidade e afetividade. Pode ser habitar cinemas, oficinas, ingressar em trabalhos formais com carteira assinada, mas, ainda assim, corre-se o risco de eles serem tomados como objetos, como pessoas suscetíveis a rótulos e sem poder de decisão. Como revisitar o passado e planejar um futuro, sem incorrer no equívoco de estar, apenas, planejando uma reprodução do passado com cores mais vivas. Como não tomar a desinstitucionalização como um imperativo em que a rua e a comunidade são tomadas, por si só, como potencializadores de vida, de cidadania e de espaços de inclusão?

Assim, vale contextualizar uma lembrança do passado, lembrança que remete ao ano de 1989 e de um fato que ocorreu dentro de uma instituição psiquiátrica.

Delfina tem um saco de papel velho que é só dela, anda sempre com ele, como bolsa de mulher. Procura coisas dentro dele, faz anotações em pedaços de papel e os coloca dentro deste saco. Delfina mora no Hospital Psiquiátrico São Pedro<sup>2</sup>, está lá desde 1983, mas, cada vez que desaparece algo em sua unidade de moradia, é acusada. Suas coisas são remexidas, destroçadas. Delfina chora, diz que não pegaria o que não é seu, que gosta de papel escrito por ela, não de coisas prontas.

Delfina é uma mulher de mais ou menos 40 anos, infantilizada, abandonada pelos familiares, desacreditada pelos profissionais da instituição, pouco conversa com quem se aproxima, pouco dirige o olhar a quem passa perto.

Delfina entrou no HPSP por ter tido uma crise de epilepsia, na qual debateu-se tanto que cortou o rosto, foi deixada por familiares no hospital e ficou dias sem saber bem onde estava. No decorrer dos anos, passou da ala de agudos para a de crônicos, fez amigos, ora diagnosticada como deficiente intelectual<sup>3</sup>, ora como esquizofrênica. Delfina participava de todas as atividades desenvolvidas pelo grupo de terapeutas ocupacionais, freqüentava assiduamente a sala de Terapia Ocupacional. Escrevia, pintava, colava, dançava... Independente da proposta, lá estava ela participando.

Delfina não estava mais internada por um período, estava residindo dentro do hospital, na ala asilar de moradia, onde permanecem os crônicos que não têm mais vínculo com seus familiares. Certo dia, em frente à sua unidade de moradia, enquanto aguardava outros moradores para ir às atividades de terapia ocupacional, lhe foi perguntado onde morava e com quem morava antes de chegar ao hospital. Naquele momento, disse que não queria falar, ficaria triste. Nisto pegou um palito de picolé e começou a

---

<sup>2</sup> Hospital Psiquiátrico São Pedro- HPSP. Instituição construída em 1879 e inaugurada em 29 junho de 1884

<sup>3</sup> Atualmente, emprega-se *deficiente intelectual*, mas, no tempo referido acima, o termo adotado para designar o sujeito que portava QI abaixo da média era *deficiente mental*.

desenhar na terra uma casa, uma nuvem. Era um desenho de criança, com nuvens e árvore. Logo foi questionada sobre que casa era aquela, quem morava ali, e ela disse olhando para a terra e para as formigas que passavam no chão: “elas, as formigas”. No mesmo momento que Delfina começava a falar, a contar um pouco o que pensava, uma atendente da unidade de moradia onde Delfina residia, pegou-a pela mão, levantou-a do chão e disse: “anda, anda, para de falar e vai te ocupar, fica aí incomodando a doutora e não faz nada de bom”.

Este fragmento pode ilustrar o funcionamento da instituição psiquiátrica para com os sujeitos internados, deixados para “tratamento e cuidado” e é evocado a fim de demonstrar que é preciso revisitar o passado para entender a compreensão que até bem pouco tempo se tinha de doença mental, de internação, de atendimento e também de reabilitação psicossocial. Apenas a partir disto, desta lacuna, deste entre, é que poderemos trazer para o debate as transformações ocorridas ao longo destes anos na assistência em saúde mental e refletir face aos enunciados de uma nova época para a atenção psicossocial.

Entre muitas lembranças que este fragmento evoca, interessa-nos destacar o quanto ele é exemplar para pensar como o sujeito surge, nesse quadro, à margem de qualquer verdade estabelecida, de qualquer saber que fundamente sua prática. A prática exercida nos antigos hospitais psiquiátricos, legitimava-se de sua eficácia em produzir a disciplina esperada, em domar a força e a voz da vontade do chamado “louco”. Este fragmento demonstra um funcionamento institucional capaz de aprisionar, de objetualizar, esta força ameaçadora que emana da loucura.

Neste campo que se transforma e que passa a ter, em sua perspectiva, o escutar a singularidade deste sujeito que sofre, é de suma importância que possamos, ao mesmo tempo que refletir e questionar, abrir a possibilidade de transmitir as experiências que vão ocorrendo, que vão tornando-se lacunas no tempo, de compartilhar com os colegas – também profissionais – interrogações

e inquietações, principalmente, no que se refere a como intervir no atendimento de sujeitos com transtorno mental grave<sup>4</sup>.

Assim, um dos fatores de extrema importância é pensar se é possível e como é realizada a transmissão neste campo da atenção psicossocial. Transmissão que oportunize a interlocução entre os profissionais, o compartilhamento de dúvidas, que amplie a discussão e o estudo no campo da reabilitação psicossocial. Transmissão que se abra para a reflexão sobre as ações desenvolvidas no trabalho de inclusão social a ser realizado pelo campo da atenção psicossocial, bem como para as dificuldades que se apresentam quando este trabalho se efetiva, porque o “presente é algo fugidio, instantâneo, que mais do que apartar, por um corte abrupto, o passado e o futuro, se constitui como uma justaposição desordenada das experiências vividas, sedimentadas de maneira caótica e sem sentido” (ARENDRT, 2009, p. 28), necessitando ser colocado em narrativas, bordeadas por memórias que tenham histórias e que possam ser compartilhadas.

Se buscamos no pensamento político de H. Arendt (2009) auxílio para pensar a experiência e a transmissão, isto se dá em função de sua teoria oferecer uma reflexão sobre o acontecimento pretérito, sobre o vivido, rompendo com as imagens e metáforas tradicionais, demonstrando que a consciência da passagem de tempo é essencial à compreensão de um tempo que está por vir e que a memória deste tempo – ou seja, os registros do

---

<sup>4</sup> No campo da atenção psicossocial, há uma pluralidade de termos utilizados para designar as pessoas em atendimento nos serviços de saúde mental: paciente, usuário, doente mental, portador de transtorno mental. Nesta tese, optamos por utilizar a denominação *sujeitos com transtornos mentais graves*. A expressão *transtornos mentais graves* é preconizada pelo Ministério da Saúde, com base no entendimento de seu uso pode dar conta dos novos sintomas da contemporaneidade (não somente da psicose). Optamos por agregar a esta expressão o termo *sujeito*, que assinala a consonância com o pensamento dos autores cujas obras compõem o referencial teórico desta tese, visto que o termo *sujeito* designa alguém submetido às leis da linguagem, que tem desejos e os manifesta através de seu discurso. Evidentemente, como toda a tentativa de nomeação, esta é apenas no sentido de contemplar a diversidade dos impasses enfrentados pelas pessoas atendidas nos serviços de saúde mental. Na medida do possível, procuraremos vetorizar nossa reflexão na direção da psicose, embora questões oriundas de outros campos também estejam contribuindo em nossa construção.

passado – pode ser uma alternativa muito interessante quando se trata de produzir efeitos sobre uma prática que se renova.

### 2.3 UMA POSSIBILIDADE DE ESCREVER O FUTURO

S. Freud trabalha o tema da memória numa abordagem não fisiológica. Ele a descreve psiquicamente e determina sua formação a partir do rastro mnêmico proveniente da repetição de experiências. Nas obras completas, podemos constatar que, ao longo de sua construção teórica, em diferentes momentos, S. Freud investiga a relação direta “entre a importância psíquica da experiência e sua retenção na memória” (2006 [1899], p. 287), o que nos demonstra a importância deste conceito para seus estudos.

É no texto do *Projeto para uma psicologia científica* (2006 [1895]) que S. Freud elabora uma das várias questões que irá desenvolver a partir de então: como se produz memória? Ele aponta para uma particularidade do sistema nervoso que é “reter e ainda assim permanecer capaz de receber” (2006 [1895], p. 354). Neste texto é apresentado um elemento que vai conduzir seus estudos: a repetição, que ele observa ocorrer nas ações relatadas por seus pacientes em sua clínica. É o desassossego com tal observação que vai levá-lo a produzir este texto, em que – ainda muito preso à neurologia e carregando esta especificidade, que se faz muito presente em seus estudos – ele elabora uma tentativa de explicação do aparelho psíquico via funcionamento neuronal.

Neste sentido, pode-se considerar esta primeira formulação uma metáfora biológica do que ele desenvolve, posteriormente, sobre a constituição psíquica. Especialmente, porque este texto consiste em uma carta endereçada a seu amigo e colega W. Fliess, o que nos leva a pensar na possibilidade de que a ênfase no biológico se deva em parte por isto.

No *Projeto*, S. Freud propõe três sistemas de neurônios: Phi ( $\varphi$ ), Psi ( $\psi$ ) e Ômega ( $\omega$ ). O sistema  $\varphi$  é o mais exterior e responsável por conduzir o Q exógeno do estímulo externo para o interior do sistema, sendo o sistema

central, no qual a maior parte do trabalho do aparato mental ocorre. Embora  $\psi$  seja protegido do Q externo pela triagem periférica, ele é exposto a Q'η sem esta proteção. O sistema  $\psi$  é o mais interno, sendo o responsável pela percepção da qualidade do estímulo em  $\psi$  e da consciência e percepção da realidade. Para S. Freud, a consciência é o aspecto subjetivo de parte dos processos psíquicos no sistema nervoso: os processos perceptuais (sistema  $\omega$ ).

Desta forma, a consciência para S. Freud, já em 1895, desempenhava um papel relativamente menor no processamento de informações do sistema nervoso, enquanto o papel central que a memória possui na teoria freudiana parece se dever, entre outros motivos, à necessidade encontrada de repensar a sua relação com a consciência e a percepção. S. Freud, nesta época, estudava a diferença entre memória e recordação, considerando ser esta última da ordem da consciência e a memória, ter traços inconscientes.

No texto *Lembranças encobridoras* (2006 [1899]), quatro anos depois, S. Freud trabalha a questão de que a lembrança só tem lugar quando há um esquecimento, sendo, então, o esquecimento quase como um efeito das condições de memória. Ao se referir às lembranças em que nos vemos em determinada cena, S. Freud coloca que se trata, justamente, de uma marca do trabalho inconsciente da memória, da produção da memória. Se uma cena fosse gravada somente pela via perceptiva, não seria possível a alguém se ver nela, e, sim, vê-la, apenas, desde o próprio olhar. Trata-se, assim, de um modo de se dar a ver o quanto de trabalho psíquico há na construção da memória.

S. Freud enfatiza, neste mesmo texto, a peculiaridade da relação temporal entre a lembrança encobridora e o conteúdo encoberto por ela: “a memória situa-se, na ordem temporal, atrás da lembrança encobridora” (p. 302) A memória é formada, é construída, desde o ponto de vista em que o sujeito habita. Ele aborda, também, as memórias falsas, memórias de cenas que são compartilhadas com alguém que diz não se lembrar delas: “algumas das imagens mnêmicas certamente são falsificadas, incompletas ou deslocadas no tempo e no espaço” (2006 [1899], p. 303).

Toda a memória é formada no tempo presente, como se fosse uma obra de ficção. É possível pensar que a memória, em termos da historicização de uma vida, equivale a uma obra de ficção de cada um: aquilo que é contado sobre determinado acontecimento pretérito comporta a dimensão de ficcionalizar este acontecimento, o que não significa que a história produzida seja menos ou mais “verdadeira”. A ideia de que deve haver uma memória mais “verdadeira” pressupõe a possibilidade de acessar um traço tal qual foi inscrito, quando se sabe, com e desde S. Freud, que este traço está perdido e que não há como acessá-lo.

Outro aspecto presente neste texto e que merece ser ressaltado é que a memória coloca em cena muitos significantes, permitindo desdobramentos de outras cenas, de imagens que deixam rastros, criam passagem, produzindo diferenças que permitem fundar novas experiências.

O texto de S. Freud nos traz, portanto, elementos indicativos de uma espécie de determinação às avessas, ou seja, de um presente que, ao reconstruir um passado, circunscrito e limitado, é também o elo para que as condições de um futuro se estabeleçam. A forma como cada um se posiciona, no momento presente, não é efeito de uma escolha consciente, e o lugar desde onde cada um fala permite produzir uma memória, um passado, uma história. Os elementos que compõem a história podem ser os mesmos, mas a ordenação que se faz dos enunciados, sua articulação, é efeito do presente, podendo ser diferente, de modo a ressignificar e a direcionar para um tempo futuro. A história de cada um é contingente às suas próprias condições de enunciação. Assim, a memória, a recordação, a tentativa de repetição de uma experiência, não pode nunca retomar um ponto passado na linha do tempo, a lacuna existente, o “entre” produzido neste hiato altera um tempo ainda por vir.

A originalidade da concepção freudiana de memória diz respeito ao caráter inconsciente atribuído a ela. Para S. Freud, a memória não está em relação com o que provém da consciência (percepções), mas sim com registros que são da ordem do inconsciente, reafirmando, assim, a formulação de que

“consciência e memória são mutuamente exclusivas” (2006 [1899] p. 167). Isto se dá porque, na obra freudiana, os termos memória e capacidade de recordação não são sinônimos. O autor considera o psiquismo como um “aparelho de memória”.

As questões da teoria freudiana, sinteticamente levantadas aqui, nos permitem pensar a continuidade entre passado e futuro e destacar o trabalho de rememoração, trabalho que, empreendido pela memória, possibilita escapar da dinâmica de compulsão à repetição.

Os termos memória e tempo são noções muito caras à construção teórica freudiana. A tese da atemporalidade do inconsciente e a concepção expressa pelo termo *Nachträglich*, na qual o passado é redimensionado a partir de uma articulação moebiana com o presente, são formulações desenvolvidas ao longo de sua obra: “os processos do sistema inconsciente não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo, não têm absolutamente qualquer referência ao tempo” (2006[1899, p 168).

Em *Recordar, repetir e elaborar* (2006 [1914b]), S. Freud estabelece de forma mais ampla a distinção entre recordar e repetir. A compulsão à repetição é apresentada como uma forma alternativa do recordar, melhor dizendo, ela substitui o recordar. Sua relação com a resistência é visível: “Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar [...]. Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência” (FREUD, 2006 [1914b], p. 197-198). Já ao se colocar a pergunta sobre o que o paciente de fato repete, S. Freud conclui que se trata de suas “inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento” (2006 [1914b], p. 198).

É principalmente através do manejo da transferência, afirma o autor citado, que a compulsão à repetição do paciente será reprimida e transformada em motivo para recordar. Nas palavras de S. Freud, “a partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos

caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada” (2006 [1914b], p. 198).

Buscar na memória traços do passado, recordar, repetir e propor certa elaboração das questões mais intrínsecas ao campo da saúde mental requer um movimento de reflexão e de disponibilidade. Afinal, impõe-se que as ações que se empreende cotidianamente no trabalho com os transtornos mentais adquira sentido tanto para os trabalhadores deste campo como para os que são atendidos nestes serviços.

Como aponta S. Freud, a energia ao passar deixa rastro, imprime traço. Sem recordação, sem condição de escrita, sem transmissão da experiência, a herança adquirida no campo da atenção psicossocial fica desprovida de valor e seu testamento deixa de ser renovado e compartilhado.

Esta tese objetiva problematizar o modo como a reabilitação psicossocial foi pensada no passado, visitando os dispositivos criados a partir da proposta de modificação da assistência inaugurada pela Reforma Psiquiátrica e trazendo ao debate ideias e questões que possam contribuir para um futuro no campo da saúde mental, um futuro que seja condizente com o modo de existir das pessoas acometidas por transtornos mentais graves e que favoreça a sua relação com o laço social.

Revisitar o passado, elegendo pontos que possibilitem seguir trabalhando as questões do campo da atenção psicossocial, destacar momentos vividos que marcaram estes anos de modificação nos modos de tratamento da loucura e lembrar falas, gestos e sentimentos impregnados de vida, cidadania e autoria é o que se pretende ir apresentando ao longo desta escrita.

Antes, porém, é preciso oferecer uma perspectiva histórica das mudanças que se foram operando a partir da Reforma Psiquiátrica, de modo a possibilitar uma nova compreensão da reabilitação psicossocial e a orientar para novas práticas assistenciais a serem proporcionadas aos sujeitos com

transtornos mentais graves, temas que serão abordados nos próximos capítulos.

### 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

decidiu-se, então, por uma revisão total do caso, procurando recuperar o sentido de suas demandas, pesquisando o seu habitat a sua história

(Kinoshita, *Contratualidade e reabilitação psicossocial*)

Permanece diante de nós tão incontestavelmente que, antes mesmo de querê-la ou recusá-la, somos herdeiros

(Derrida, *Os espectros de Marx*)

#### 3.1 MOVIMENTOS DE REFORMA

Deflagrado no final dos anos 70, com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e com a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, por outro, o processo da Reforma Psiquiátrica torna-se um conjunto de transformações das práticas assistenciais, saberes, valores culturais e sociais em torno do transtorno mental grave, que irá refletir, especialmente, nas políticas públicas que se apropriarão destas questões.

A história da Reforma Psiquiátrica tem início com o psiquiatra italiano F. Basaglia, que, em 1971, questiona a instituição psiquiátrica tradicional, criticando a violência dos tratamentos nos manicômios e demonstrando ser possível a constituição de novas formas de organização no tratamento dispensado aos doentes mentais, uma forma que ofereça cuidados e, ao

mesmo tempo, produza outros modos de socialização, principalmente no que se refere a um lugar de endereçamento das questões sintomáticas, a ser disponibilizado àqueles que necessitam de tratamento.

Orientada por tais diretrizes de pensamento, foi instituída na Itália, em 13 de maio de 1978, a Lei nº 180, de autoria de F. Basaglia, que, incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, não só proíbe a recuperação dos antigos manicômios e a construção de novos, como também reorganiza os recursos destinados à rede de cuidados psiquiátricos, tendo como objetivos restituir a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantir o direito a tratamento psiquiátrico qualificado.

Não demora muito para que a proposta antimanicomial de F. Basaglia se estenda ao resto do mundo. No âmbito do Rio Grande do Sul, a reformulação do modelo assistencial vem sendo desenvolvida desde 1989, ano em que o Deputado Paulo Delgado propôs, a nível nacional, o inovador - para a época - Projeto de Lei nº 3.675, que se tornou referência para as novas propostas de abordagem no campo da saúde mental.

Como este projeto tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional, antes de sua sanção na Câmara Federal, a primeira legislação brasileira a dispor sobre a Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> foi a Lei Estadual nº 9.716/92, consolidando o Movimento pela Reforma, como é chamado este grupo de práticas e políticas, que tem promovido o deslocamento do espaço de atuação dos profissionais.

Com a aprovação da lei federal no Senado, começam a ser promulgadas, pelo Ministério da Saúde<sup>2</sup>, portarias que priorizam a articulação de uma rede

---

<sup>1</sup> O Rio Grande do Sul é o primeiro estado brasileiro a aprovar uma lei sobre a reforma psiquiátrica, pois foi somente em 2001 que o Governo Federal aprovou a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

<sup>2</sup> A Portaria nº 1455, de 31 de julho de 2003, destina incentivo para CAPS, a Portaria MS/GM nº 2077, de 31 de outubro de 2003, destina incentivo ao programa de volta para casa, direcionado aos egressos de hospitais psiquiátricos. Muitas outras portarias foram

de atenção à saúde mental de base comunitária, trabalho em rede aberta, abandonando o confinamento dentro dos muros do hospital, a clausura dos gabinetes, e ocupando o bairro, a rua, o cinema, a praça.

Tais mudanças pragmáticas influenciam, decisivamente, nos caminhos das instituições comprometidas no trato dos transtornos mentais graves. A modificação do modelo médico hegemônico incorpora-se à sua pauta de reflexão, a reestruturação do hospital psiquiátrico como modo de atenção e reabilitação se faz necessária, coloca-se em questão a garantia dos direitos humanos, passa-se a pensar a noção de rede e território, o que torna imprescindível rediscutir o conceito de Reabilitação psicossocial, bem como contextualizá-lo.

### 3.1.1 CAMINHOS À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica abre, enquanto movimento, um campo vasto de trabalho para os profissionais que se identificam com sua proposição. Muito necessita ainda ser discutido, inovado, criado. Entretanto, a modificação nos modos de intervenção junto a este campo continua dependendo dos trabalhadores da rede de saúde e de suas possibilidades de implementar e de avaliar os *novos* modos de intervenção.

A ideia de produção de novas formas de intervenção nas práticas assistenciais passa a ser pensada em articulação com o território, com a comunidade, com a proposta de desinstitucionalização, ou seja, com a desconstrução do aparato “instituição total”. A mudança, inicialmente, se dá da ênfase dos cuidados baseados nos hospitais para os cuidados baseados na comunidade, colocando esta como protagonista das mudanças.

B. Bezerra (2007) emprega a expressão *ideário antimanicomial* para referir que o principal de todas estas reformulações são as mudanças nas ideias sobre

---

criadas para que os serviços pudessem efetivamente desenvolver os atendimentos a que

a atenção que se fundam no imaginário cultural de uma sociedade e que devem ser objeto de reflexão e de discussão, sob pena de virem a impedir a efetiva reformulação da atenção psicossocial.

Esse é um processo ainda em curso e acompanhado de grande tensão, em virtude do antagonismo que se apresenta entre o discurso daqueles que acreditam que o hospital psiquiátrico deve ser mantido, humanizado e modernizado e o discurso dos que lutam pelo fim dos manicômios, ou seja, acreditam que é necessário abolir totalmente esta estrutura e investir na rede substitutiva<sup>3</sup>.

É no Sistema Único de Saúde (SUS) que estas transformações estão sendo construídas, por se tratar de um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade, acrescidos da proposta de atenção de base comunitária, cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde, atingindo o imaginário social e criando possibilidades de discussão e reflexão.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir do movimento da Reforma Sanitária, que se opunha ao regime militar. O SUS propõe a saúde como direito de todos e dever do Estado e prevê a participação da população, dos profissionais da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços na organização das políticas públicas de saúde. Tendo sido instituído pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS se inscreve no horizonte do Estado democrático e de cidadania plena.

No entanto, um sistema como este, criado por leis que são sem precedentes em nenhum outro país, traz à tona uma quantidade muito grande

---

se propõem.

<sup>3</sup> Para maiores informações sobre este tipo de serviço, acessar a Portaria Federal nº 336, de 2002, que delibera sobre o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, na Legislação em Saúde Mental. Entendemos que o termo *substitutivo* também precise ser objeto de reflexão e de problematização, pois é uma denominação que, por vezes, acaba por imprimir um sentido imperativo, obstaculizando os processos de mudança. Não se trata de substituir,

de desafios que, ao longo dos anos e no desenvolvimento das práticas, precisam ser incorporados às agendas da saúde mental e da saúde coletiva, envolvendo muito mais do que apenas os trabalhadores e gestores de saúde.

À saúde pública cabe, além da atenção aos problemas coletivos, o cuidado com o sofrimento individual, pois se passa a conceber individual e coletivo como entrelaçados em suas determinações, o que impõe novos modos de atenção, intervenção por parte dos profissionais, mas também informação e esclarecimento dos “novos modos de atenção” para quem necessita de atendimento nesta área.

Segundo A. Guerra (2004), o Ministério da Saúde, ancorado nos princípios antimanicomiais<sup>4</sup>, toma a iniciativa e parte para uma proposição política, promulgando portarias com vista à organização e financiamento deste modelo reformulado de assistência, solidificando ou pelo menos abrindo possibilidades para o trabalho em rede aberta, conectado com diferentes setores da vida pública. É a partir destas iniciativas de financiamento que a reforma psiquiátrica começa a se afirmar enquanto rede de serviços em saúde mental.

Contudo, estas leis, portarias e incentivos financeiros não explicitam como, metodologicamente, podem-se realizar tais modificações. São portarias e leis com objetivos bem amplos e complexos. Cada gestor, trabalhador, serviço ou município, partindo de sua compreensão e entendimentos teóricos, irá refletir e buscá-los conforme a sua realidade e o funcionamento de sua instituição.

Mesmo com o Ministério da Saúde editando portarias e os serviços podendo acessar os incentivos oferecidos, é extremamente burocrática a logística para requerer tais incentivos. Faz-se necessário que os profissionais

---

mas de poder repensar os modos de tratamentos oferecidos aos sujeitos com transtornos mentais graves, entendendo seu modo de existir, sua estrutura.

<sup>4</sup> Emprega-se este termo para referir uma postura contra as instituições do tipo manicômio.

aprendam como solicitar o incentivo, saibam como acessá-lo, num fundo único da gestão municipal ou estadual, e abram processos com assinaturas diversas para que consigam utilizá-los. É preciso estar implicado com a causa e, principalmente, acreditar que isto trará diferença para as ações empreendidas nas práticas assistenciais que são criadas.

Se procuramos avaliar a situação desde o lugar do gestor, de quem promulga e edita as portarias, compreendemos que deva ser assim mesmo, pois, num país da dimensão do Brasil, as diversidades culturais são imensas, não sendo possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para todos. O que frisamos é a dedicação e empenho necessários ao profissional de saúde para compreender a importância de acessar estes editais, bem como a capacitação e formação destes trabalhadores para realizar estas modificações.

Após mais de vinte anos da implantação do SUS, é que surge a Lei nº 10.216/2001, que foi referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e alavanca o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, trazendo avanços e reflexões a serem colocadas em pauta para os diversos atores envolvidos nestas mudanças. Reflexões estas que estão situadas na complexidade do campo da saúde mental, considerado um conjunto de ações que engloba, além das dimensões psicológicas, as dimensões sociais e seus determinantes, ou seja, os fatores psicossociais.

### 3.1.2 UMA REDE EM CONSTRUÇÃO

A rede substitutiva – tão mencionada nas políticas de atenção em saúde mental – é entendida como o conjunto de serviços que, através de seus atendimentos e cuidados especializados, substituirão as internações em hospitais psiquiátricos. Compõem a rede substitutiva, os CAPS, os Centros de Convivência e Cultura, os serviços de saúde mental na atenção básica, as equipes matriciais de referência, as oficinas geradoras de renda, as

internações em hospitais gerais, os residenciais terapêuticos, os projetos de acompanhamento terapêutico, dentre outros.

Todos estes dispositivos surgem para transformar o modelo antigo e hospitalocêntrico da atenção psiquiátrica, e cada um deles, dependendo da cidade e do Estado onde se encontram, vai criando seu próprio modo de funcionamento. Em equipe, vai se construindo um *modus operandis* singular, desde os referenciais no qual o grupo de trabalhadores acredita, o modo como se dá o acolhimento dos sujeitos que buscam atendimento, o trabalho com familiares e com a comunidade do território em que o serviço se localiza.

Existem os manuais, impressos ou virtuais, mas o cotidiano de funcionamento e a dinâmica de cada serviço dito substitutivo vai depender do grupo de profissionais que dele fazem parte. A vida de uma instituição é movimentada a partir das pessoas que nela circulam e, principalmente, dos relacionamentos com a comunidade, em uma rede de laços sociais com outros serviços, com instituições, com gestores e com colegas. Trabalhar na atenção psicossocial é tomar a herança sem testamento, fazendo-a vida no interior dos serviços e no campo da saúde. É levar o diálogo para o interior da comunidade, encontrando termos que nem sempre seriam os mais utilizados por nós profissionais, mas que os buscamos para poder fazer-nos entender, para que haja diálogo, interlocução e compartilhamento com a sociedade.

A estrutura que foi pensada pelo Ministério da Saúde para a organização da rede de atenção à saúde mental pode ser visualizada na Ilustração 1.

É possível observar, na disposição apresentada na Ilustração 1, que a gestão da política de saúde mental torna-se tarefa complexa, descentralizada, com diferentes níveis de decisão e de controle social. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – que foram estruturados pelas Portarias Ministeriais de nº 189/1991 e nº 224/1992 – constituem lugares de acolhimento de sujeitos em crise e dispõem de leitos para pequenas intervenções e por períodos breves. Na tentativa de evitar as internações psiquiátricas, eles adquirem posição

estratégica no que se refere à organização da rede substitutiva de atenção à saúde mental em determinado território, modificando o cenário brasileiro.



Ilustração 1 – Rede de atenção à saúde mental

Assim, os CAPS são os equipamentos mais recentes nas políticas públicas de saúde, centralizam ações de saúde mental e funcionam como o pivô do trabalho em rede, em articulação com outros equipamentos e com a internação psiquiátrica. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população com transtornos mentais graves que reside em sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reabilitação psicossocial pelo acesso ao lazer, educação e trabalho, pelo exercício de direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários.

Diante da reorganização do atendimento pretendida pelo Ministério da Saúde, trata-se de questionar como os dispositivos criados ganham vida, como são sustentados no seu cotidiano e como funcionam a partir do trabalho e do desejo dos profissionais nele implicados. Refletir, neste momento do contexto histórico da reforma psiquiátrica, sobre que herança sem testamento é esta

que foi deixada aos trabalhadores de saúde mental e sobre como transformar as práticas que foram sendo criadas em um conjunto de ações, numa rede que priorize o sujeito em atendimento, é tarefa de grande importância para o avanço destas mudanças operadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica.

Acreditamos que apenas o lugar - uma casa, ao invés da macroestrutura hospitalar - ou uma equipe menor não garantem que este espaço que se pretende substitutivo ao hospital não venha a se transformar numa instituição total, tão ou até mais fechada do que o manicômio.

Além do espaço físico, é preciso o debate e o entendimento de que o trabalho em equipe interdisciplinar é um dos eixos fundamentais para estas práticas, principalmente no que se refere à condução de serviços de base comunitária. É preciso muito mais, como investimento em supervisão clínica e institucional, investimento na educação continuada dos profissionais, bem como uma equipe que articule clínica e política, das concepções de acolhimento, das efetivas discussões em equipe, apesar das diferenças ou especificidades de cada área profissional.

B. Bezerra afirma que se trata de pensar “não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos” (2007, p. 244). Mais do que sancionar leis, criar espaços protegidos, pensar uma rede substitutiva e de cunho territorial, é imprescindível refletir sobre a posição do trabalhador de saúde mental, sobre seu lugar nesta rede de cuidados, seu desejo nesta articulação com o social e, ainda, no lugar ocupado pelo sujeito que busca ser acompanhado.

Situar a posição clínica de uma equipe e identificá-la desde cada acompanhamento que ela realiza também é nó fundamental desta reorganização das práticas na construção de uma rede em saúde mental.

Os transtornos mentais, desde sempre, tendem a escapar das inúmeras tentativas de limitá-los a uma disciplina. A reorganização destes serviços e, nesse contexto, o questionamento acerca da ética e da cidadania passam a balizar o estabelecimento do *direito à saúde*.

### 3.1.3 UMA CLÍNICA QUE SE AMPLIA

É com a chamada construção de um novo lugar social para os sujeitos com transtornos mentais graves que nasce a clínica ampliada. Conceito novo e em constante discussão, que se pretende operador e procura resituar a concepção de sujeito, de saúde, de cura e de reabilitação psicossocial.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente, visto de forma singular, e na qual se prioriza o atendimento de forma a buscar a intersetorialidade, reconhecendo os limites dos profissionais e das tecnologias e buscando um trabalho interdisciplinar.

Conforme P. Amarante (2007), poucos são os campos de conhecimento e de atuação na saúde tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes como o campo da saúde mental. Na complexa rede de saberes que se entrecruzam neste campo, está a filosofia, a história, a geografia (que fornece o conceito de território, tão importante para as políticas públicas e entendido não apenas como território geográfico, mas, também e principalmente, como o espaço onde se situam as relações sociais), a antropologia e a psicanálise, que tem permitido, num primeiro plano, apontar o lugar que o sujeito ocupa nesta pluralidade.

Neste contexto, passa-se a entender a psiquiatria como uma das áreas do saber que atuam no campo da atenção em saúde mental, e não como a disciplina única, que organiza e delega indicações aos outros saberes.

B. Saraceno, em *Libertando identidades*, no capítulo intitulado “Psiquiatria e saúde mental”, defende que

quando usamos o conceito de psiquiatria, nos referimos implicitamente ao seu correlato de doença psiquiátrica, e que quando usamos o termo saúde mental não conseguimos individuar um correlato: não é claro se saúde mental é uma noção que se refere à condição desejada de bem-estar ou às ações necessárias que possam determinar neles essa condição (2001, p.144).

O autor, ao considerar o uso da noção de saúde mental um fato positivo, ressalta que separar objetivo (a saúde mental dos indivíduos) e ação (atividades necessárias para o acompanhamento destes indivíduos) permite assinalar a continuidade necessária entre ações e objetivos (promoção, prevenção e acompanhamento), não apenas prevendo a saúde como um fim.

A clínica ampliada, que pressupõe a revisão de protocolos e a discussão das singularidades de cada sujeito, é uma política implementada pelo Ministério da Saúde e está vinculada à Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como objetivo o compromisso com ver o sujeito de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre este *dentro* do serviço de saúde e oportunizando o trabalho de equipes interdisciplinares. Outro aspecto fundamental – que também necessita ser revisto e que a clínica ampliada propõe – é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida, criar saídas alternativas, criativas, discutidas em rede, diante das situações graves e difíceis impostas pelos limites que os transtornos mentais graves acarretam.

Trata-se, assim, de um processo político e social muito amplo, envolvendo profissionais, instituições e segmentos de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de sujeitos com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios de imaginário social e opinião pública<sup>5</sup>.

A possibilidade de articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária e envolvendo todos os atores citados acima tem sido um dos principais desafios desta política, como consta no Relatório de Gestão 2003-2006, fornecido pelo Ministério da Saúde: “Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à

---

<sup>5</sup> Conforme Relatório de Gestão 2003-2006 (BRASIL, 2007).

complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2007, p. 11).

O grande passo dado pela Itália e a influência deste movimento para o Brasil, traz para a pauta diversas discussões acerca da desinstitucionalização do sujeito acometido por transtorno mental grave e a humanização do tratamento dispensado a esse sujeito, cuja finalidade deve ser de promover a reabilitação psicossocial, bem como de ampliar o debate sobre o tema, incluindo a comunidade, a fim de propiciar a desmistificação da dita loucura e, conseqüentemente, a inclusão deste nos espaços sociais.

Mas o que comporta o termo reabilitação psicossocial, o que está embutido nas palavras que o compõe? (reabilitação, psico, social) Três palavras, três universos complexos e carregados de história. Mas como se definem quando articulados no interior do movimento de reforma da assistência em saúde mental?

Reabilitação Psicossocial é um termo em contínua transformação, através do qual busca-se dar passagem de um modelo de reabilitação que visava à normalização dos indivíduos e suas comunidades para a possibilidade de considerar a multiplicidade das trocas sociais e ofertas possíveis de laços sociais, prevendo e respeitando modos próprios e ritmos diferenciados. Este termo, ao abarcar um conjunto de ações, utiliza como ferramentas de intervenção o singular (psico) articulado ao coletivo (social), considerando o sujeito como um ser único e em relação com o meio em que vive. Sua realização envolve uma construção cotidiana de práticas que dão sustentação à tríade reabilitação x psico x social, envolvendo tanto ações do governo federal, como dos governos estaduais e municipais, além da participação efetiva de trabalhadores e movimentos sociais.

É assim que surge este campo, interdisciplinar, social e plural: do campo da saúde mental, a noção de atenção psicossocial. De ideias que vão sendo colocadas em prática, de discussões que vão legitimando-se antes

mesmo das leis serem aprovadas, da presença de diferentes profissionais, disciplinas e, especialmente, saberes, entre os quais se inclui, finalmente, o saber daquele que sofre.

Desde esse novo campo, a Reforma Psiquiátrica pôde ser pensada para além das práticas que lhe deram origem, ampliando-se em um movimento social transformador, nomeado, no Brasil, ora movimento da saúde mental coletiva, ora luta antimanicomial.

Apesar das alternativas de nomeação, de novas formas de tratar em atenção psicossocial, uma questão que ao longo destes anos vem sendo debatida e tem sido tema para reflexão é como criar práticas, introduzindo momentos de descontinuidade na vida institucional, como pensar ações que produzam interrupções no fluxo da cronicidade de um serviço que se propõe ao atendimento de crises psíquicas graves, de sujeitos muitas vezes necessitados de escuta e atenção singularizadas, dentro de uma intuição que também supõe regras e protocolos de funcionamento? Como fazer resistência ao discurso institucional que reitera e comanda, tendendo a cristalizar o funcionamento dos serviços criados para serem substitutivos.

Em outras palavras, como construir um trabalho clínico, ético e de cuidado aos sujeitos com transtornos mentais graves, sustentado na relação transferencial com o terapeuta e num lugar que se afirme de testemunho para os sintomas manifestados. Como fazer que o serviço funcione diariamente e que suas combinações cotidianas se dêem em conjunto e no coletivo com aqueles que ali se tratam?

Questão que se desdobra: como equalizar estas práticas em conformidade com a política preconizada a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da implementação do movimento da Reforma Psiquiátrica?; como trabalhar no interior de uma instituição sem reproduzir o movimento de institucionalização, sem desconsiderar a voz daquele que é atendido, sem prescindir da clínica, sem reproduzir o lugar de instituição total do antigo hospital?; como acolher as manifestações decorrentes do mal-

estar contemporâneo, que exigem a articulação de diferentes níveis de cuidado e recursos intersetoriais (educação, saúde, trabalho, esporte e cultura, entre outros)?; como evoluir na discussão do paradigma biológico e hospitalocêntrico, superando os “especialismos” e deslocando o enfoque das causas para a construção de condições subjetivas viáveis à consolidação de um novo modo de entender os transtornos mentais graves?

É imprescindível que, para as novas práticas estarem em consonância com a política, as posições dos trabalhadores deste campo sejam, também, repensadas. Pois é, no decorrer das implementações das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no cotidiano da assistência à saúde mental prestada no país, que vão surgindo os impasses e as dificuldades oriundas destas práticas que se pretendem inovadoras.

Neste novo campo que vai se delineando, sustentar um trabalho clínico, com oficinas terapêuticas, de reabilitação psicossocial, deixou de ser uma forma de ocupação do tempo ocioso para se tornar, de um lado, um trabalho efetivo de elaboração das questões subjetivas dos sujeitos com transtornos mentais graves<sup>6</sup> e, de outro, tema de pesquisa e de formulações teóricas, para a transmissão.

Ainda mais se considerarmos que as alternativas para repensar e pesquisar sobre o que ocorre no interior destes serviços substitutivos se reduz, muitas vezes, a uma atividade solitária ou que costuma ser compartilhada, apenas, com alguns pares ou colegas inquietos e com espírito crítico.

---

<sup>6</sup> Embora esta não seja a realidade de todos os serviços de assistência em saúde mental, há unanimidade quanto a ser este o tipo trabalho que deve ser almejado.

### 3.1.4 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: MAPEANDO O TERRITÓRIO

É necessário, a partir das questões acima elencadas, pensar o campo da atenção psicossocial como um conjunto de estratégias e ações que se ampliam na direção da atenção assistencial criada para sujeitos com uma sintomatologia específica e necessitando de atendimento singularizado.

Cabe problematizar o quanto são efetivamente substitutivas estas experiências ditas *substitutivas*, *inovadoras* e *novas*. Afinal, nos encontramos no século XXI e, considerados os mais de vinte anos decorridos desde o início destes caminhos de Reforma Psiquiátrica, teríamos quase alcançado a maioria: então, é chegado o momento de reavaliar como este campo tem evoluído e como os profissionais que nele atuam tem se posicionado frente estas novas práticas desenvolvidas.

Apesar de toda a crítica que possamos fazer ao modelo da instituição total, à objetificação dos sujeitos atendidos, ao poder hegemônico, estes não estariam sendo reproduzidos, com os mesmos pincéis e tintas, mas imprimindo ares contemporâneos?

De que forma estamos lidando, no interior dos serviços e nos acompanhamentos realizados, com esta outra “forma de poder” que surge a partir das políticas implementadas com a reforma da assistência em saúde mental? Poder no sentido da possibilidade de discutir as políticas públicas, implementar os serviços, criar as ações estratégicas, acreditando que são as que poderão tratar e servir para os sujeitos atendidos nesta clínica ampliada? Poder que coloca os profissionais e seu saber à frente do saber daquele que é acompanhado?<sup>7</sup>

Como abordar de outro modo as questões psíquicas de um sujeito, como suportar as diferentes tensões existentes, que decorrem do exercício e trabalho

---

<sup>7</sup> Se poderia pensar aqui em toda a matriz teórica oferecida por M. Foucault. Entretanto, abdica-se disso em virtude da abordagem que se busca privilegiar neste texto.

diários numa instituição de saúde mental do setor público? É possível, a partir destas práticas, pensar em compartilhamento e transmissão de experiências?

Em tal contexto, é necessário pensar o singular e o coletivo, bem como aquilo que permite o laço, a partir destas diferentes tensões. Especialmente, quando se trata de identificar aquilo que faz função nesta experiência, permitindo a passagem de um lugar a outro, pois, como afirma A. Costa, “o simples fato de relatar uma experiência não é suficiente para incluí-la como experiência compartilhada” (2001, p. 94). De fato, precisa bem mais do que isto, é imprescindível que termos como *substitutivo* estejam sendo enunciados de forma que seu entendimento possa ser compartilhado.

O termo *substitutivo*, cujo emprego aparece, via de regra, pouco relacionado ao seu significado, precisa ser colocado em discussão. Uma questão que surge é como sustentar, no cotidiano de uma instituição, uma prática que se pretende *substitutiva*, que exerça *a função de*, mas que seja diferente, mais humana, produzindo rupturas com o paradigma asilar que veio substituir, que altere a proposta em seu conjunto, substancial ou formalmente.

A problematização do significado de *substitutivo*, a identificação de sua genealogia e de suas propostas estão formuladas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, mas o fato de ser enunciada não significa que seu sentido esteja claro. Substituir algo é suficiente para fazer que aquilo que foi alvo da substituição deixe de existir?

P. Amarante e E. Torre (2001), afirmam que o substitutivo se caracteriza pelas rupturas operadas com o antigo paradigma da psiquiatria clássica, permitindo a construção de um novo modelo que coloque em questão e transforme cotidianamente os saberes, práticas e culturas, de modo a produzir instituições *inovadoras* de caráter inteiramente *substitutivo*. Trata-se de instituições que nascem de uma ruptura paradigmática no campo das ciências e das humanidades, em um momento de transição e, por isso, com caráter de

permanente construção, que envolve outra ética e outro lugar para o homem e o seu sofrimento.

F. Nicácio, em sua tese de doutorado, pesquisa as contribuições da utopia para a desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos, referindo que:

a inclusão de um conjunto de procedimentos compreendidos como substitutivos produziu diversas polêmicas, trazendo para a cena a reflexão sobre o significado de substitutivo, ou ainda, do significado de ruptura com a lógica asilar, debate que seguirá sendo considerado como de fundamental relevância no campo de construções das bases conceituais das práticas inovadoras (2003, p. 51).

A noção de *serviço substitutivo* aparece teorizada pela primeira vez no livro *Desinstitucionalização* e é utilizada por F. Rotelli (2001) para referir os serviços de Trieste, que orientaram o processo global de transformação institucional na Itália. Para G. Dell'Acqua e R. Mezzina (1991), em seu livro *A loucura na sala de jantar*, esse tipo de serviço coloca entre seus objetivos a busca da autonomia e a emancipação, no sentido de favorecer a produção social dos sujeitos e de seus familiares.

Definidos por F. Rotelli (2001) como *serviços fortes, territoriais ou substitutivos*, criados para ser um modelo inteiramente substitutivo da internação e da existência do hospital psiquiátrico por responder de forma transformada,

em positivo, à complexidade das necessidades que o velho asilo absorvia em seu interior. Este modelo de serviço - que não por acaso é definido como 'forte' - não seleciona de nenhuma forma necessidades, demandas ou conflitos, mas ao contrário, elabora estratégias dinâmicas e individualizadas de resposta que tentam salvaguardar e ampliar a riqueza da vida das pessoas, doentes ou sãs (p. 42).

A problematização do termo *substitutivo* nesta tese se faz pertinente na medida em que problematizar a reabilitação psicossocial e pensar sua transmissão remete à origem e ao objetivo das práticas e serviços criados a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, refletir sobre seu

significado é, para os trabalhadores que criam estas práticas, tão ou mais importante do que o próprio termo em si.

Acreditamos que o trabalho cotidiano no interior dos serviços de saúde mental fará diferença para os sujeitos lá atendidos se pudermos ter como norte as políticas públicas discutidas e aprovadas pelos atores responsáveis pela reforma da assistência e da atenção psicossocial, mas também acreditamos ser preciso adotar uma posição que J. Lacan (1998 [1966b]) denomina *docta ignorantia*<sup>8</sup> .

Neste momento, é bem vinda esta noção que J. Lacan aborda nos *Escritos* (1998 [1966b]), em “Variantes do tratamento padrão”, pois ela evidencia o que há de essencial na função do profissional que se ocupa do campo da saúde mental. A *docta ignorantia* é o que J. Lacan sustenta para encontrar a medida da afirmação da verdade, e como esta medida passa a operar em diferentes posições, diferentes entendimentos de um campo. A ignorância em questão é não uma ausência de saber, mas uma paixão de ser, paixão pelo saber em relação a um campo. Uma posição assumida pelo terapeuta onde está presente a curiosidade, o desejo e principalmente espaço para escutar o que vem do sujeito em questão.

Assim, espera-se que todo profissional, ao manter esta posição de *docta ignorantia*, possa entender que cada caso é único, não generalizando ou cristalizando teorias. Trata-se de compreender que cada sujeito vem de um contexto familiar diferenciado e que é a partir de suas singularidades que ele deve ser acompanhado. Considera-se, no entanto, que estas diferenças salientem este comum denominador do *não-saber*. Posição que J. Lacan defende ser necessária para que se opere com o desejo e o limite do saber.

Somente assim, os acompanhamentos nos serviços produzirão diferença, viabilizando que o termo *substitutivo* opere desde sua intenção de

*reforma*. E isto porque entendemos que, sem trazer para a cena deste campo o saber, a singularidade daquele que é atendido, estaremos apenas reformando a superfície de um modelo há muito defasado.

Coadunamos com B. Bezerra (2007) quando ele define a formação de recursos humanos como mais um dos desafios fundamentais a serem enfrentados quando se pretende transformar as práticas exercidas nas instituições totais em possibilidades *substitutivas*.

O autor afirma, ainda, que:

os desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante, implica não apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, como também a possibilidade de auto-reflexão, de reavaliação constante do impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade - única forma de combater os insidiosos «manicômios mentais», muito mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, e sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas (2007, p. 246).

Os trabalhadores em saúde, profissionais da prática clínica, são as personagens que imprimem vida aos dispositivos criados para que estas mudanças formuladas nas leis possam ocorrer. São os trabalhadores que, ao sustentarem estas práticas, vão dando contornos, constituindo metodologias de trabalho, parcerias com a comunidade para que as atividades ocorram fora dos espaços institucionais de saúde mental, promovendo uma sensibilização social do tema da loucura e dos transtornos mentais graves. É na prática e em prática que *pequenos fragmentos* vão se apresentando como dados fundamentais para esta transformação.

Ao longo deste trabalho, traremos experiências que, ao serem narradas, apresentarão estes *pequenos fragmentos*, e, através da proposta de trabalho criada e sustentada no CAPS - Cais Mental Centro, iremos problematizar

---

<sup>8</sup> No final do texto "Variante do tratamento padrão", J. Lacan (1998 [1966]) parece definir a posição de *docta ignorantia* como aquela em que há a elaboração de uma ignorância

algumas destas experiências, a partir de seu papel na sustentação e no aprofundamento das proposições da Reforma Psiquiátrica, sob o ponto de vista da interface entre o serviço e o social.

### 3.1.5 DE LEIS E PORTARIAS A DISPOSITIVOS QUE GANHAM VIDA NA SUSTENTAÇÃO DO TRABALHO COTIDIANO

Um dos marcos iniciais da Reforma Psiquiátrica foi a criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que combinava reivindicações trabalhistas com denúncias acerca da violência e do abandono aos quais estavam submetidos os sujeitos internados nas clínicas conveniadas (clínicas privadas que recebem repasse de verbas públicas – atualmente SUS). Em 1979, ocorreu o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no qual foi dado ênfase à ampliação do acesso à saúde, priorizando o planejamento e a administração dos serviços de saúde, com participação do controle social.

É criado então o Movimento da Luta Antimanicomial, que levou a discussão da relação com o louco e com a loucura para a sociedade e fez com que esta deixasse de ser uma discussão interna e restrita, apenas, ao campo da saúde mental, ampliando-se e envolvendo vários segmentos da sociedade.

Quando este movimento ganha as ruas, amplia sua discussão e debate para além dos muros das instituições, contribuindo para que muitas ideias e sugestões passem a ser concebidas em ações práticas no campo da saúde mental tornando-as menos institucionalizadas e mais de território comunitário.

Algumas experiências desenvolvidas no Brasil, ao longo dos últimos anos, merecem destaque. A que ocorreu em Santos (SP) é sem dúvida uma delas, principalmente por seu pioneirismo. Inicia-se, com a intervenção

municipal na Casa de Saúde Anchieta, uma grande clínica privada conveniada e a única da região, que foi fechada devido a denúncias de maus tratos, violência e abandono, sendo paralelamente implantada uma rede de serviços de atenção diária, que receberam o nome de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Outro marco importante da Reforma Psiquiátrica foi a inauguração, em 1987, na cidade de São Paulo, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Ao contrário da experiência de Santos, onde os NAPS foram fruto de uma remodelação total do programa público de saúde mental do município, o CAPS de São Paulo constituiu-se isoladamente, a partir da iniciativa de trabalhadores de um dos ambulatórios da cidade. Assim, sua origem reflete, principalmente, uma mudança de proposta clínica, que acabou tornando-se referência e modelo para todas as outras propostas que a ela se seguiram no país. A base desta proposta clínica é o questionamento dos pressupostos psiquiátricos, sem, contudo, abrir mão deste saber. O objetivo é a construção de uma clínica que seja o fruto da contribuição das diferentes áreas do conhecimento que podem colaborar para o campo da saúde mental, quebrando a hegemonia psiquiátrica e fazendo com que o foco seja o sujeito e seu sofrimento singular, e não o transtorno mental e seus múltiplos prognósticos.

Vários serviços e dispositivos terapêuticos vão sendo criados ao longo destes anos<sup>9</sup>, propiciando discussão e experiência para uma série de questões acerca da clínica que se realiza com os sujeitos com transtornos mentais graves. Mas a principal diferença neste novo modo de tratar é o acolhimento dos pedidos de tratamento, pois este pedido passa a ser entendido como demanda singular, que necessita ser escutada desde a posição daquele que a

---

<sup>9</sup> Muitos são os serviços e dispositivos criados, mas vale destacar aqui os residenciais terapêuticos, as oficinas geradoras de renda e o acompanhamento terapêutico (AT), que dão suporte fundamental ao tratamento e acompanhamento deste sujeitos.

enuncia, e o acolhimento pressupõe acompanhar o sujeito e sua trajetória de vida.

Pensar os transtornos mentais graves, pensar as limitações e incapacidades como modos de existir, como modos diferentes de habitar os espaços do social e, a partir disto, desenvolver um trabalho, seja em oficinas terapêuticas, seja em acompanhamentos individuais, pressupõe que o profissional que se ocupa destas práticas possa sustentá-las, dando-lhes vida, emprestando-lhes seu desejo, seus significantes, colocando suas questões, teorizando-as, para que o movimento de Reforma Psiquiátrica deixe de ser, apenas, uma simples legislação e passe a ser práticas de vida que promovem saúde, que propõem reflexão com a comunidade e, principalmente, considerem o sujeito que ali se encontra para tratamento.

Estas considerações iniciais buscam apresentar os caminhos de uma trajetória que vem sendo construída, discutida e implementada ao longo dos últimos anos e que foi o ponto de partida para ser pensado o campo da atenção psicossocial, onde se inclui a reabilitação psicossocial, entendida não como um modelo ou sistema fechado, pronto, instituído, mas, principalmente, como um processo, um processo social. E, por se tratar de um processo, pode-se dizer que necessita ter movimento, caminhada, transformação sistemática, que está em permanente construção e que as práticas em desenvolvimento devem ser submetidas a constantes avaliações, pois suscetível a movimentos diversos - ora de criação e de reformulação, ora de recuo e de discussão a nível político e clínico -, mas sempre em movimento.

## **4 TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: OS IMPASSES DA CLÍNICA E A INVENÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS**

### **4.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM TERMO, UM CONCEITO, MUITAS INTERVENÇÕES**

O termo reabilitação inaugura-se no interior do campo médico e tem como enfoque intervenções que são exclusivas de pessoas com doenças (PAGANIZZI, 2007). Ele surge como consequência das grandes catástrofes bélicas que marcaram o cenário mundial no século XX, entre os anos 1930 e 1960, e como resposta ao grande número de doenças crônicas que foram surgindo também com o aumento da expectativa de vida (PAGANIZZI, 2007). Foram, então, imputados aos governos os custos econômicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e de integração.

A partir da busca de alternativas e de propostas para atender a estas medidas de reparação e de integração, surge desde o campo da psiquiatria clínica, uma demanda que lentamente organiza-se em um movimento em prol da reabilitação, que passa a incluir o orgânico, mas também o psíquico e o social, de modo a contemplar, efetivamente, a reabilitação psicossocial (PAGANIZZI, 2007). Desde 1980, por meio de associações, conferências de saúde mental, encontro de profissionais, técnicos, familiares e de sujeitos com

transtornos mentais graves, trava-se uma discussão democrática e ampla, com o objetivo de implementar intervenções de reabilitação psicossocial nos múltiplos cenários da assistência.

Observa-se, deste modo, que o conceito de reabilitação psicossocial, assim como o de saúde e de saúde mental, tem se transformado e ampliado, estando em constante evolução e, por consequência, vem sendo construído historicamente através de ações e programas criados na perspectiva de formação de uma rede de atenção e inclusão para tratamento e acompanhamento a longo prazo, tal como requer o tratamento de sujeitos com transtornos mentais graves.

L. Paganizzi (2007) refere que a reabilitação psicossocial é concebida como resposta a um processo de doença de curso crônico, sustentada a partir de intervenções que buscam diminuir as consequências e as limitações impostas pela doença no âmbito pessoal e social.

Assim, o trabalho no campo da reabilitação psicossocial é sempre muito complexo, pois é necessário estar em constante atenção para o quanto o transtorno mental afetou determinadas funções de uma pessoa. Em reabilitação psicossocial é imprescindível para uma avaliação constatar se o sujeito, por ter várias crises, internações, paradas de tratamento, já está com uma deficiência<sup>1</sup>, em função dos anos em que apenas frequenta serviços de saúde mental, sem convívio e relações sociais significativas, ou se está em início de crise, podendo ser acompanhado sem perder laços e funções importantes para seu convívio.

Os transtornos mentais graves quando tratados e atendidos podem não deixar tantas sequelas, porém, quando a pessoa não busca tratamento ou mesmo quando resiste a este acompanhamento, terá muitas crises e ficará dependente de outras pessoas, desenvolvendo deficiência em muitas áreas,

---

<sup>1</sup> Discutiremos este termo mais adiante. Fruto de legislação atual de 2012.

pelo fato de ficar aquém dos espaços sociais e, muitas vezes, apresentando deterioração progressiva e crônica.

O termo reabilitação psicossocial carrega uma origem, traz uma história e um entendimento social. Se, anteriormente, era oferecida mais por razões econômicas do que humanitárias e, muitas vezes, respondendo mais à demanda de quem tratava do que à de quem era atendido, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, vão ocorrendo diversas mudanças não só no enfoque dado à reabilitação psicossocial e na compreensão do tratamento a ser proporcionado – o que ocorre, especialmente, em virtude da diminuição da população internada em hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, da inserção de sujeitos com transtornos mentais graves na vida em comunidade – como no entendimento social.

Neste sentido, L. Kantorski (2004) refere que reabilitação psicossocial é um processo que engloba a tecnologia de auxílio prestado às pessoas com severas desabilidades psiquiátricas para que alcancem melhores níveis de funcionamento na comunidade, acentuando escolhas individuais e em como viver e prosperar em sociedade. A reabilitação psicossocial, segundo a autora, evoluiu de um conceito para um conjunto de conhecimentos, que possibilitam novos modos de organizar serviços e métodos suscetíveis à validação empírica, e está preocupada com a prevenção/redução das desabilidades associadas com transtornos mentais e transtornos de comportamento.

Observa-se<sup>2</sup>, então, que, ao longo dos anos, a reabilitação psicossocial foi sendo reorganizada, repensada e, principalmente, singularizada a partir dos casos atendidos e das ações e programas que foram sendo criados para acompanhar estes sujeitos com transtornos mentais e, muitas vezes, incapacitados, devido à sua dificuldade de ter acesso a uma reabilitação

---

<sup>2</sup> Parece importante ressaltar aqui, como ocorria os modos de trabalhar em reabilitação antes do movimento da Reforma. As instituições psiquiátricas surgem, impostas pela explosão urbana e com objetivo de exclusão social daqueles acometidos por transtornos mentais graves, bem como de qualquer sintoma que acometesse a ordem social. O trabalho não tinha cunho terapêutico, nem a escuta individual era prioridade.

psicossocial que condiga com as suas necessidades, ou mesmo falta de informação que os leve ao tratamento adequado.

#### 4.1.1 DA REPARAÇÃO E INTEGRAÇÃO AO PSICOSSOCIAL

Nos dias atuais, considerando o contexto do processo de mudanças operado no campo da atenção psicossocial e as discussões sobre as estratégias inclusivas nas práticas assistenciais em saúde mental, refletir sobre o tema da Reabilitação Psicossocial e trazer para o debate as inflexões que ocorreram a partir do trabalho de inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais graves torna-se cada vez mais premente, principalmente por possibilitar que se diferenciem a integração e a reparação da compreensão que se passou a ter de reabilitação psicossocial, após os anos de trabalho e de investimento neste campo.

Entendemos inclusão social não como meta *a priori*, colocada como imperativo do processo da Reforma Psiquiátrica, mas como resto de uma operação em contínuo movimento, calcada na singularidade de cada sujeito atendido nos dispositivos que foram criados para os atendimentos em reabilitação psicossocial.

Cabe-nos refletir sobre como o termo Reabilitação Psicossocial tem sido compreendido ao longo destes anos de mudança do modelo assistencial e como tem sido problematizado.

A reabilitação psicossocial pode ser compreendida tanto como um modo de tratamento, um cuidado, uma resposta às condições específicas desenvolvidas pela institucionalização quanto como um conjunto de ações voltadas para pensar a singularidade de cada caso atendido nestes serviços. A. Guerra (2004), em sua pesquisa sobre reabilitação psicossocial, afirma que este termo nasceu nos Estados Unidos, em 1940, a partir da reunião de ex-pacientes psiquiátricos – cujos encontros se chamavam *Não estamos sós* (WANA- *We Are Not Alone*) – que já haviam vivenciado a experiência de uma

internação, submetendo-se ao cotidiano de uma instituição total, e que se uniram para fortalecer laços e trocar ideias na direção de sua reabilitação.

O termo reabilitação psicossocial adquire seus fundamentos da reabilitação voltada para a integração e reparação, que remonta aos tempos da grande instituição psiquiátrica, do nosocômio, das instituições totais que comportavam até cinco mil pacientes. Considerada uma prevenção terciária, a reabilitação estava associada ao cuidado hospitalar e era praticada nos grandes asilos psiquiátricos. Após os anos 40-50, quando passam a vigorar alguns conceitos-chave como incapacidade e limitações (PAGANIZZI, 2007), se começa a problematizar o social, visto como ponto estratégico desta intervenção, sendo neste contexto que é cunhado o termo reabilitação psicossocial.

Diante do exposto, cabe questionar por que o termo continuou sendo utilizado mesmo em tempos de movimentos antimanicomiais? Por que não foi modificado, adequando-se ao novo sentido daquilo que estava sendo construído? Se reabilitação é um termo ainda hoje muito questionado, muito discutido e, por vezes, utilizado de forma a ser confundido com reparação, por que se mantém em movimentos de transformação e evolução nos acompanhamentos dos transtornos mentais graves? Estas são questões que desacomodam quem trabalha no campo da reabilitação psicossocial ou quem se propõe a investigá-lo.

#### 4.1.2 O SOCIAL COMO PONTO ESTRATÉGICO

Propor algo que se situe no *entre* da hospitalização e da desinstitucionalização<sup>3</sup>, pensar que um novo campo de trabalho possa ser instituído, não são ações constituídas pela mera modificação de denominações ou criação de novos conceitos, nem pelo desejo de um grupo de pessoas bem

---

<sup>3</sup> Desinstitucionalização dos espaços apenas de saúde mental, mas institucionalização em espaços de cultura, educação, trabalho, lazer e família.

intencionadas, é preciso mais, é necessário bem mais do que intenções e do que alguns serviços que foram sendo criados desde portarias e incentivos financeiros<sup>4</sup>.

Como o termo reabilitação psicossocial é utilizado há algumas décadas, muitos são os sentidos e significados que se foram agregando ao seu conceito. Para muitos teóricos, utilizar este termo pode ser visto como um retrocesso; para outros, adquire o sentido de renovar e repensar ações no campo da inclusão social.

A. Pitta (2001), na obra intitulada *Reabilitação psicossocial no Brasil*, refere que, no seu sentido instrumental, a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. A autora apresenta um panorama do estado em que se encontra a Reforma Psiquiátrica no Brasil e analisa o percurso realizado até o ano de 2001. No prefácio da segunda edição do texto, afirma que, ao organizar esta coletânea de artigos, acredita que a maior característica destes escritos é de ser de autores que *sonham porque fazem* e que, ao escreverem estes artigos, eles estão *fazendo algo mais* para tornar *irreversível* a reforma da assistência psiquiátrica brasileira.

Irreversível no sentido de que, ao teorizar, ao narrar as experiências, elas se tornam transmissíveis, multiplicando sua ideia, fazendo movimentar seus conceitos, repensando sua prática. No mesmo livro, ainda no prefácio, A. Pitta enfatiza que,

sendo reabilitação psicossocial um conjunto de práticas intersetoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura, e outros, muito há que fazer. Entretanto é estimulante saber que muitos outros autores anônimos e sem obra escrita, estão fazendo nos seus locais, algo mais em diferentes cantos do país (2001, p. 6).

---

<sup>4</sup> Há serviços no Brasil que são anteriores às leis e portarias ministeriais, entre eles o CAPS Luiz R. Cerqueira e o CAPS Cais Mental Centro.

Conceber a reabilitação psicossocial como um conjunto de práticas intersetoriais, implica reconhecer que há muito a ser feito para que estes diferentes setores e campos de saber se relacionem, conversem, busquem trabalhar com o objetivo comum de pensar o sujeito com transtorno mental grave como o centro e o norte das práticas realizadas. Implica, ainda, acompanhar estes diferentes setores na discussão sobre o que pensamos ser a inclusão social.

Em publicação institucional datada de 1985, a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services define que a reabilitação psicossocial consiste no “processo de facilitar, ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade” (CNAAN, 1985, p. 62).

Considerando os preceitos do paradigma psiquiátrico e que se trata de uma conceituação de 1985, poderia ser compreensível pensar o termo *restauração* como uma nova chance de habilitar uma pessoa para “sua melhor forma” na comunidade. Porém, o conceito oferecido não parece contribuir muito para aquilo que hoje se entende como reabilitação psicossocial, pois a ideia de *reabilitar o exercício de uma função* pode, muitas vezes, remeter a algo meramente mecânico, prescindindo do sujeito em questão, algo que é fundamental, intrínseco ao termo reabilitação psicossocial em seu sentido contemporâneo.

Trazer estas definições contribui para refletir sobre o fato de que, além de amplo, o campo da reabilitação conta com diferentes teóricos e diferentes referenciais, que incidem nas práticas que vão sendo criadas todos os dias, como salienta A. Pitta ao afirmar que “as estratégias para implementar a reabilitação psicossocial são múltiplas e adquirem, em todo o mundo, a marca de pessoas, de movimentos sociais, de instituições que a contextualizam, pela diversidade de ideias” (2001, p. 9).

Segundo a “Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial”, o termo designa “um processo que facilita a oportunidade para indivíduos que

são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental de alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade” (ANTHONY; COHEN; FARKAS, 1992, p. 217).

Neste documento, partindo deste entendimento do termo, os autores explicitam a necessidade de os profissionais e os sujeitos atendidos nos serviços se posicionarem no sentido de “melhorar competências e introduzir modificações ambientais para criar uma vida com melhor qualidade para pessoas que experimentam uma desordem mental ou certo grau de inaptidão” (ANTHONY; COHEN; FARKAS, 1992, p. 217).

Podemos pensar que o sentido implícito da expressão “modificações ambientais”, referida no trecho acima citado, remete à forma como, ao habitar o social, ao fazer parte do espaço comunitário onde a vida acontece, a própria vivência produz efeitos que modifica os espaços, as instituições e as pessoas que por ali circulam. Mas é surpreendente e curioso o nome do documento “Declaração de Consenso...” pois em reabilitação psicossocial, o trabalho interdisciplinar pressupõe discussão, conversa, objetivos comuns, diferenças teóricas, mas não consenso. Porém é um documento respeitado e a partir dele foram possíveis diferentes discussões a cerca da reabilitação psicossocial, por isto o mencionamos aqui.

#### 4.1.3 A INCLUSÃO E O SOCIAL

Falar em Reabilitação Psicossocial, hoje, é falar a um só tempo em inclusão e em modos de habitar este social, pois promover a capacidade de participação e de envolvimento na gestão dos próprios cuidados, nos processos de sua recuperação e na defesa de seus direitos, é item fundamental a ser discutido e trabalhado com estes sujeitos, em direção à sua possibilidade de inclusão.

Entendemos que reabilitar constitui uma atitude que é assumida por cada profissional ao enlaçar os vários dispositivos existentes a partir da Reforma Psiquiátrica, de modo a ir construindo, armando, desde a

singularidade de cada sujeito que é atendido, uma possibilidade de inclusão artesanal, única, pensada desde as características individuais de cada um que é atendido. Desde um plano de tratamento construído coletivamente em equipe e pensado desde o entendimento da construção do caso<sup>5</sup>.

O reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde mental, da importância do combate à alienação e do fortalecimento do poder de participação dos sujeitos faz parte, cada vez mais, do tratamento dos transtornos mentais graves. Esta visão tem modificado substancialmente o trato com os transtornos mentais e influenciado significativamente para que o imperativo de inclusão social seja resignificado.

Com o trabalho de reabilitação psicossocial abre-se um campo de incertezas, uma necessidade de reconstruir a história, de elaborar e criar múltiplas estratégias do que seja não excluir, de superar as categorias preestabelecidas de análise e resposta e, principalmente, de se perguntar como fazer esta história ser individual e coletiva.

Entendemos que reabilitação psicossocial não é uma tecnologia, mas uma abordagem, uma atitude terapêutica, um conjunto de práticas intersetoriais. É preciso que exista um *entre*, algo que funcione como mediador entre o fazer e o pensar, sendo imprescindível refletir sobre o que se está criando, para quem o criamos e o que está sustentando as práticas no campo da saúde mental.

Como é possível propor alternativas capazes de oferecer uma atenção adequada e diferenciada, que se constitua em pontos de visibilidade dos processos de estruturação do sujeito na sua relação ao laço social? Ou ainda, seria possível, a partir dos dispositivos terapêuticos e projetos criados no campo da reabilitação psicossocial, constituir um lugar de enunciação para

---

<sup>5</sup> A construção do caso é um conjunto de ideias que no Caps Cais mental centro estudamos a partir de textos de Carlo Viganò(1999) e Ana Cristina Figueiredo(2004)e acreditamos ser fundamental para embasar nossas discussões em equipe dos casos clínicos.

estes sujeitos, sem perder de vista seu sofrimento psíquico, sua relação com os espaços sociais ou seu modo de existir enquanto psicóticos?

J. Bertolote, psiquiatra e colaborador da OMS, em Genebra, refere que a reabilitação psicossocial é “fundamentalmente um processo de remoção de barreiras” (2001, p. 156). O autor alerta, em seu artigo, que não se trata de reabilitação de doentes, pois reabilitar o doente é um modelo especificamente médico, desgastado e muito criticado.

A reabilitação psicossocial que J. Bertolote (2001) propõe é de refletirmos sobre as barreiras criadas pelo tratamento oferecido nas grandes instituições: como *o uso de medicamentos* que produzem efeitos colaterais severos; *a falta do poder de contratualidade*, de decisão; *a exclusão social*, por vínculos frágeis e às vezes inexistentes e pela relação com a doença ter sempre como referência o hospital; *a internação*, com a divisão entre agudos, crônicos, esquizofrênicos, depressivo, equivalendo o parâmetro à forma da doença.

O autor propõe pensar nestas barreiras instituídas e refletir sobre as estratégias para desmontá-las, sobre as novas formas de atitude na relação terapêutica, atitudes que tenham a dimensão de eliminar a presença de elementos que são excludentes por natureza e eliminar no sentido de criar pontos de mediação entre os profissionais da saúde mental e os espaços do social. Trata-se de uma mediação que possibilite o trânsito por espaços e lugares muitas vezes impensáveis, não imaginados como possíveis, uma mediação com viés de experimentação, de oportunidade de se ver fazendo algo – o que, embora por vezes seja desejado, é visto como proibido para quem já passou por crises graves e internações em hospitais psiquiátricos.

J. Bertolote, em seu artigo *Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial*, refere que “no setor da saúde, cada vez mais trabalhamos no sentido de elaborar uma área de conhecimento em reabilitação psicossocial, na qual a clínica é, ao mesmo tempo, essencial e periférica” (2001, p. 155). O autor adverte o leitor, neste momento, que não enlouqueceu, mas que está pensando a clínica como essencial de uma perspectiva de visão do objeto, que

*essencial* remete àquilo que tange ao sujeito e às suas singularidades e que *periférica* diz respeito ao fato de que a clínica necessita da variedade de outros domínios, de outros atores, de outros saberes, de muitos outros espaços que não apenas as instituições de saúde.

Neste mesmo artigo, J. Bertolote conduz o leitor a perceber que a reabilitação psicossocial não é a reabilitação do doente, da pessoa, o objeto da reabilitação psicossocial até pode ser doente, mas não é isto que se destaca, pois, segundo ele, “a linguagem da reabilitação passa ao largo da terminologia médica” (2001, p. 156).

Assim, o autor aponta que a linguagem é uma das três barreiras cruciais à reabilitação psicossocial e sublinha que a linguagem dificulta as ações neste campo, pois os termos vêm carregados de sentidos e significados que não são mais atuais e assim como também não o é o que tem sido construído nestes tempos de movimentos de reforma do modelo de atenção em saúde mental.

Outra barreira é a construção de saberes e de modelos, decorrente da existência da diversidade de formação dos profissionais que trabalham neste campo: “cada um de nós sabe um pedaço deste processo complexo e multifacetado” (BERTOLOTE, 2001, p. 157). O autor menciona ser por isso que não detemos um conhecimento teórico, não detemos um modelo, do que decorre que as práticas ainda sejam influenciadas pelo passado, deixando de lado questões importantes: como o sujeito que está ali para acompanhamento, nos dias de hoje e com as tecnologias de hoje.

A terceira barreira citada pelo autor é sintetizada pelo dito *quem-faz-o-quê*, pois, na ausência de corpos teóricos bem estabelecidos, na ausência de modelos cientificamente testados, “faz quem sabe fazer”. Trabalhamos com quem entende de legislação, quem entende de medicamento, quem entende da clínica, quem entende de oficinas, quem entende de moradias protegidas, de geração de renda, de espaços protegidos para conter a crise, e assim por diante.

A pergunta é: quem costura estas práticas, quem pode desfragmentá-las? Como trabalhar neste campo, que é intersetorial e interdisciplinar, direcionando suas ações e práticas para o sujeito que as necessita, singularizando-as, levando em conta um sujeito, e não uma doença.

R. Kinoshita (2001), em seu artigo *Contratualidade e reabilitação psicossocial*, aborda algumas ideias bastante úteis para pensarmos a inclusão social a partir do campo da reabilitação psicossocial. O autor declara que, ao falarmos de inclusão social, utilizamos a premissa de que se trata de um problema de *produção de valor*. Ao nos referirmos ao universo social, somos guiados pelo pressuposto de que as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído como pré-condição para os processos de *intercâmbio* e que este valor seria o *poder contratual*.

No mesmo artigo, R. Kinoshita identifica, ainda, as três dimensões que são consideradas moeda de troca no social: a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos. Ele salienta que, no caso dos sujeitos psicóticos, estas trocas estão prejudicadas, justamente pela enunciação do termo doente mental, que lhe afere um valor negativo, anulando o seu poder de contrato: “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados” (2001, p. 56).

Tal contexto faz com que seja praticamente impossível qualquer condição de trocas, ampliando a positividade apenas na sua dimensão de doente e ficando evidenciada a doença, e não a condição de sujeito. O autor pergunta, então: “O que seria reabilitar senão oportunizar experimentar estes valores, aumentando o poder contratual desta pessoa no social?” (2001, p. 57).

Pensamos, justamente, que a reabilitação psicossocial é um campo fértil para que este poder contratual seja não só experimentado e ampliado, mas, até mesmo, para que este pressuposto de *desvalor* seja alterado para um pressuposto de *valor possível*, nas trocas e vivências, nas relações que se oportunizam neste cotidiano.

Tal alteração só é possível de ser operada com a participação das práticas e dos dispositivos que são criados para transformar o modelo de assistência. O que ocorre é que estamos, justamente, num momento histórico em que esta etapa inicial já foi ultrapassada – qual seja a de desconstruir o aparato manicomial – e ingressamos na fase em que importa ampliar a participação efetiva destes sujeitos no intercâmbio social.

Não se trata de um caminho tranquilo, aberto, fácil, mas é neste contexto que a reabilitação psicossocial torna-se uma temática para pesquisa, discussão e problematização constante. Não conseguimos fazer isto individualmente, pois, ao possibilitar a ampliação dos espaços sociais, muitas ansiedades são geradas, ao oportunizar trabalho e carteira assinada, o sujeito passa da posição de paciente à de contribuinte, o que gera, muitas vezes, desconforto nos demais membros da família, acostumados que estão com seu lugar de passividade. Precisamos fazer isto interdisciplinarmente, intersetorialmente, para que ao mexer em uma estrutura tão cristalizada, tão crônica, tenhamos parceria, estofo e fôlego para sustentar estas modificações, que não são mais de estruturas físicas, mas de estruturas psíquicas e de linguagem.

## **4.2 O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS LUGARES DE ENUNCIÇÃO**

Podemos acompanhar... essa aversão pelo campo da fala e da linguagem... ela motiva mudanças de objetivos e de técnicas

(Lacan, *Escritos*)

Como buscamos evidenciar até aqui, a política de Saúde Mental, em seu esforço teórico, passou, no decorrer das últimas décadas, por importantes e significativas transformações, evoluindo, em definitivo, de um modelo

centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, com base territorial comunitária. Este modelo caracteriza-se por ser um movimento que busca dar à loucura outra resposta social, possibilitando, outro modo de enlace à cultura.

Modificar o imaginário social sobre a loucura, ampliando a discussão e a reflexão, no âmbito da comunidade, sobre o que vem a ser os transtornos mentais graves e sobre as suas formas de acompanhamento, tem possibilitado a construção de elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo um novo paradigma para as práticas assistenciais em saúde mental.

Neste novo olhar que se amplia, ao ser adotado o princípio de saúde como direito e como norteador das práticas, se visa a garantir uma atenção digna, acolhedora, singular e responsável a todos que se encontram necessitando de acompanhamento neste campo.

No centro desta mudança, deste novo olhar, está o desafio de que a fala dos sujeitos em acompanhamento não seja tomada apenas pelo reconhecimento do sintoma, mas, sim, possa ser escutada como produção de um sujeito social dentro dos limites, certamente problemáticos, que a loucura lhes impõe. Neste sentido, J. Goldberg enfatiza:

Parece-nos que os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos têm de saída esse ponto em comum: a recusa do modelo sintomatológico em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente (1996, p. 21).

É desde este campo ampliado que entendemos o campo da atenção psicossocial como um conjunto de ações e de práticas em que a proposta é o abandono do lugar zero das trocas sociais (o hospital) e a assunção de um

lugar múltiplo, diverso, que direcione as intervenções para os espaços sociais, entendidos, aqui, a partir da noção de território<sup>6</sup>.

#### 4.2.1 RESGATANDO OS RECURSOS DA COMUNIDADE

Trabalhar no território não equivale, segundo o relatório do Ministério da Saúde (2005), a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, levando em conta a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, enquanto organizador da rede de atenção psicossocial, que deve orientar as ações de todos os equipamentos desta clínica que se pensa ampliada.

Questões amplas, de ordem política, associadas às enormes dificuldades operacionais que se apresentam quando se procura reverter uma situação longa e profundamente estabelecida, podem ser logo percebidas no atendimento a sujeitos psicóticos. Estas dificuldades acabam surgindo, segundo J. Goldberg (1996), como o grande índice de disfunção na estrutura dos serviços. Como tradicionalmente o psicótico não era atendido nos centros de saúde, acaba por demonstrar-se reprimida a demanda de tais casos, mesmo quando sob o campo da atenção psicossocial. Mas cabe pergunta: afinal, que campo é este?

Definimos o campo da atenção psicossocial a partir do entendimento dos aspectos que foram descritos anteriormente e que se apresentam fundamentais para a sua existência e efetiva implementação: considerar o

---

<sup>6</sup> O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária.

território de abrangência de um serviço, considerar a escuta do sujeito<sup>7</sup>, a formação continuada dos trabalhadores, a participação ativa dos que são atendidos nos serviços de saúde mental.

Assim, trata-se de pensar uma clínica ampliada, que seja circunscrita por um campo em que a atenção esteja voltada para o funcionamento psíquico, em uma direção na qual o social seja contemplado, mas que não constitua o vetor determinante. Uma clínica que pressuponha a criatividade, a invenção, as parcerias intersetoriais, que oportunize viver fragmentos de um dia-a-dia cheio de vida, de espaços habitáveis na comunidade, que traga o social para dentro dos serviços e leve as produções, as vidas, as questões do serviço, para fora de seus muros ou paredes.

É este o espaço que chamamos de reabilitação psicossocial, um campo pulsante, ativo, de saída e entrada, de partidas e chegadas, de público e privado, de muita complexidade, mas ainda assim habitável.

#### 4.2.2 AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

A diferença primordial, ao falarmos de um campo como o da atenção psicossocial, sobressai, principalmente, em relação ao que podemos chamar de atendimento singularizado. Na clínica da psicose, é fundamental que a equipe que faz os acompanhamentos conheça a história de cada um dos sujeitos que atende, não só conheça, mas se interesse por ela, não se contente apenas com o que é contado, pergunte caso não entenda, e queira saber mais.

---

<sup>7</sup> A noção de sujeito é trabalhada por J. Lacan entre 1950 e 1965, principalmente no texto “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” (1998 [1960]), publicado em *Escritos*. S. Freud propõe uma mudança de paradigma quando defende que “o eu não é senhor em sua própria casa” (2006 [1917], p. 178), revelando o equívoco da equivalência entre o eu e a consciência e transformando radicalmente a concepção tradicional. Partindo da hipótese freudiana do inconsciente, J. Lacan institui o conceito de sujeito do inconsciente para nomear uma instância, um efeito do significante. No contexto deste trabalho, quando utilizamos o termo *sujeito*, o fazemos com a seguinte acepção: um sujeito movido por seu desejo inconsciente.

No *Seminário das Psicoses*, J. Lacan discorre sobre “a história do sujeito no simbólico” (1992 [1955], p. 22), história esta que interessa na medida em que se visa à atenção aos seus sintomas, à sua estrutura, e não apenas à intenção de esbatê-los. A aludida diferença se faz presente em detalhes, como no trabalho de acolhimento a estes sujeitos, de inclusão social, de favorecimento das relações familiares, de amizades, na preocupação com a geração de renda e produtividade dos mesmos: o que significa pensar em sujeitos que se fazem ativos em seus processos de tratamento.

Considerar a singularidade do sujeito, escutar o que este tem a dizer e, para além de sua patologia, intervir desde um âmbito mais amplo e humano se faz essencial e vêm pautando a conduta da maioria dos profissionais que trabalham nesse campo. Pode parecer redundante repetir isto várias vezes neste escrito, mas o fazemos em função de que quando isto for realmente praticado, as ações e práticas desenvolvidas atenderão ao sujeito e suas demandas.

Profissionais inspirados pela psicanálise fecundam o debate, colocando em pauta que não se pode tratar a loucura simplesmente como mais um caso de sintomatologia grave. É preciso, como afirma B. Bezerra Jr. (2002), não negar à loucura *a sua positividade própria*.

A discussão sobre o tema das psicoses sempre esteve presente na obra de S. Freud (1996 [1911]), que assinalou haver, no delírio, a reconstrução do mundo, e, nesta reconstrução do mundo, encontra-se implicada uma tentativa de cura, como se pode observar no caso Schreber.

Inegavelmente, devemos a J. Lacan qualquer resposta que pretenda tratar os casos psiquiátricos como casos gerais, bem como a retomada de uma clínica que busca situar a psicose em sua diferença das demais entidades psicopatológicas. É este autor quem nos aponta as singularidades existentes nos sintomas que a psicose apresenta e nos instiga a trabalhar a partir dos mesmos, sem excluí-los, mas, antes, incluindo-os na escuta a ser realizada pelo terapeuta.

As contribuições que a psicanálise pode dar aos desafios apresentados pela Reforma Psiquiátrica em andamento passam, assim, pela ética da posição subjetiva e requerem que façamos uma clínica da singularidade, oportunizando ao sujeito espaço para falar e intervir sobre a história de seu transtorno mental. Não se pode tratar a loucura simplesmente como um caso a mais de exclusão social, como nos assinala B. Bezerra Jr., ao alertar que

é preciso não perder de vista a dimensão propriamente psíquica desta experiência, que implica um regime de funcionamento subjetivo particular, frequentemente incapaz de responder às mesmas injunções e imperativos que se impõem aos sujeitos e cidadãos em geral. Não reconhecer este fato seria incorrer no mesmo erro da psiquiatria tradicional: o de negar à loucura sua positividade própria (2002, p. 3).

As manifestações da loucura, suas contradições, suas dificuldades de entendimento clínico e a dissociação que produz nos que dela se ocupam encenariam um contexto que poderia mostrar-se sem perspectivas. A tentativa de modificar a assistência, singularizar a escuta, pensar dispositivos outros, mesmo que não produza novas formas de existência, pelo menos, permite novos sentidos e apropriações. Esta tentativa de um novo modo de trabalhar com a psicose não depende somente da vontade de alguns profissionais ou dos aspectos internos do sujeito, mas da instauração de laços sociais mais amplos com o território, em particular, e com a sociedade como um todo.

A constituição de experiências que propiciem a instauração de dispositivos é determinante na criação de novas formas de trabalho com os transtornos mentais, de modo a gerar possibilidades de apropriação, pelo sujeito, de um lugar para além daquele apenas inscrito na sua estrutura, abrindo, assim, espaço para o compartilhamento social e uma perspectiva de inscrição no campo simbólico.

A clínica das psicoses tem interrogado continuamente os conhecimentos da medicina, da psicologia e da psicanálise quanto às formas adotadas para tratá-la. Política e clínica surgem como ferramentas complementares e não excludentes. Não se trata, portanto, de definir uma ou outra das

especialidades como detentora do espírito da Reforma, mas de vê-las como estratégias de intervenção que, por caminhos diferentes, buscam um horizonte comum, ou seja, a ampliação da capacidade normativa dos sujeitos, tanto no plano de sua experiência subjetiva individual, quanto no plano de sua ação no mundo.

É na investigação da singularidade da constituição subjetiva e na forma particular de cada um apresentar-se que reside o mérito de examinar as questões que nos parecem fundamentais no desenvolvimento deste campo. Refletir sobre experiência e transmissão, no campo da atenção psicossocial, só se faz possível se partirmos da singularidade e especificidade que os transtornos mentais graves trazem a esta clínica.

A clínica com as psicoses, desde a perspectiva psicanalítica, nos mostra o encontro com sujeitos e seu modo muito particular de existir. Há uma impossibilidade de esse sujeito constituir um saber parcial acerca do Outro, de se separar dele, correndo o risco iminente de nele se perder e que dificulta a operação que organiza o laço social.

É a partir deste entendimento e dos impasses que esses sujeitos encontram na circulação pelo social que decorre o trabalho com sujeitos psicóticos e sua reabilitação psicossocial. Em muitos momentos, quando chamados a viver o laço social que organiza a produção de sentido das relações, lhes é demandado algo a que eles não pode, de imediato, atribuir um significado. É como se o Outro fizesse uma pergunta e exigisse uma resposta em uma língua que o sujeito ignora. Diante deste apelo estrangeiro, não há como responder senão com a desestabilização psíquica, que pode chegar, até mesmo, à eclosão de uma crise, com alucinações e delírios.

É pela escuta do delírio ou do relato da alucinação que poderemos orientar o nosso trabalho com os fenômenos elementares da clínica com psicóticos. É na tentativa de uma compreensão do que está retornando em imagens psíquicas, para aqueles que atendemos, que se dará o diferencial de nossa intervenção. É no redirecionamento de nosso entendimento das

questões referentes aos delírios e às alucinações que passaremos a orientar, singularmente, nosso campo perceptivo em relação ao que se passa com estes sujeitos, com os quais nos ocupamos na clínica, a fim de pensarmos em dispositivos que lhes possibilitem simbolizar as imagens que, muitas vezes, mostram-se intoleráveis e impossibilitadores de laços sociais.

Neste sentido, é necessário ressaltar, aqui, a importância de retirar a linguagem de sua função apenas comunicante e tentar devolver-lhe sua possibilidade de desdobramento, sua abertura polissêmica, para que aquilo que retorna como alucinação possa encontrar um destinatário que lhe restitua o sentido.

D. Rinaldi, em sua pesquisa intitulada *Clínica do sujeito e atenção psicossocial*, constata a “existência de uma nova linguagem no campo da saúde mental, presente não apenas nas propostas da Reforma Psiquiátrica e na nova legislação que se constituiu a partir dela, mas principalmente nas falas dos profissionais inseridos nos novos serviços” (2003, p. 2). Uma “nova linguagem” que veicula os novos conceitos que orientam os dispositivos propostos no lugar da velha ordem das instituições totais.

A autora destaca, neste texto, algumas categorias discursivas que passaram a fazer parte deste campo, seja do ponto de vista do discurso, seja das ações de seus profissionais. Trata-se de categorias como *cuidado*, *acolhimento*, *clínica*, *escuta*, *cidadania* e *sujeito*, palavras carregadas de sentido, que implicam modificações nas ações e, principalmente, na abertura para possibilidades de outras formas de relacionamento com os transtornos mentais graves. Mas, segundo ela, é a categoria cidadania que constitui o carro chefe da Reforma Psiquiátrica, pois comporta uma dimensão política, e não apenas a uma aposta na revisão das formas de tratamento, visto que constitui outra resposta social.

#### 4.2.3 REPOSICIONANDO LUGARES ENUNCIATIVOS

Entendemos que, a partir da circunscrição do campo da atenção psicossocial, que amplia a visão do acompanhamento – que introduz o campo do psíquico, mas também o do social –, começam a ser reposicionados os lugares enunciativos, permitindo construir uma narrativa que restitua o lugar do sujeito na cadeia discursiva simbólica.

O desafio, portanto, é pensar nos diferentes modos de abordar a psicose, mesmo que uma estrutura psicótica já esteja dada. As alucinações, os delírios, os fatos relatados dão conta da tentativa de restituição de um passado para o sujeito e, mesmo que ele não seja imediatamente compreendido por quem o atende, o *poder narrar* e o *poder ser escutado*, por si sós, já constituem uma tentativa de articular narrativa e história de forma singular.

Os impasses da clínica com os transtornos mentais graves ainda nos colocam – em pleno século XXI – num permanente redimensionamento de nossas formas de intervenção e, ao mesmo tempo, nos convocam a teorizar sobre nossas práticas, na perspectiva de propor ampliações metodológicas, reposicionamentos enunciativos, de modo a permitir que se mantenha viva a discussão sobre o tratamento com a loucura.

B. Bezerra Jr. (1999) aponta o impressionante poder de regeneração da cultura e da prática manicomial, mesmo em ambientes que têm o objetivo explícito de superá-las, e demonstra como as inovações criativas facilmente se degeneram em técnicas a serem aplicadas de modo padronizado, como as práticas se burocratizam, os papéis se cristalizam e as teorias se tornam fetiches.

Este autor reitera que a clínica é ensaio, experimentação, lugar da reinvenção, de renovação da escuta e do olhar. Uma condição para sustentar esse lugar é, segundo ele, a busca pela superação das dicotomias indivíduo-sociedade, psíquico-social, mental-físico, clínica-política, terapia-administração. Nessa perspectiva, afirma que “toda clínica é social e toda

política diz respeito à vida subjetiva de cada indivíduo. A singularidade [...] só pode surgir e ser onde seja priorizada” (1999, p. 18).

Já para F. Tenório (2001), o movimento da Reforma Psiquiátrica mobilizou os profissionais a refletirem sobre o objeto específico de sua atenção, privilegiou a ideia de que a ação terapêutica não deveria mais endereçar-se à doença, nem apenas à saúde, mas, sim, ao sujeito, ou melhor, à *existência*, como um todo, da pessoa atendida. O autor nos leva a questionar as consequências de tomar a *existência* como objeto de nossa ação e refere que ela aponta para questionamentos no modo de trabalhar em saúde mental, na ênfase de nossa atenção enquanto profissionais desta área e, principalmente, com suas reflexões, ela desestabiliza saberes cristalizados e estabelecidos.

Parece simples, quando se fala em “tomar a existência como objeto de nossa ação” ou quando se propõe um reposicionamento enunciativo, mas constatamos facilmente que não o é, bastando, para isto, lembrarmos de fatos ocorridos dentro dos grandes hospitais psiquiátricos, quando o sujeito que estava doente e era diagnosticado com transtorno mental, estava fadado a passar seus últimos dias confinado entre os muros do hospital.

P. Amarante (2007) relata, no livro *Saúde Mental e atenção psicossocial*, um fato muito marcante e revoltante para quem trabalha neste campo. O autor conta a história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e, tendo sido lá esquecida, veio a falecer de fome e de frio. De modo irônico, ele declara que o crime dela foi *ser louca* e refere, ainda, que a marca da sua silhueta, no chão da cela, não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos, “ficou ali como denúncia de grito e dor” (2008, p. 62).

Vê-se, assim, que não é nada simples implantar um modelo assistencial no campo da atenção psicossocial que seja, efetivamente, distinto, que não desconsidere o sujeito, que não traga a ânsia de esbater os sintomas que em muitas ocasiões angustiam os profissionais.

P. Amarante nos alerta que, para elaborar uma intervenção no campo da atenção psicossocial, é preciso contemplar um conjunto de aspectos que

interferem na formulação de suas estratégias: “[aspectos de ordem] ideológica, de ordem política, de ordem ética. Sendo transversalizados pelas questões da clínica, da religião, da cultura entre outras” (2007, p. 65).

O campo da atenção psicossocial, através das contribuições oriundas da ética da psicanálise, vem aprofundando sua reflexão no que se refere ao campo da cultura e principalmente no que tange a um reposicionamento enunciativo, tanto dos trabalhadores como dos que são atendidos.

J. Lacan (2002 [1955-56]), a partir da leitura de S. Freud e de sua própria clínica, estabelece a diferenciação entre sujeito da enunciação e sujeito do enunciado. Esta diferenciação traz para a reflexão um saber desconhecido, não familiar para o sujeito, da ordem do inconsciente. O autor refere ser o sujeito do enunciado (eu) e o sujeito da enunciação (inconsciente), apontando que o sujeito diz muito mais do que pensa, ou o sujeito não sabe o que diz. (LACAN, 1955, p. 296-311).

No trabalho com a clínica da psicose, isto é de extrema importância, pois há uma relação direta entre o sujeito do enunciado (dito) e o sujeito da enunciação (dizer-inconsciente). O sujeito psicótico, muitas vezes, não reconhece o que advém do simbólico, passando a apresentar-se como algo estranho, não familiar, externo ao sujeito, localizado fora deste, ou mesmo invadindo seu corpo.

É no delírio, na alucinação, no comportamento muitas vezes considerado “fora da realidade” que a enunciação se apresenta no discurso psicótico. Assim, a enunciação e o que dela emerge fazem com que a formulação discursiva, mesmo que delirante, constitua um momento crucial para a clínica com estes sujeitos.

Segundo C. Calligaris (1989), quando os psicóticos não encontram um mínimo de escuta que possibilite a constituição de uma metáfora delirante no momento da crise, estes sujeitos tendem a um empobrecimento psíquico que os leva a cronicidade em pouco tempo.

Dessa forma, poder tratar singularmente cada caso atendido, escutar a sintomatologia de cada sujeito – desde a sua enunciação, e não apenas desde a sua patologia –, pensar a estruturação de um sujeito, mais do que a sua doença, é fator que amplia a reflexão no campo da atenção psicossocial.

Alguns teóricos referem que, no caso mais específico da esquizofrenia, há uma suspensão do eixo inconsciente, que corresponde à enunciação, ocorrendo, nesses momentos, as falas estranhas e bizarras dos esquizofrênicos, outros teóricos defendem que, na psicose, não há transferência<sup>8</sup>.

Entretanto, ao refletirmos acerca da psicose desde a perspectiva psicanalítica, acreditamos estar diante de um sujeito e de seu modo de existir, muito mais do que diante de um sintoma a ser esbatido. Acreditamos, com base em J. Lacan (1987 [1954-55]), num ponto de enunciação que se constitui desde a possibilidade de cada sujeito que acompanhamos, sendo na experiência mesma deste acompanhamento que a transferência se apresenta como fator diferencial para um campo de transformação. É quando ele discute a interpretação do desejo e do laço, enfatizando o que é preciso para que este opere, que nos apoiamos: “não se trata de reconhecer algo que estaria aí, já dado, pronto para ser coaptado. Ao nomeá-lo o sujeito cria, faz surgir uma nova presença no mundo. Ele introduz a presença como tal, e da mesma feita, cava a ausência como tal” (1987 [1954-55], p. 287). Porém, é importante, aqui, destacar que não se trata de algo que ocorre livremente, ou mesmo atribuir qualquer sentido às palavras do sujeito. Trata-se de uma construção que acontece condicionada pelo laço estabelecido, entre sujeitos, pela transferência.

---

<sup>8</sup> Termo introduzido por S. Freud e S.Ferenczi, entre 1900 e 1909, para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico, mediante o qual os desejos inconscientes do analisando passam a se repetir no âmbito da relação analítica (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 766).

Em *A perda da realidade na neurose e na psicose*, texto de 1924, S. Freud analisa os modos como o eu afasta-se da realidade, através de mecanismos de defesa do aparelho psíquico, com a finalidade de criar um novo e imaginário mundo externo e colocá-lo no lugar da realidade indesejável. Portanto, tal manifestação do processo de loucura estaria recoberta por uma tentativa de cura ou de reconstrução, sendo a loucura inerente ao sujeito, enquanto defesa para a constituição do eu.

Trata-se da tentativa de montar um delírio, como aponta C. Calligaris (1989), que dê conta de sustentar uma verdade sozinho. Já que não há suposto saber, o sujeito psicótico articula uma metáfora delirante, pois:

Para que a psicose desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, forcluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em posição simbólica ao sujeito. É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo abre no significado, dá início à cascata de remanejamento do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante (LACAN, 1998 [1955-56], p. 584).

J. Lacan concebe a questão da constituição do sujeito psicótico como sendo totalmente referenciada ao Outro. É o desejo que funciona como referência para toda constituição de um eu e, segundo ele, “O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto do desejo do outro” (1992 [1955-56], p. 50).

É nesta direção e na companhia de S. Freud e J. Lacan, que trabalhamos no campo da reabilitação psicossocial, não no sentido de algo pronto e estabelecido como norma a ser seguida, mas, de uma *clínica ampliada* que carrega, em sua denominação, um processo em permanente construção e movimento.

É nesse território de práticas, conceitos e embates que se origina e caminha o trabalho que desenvolvemos no CAPS Cais Mental Centro. Entendemos que é precisamente a relação entre heterogêneos dissimétricos,

esse certo desencontro presente constitutivo, que sustenta a existência de um campo vivo, dinâmico, aberto, nunca totalmente apreensível, domesticável ou que possa se pretender completo.

É a partir do entendimento acima exposto - de que a reabilitação psicossocial vem evoluindo para abarcar um conjunto de conhecimentos, e que isto tem modificado os modos de pensar e tratar em saúde mental - que consideramos importante pensar a transmissão desta experiência. Pensar como este conjunto de conhecimentos, que muitas vezes são construídos no interior de cada serviço ou mesmo desde uma experiência muito singular, possa ser multiplicado, transmitido, discutido com os profissionais e alunos, para que sigam sonhando, pensando e trabalhando na via de produzir um acompanhamento mais singular e participativo para cada sujeito acompanhado.

## 5 EXPERIÊNCIA E TRANSMISSÃO: UMA ARTICULAÇÃO MOEBIANA

reviver o passado através de uma espécie de identificação afetiva do historiador com seu objeto  
(J. Gagnebin, *Walter Benjamin ou a história aberta*)

J. Gagnebin, no prefácio do livro *Magia e técnica, arte e política*, explicita a definição de narração que é formulada por W. Benjamin, em 1936, e que nos inspira para abrir este capítulo:

Ora, diz Benjamin, o conselho não consiste em intervir do exterior na vida de outrem, como interpretamos muitas vezes, mas em “fazer uma sugestão sobre a continuação de uma história que está sendo narrada” (GAGNEBIN, 1996, p. 11).

A autora, ao evocar esta citação, destaca a inserção do narrador e do ouvinte em um “fluxo narrativo comum e vivo” (1996, p. 11). Fluxo este que deixa abertura ao ouvinte, permitindo que história e ideias deem continuação à narrativa, como um convite ao “fazer junto” (1996, p. 11).

Isto nos inspira, na medida em que tomamos como ponto de partida a seguinte pergunta: o que se transmite quando se narra uma experiência?

A questão central deste capítulo diz respeito ao lugar da experiência e àquilo que dela é possível de ser compartilhado. Em outras palavras, qual a

possibilidade de aproximação entre experiência e transmissão, tendo em vista a forma como o sujeito constrói seus registros - “ou é construído por eles” (COSTA, 2001, p. 75).

Pensar a transmissão desde os pressupostos psicanalíticos quanto suas implicações na produção ou não de conhecimentos é tarefa que exige reflexão sobre o fato de que não é de um conhecimento que se trata, mas de algo que toca o sujeito e o compele a produzir um saber segundo a forma pela qual é sustentado o ato de ensinar.

Nesse sentido, a transmissão comporta um não-saber, pois nunca sabemos o que transmitimos ao outro. Aliás, quando transmitimos, o fazemos sem saber, visto que o inconsciente opera tanto em quem transmite como naquele que tem o desejo de saber.

Empregamos o termo saber, e não conhecimento, para referir que se trata de um saber sobre o inconsciente, que tem consequências na concepção de sujeito da enunciação. J. Lacan (2002 [1955-56]), a partir da leitura de S. Freud e de sua própria clínica, propõe a diferenciação entre sujeito da enunciação e sujeito do enunciado, trazendo para a reflexão um saber desconhecido, não familiar para o sujeito, e da ordem do inconsciente. O inconsciente, diz J. Lacan, “é uma parte que falta à disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente” (1998 [1953], p. 260).

Este saber, que é inaugurado por S. Freud, não é considerado um conhecimento no sentido tradicional - entre alguém que sabe e a coisa sabida -, mas um saber que toma a forma de uma inscrição no discurso do sujeito. No campo do conhecimento, há uma reciprocidade entre aquele que sabe e o que se sabe. No campo do saber, o sujeito não é autor de seu dizer, embora seja através deste dizer que a sua presença se faz ouvir.

S. Freud foi um crítico severo das práticas educacionais de seu tempo, salientando que, alinhada à política, a educação apresentava-se como um desafio, e tendo afirmado em relação a ambas que, “de antemão, se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios” (2006 [1937b], p. 282).

Educar, aprender, transmitir são verbos muito utilizados na área da Educação, mas que nem sempre têm seus conceitos e sentidos compartilhados. Neste caminho, podemos referir que aprender é, inevitavelmente, querer saber, ter questões que desacomodam, descentram, instigam, é - em última instância - falar da ética do desejo no sujeito.

Transmitir implica realizar um percurso, trata-se de um caminho que se trilha sem ter, muitas vezes, a lucidez e clareza sobre onde se irá chegar. Vale lembrar, aqui, da referência que S. Freud faz aos seus mestres - Breuer e Charcot -, no texto intitulado *História do movimento psicanalítico*: "Eles me transmitiram um conhecimento que, a rigor, não possuíam" (1986 [1914b], p. 23).

O conceito de transmissão será desdobrado, nesta tese, a partir dos pressupostos éticos da Psicanálise, e, ao abordá-lo, apontaremos suas potencialidades no âmbito de uma prática no campo da atenção psicossocial. Entendendo que a transmissão da prática clínica faz parte da própria clínica, e, como se trata de encontrar a justa medida entre a clínica e o que dela se transmite, será desde o método, desde as nossas reflexões e formulações a partir da escrita desta experiência e daquilo que vamos construindo e elaborando ao nos debruçarmos sobre as questões que norteiam esta pesquisa.

## 5.1 EXPERIÊNCIA EM W. BENJAMIN

Ao falar da experiência<sup>1</sup>, nos remetemos aos efeitos que o registro das situações vividas ao longo de uma existência podem produzir na própria produção narrativa e no encadeamento dos eventos narrados, de modo a transmitir um percurso a ser assimilado pelo ouvinte.

---

<sup>1</sup> Como será explicitado adiante, o termo experiência é entendido, a partir do campo conceitual psicanalítico, como um movimento pulsional, algo que foi vivido pelo sujeito, experimentado singularmente e, num *a posteriori*, como numa dobra moebiana, pode ser ressignificado, retornando ao próprio sujeito, produzindo-o, modificando-o.

Entendendo que passado e futuro não são lugares que possamos acessar a partir do presente e que seus efeitos se apresentarão apenas num *a posteriori*, vetorizados por um contexto e incidindo sobre a enunciação da própria experiência. É desde uma possibilidade de narrar o vivido e os registros que dele guardamos que a vivência adquire condições de, num futuro, alcançar o estatuto de experiência.

W. Benjamin, filósofo alemão que escreveu ensaios e críticas literárias no início do século XX, faz emergir nos seus escritos as mazelas da sociedade na qual estava inserido. Evocaremos suas ideias para abordar o termo experiência em sua pluralidade, pois este autor faz, da sua trajetória como escritor, uma busca pela sua própria experiência. Tal como S. Freud, W. Benjamin se utiliza de suas experiências para teorizar e ampliar o conceito de *Erfahrung*<sup>2</sup>, narrando ao leitor seus avanços e descobertas.

No texto intitulado “Experiência”, W. Benjamin (1984 [1913]) desenvolve sua crítica ao que é entendido, pelos homens maduros, como experiência e ressalta que esta é tecida a partir de verdades, de dogmas e de vivências que são ajustados a uma posição autoritária, individual e cética. Este é um de seus primeiros escritos, e nele vem ressaltado que, quando o adulto se refere à sua experiência pessoal de vida, ele o faz com nostalgia, desesperança e amargura, em geral, evocando tempos de glória e de prazer que considera fabulosos, porém inúteis às exigências da vida social, já que a seriedade e a autoridade se adquirem apenas com o tempo. A este tipo de acontecimento, que é da ordem de uma vivência “inútil às exigências da vida social”, que são para ser contadas e nada mais, o autor denomina *Erlebnis*<sup>3</sup>.

W. Benjamin (1984 [1913]) considera que o termo experiência não concerne à “pilhagem de conhecimento, relógio ou calendário”, mas ao momento em que as formas subjetivas não se deixam instituir por valores

---

<sup>2</sup> Em português, *experiência*.

<sup>3</sup> Em português, *vivência*. Oportunamente, iremos nos dedicar mais a este conceito.

absolutos e morais, reinventando as relações. Neste texto, ele critica e coloca em causa experiência e autoridade, porém estes termos ainda estavam direcionados a assuntos vividos pelo próprio autor, que tinha, na época, apenas 23 anos. Até este momento o autor não havia estabelecido a diferença entre os termos *vivência* e *experiência*. O que só será discutido e melhor elaborado a partir dos textos dos anos 30.

Em 1913, W. Benjamin ainda entendia a experiência como algo da ordem de uma vivência, *Erlebnis*, e não desenvolvera, propriamente, a ideia de uma constituição de experiência, *Erfahrung*, como veio a considerar em seus textos posteriores.

O conceito de experiência não nos é oferecido em apenas um dos textos de W. Benjamin. É ao longo de sua obra e, principalmente, ao longo de sua vida que ele vai tecendo seu modo de entendê-lo. Num dos textos de 1930, intitulado *Experiência e pobreza*, este termo é ilustrado e delineado a partir da história de um pai que, em seu leito de morte, lega aos filhos uma experiência:

Em nossos livros de leitura havia a parábola de um velho que no momento da morte revela a seus filhos a existência de um tesouro enterrado em seus vinhedos. Os filhos cavam, mas não descobrem qualquer vestígio do tesouro. Com a chegada do outono, as vinhas produzem mais que qualquer outra da região. Só então compreenderam que o pai lhes havia transmitido uma certa experiência: a felicidade não está no ouro, mas no trabalho (1996 [1933], p. 114),

Para W. Benjamin, a história narrada evidencia que esta última experiência vem se associar àquelas que haviam sido transmitidas pelo pai à medida que seus filhos cresciam, e o filósofo questiona: “quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas?” (1996 [1933], p. 114). A seguir, ele pergunta “qual o valor de todo o nosso patrimônio cultural, se a experiência não mais o vincula a nós” (1996 [1933], p. 115) e evoca uma frase de B. Brecht - “Apaguem os rastros” - para nos ajudar a compreender aquilo que aqui está em destaque. Assim, é a partir dos textos de 1930 que há o amadurecimento do termo experiência e sua inicial distinção de vivência.

Por fim, cabe ressaltar que ele sublinha a existência de uma perda significativa na tradição compartilhada, a qual acarreta, por sua vez, o desaparecimento das formas tradicionais de narrativa, cuja fonte é a palavra transmitida de pai para filho. O autor propõe a reconstrução da forma de narrativa para que uma nova forma de transmissão possa se constituir. Nesta sua proposta de reconstrução, que se encontra descrita no prefácio do primeiro volume das *Obras escolhidas* (BENJAMIN, 1996), estão elencadas as condições para a transmissão de uma experiência:

- a) A experiência transmitida pelo relato deve ser comum ao narrador e ao ouvinte, pressupondo não que o ouvinte tenha passado ele também pela experiência, mas que se sinta incluído de alguma forma nisto que está sendo narrado, em virtude da importância atribuída à proximidade entre “comunidade de vida e de discurso” (1996, p. 10).
- b) Trata-se de uma atividade de narrar artesanal. O autor defende que o ritmo do trabalho artesanal se inscreve em um tempo mais global, tempo no qual ainda se tinha, justamente, “tempo para contar” (1996, p. 11). Uma narrativa que permita os “movimentos precisos do artesão” (1996, p. 11), que respeita a matéria que transforma e que tem uma relação profunda com a atividade narradora.
- c) A inserção do narrador e do ouvinte em um fluxo narrativo comum e vivo, permitindo porosidade, continuidade, à história contada, deixando em sua forma narrativa uma abertura a novas propostas e ao fazer junto (1996, p. 11).

Coadunamos com W. Benjamin, especialmente porque a pergunta que impulsiona esta tese diz respeito a questionar o modo como se compartilha uma experiência sem engessá-la em um paradigma, sem torná-la protocolar, sem deixar que o artesanal fique de fora desta narrativa.

Quando W. Benjamin refere o “depauperamento da arte de contar, do declínio de uma tradição e de uma memória comuns” (1996, p. 11), ele não está – segundo entende J. Gagnebin (2001) – alimentando o pessimismo ou a

desesperança, mas esboçando a ideia de que é preciso outra narração, uma narração que emerge das ruínas da narrativa, uma transmissão que se realiza entre os cacos de uma tradição:

que se opõe à experiência, na ótica de W. Benjamin, valendo ressaltar que experiência, para ele, é a formalização lógica, conceitual, do conhecimento, e o que se transmite tem relação com um estilo, portanto, com a singularidade, com a forma de se confrontar com um saber, com um conhecimento. Afinal, mesmo que a teoria busque ser geral e universalizante, é necessário que haja espaço para o reconhecimento do singular (GAGNEBIN, 2001, p. 87).

Nos textos de W. Benjamin, o narrador, o *flâneur* e o artesão poderiam ser os protótipos da resistência e da singularidade, conferindo marcas próprias e operando oposição e ruptura. Poderiam ser seres que habitam uma lógica temporal outra, que levam seus leitores a percorrer os caminhos de uma experiência muitas vezes não visível, mas narrada e imaginada num campo coletivo e artesanal, numa esfera de compartilhamento aberto e com possibilidades de inclusão daquele que escuta as narrativas e que pode fazer delas, suas próprias.

É em *Experiência e pobreza* que W. Benjamin (1996 [1933]) opõe os termos *Erfahrung* (experiência) e *Erlebnis* (vivência), a partir de sua etimologia, ressaltando que, embora ambos os vocábulos remetam à experiência, o fazem em sentido diverso: o primeiro designa experiência no sentido de experimentar – experimentado, de adquirir experiência, constituir experiência com o passado –; enquanto o segundo termo adquire o sentido de praticar, de pôr em uso, de experiência vivida. Nos textos fundamentais dos anos 30, ele retoma a questão da “experiência” e especifica mais um pouco no que consiste a *Erfahrung*, caracterizando-a como as experiências mais coletivas, e identificando no que se diferencia da *Erlebnis*, que comporta as experiências vividas que são mais isoladas e, portanto, de caráter individual.

W. Benjamin (1996 [1933]) vincula o fracasso da *Erfahrung* com o auge da *Erlebnis* e postula a ideia de que uma “reconstrução” da *Erfahrung*, como citado acima, possa ser acompanhada de uma nova forma de narratividade,

mais espontânea, oriunda de uma organização mais coletiva. É J. Gagnebin quem, no prefácio deste livro, nos indica como entender tal reconstrução, alertando que é preciso incluir “narrador e ouvinte mais próximos neste laço” (1996 [1933], p. 9), que será evidenciado pela forma de narrar, como nos aponta W. Benjamin no item C acima descrito. Coadunamos com J. Gagnebin, pois acreditamos que narração e transmissão só se tornam possíveis quando os atores envolvidos estão em relação, fazendo laço e podendo compartilhar a experiência narrada.

Assim, no âmbito desta tese, é o sentido expresso pelo primeiro termo, *Erfahrung*, que será o objeto de nossa reflexão sobre a experiência e suas possibilidades de transmissão.

Devido à variedade de acepções que o termo experiência comporta, optamos por introduzi-lo a partir de W. Benjamin, autor que se inscreve no campo da filosofia e que nos permitirá, no desenvolvimento deste escrito, nos aproximar da perspectiva do psicanalista francês J. Lacan, onde a suposição de saber é o pivô de uma possibilidade de transmissão.

## 5.2 TRANSMISSÃO EM S. FREUD

S. Freud, em 1934, completa seu primeiro rascunho do livro *O homem Moisés, um romance histórico*, porém é apenas em 1937/1938 que ele permite sua publicação. Interessa-nos trabalhar este texto, pois é nele que encontramos termos caros a nossa pesquisa, como *a posteriori* e herança arcaica, bem como a passagem para uma outra leitura sobre a linguagem.

Na obra *Moisés e o monoteísmo*, S. Freud (2006 [1939]) aborda a questão da transmissão, sendo no capítulo intitulado *Dificuldades* (item E) que ele se dedica a trabalhá-la mais especificamente, colocando-se a seguinte pergunta: o que faz com que uma tradição seja transmitida, mesmo não se tendo a intenção de transmiti-la? Considerando que transmissão não adquire, aqui, o

sentido de uma educação formal, na qual se quer transmitir um conteúdo, mas remete àquilo que se transmite para além da intenção de fazê-lo.

S. Freud, através do mito de Moisés, está tentando pensar as condições de constituição de uma cultura e não o faz, propriamente, contando a história de um povo e sua cultura, mas refletindo sobre o que ocorre em seu funcionamento interno. O autor pergunta-se, então, acerca da tradição ou da transmissão da tradição, lançando o argumento de que nem tudo o que se conhece é transmitido “de avô para neto” (2006 [1939], p.114). A questão aqui é investigar o que faz com que determinados traços, que são operantes na vida de um povo, sejam transmitidos para as próximas gerações.

Talvez o termo *herança arcaica*, referido por S. Freud e relativo ao que é da ordem filogenética, traga algumas pistas para se pensar esta questão. Neste ponto, Freud se desvia da ideia de prevalência das disposições inatas, características dos organismos vivos, que marcava um entendimento puramente biológico, para pensar a “universalidade do simbolismo da linguagem” como o que temos de mais familiar. E, ao trazer para cena a linguagem, dá nova direção à discussão e nos oferece outro rumo para a reflexão:

Não podemos demonstrar, em relação a eles [os nossos filhos], como a aprenderam, e temos de admitir que em muitos casos aprendê-la é impossível. Trata-se de um conhecimento original que os adultos, posteriormente, esquecem (FREUD, 2006 [1939], p.119).

Com esta passagem, podemos questionar como um conhecimento de todos pode ser original? Como “aprendemos” que determinado objeto pode ser representado por outro, sem uma transmissão sistematizada da possibilidade de tal operação? Como, mesmo sem a intenção de “ensinar”, transmitimos muito de nossas experiências.

Neste texto, S. Freud está se referindo ao recorte que cada um produz no sistema simbólico, rico em “traços de memória da experiência das gerações anteriores” (2006 [1939], p.120). É como se o autor estivesse começando a

organizar a ideia do Grande Outro e da construção singular, original, que cada um vai estabelecer a partir dessa referência, mesmo não sendo pela via da vontade ou da comunicação.

S. Freud (2006 [1939]) vai pensar esse elemento constitucional como um elemento filogenético, e, se fizermos uma associação entre esse elemento filogenético e aquilo que diz respeito ao simbólico, podemos pensar no efeito constitucional das condições de possibilidade que um sujeito pode vir a ter: condições de possibilidade de pensar, de se posicionar. Assim, entendendo este elemento filogenético vinculado ao simbólico, podemos pensar que as condições de memória e esquecimento não são individuais, mas relacionados a um sistema simbólico.

Ainda neste texto, S. Freud aborda a transmissão do Édipo, e o faz para evocar a *herança arcaica* instituindo o sentido de que há uma transmissão de traços de memória, de experiências das gerações anteriores. No Édipo não se encontra implicada apenas a relação do filho com seus pais, há uma pré-história, uma história anterior ao nascimento do indivíduo, que é a história dos desejos materno e paterno. E com isto ele insiste na pergunta: *como se transmite?* Tal questão incide na transmissão inconsciente, que não é sujeita ao processo secundário. É outra coisa que está sendo destacado: trata-se da transmissão que não se pode decidir colocar de lado. Não se pode decidir usá-la ou deixá-la. Em tal contexto, ele enfatiza a impossibilidade de que as condições de transmissão de uma tradição se deem por uma via eminentemente comunicacional:

Uma tradição que se baseasse unicamente na comunicação não poderia conduzir ao caráter compulsivo que se liga aos fenômenos religiosos. Ela seria escutada, julgada e talvez posta de lado, como qualquer outra informação oriunda do exterior; nunca atingiria o privilégio de ser liberada do pensamento lógico. Ela deve ter experimentado a sorte de ser reprimida, o estado de demorar-se no inconsciente, antes de ser capaz de apresentar efeitos tão poderosos quando do seu retorno, de colocar as massas sob seu fascínio, como vimos com espanto, e, até aqui, sem compreensão, no caso da tradição religiosa (2006 [1939], p. 123).

S. Freud (2006 [1939]) destaca ainda em seu texto que Moisés, ao assegurar aos judeus seu lugar de povo escolhido por Deus, possibilitou-lhes o desenvolvimento de uma elevada autoestima, composta, em parte, pela grandeza de seu Deus e também pela possibilidade de um lugar perante este Deus. Para S. Freud, foi o homem Moisés quem formou o povo judeu, através de suas características paternas de grande homem, transpondo a admiração por Moisés para a admiração por Deus: “alguém” em quem confiar, uma referência que não fracassou, uma vez que “constantemente surgiram, no povo judeu, homens que reviveram a tradição a esmaecer-se, que renovaram as admonições e as exigências feitas por Moisés, e que não descansaram até que aquilo que estava perdido fosse mais uma vez estabelecido” (2006 [1939], p.133). O que não aconteceu, necessariamente, com outros povos antigos, que depunham ou castigavam seus deuses se estes não cumpriam seus deveres.

Trilhando o caminho da busca das raízes históricas para vetorizar sua discussão sobre transmissão e seguir com suas formulações, S. Freud afirma:

É hora de levantar a questão de saber se existe qualquer necessidade de invocar a influência de Moisés como causa da forma final assumida pela ideia judaica de Deus, ou se não seria suficiente presumir um desenvolvimento espontâneo para a intelectualidade mais elevada no correr de uma vida cultural a se estender por centenas de anos. Há duas coisas a serem ditas sobre esta possível explicação, que colocaria fim a todas as nossas enigmáticas conjecturas. Em primeiro lugar, ela não explica nada. No caso dos gregos [...], as mesmas condições não conduziram ao monoteísmo, mas à desintegração de sua religião politeísta e ao início do pensamento filosófico. No Egito [...], o monoteísmo cresceu como um subproduto do imperialismo. [...] Com os judeus, as condições políticas eram altamente desfavoráveis ao desenvolvimento da ideia de um deus nacional exclusivo para a de um soberano universal de mundo. E onde foi que essa minúscula e impotente nação achou a arrogância de declarar-se a si própria filha favorita do grande Senhor? (FREUD, 2006 [1939], p. 82)

Ainda no texto *Moisés e o monoteísmo*, mas agora no capítulo “O retorno do reprimido”, S. Freud recorre ao termo *Nachträglich*<sup>4</sup> – que muito nos auxiliará também para pensar a transmissão de uma experiência. – e o explicita empregando uma metáfora:

Há muito tempo é do conhecimento comum que as experiências dos cinco primeiros anos de uma pessoa exercem efeito determinante sobre sua vida, efeito que mais tarde pode enfrentar. Muita coisa que merece ser sabida poderia ser dita sobre a maneira como essas impressões precoces se mantêm contra quaisquer influências em períodos mais maduros da vida – mas isso não seria pertinente aqui. Contudo, pode ser menos conhecido que a influência compulsiva mais forte surge de impressões que incidem na criança numa época em que teríamos de encarar seu aparelho psíquico como ainda não completamente receptivo. O fato, em si, não pode ser posto em dúvida, mas é tão enigmático que podemos torná-lo mais compreensível comparando-o a uma exposição fotográfica que pode ser revelada após qualquer intervalo de tempo e transformada num retrato (2006 [1939], p. 140).

Esta metáfora nos ajuda a refletir sobre o fato de que as impressões que ocorrem num momento em que o aparelho psíquico ainda não está preparado para absorvê-las podem retornar e ser percebidas tempos depois, tal qual uma fotografia que é revelada e torna-se imagem muitos anos após ter sido captada.

Ao utilizar o termo *Nachträglich*, S. Freud remete à existência de experiências, impressões, traços mnêmicos que são remodelados, resignificados, por acontecimentos novos, num segundo tempo. Situando o acontecimento propriamente dito num primeiro tempo, verifica-se que é pelo seu efeito *après-coup* – ou seja, pelo seu efeito de *Nachträglich* – que se configura a possibilidade de retroatividade a ser efetivada num *a posteriori* da experiência.

Isto tudo faz sentido na construção freudiana, pois já em 1901, no texto *Psicopatologia da vida cotidiana*, S. Freud (2006 [1901]) havia abandonado o

---

<sup>4</sup> Em língua portuguesa, adota-se a expressão *a posteriori*.

modelo da causalidade mecânica e da temporalidade linear - em conformidade à relação passado-presente -, em favor de um modelo dialético de causalidade, no qual o futuro e o presente se condicionam e significam reciprocamente na estruturação do passado. Podemos dizer, então, que não se esclarecem os processos psíquicos segundo uma lógica linear, não se trata de uma linearidade cronológica, mas sim lógica. Voltar a este texto de 1901, contribui para pensar a questão da intencionalidade inconsciente e do *a posteriori*, questões que dizem respeito ao campo da linguagem, no qual se pode constatar que os processos inconscientes estão vinculados a atos aparentemente não intencionados, mas que *a posteriori* se mostram determinados por motivos desconhecidos da consciência, visto que o psíquico é lógico e inconsciente.

### 5.3 J. LACAN E A NOÇÃO DE ESTRUTURA MOEBIANA

No que se refere à transmissão, J. Lacan, ao relacionar ensino e verdade, nos oferece sua contribuição, ressaltando que o ensino é capaz de produzir uma verdade subjetiva, isto é, de resgatar ou de restaurar a enunciação de um desejo singular, que se manifesta na cultura, pela via da transmissão de um estilo.

Assim, ele defende que “O ensino da psicanálise só pode ser transmitido de um sujeito ao outro pelas vias de uma transferência” (1998 [1957], p. 458), além de ressaltar que

Qualquer retorno a Freud que dê ensejo a um ensino digno desse nome só se produzirá pela via mediante a qual a verdade mais oculta manifesta-se nas revoluções da cultura. Essa via é a única formação que podemos transmitir àqueles que nos seguem. Ela se chama: um estilo (1998 [1957], p. 460).

A noção de transmissão fica atrelada a algo interno ao sujeito e que o coloca em relação com o experimento de forma singular, produzindo diferença e pluralidade. Isto se mostra essencial para que o que é transmitido

produza seus efeitos, através do processo de construção e de apropriação dos elementos oriundos de uma experiência vivida por quem tem relações com o saber.

J. Lacan (1992 [1960-61]) não transmitiu seu ensino publicando casos, como S. Freud, mas fez de seu estilo um trunfo que é portador, ao mesmo tempo, de valor clínico e de um método que interroga a prática e instiga a sua transmissão.

No texto de apresentação da coletânea de artigos que compõem seus *Escritos*, J. Lacan cita a célebre frase de Buffon – “o estilo é o próprio homem” – e, a seguir, a amplia apondo-lhe uma interrogação: “o estilo é o homem; [...] o homem a quem nos endereçamos?” (1998 [1966a], p. 9).

O desdobramento que disso advém pode ser colocado da seguinte forma: se, na linguagem, nossa mensagem nos vem do Outro; então, para que nos serviria endereçar? Podemos, neste momento, deixar esta citação em suspenso para, *a posteriori*, retomá-la, com o objetivo de analisar o sentido que adquire “transmitir a clínica”, bem como de refletir sobre se a transferência e o endereçamento podem contribuir na escrita da transmissão de uma experiência, que, no presente caso, tem caráter singular e surgiu no cotidiano de um trabalho que é desenvolvido no contexto de uma experiência clínica inscrita no campo da atenção psicossocial.

Em tal contexto, permanecem algumas questões que insistem em se sobressair: como explicar a dificuldade em comunicar isto que é da ordem de uma experiência? como situar o ponto de onde uma experiência possa ser compartilhada? o que mesmo de uma experiência é transmissível, visto que a fala é constituída pela singularidade enunciativa?

Com isso, abrimos caminho para articular algumas ideias, visto que J. Lacan nos propõe pensar a experiência analítica como experiência de discurso e a transferência como o motor para que uma experiência de transmissão possa operar.

Desse modo, é possível dizer que transmissão e experiência fazem parte de um processo moebiano singular, que vai sendo construído ao longo de um só-depois, de um tempo de escansão, de um intervalo que não se dá em vão, como bem nos assinala J. Lacan, mas que se mostra necessário para que um lugar possa ir se armando e um sujeito se percebendo neste lugar.

Para a imbricação entre experiência e transmissão não podemos senão concebê-las como em uma fita de *moebius*, como postula J. Lacan (1997 [1959-60]), do dentro e fora, em junção e disjunção simultâneas.

É justamente no *Seminário da Ética da Psicanálise* que J. Lacan (1997 [1959-60]) utiliza a topologia da Banda de Moebius para refletir sobre uma posição na qual diferença e continuidade operam em simultaneidade. Ele emprega o termo *extimidade* para referir esta posição em que o dentro e o fora se encontram em continuidade descontínua. Trata-se de um neologismo criado pelo autor para referir-se ao que seria uma “exterioridade íntima”, na qual avesso e direito se relacionam intimamente, “aquilo que descrevemos como sendo esse lugar central, essa exterioridade íntima, essa *extimidade*” (1997 [1959-60]), p. 173).

Ainda neste Seminário, J. Lacan (1997 [1959-60]) demonstra seu interesse pela noção de espaço, criando uma figura topológica que altera o espaço comum de representação e produzindo efeitos paradoxais que podem nos auxiliar a pensar experiência e transmissão em uma articulação moebiana. Nesta figura topológica temos alterada, através da torção, a relação entre interno e externo, pois a formação de uma dobra possibilita a continuidade e rompe com a tranquilidade linear e polarizada de dado contexto.

A Banda de Moebius foi descoberta em 1858, pelo matemático August Ferdinand Moebius. Ele vinha realizando estudos sobre superfícies de uma só face e descobriu o que se denominou *Banda (Laço, Fita) de Moebius* quando, trabalhando com uma tira, constatou a possibilidade – proporcionada por

uma dobra, uma meia volta, uma torção<sup>5</sup> na superfície – do encontro, sem descontinuidade de percurso, entre os lados avesso e direito.

J. Lacan (1997 [1959-60]), a partir de suas reflexões, indica-nos que a Banda de Moebius se torna ainda mais interessante ao lembrar-nos que tal figuração só é possível a partir de uma torção, de uma espécie de dobra, que é sempre algo a ser construído, e não naturalmente dado. Sem a meia volta da tira, sem a torção, sem a dobra, tratar-se-ia de uma simples superfície, com duas faces, uma para cada lado, sem encontro possível entre elas.

Assim, trata-se de pensar a relação entre experiência e transmissão com a ajuda da topologia e dos pontos de torção moebianos e, a partir disto, refletir sobre o fato de que a possibilidade de transmissão de uma prática requer um encontro, em transferência, que viabilize a construção de uma torção, que promova esta dobra entre experiência e transmissão.

Como J. Lacan (1997 [1959-60]) destaca, podemos constatar que há um efeito de torção entre os campos da experiência e da transmissão, em uma operatória que potencializa um funcionamento moebiano, alterando seu espaço de representação.

Não estamos, aqui, propondo um efeito de continuidade entre estes dois termos, mas, sim, abrindo um caminho para a reflexão e o questionamento sobre uma dobra que se evidencia quando abordamos termos como experiência e transmissão. Constitui-se, assim, a possibilidade de pensar que há experiência toda vez que há transmissão, que ambas encontram-se articuladas de forma inextrincável, pois toda vez que se produz o registro de uma vivência num endereçamento ao Outro esta vivência pode adquirir estatuto de experiência, num endereçamento que almeja transmissão.

---

<sup>5</sup> Para fazer referência a esta operação que ocorre na Banda de Moebius, utilizar-se-á, assim como outros autores, o termo torção (e não torção), com o intuito de assinalar que se trata de uma meia torção, ou uma semi-torção. Apesar de tal vocábulo não figurar nos dicionários de língua portuguesa, a grafia com “s” é comumente utilizada no campo da matemática.

Partindo da lógica espacial que Lacan propõe e, portanto, colocando os campos da experiência e da transmissão em relação, podemos pensar o compartilhamento de uma experiência singular no campo da atenção psicossocial e, ao mesmo tempo, interrogar de que forma é possível operar esta transmissão.

Quais seriam, então, as balizas para pensar a experiência como experiência compartilhada e quais os fundamentos para uma transmissão?

#### 5.4 TRANSFERÊNCIA E TRANSMISSÃO

"O tempo passa antes que o analista reconheça o que faz, e o que sabe não progride senão no só-depois do seu ato" (NASIO, 1989, p. 78).

O termo alemão *Übertragung*, que significa transferência, é utilizado também para designar transmissão, contágio, tradução, verso. Entendemos, então, que a transferência é um núcleo, ou melhor, o centro da questão da transmissão de uma experiência. Trata-se de uma experiência viva e necessária para que a transmissão de uma prática seja possível. É através da experiência da transferência que S. Freud (2006, [1912]) busca demonstrar que o inconsciente não é um reservatório do passado, mas algo vivo, que se atualiza no presente. E também que a transmissão de uma experiência exige, para além de estudo, escrita e supervisão, a passagem pela experiência mesma que se pensa transmitir.

##### 5.4.1 O LUGAR DA TRANSFERÊNCIA NA EXPERIÊNCIA DE TRANSMISSÃO

O aparecimento da noção de transferência é concomitante ao surgimento da psicanálise, e sua importância é sempre marcada na obra freudiana, pois para S. Freud ela é a chave da invenção deste método de

tratamento, e por isso ele nunca a perde de vista, seja qual for a direção que assumam suas descobertas teóricas. Ele defende que a transferência é o estabelecimento de um laço afetivo intenso, que se instaura revelando a organização subjetiva do paciente. A transferência é *ambivalente*; ela abrange atitudes positivas (de afeição), bem como atitudes negativas (hostis) para com o analista, que, via de regra, é colocado no lugar de um dos progenitores do paciente (FREUD, 2006 [1940]). Assim, funciona tanto como uma força impulsora do tratamento quanto como uma resistência.

Deste modo, atitudes como afeição ou hostilidade remetem ao amor, ao vínculo, aos sentimentos. Segundo S. Freud (1976 [1915]), desde o *Banquete*, de Platão, podemos perceber que o amor é uma das peculiaridades da transferência e também um dos seus motores, pondo em movimento a experiência da análise e trazendo para a cena bem mais elementos do que apenas o afeto. A ética que orienta o trabalho na transferência desloca o amor da condição “de dois, fazer um” e aponta outros modos de com ele operar.

Mais tarde, em *Análise terminável e interminável*, S. Freud (1976 [1937a]) chega à constatação de que a experiência transferencial foge do controle do amor. É o manejo na transferência que distinguirá a posição de um terapeuta, e é desta posição que a transferência depende para que se constitua objeto de tratamento: na medida em que o sujeito fala e endereça sua fala ao terapeuta, o amor transferencial se inscreve e tramita, pois, quanto mais se fala à procura de sentido, mais se ama aquele com quem se fala, e é neste momento que a transferência opera.

A transferência tem muitas particularidades, não sendo em vão os anos que J. Lacan demorou para explicitá-la. Se a cena da transferência no *setting* convencional não é a da vida real, ou a da realidade fora dos limites do consultório, se o amor de transferência é uma ficção capaz de alojar os desejos do sujeito, o trabalho na transferência é muitas vezes a condição necessária para que algo da ordem do desejo possa ser colocado em questão.

A menção de S. Freud (2006 [1937b]) sobre o fato de que a ocasião e o modo como se transmite, como se opera uma transmissão, deve considerar o *vínculo entre* aqueles que estão envolvidos nos leva, de um lado, a pensar que existem condições para que uma transmissão ocorra e, de outro, que é ao fenômeno da transferência que ele alude quando refere o “vínculo entre os envolvidos”. Para o autor, no texto *Construções em análise*, a construção é algo que se faz em transferência, que se produz no laço que liga e separa analista e analisante, sendo somente no interior desse laço que se pode encontrar sua operatividade.

Neste sentido, mostra-se interessante observar que S. Freud (1987 [1937b]) pontua que aquilo que constitui o laço, o vínculo, entre analista e analisante, se faz da ocasião, do modo e das explicações ofertadas pelo analista. Trata-se, a nosso ver, de uma percepção bastante promissora: se a construção se faz no laço - ou no vínculo, conforme a terminologia freudiana - , ela, por outro lado, constitui o laço entre os sujeitos que dela participam.

No início do Seminário 8, *A transferência*, J. Lacan explicita sua intenção de buscar “algum equivalente para qualificar o que a transferência contém de essencialmente ímpar” (1992 [1960-61], p. 11). A seguir, indica que tal peculiaridade consiste no fato de a transferência referir-se a uma experiência e confessa que demorou muito para definir o que constitui o *núcleo de nossa experiência* - pois, apenas no oitavo ou décimo ano, pode abordar este tema -, justificando que “este longo atraso não era sem razão” (1992 [1960-61], p. 12). A razão estava no enigma que se coloca nesta relação transferencial, entre terapeuta e paciente, e que intriga exatamente porque escapa ao saber comum, ao chamado ato de compreender.

Como se pode observar, o autor considera o fenômeno da *transferência* o núcleo de uma relação, de uma experiência, na qual o saber está em questão, e denomina a quem é creditado este saber de “o grande Outro”, entendido como o pivô do deslanchar da transferência.

J. Lacan, neste mesmo Seminário, refere que “na sua origem, a transferência é descoberta por S. Freud, como um processo espontâneo” (1992 [1960-61], p.174) e caracteriza tal processo sublinhando que sua origem reside numa necessidade de repetição (1992 [1960-61], p.176). Para ele, a transferência é uma manifestação inconsciente que pode ser dirigida a outras pessoas além do analista, já que se trata de um fenômeno que permeia qualquer relação humana:

Em outras palavras, parece-me impossível eliminar do fenômeno da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Este fato é constitutivo. Ele constitui uma fronteira, e nos instrui, ao mesmo tempo, para não engolfar o fenômeno da transferência na possibilidade geral de repetição que a própria existência do inconsciente constitui (1992 [1960-61], p.177).

Porém, para J. Lacan, a transferência não se reduz à mera repetição, visto que a repetição aciona, justamente, a função do sujeito suposto saber que sustenta o sintoma do paciente. A repetição é o trabalho na transferência, trabalho que possibilitará uma aposta em narrar uma história.

Já no texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo*, J. Lacan (1998 [1960], p. 813) destaca que o inconsciente é uma cadeia de significantes que se repetem, insistem e interferem no discurso efetivo. Ele complementa, ainda, que uma vez reconhecido que o inconsciente é estruturado como uma linguagem concebe-se o sujeito da enunciação. Sujeito da enunciação que implica a noção de que quem fala é sujeito do desejo, ocupando um lugar e sendo agente de enunciados. Sujeito que, no ato de enunciar, vê emergir suas questões mais singulares, e, mais que isto, sujeito que advém a partir desta enunciação.

Desse modo, podemos considerar que experiência e transmissão fazem parte de um processo singular e que pode ir sendo construído ao longo de um *só-depois*, de um tempo de escansão que não é em vão, como bem nos assinala J. Lacan, em “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”.

Neste mesmo texto, ele afirma que “o depois se fazia de antecâmara para que o antes pudesse tomar seu lugar” (LACAN, 1998 [1945], p. 197), introduzindo a estrutura temporal do processo lógico, imprimindo valor em um tempo de parada, em uma suspensão de tempo, primordial para que uma experiência possa operar e se constituir enquanto tal.

O trabalho com questões relativas à experiência e à transmissão reenvia, constantemente, a interrogantes acerca das condições de uma enunciação, da necessidade do ato de linguagem para que uma enunciação se estabeleça. Isto porque é de um lugar singular – o qual exige que o sujeito se coloque na linguagem – que uma transmissão pode operar.

Assim, entendemos que narrar uma experiência coloca em cena sujeito e cenário, sujeito e narração, sujeito e linguagem, ressignificados pelo próprio ato de enunciação e expostos aos efeitos de transmissão que poderão surgir *a posteriori*.

Conforme S. Rickes, “É interessante pontuar que a própria noção de experiência é correlata à ideia de um testemunho. É pelo testemunho que uma experiência adquire tal estatuto” (2002, p. 174), ou seja, é no ato de testemunhar, fala endereçada a um outro, que o vivido se constitui em experiência. É no ato de poder narrar o vivido, de construir uma narrativa endereçada ao outro, de sentir os efeitos produzidos sobre o próprio sujeito que toma a palavra, que se abre uma via para que a experiência se funde.

Para que algo da experiência seja transmissível, é necessário que algo da ordem da enunciação se estabeleça, ponto de culminância na fala ou na narração. A transmissão é o efeito de um *Saber* sobre a própria castração, em uma relação que é sempre de filiação e de reconhecimento do valor simbólico da diferença, que marca lugares na cadeia discursiva.

Concordamos com S. Rickes:

Não se trata de, através da escrita, revelar algo seu já conhecido, mas de descobrir-se em um lugar que poderia parecer estrangeiro, mas que percebe dizer-lhe respeito. O

interessante é que essa descoberta se produz num tempo que coloca em questão um a posteriori, um só-depois (2002, p. 20).

Neste contexto, em que buscamos situar o campo da experiência e estamos refletindo sobre o modo de operar uma transmissão, cabe evocar as palavras pronunciadas por C. Melman na conferência intitulada *O que é uma transferência de trabalho*, quando ele afirma que

para Lacan, a transferência de trabalho é suscetível de substituir o amor de transferência – ou seja, vir marcar o que seria o fim de um tratamento [...] A transferência de trabalho, na medida em que vem responder e se opor ao amor de transferência é um convite [...] para que encontremos, nem que seja frente ao trabalho, uma relação que não seja mais neurótica nem alienada, mas que possa ser uma relação de alegria (2012)<sup>6</sup>.

Logo, é este o tipo de laço que faz com que possamos constituir uma experiência e pensar em compartilhá-la, transmiti-la. Além disso, tais afirmações nos interessam na medida em que podemos, através delas, corroborar que aquilo que se estabelece entre experiência e transmissão passa pelo fenômeno da transferência.

Com base no *Seminário sobre a transferência*, esta tese busca caminhos para abordar, a partir do conceito de *Nachträglich*, de S. Freud (2006 [1939]), e da formulação dos tempos lógicos, de J. Lacan (1998 [1945]), as condições de um lugar de enunciação na transmissão de uma experiência, questão que será central no desenvolvimento dos temas enfocados na segunda parte deste texto.

---

<sup>6</sup> O texto da conferência foi traduzido por Sergio Rezende. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=36>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

## 6 O CAMPO DA EXPERIÊNCIA

tornar visível o trabalho de uma clínica que cotidianamente enfrenta o desafio de repensar e inventar os seus modos diante de uma demanda que, apresenta-se como efeito do social

(Palombini, *Acompanhante terapêutico na rede pública*)

Acompanhar o percurso de vida das pessoas que buscam atendimento no CAPS significa perguntar, a cada etapa da assistência, o que é necessário ser pensado para a evolução do plano terapêutico e, principalmente, para uma melhor qualidade de vida de cada sujeito atendido neste serviço.

Quando atendemos sujeitos com transtornos mentais graves, muito nos dizem de suas lacunas e de rupturas com os relacionamentos afetivos e com suas relações profissionais. Há um empobrecimento da rede social, com perdas quantitativas e qualitativas, principalmente a partir da primeira rede social disponível, que é o núcleo familiar. Muitos transtornos mentais são marcados pela tendência ao isolamento e pela dificuldade em estabelecer vínculos, ficando a interação com outras pessoas prejudicada e as trocas sociais, escassas.

Assim, a dimensão social e territorial são consideradas ponto de partida e, ao mesmo tempo, pano de fundo para toda e qualquer intervenção clínica nestes atendimentos e no campo da atenção psicossocial.

Ao CAPS é dirigida a função de mediação social para o estabelecimento de laços produtivos entre os que procuram atendimento no serviço e a comunidade local; e, à equipe, institui-se o trabalho de reconhecer na cidade, na pólis, um local de produção de relações viáveis e significativas.

A partir destas reflexões e entendimento foram surgindo, no CAPS Cais Mental Centro, novas formas de acolhida e acompanhamento dos transtornos mentais, caracterizadas pela associação entre clínica e política, dando ênfase na particularidade de cada caso, no trabalho interdisciplinar, na escuta e no respeito à pessoa que busca atendimento e, principalmente, sem perder de vista a intervenção sobre a dimensão social, de modo a possibilitar o resgate da comunidade e da cidade como valioso recurso no tratamento e na reabilitação psicossocial.

Neste capítulo, abordaremos com mais detalhes um projeto que tem sido uma das pontes com o fora do CAPS: o *Projeto Insere*, que, criado em 2002, visa a ser um programa de reabilitação psicossocial e que, no decorrer da última década, foi sendo sustentado, ampliado e remodelado, em conformidade com os sujeitos atendidos e suas singularidades, bem como graças as parcerias tecidas no território e na cidade.

O *Projeto Insere* surge como uma possibilidade de trabalho que é desenvolvido no CAPS e que busca dialogar com o fora da instituição, oxigenando suas arestas em direção ao que a cidade oferece e constituindo uma espécie de tentáculo para o social.

Neste sentido, é importante salientar que entendemos a dimensão social não como mero objetivo reabilitador a ser alcançado, mas, sim, como importante vetor que, integrante de um campo ampliado, intersetorial, possibilita a cada sujeito, a partir de mediações construídas desde seus acompanhamentos, encontrar, a seu modo, formas de compartilhar o social.

Apresentaremos também algumas ações deste programa de reabilitação – como o *Cinema em debate*, a *Oficina de Imagens*, o *Projeto Piloto Capacitar*, que é um programa de inclusão pelo trabalho formal, e as atividades do grupo

*Cidadania e Trabalho* –, destacando suas particularidades e os objetivos de sua inclusão neste programa maior que é o *Inserere*.

Examinando os projetos desenvolvidos no CAPS Cais Mental Centro e sua finalidade de inclusão social, observamos, com a ajuda dos apontamentos da professora Analice de Lima Palombini, que dois são os movimentos decorrentes dos dispositivos criados: ora se trata de propiciar o acesso ao que a cidade oferece, visando à inclusão; ora, de oferecer à cidade produções próprias, realizadas pelos participantes dos dispositivos.

Este dois movimentos e suas particularidades serão contemplados ao longo deste capítulo.

## 6.1 O ACESSO AO QUE A CIDADE OFERECE

O que significa a obra, a obra coletiva, na qual estamos mergulhados

(J. Lacan, *Seminário VII*)

### 6.1.1 PROJETO INSERE

A partir das discussões clínicas dos casos atendidos em equipe interdisciplinar, foi se verificando o quanto um trabalho de Reabilitação Psicossocial que pensasse os espaços da cidade e que pudesse refletir e investigar lugares possíveis de circulação e trocas sociais com a comunidade seria um instrumento valioso no trabalho de reabilitação e inclusão dos sujeitos atendidos no CAPS. Analisando o conteúdo da sigla CAPS, percebemos que cada termo confere significado a uma ação proposta para este tipo de serviço: Centro de Atenção Psicossocial.

*Centro*, um local físico, um serviço de referência, um espaço que acolhe a demanda dos transtornos mentais graves, um local que se ocupa de funções específicas no tratamento de sua clientela e no espaço territorial em seu

entorno. *De atenção*, cuidado e olhar para as questões e os impasses suscitados pela clínica com as psicoses, tratamento, acompanhamento e escuta, individual e em oficinas terapêuticas. *Psicossocial*, que vincula o psíquico e o social, interligados em constante tensionamento e complementariedade, indicando que estes dois termos se constituem em uma articulação moebiana.

As palavras podem apenas compor uma sigla, mas, neste caso, para surtirem efeitos no plano de tratamento, elas precisam ser tomadas como objeto de reflexão, considerando seus contextos dentro do campo da atenção psicossocial e o público que se pretende acompanhar. Um CAPS, um centro de atenção psicossocial, pode muito bem – e temos exemplos de serviços que fazem isto – reproduzir as práticas dos ditos hospitais manicomiais, atuando como instituição total, cronificando e institucionalizando ainda mais esta clientela.

Neste contexto, surge, então, o Projeto que passamos a denominar *Inserê*: proposto como um Programa de Reabilitação Psicossocial, através do lazer, educação e trabalho, visando à inclusão social, à apropriação, à possibilidade de um lugar que viabilize uma mediação entre o “dentro” e o “fora” do serviço, que pense cada pessoa a partir de sua história e de seu contexto de vida. Trata-se de pensar o “fora” como algo que oportuniza crescimento, amadurecimento, aprendizagem, como algo que gera possibilidade de relações e trocas sociais significativas (ver Anexos A e B).

Este projeto nasce de uma constatação: em um serviço como o CAPS, é necessário se pensar o dentro e as atividades desenvolvidas no seu interior, mas é imprescindível ter relações com o fora, com o movimento da cidade, para que o dentro não se torne totalizante.

Contudo, como realizar estas relações, de que forma buscar as instituições e as parcerias, como produzir estes laços e ampliá-los aos sujeitos atendidos no CAPS? Estas foram reflexões a que nos dedicamos por muitos anos até iniciarmos a experiência do *Inserê* e observarmos que apenas através da discussão dos casos, dos acompanhamentos realizados em equipe

interdisciplinar, é que as ações iriam ganhando forma e contorno de projeto de reabilitação. Foi somente pensando em cada significante trazido nos atendimentos, em cada detalhe da história de cada sujeito, que pudemos construir um plano de inclusão social, singular e artesanal. Escrever atualmente o Projeto Inere é descrever e refletir 10 anos de trabalho e dar conta de narrar, como cada pequena ação desenvolvida, cada pequena parceria criada foi compondo um conjunto de ações, foi dando forma a um programa de reabilitação psicossocial. Hoje percebemos que a persistência em manter este trabalho e também profissionais que se ocupam de costurar estas ações é que viabiliza que este programa ainda exista e que tenha vida.

A melhor forma de ilustrar este processo é trazendo um recorte clínico, do ano de 2002, para demonstrar como foi sendo construído este projeto de reabilitação psicossocial no cotidiano de trabalho do CAPS Cais Mental Centro.

Quando chegou ao CAPS, M. residia nas ruas da cidade, estava com pensamento delirante e desorganizado, colocava-se em situação de conflito com pedestres e outros moradores de rua e necessitava de tratamento em saúde mental, a ser realizado em espaço protegido, segundo avaliado após alguns atendimentos e acolhimento. O espaço inicial seria o CAD (Centro de Atenção Diária), a fim de que viabilizássemos o uso diário de medicamentos psicotrópicos, para amenizar seus pensamentos paranoicos de perseguição: de que estavam tentando capturá-lo, onde quer que fosse ou ficasse, que o vigiavam e falavam dele.

A opção do CAD era para que cuidasse de sua higiene, para que não permanecesse correndo os riscos de agressões, enfim, para efetivar o início de seu tratamento.

M. falava muito pouco de sua história de vida, passava a maior parte do tempo isolado, quieto, observando o movimento no ambiente do CAPS. Não permitia que ninguém se aproximasse muito dele. Sempre era convidado para as atividades desenvolvidas no serviço e, muitas vezes, recusava. A equipe

entendeu que M. precisava de tempo para vincular-se ao serviço, e o serviço precisava de tempo para conhecer M.

Com o transcurso do tempo, M. começou a participar das oficinas terapêuticas oferecidas dentro do CAPS, foi lhe sendo possível falar de si através das atividades que desenvolvia nos espaços de acompanhamento e do modo como funcionava no ambiente e na relação com aqueles que também estavam em atendimento no CAD.

M., no desenvolvimento de seu tratamento, passou a morar temporariamente em um abrigo da cidade, criando laços de amizade com outros pacientes ali em atendimento, encontrando espaços de fala e de circulação possíveis.

Uma das dificuldades de M., quando se agudizavam os sintomas de seu transtorno mental, era não aceitar ser chamado pelo seu nome próprio. Verbalizava que não era ele: ora solicitava ser chamado por G., ora por P., negando seu nome próprio.

Seu caso era muito discutido em equipe. Foram realizadas várias interconsultas com a microequipe que o acompanhava - tanto no CAPS quanto no abrigo onde dormia - e chegou-se, inclusive, a incluir seu caso na apresentação de pacientes realizada com o psicanalista Alfredo Jerusalinsky<sup>1</sup>, para pensarmos melhor a direção de seu tratamento.

Após alguns meses de atendimento, de aderência ao tratamento psiquiátrico e nas atividades do CAPS, M. foi encaminhado à terapia ocupacional para construir uma possibilidade de atividade além do espaço do CAPS. Foi a partir destes atendimentos que ele recordou que seu pai havia trabalhado como padeiro e que ele mesmo já havia ajudado na confecção de pães. Contava que tinha poucas lembranças de sua vida em família, que não

---

<sup>1</sup> Apresentação de pacientes é uma atividade realizada com os membros da equipe do CAPS em conjunto com a APPOA, sob coordenação dos psicanalistas Alfredo Jerusalinsky e Ester Trevisan.

conseguia visualizar o que fazia quando menino, as poucas imagens que lembrava eram de um local onde faziam pão, muito cedo da manhã, quase de madrugada, e que ele gostava desta atividade.

Seria possível trazer, aqui, vários fragmentos de sua história de vida para ilustrarmos o trabalho do CAPS com M. Porém, o que nos interessa ao apresentar este recorte é refletir sobre o modo como, através dos atendimentos individuais em terapia ocupacional e do *Projeto Insere*, trabalhamos na direção de cruzar história de vida e reabilitação psicossocial.

Acreditamos que a possibilidade de um sujeito com transtorno mental grave engajar-se em uma atividade produtiva, que lhe possibilite transpor a mera atividade por ocupação, só se faz possível se estiver atrelada à história de vida deste sujeito e só será efetiva se puder fazer sentido para ele.

No acompanhamento em reabilitação psicossocial, o trabalho deve ir além do espaço físico dos serviços, estender-se para fora de suas dependências protegidas. Para isso, seria necessário uma parceria com outros segmentos da comunidade, a complementaridade estaria em tentarmos estabelecer laços com o social, criar parcerias no território, a partir de critérios que fizessem sentido para a história de M.

#### **6.1.1.1 Busca pela ampliação da acessibilidade e inclusão**

No caso específico de M., pensamos em apostar na busca de espaços que oportunizassem o aprendizado e a qualificação em panificação, algo que fosse além de uma simples vaga, um local que viabilizasse a constituição de laços com a sua história de vida e desse continuidade à sua trajetória pessoal.

J. Benneton sublinha que “priorizar o social em reabilitação psicossocial implica em sair de centros de reabilitação, hospitais e de oficinas abrigadas, para criar espaços de intervenção na própria comunidade” (1991, p. 32). F. Basaglia enfatiza que “o lugar da reabilitação é a cidade” (1985, p. 12). Concordamos com os autores, mas ressaltamos que, além de buscar espaços

na cidade, precisamos antes pensar que espaços seriam estes, considerando a singularidade de cada sujeito atendido.

No caso de M., após várias tratativas com instituições dedicadas à formação em panificação, a Casa do Padeiro acolheu nossa solicitação, recebendo-o para cursos de padaria e de confecção de salgadinhos de festa, escolhas realizadas por ele. Isto possibilitou que M. lembrasse da técnica, dos ingredientes, dos procedimentos com os pães e, principalmente, que lembrasse de imagens de sua infância há muito esquecidas. Imagens estas que lhe surgiam a cada aula e em cada momento em que M. relatava o que estava aprendendo no curso, fragmentos que surgiam com a vivência que ele estava experimentando e que podiam ser narrados nos acompanhamentos no CAPS.

Percebíamos que, através das saídas da instituição, do convívio com pessoas diferentes, do aprendizado e da instrumentalização para uma atividade, a narrativa de sua história ganhava novos fatos, surgiam novas imagens, e M. podia ir recompondo e recriando sua história de vida. Num dos atendimentos, M. conta que seu pai havia aprendido a fazer pão com sua avó, referindo ser a avó alguém que unia a família, que havia sido com os ensinamentos de panificação da avó que a família conseguia sustento. Chegou a lembrar o nome da padaria da família e da cidade de onde viera, referindo que as massas e os pães eram o que unia a família. Em um dos atendimentos no CAPS, M. trouxe um pão feito por ele no curso e disse: “quando fiz este, até senti o cheiro do pão de minha avó” (sic).

Foi após a morte da avó que M. começou a usar drogas e entrou em crise psicótica. Saiu caminhando pelas ruas e estradas, até chegar a Porto Alegre, na condição de morador de rua.

Neste momento, cabe evocar uma passagem da obra de S. Freud, na qual ele refere-se a um *bloco mágico*, que serve também como metáfora do trabalho que as atividades de reabilitação psicossocial possibilitam:

Esse bloco mágico é feito de uma espécie de substância cor de ardósia sobre a qual há uma lâmina de acetato. Vocês escrevem no acetato e quando o levantam, não há mais nada, ele está

sempre virgem. Em compensação, tudo o que vocês escreverem em cima reaparece como sobrecarga na substância ligeiramente aderente, que permitiu a inscrição do que vocês escrevem pelo fato de que a ponta do seu lápis faz o acetato colar com esse fundo que aparece momentaneamente escurecendo-o de leve. Aí está vocês sabem a metáfora fundamental por onde é explicado o que é concebido como mecanismo do jogo da percepção em suas relações com a memória (FREUD, 1986 [1925], p. 256-257).

Essa ponta do lápis que, como lembra S. Freud, atrai o que está no íntimo, adormecido, mas está lá, pode ser uma metáfora no caso dos sujeitos com transtornos mentais graves. Adormecidos em seus fazeres e atividades, adormecidos em suas lembranças, até que - a partir deste trabalho de reabilitação psicossocial, na cidade, no CAPS, nos atendimentos, na transferência com os terapeutas, nas atividades realizadas, nas exigências que o social impõe - se torna possível ressignificar e colocar em palavras fazeres impossibilitados, mediando fazer e pensar, viabilizando a expressão discursiva e a construção de uma narrativa deste sujeito que estava sem voz. Assim, o fazer-pensar permite uma inscrição, uma aderência, para que o sujeito siga lembrando, falando destas lembranças, construindo seu percurso de vida.

O trabalho de reabilitação psicossocial é um trabalho clínico, que, ao sustentar os deslocamentos do sujeito pelo social, está ao mesmo tempo acompanhando-o nas suas lembranças, nas dificuldades encontradas, na falta de registros e nas aprendizagens para esta ou outra atividade que possa vir a realizar, sendo isto que compõe o trabalho e a possibilidade deste sujeito se experimentar em outros lugares, que não apenas o de psicótico ou o de doente mental.

S. Freud (1986 [1901]), no texto *Psicopatologia da vida cotidiana*, refere que, ao analisar os casos de esquecimento, quase sempre descobre que o conteúdo retido se relaciona com um tema que é de grande importância pessoal e que é capaz de evocar afetos intensos e quase sempre penosos.

Afirma, ainda, que o esquecimento se coloca a serviço de nosso bom senso, quando este ameaça sucumbir diante de um desejo momentâneo.

No caso de M., muito estava esquecido, muito não podia ser lembrado, pois as recordações traziam *afetos intensos*. Como poder lembrar de algo que traz tristeza e dor? Como recordar de imagens, se estas estão impregnadas de um passado *penoso*? Foi o tempo de espera, o trabalho de escuta, a transferência com o Caps que permitiu a M. contar sua história e retomar alguns laços a partir dela.

Cabe frisar aqui que as lembranças de M. só puderam ser evocadas em função do laço transferencial com a equipe do CAPS. Ele se encontrava amparado por uma rede que lhe oferecia o suporte necessário tanto para lembrar como para trabalhar estas lembranças, principalmente por acompanhar estas lembranças, permitindo que M. pudesse voltar a movimentá-las em seu dia a dia.

Os impasses que a clínica com os transtornos mentais graves apontam, assim como os sofrimentos intensos relatados nos acompanhamentos, implicam um redimensionamento das formas de intervenção no campo da atenção psicossocial, ao mesmo tempo que convocam a teorizar sobre essas práticas, na perspectiva de propor ampliações metodológicas, ampliação das ações para além dos espaços físicos dos serviços de saúde mental, mantendo, assim, viva esta discussão do acompanhamento da loucura.

De acordo com S. Freud (1986 [1924]), a ruidosa proliferação sintomática do psicótico decorre das tentativas empreendidas pelo eu para refazer o seu contato com a realidade. Na medida em que a realidade que se perde é aquela que se inscreve interiormente, o processo patogênico da psicose, no limite, coincidiria com uma aniquilação completa da interioridade, o que, às vezes, pode resultar em morte física. Ao invés de um indivíduo profundamente enclausurado em seu mundo interior, o psicótico surge como inteiramente jogado no mundo externo, como se estivesse virado do avesso.

A. Palombini (2004), em seu livro *Acompanhamento terapêutico na rede pública*, refere que, se a experiência do psicótico é incompreensível para muitos, o é antes pelo que ela revela do que pelo que oculta. O que se mostra claramente na alucinação e no delírio é tão somente aquilo que, no neurótico, é ocultado pelo recalque, mecanismo ausente na psicose.

O trabalho de promoção de saúde mental está em constante discussão, fomentando novas iniciativas e a experimentação de diferentes dispositivos. Um viés recente daquilo que se teoriza e pratica na área da saúde mental, em Porto Alegre, é a inclusão dos sujeitos com transtornos mentais graves no campo mais amplo da sociedade. A socialização destas pessoas com transtorno mental grave é prática em expansão e ganha forma em atividades como as saídas para circulação pelas ruas da cidade, pelos cinemas, por instituições de ensino, por cursos de formação, por espaços de trabalho formal, mas também pelo acompanhamento dos profissionais de saúde, nesta inclusão.

Nestes acompanhamentos, encontramos diferentes sujeitos, com diferentes estruturas psíquicas, mas, sem dúvida, a psicose é um dos campos que apresenta maior complexidade tanto do ponto de vista teórico quanto prático. Instigados pela radical diferença que a psicose impõe a todos, buscamos transformar prática e perguntas empíricas em questões teóricas e metodológicas, priorizando sempre certo desconforto com o que possa permanecer estático com o “é assim mesmo, isto é a doença, então não há nada a ser feito”.

Em *Investigação em psicanálise*, Maria Emília Lino da Silva aponta que viver costuma ser uma atividade muito complexa, que nos toma por inteiro, com níveis e aspectos de atuação que freqüentemente desconhecemos:

há momentos em que paramos e parecemos frear o próprio fluxo vital tomando distância dele e analisando [...] o motivo que leva a essa atitude - exclusiva do ser humano - nós o chamamos problema; e à atividade que então desempenhamos a sós em nossa mente denominamos pensar. Pensar o problema acabou se revelando de grande utilidade e oferece uma nova

dimensão da situação que estancou à corrente vital e mostra novos rumos a seguir (1993, p.13).

Estamos constantemente pensando e repensando a questão do atendimento a sujeitos que tenham, em algum momento de suas vidas, rompido os laços com o social, após alguma crise psíquica. Como fazê-los retomar suas atividades? Como ajudá-los a repensar sua trajetória de vida, sem simplesmente colocá-los em vagas de atividades que não lhes façam sentido, que não lhes permitam ressignificar seu passado, que sejam meramente injuntivas, não oportunizando a capacidade de apostar e de investir num futuro?

Entrar na vida da cidade, exercer o direito de participar dela, poder conviver e traçar novos caminhos, singularizando as necessidades de cada um que ali se aventure, é uma utopia e, em muitos momentos, a ação que norteia a prática nos espaços terapêuticos do CAPS.

Saúde não se configura apenas em assistência, mas, principalmente, em um conjunto de relações, de recursos, de projetos, de intervenções que visam à singularidade de cada um que busca os serviços de saúde mental. O tema da inclusão social no campo da saúde, de modo geral, ganha cada vez mais expressão na realidade de nosso país, determinando a elaboração e a implementação de políticas públicas que têm como perspectiva o engajamento, nos espaços sociais e na vida comunitária, de sujeitos que, pela condição particular da sua constituição física, psíquica ou social, eram, até então, internados em instituições totais ou submetidos a confinamento doméstico.

O atendimento à saúde, o acesso à educação e o ingresso no mundo do trabalho constituem três vertentes fundamentais na consolidação dos processos inclusivos, tanto mais efetivas quanto mais integradas forem suas ações.

No entanto, é preciso estar constantemente reavaliando essas propostas na prática cotidiana, para que não se corra o risco de estar oferecendo, apenas,

uma nova roupagem da institucionalização que, embora mais simpática do que o velho modelo asilar, pode vir a criar novos crônicos.

O *Projeto Insere*, como já dito, tem sido desenvolvido no CAPS Cais Mental Centro desde 2002. Neste tempo, nos ocupamos de pensar os espaços da cidade e de realizarmos uma interlocução com vários segmentos para que os sujeitos em tratamento pudessem circular por estes espaços, se qualificando, aprendendo, lidando com suas dificuldades, andando de ônibus e utilizando dinheiro para as passagens, ampliando suas relações com e no social. Em muitos dos casos, precisávamos reavaliar a indicação da atividade, pois esta, muitas vezes, mexia com questões pessoais há muito enraizadas, mas acreditávamos que, mesmo assim, o que daquela experiência tirávamos, nós trabalhadores e os sujeitos envolvidos, eram aspectos positivos de vida, de vivências, de experimentações que proporcionavam muitas narrativas nos espaços de atendimento do CAPS e na própria trajetória de vida de cada um dos participantes.

#### **6.1.1.2 Efeito do trabalho de reabilitação nas palavras dos envolvidos**

Um colega psiquiatra, Dinarte Ballester, que trabalhava no CAPS na época do início do projeto, falou sobre o *Insere*: “Na minha percepção, o INSERE está para o CAPS Cais Mental Centro assim como as janelas para a casa. É uma abertura para o ‘mundo real’, por onde os usuários do serviço passarão em direção à cultura, ao trabalho, ao lazer, enfim, ao encontro da sua condição humana” (sic).

Um familiar, num encontro do grupo de familiares no CAPS, declarou: “Não tinha mais esperança com a C., achava que ela seria sempre inútil, dependente de mim, mas o curso e como ela tem se mostrado capaz, puderam me apontar que existe ainda aposta e vida possível para nossa família” (sic).

Numa instituição em que fomos buscar parceria, durante seis meses nos foram fornecidos ingressos para os jogos com a imposição de que houvesse o acompanhamento de algum “monitor”. Depois deste prazo, o responsável

pelo marketing da empresa nos disse: “Agora que já conheço teus guris, vejo que são calmos, legais e que não são como eu pensava, agressivos , podem de hoje em diante vir sozinhos” (sic).

Este trabalho de reabilitação psicossocial é um passo a passo de formiguinha, ora abrindo espaço aqui, ora desmistificando a loucura ali, ora levando esperança e informação aos familiares, ora criando ansiedade e mais trabalho para a equipe de profissionais do CAPS, mas sempre, sem sombra de dúvida, movimentando as vidas, instrumentalizando os colegas para apostarem que é possível e, principalmente, acompanhando as famílias na dança de lugares que a inclusão vai oportunizando e modificando.

Uma colega do Cais, que atende vários pacientes e acompanha seus movimentos no processo de reabilitação psicossocial - precisando, muitas vezes, aumentar os atendimentos individuais, em função de crises de ansiedade com trabalhos novos, e tendo, até mesmo, que deixar o almoço para mais tarde, a fim de atender quem está trabalhando e não pode vir ao CAPS no horário comercial - disse: “Agora entendo melhor o que é reabilitação, é um movimento em que muitos precisam estar juntos e se apoiando para complementar as ações, dando segurança inicialmente para que eles sigam sozinhos em determinado momento” (sic).

Um ponto importantíssimo a ser abordado, a partir das experiências do *Projeto Insere*, é o fato de que, para pensarmos a inclusão social, precisamos estar trabalhando diretamente com as famílias, com as pessoas que convivem com quem faz tratamento. Os familiares são parceiros indispensáveis para a sustentação de todo o trabalho na reabilitação psicossocial, são eles que podem ser a base para o sujeito prosseguir ou o ponto de obstáculo de seu plano de inclusão. A família é um ponto estratégico da reabilitação e da aderência ao plano de inclusão, é através dela que podemos acompanhar e sustentar combinações ou mesmo reavaliar o que foi estipulado em cada caso.

Um caso que acompanhamos foi de O., que, após dois anos de tratamento no CAPS, é encaminhado para o *Projeto Insere*. Chegou solicitando

algum curso em que aprendesse a trabalhar com madeira. Realizamos vários atendimentos para saber um pouco de sua trajetória ocupacional, dos laços que tinha e de onde entrava a madeira em sua vida.

Fizemos uma procura pelos espaços da cidade e chegamos na Casa do Artesão. Esta oportunizava curso de entalhe em madeira, com o custo de R\$ 120,00 por mês. Como O. não podia arcar com esta despesa, discutimos o caso com o coordenador da Casa do Artesão. Falamos da importância que esta formação teria na continuidade de seu plano terapêutico e, conseqüentemente, na vida deste jovem, nos comprometendo em ministrar algumas palestras sobre saúde mental, para os professores da Casa do Artesão, como contrapartida para a gratuidade do curso a ser oferecida para O.

O. realizou três meses de curso, gostou muito e, ao concluí-lo, já entalhava cavalos e animais na madeira. Presenteou a equipe com um de seus trabalhos. No final do curso, fez uma combinação com o professor do entalhe em madeira: passaria a freqüentar as aulas que este ministrava em seu atelier particular. Combinou um valor simbólico, que poderia pagar por mês, e começou a vender seus quadros para dar continuidade à sua formação. Assim, não só a iniciativa de prosseguir era dele, como os custos e a realização dos pagamentos haviam sido, agora, negociados por ele próprio.

Atualmente, O. trabalha em uma marcenaria, onde faz entalhe em móveis. Ele continua no atelier, como ajudante do professor, e passou a prover, com os rendimentos de seu trabalho, o sustento da mãe e da irmã. Depois de algum tempo, nos acompanhamentos, O. contou que desde a infância já pegava os gravetos do chão, na cidade do interior onde morava, e fazia animais para brincar. Fez leão e cavalo muitas vezes: “este era meu brinquedo favorito, esculpir os gravetos e ver se alguém descobria que bicho era” (sic). Em um dos atendimentos, O. trouxe um conjunto de entalhe escolar, de muitos anos antes, referindo que tinha guardado este conjunto desde o tempo da escola, quando tivera aulas de “artes domésticas”. São lembranças e

objetos que, há muito guardados, são trazidos a partir do trabalho de reabilitação psicossocial no CAPS.

Entendemos a comunidade e os locais que procuramos para receber os sujeitos em nosso acompanhamento como parceiros nesta tentativa de inclusão, mas também como complemento para o acompanhamento em saúde mental. Ao propor a parceria com determinada instituição, conversamos muito sobre os transtornos mentais, sobre a lei de responsabilidade social da empresa, sobre os planos de tratamento que estamos desenvolvendo, informamos onde fica o CAPS, propomos que alguém da instituição possa ir conhecer o serviço, vamos, de encontro em encontro, firmando uma parceria, criando um vínculo, desmistificando a loucura e apresentando nossos objetivos. Deixamos contato telefônico e e-mail, além de mantermos sempre a instituição parceira informada do que estamos trabalhando com aquele sujeito.

As instituições referem, depois de um tempo de trabalho em parceria, que também ganham muito com esta relação: “Aprendemos o quanto estas pessoas são capazes e precisam dos espaços de qualificação, percebíamos o brilho em seu olhar, este retorno vai ficar gravado na história da instituição”<sup>2</sup>. Também desenvolvemos encontros e palestras, na instituição parceira, com os encarregados ou profissionais que ficarão mais próximos dos sujeitos que encaminhamos, conversando sobre a doença, sobre como lidar com determinados gestos e comportamentos deles, até que o pessoal da empresa sinta confiança em recebê-los.

Acreditamos que o melhor retorno, para CAPS e para o projeto, é verificar o quanto estas iniciativas podem incidir na qualidade de vida de um sujeito: “Foi a partir do Projeto Insere que vi o quanto eu ainda tinha valor, recomecei minha vida com ajuda para fazer o curso, pude sair de casa, sair a

---

<sup>2</sup> Palavras pronunciadas por L., da Data Center informática, local que oportunizou muitas vagas na qualificação em informática para pessoas em atendimento no CAPS Cais Mental Centro.

rua, me tornei até professor, levei presentes feito por mim, me senti alguém novamente” é o modo como O. expressa seus sentimentos.

Já nas palavras de A.: “Foi depois de ter realizado o curso de informática e conseguir trabalhar de caixa no mercado do meu bairro, que senti de novo uma felicidade que há muito tempo não sabia que existia, até fui elogiada pela minha vizinha que disse estar orgulhosa de mim”.

Muitas pessoas tem procurado o CAPS para fazer parte do *Projeto Insere*, elas vêm de outros serviços, são encaminhadas por seus terapeutas para obter uma vaga no mercado de trabalho. Estamos rediscutindo os encaminhamentos, estamos constantemente informando que não somos uma agência de empregos, mas que estamos atuando no campo da atenção psicossocial e que trabalhamos na direção da reabilitação psicossocial, sendo cada inserção artesanal e exigindo muito tempo para que ocorra e dê frutos.

Foi de visitas de instituição em instituição, de discussão em discussão com a comunidade, que chegamos ao escritório da Columbia Pictures, em Porto Alegre, que distribui os filmes em rolo para as salas de cinema da cidade. Lá encontramos Roberto Plotécia, diretor da Columbia, e lhe solicitamos vaga de estágio para um de nossos pacientes que gostava muito de filmes e que queria aprender e trabalhar. Fomos discutir o caso com ele e ver se haveria a oportunidade de inclusão na sua empresa. Neste dia, Roberto nos diz que, para estagiar, não teria oportunidade, mas sugere emprestar os filmes de seu escritório, filmes em rolo, para que fizéssemos sessões de cinema numa das salas da cidade, nos fornece uma lista dos filmes da Columbia Pictures e afirma que podíamos escolher qualquer um deles. Indica, também, o nome de um amigo seu, Paulo Piguini, coordenador da sala Paulo Amorin, da Casa de Cultura Mário Quintana (CCMQ) de Porto Alegre, para verificarmos a possibilidade de empréstimo da sala para passar os filmes. Desta visita, nasce o *Cinema em Debate na Saúde Mental*.

### 6.1.2 CINEMA EM DEBATE: O QUE ENLAÇA UMA IMAGEM?

Está em nossa condição correr sempre o risco de nos perdermos por nosso melhor movimento.

(J. Lacan, *Escritos*)

A câmera filmadora leva o olho com ela, alterna constantemente as perspectivas do espectador que se torna a dos atores e não mais a do observador sentado na platéia. Os movimentos da câmera parecem propor um pacto com o espectador, conduzem-no para o interior da tela e, logo, para o âmago das imagens. O olhar da câmera investe-se da função de narrador situado fora do mundo da história, mas ainda assim assimila e representa o olho da platéia.

Falar de um filme ou compartilhar cenas com os outros é sempre uma tarefa difícil, não por não se ter o que dizer, mas por apresentarmos ao ouvinte justamente uma parte muito singular de nós mesmos. Falar de um filme é trazer fragmentos de nossos pensamentos que dizem muito de nós.

Em seminário proferido no ano de 2002, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, A. Jerusalinsky aborda o caso Aimée e, mencionando o primeiro capítulo do texto de J. Lacan, intitulado “Exame clínico do caso”, questiona por que teria o autor começado a contar o caso justamente pelo episódio da passagem ao ato. Pergunta pertinente e que resumiremos para o leitor, com o intuito de oferecer subsídios que lhe permitam acompanhar o nosso raciocínio:

Desde abril de 1900 às 8hs da manhã, Madame Z. uma das atrizes mais apreciadas pelo público parisiense, chegava ao teatro onde ela atuaria nessa tarde. Ela foi abordada no vestíbulo de entrada dos artistas por uma desconhecida que lhe colocou a questão:

-Você se encontra bem, Madame Z?

A interrogadora estava vestida corretamente com um abrigo com golas forradas, carregava uma sacola e nada no tom da questão formulada vinha promover a desconfiança da atriz.

Habituada as homenagens de um público ávido de se aproximar de seus ídolos, ela respondeu afirmativamente e urgida de dar um fim ao encontro, pois estava pronta para ir atuar, ela fez o gesto de passar.

A desconhecida, nesse momento, declarou a atriz, mudou violentamente de cara, tirou de sua sacola energicamente um canivete aberto e com o olhar carregado de um feroz ódio deu uma facada contra ela. Para parar o golpe, Madame Z. parou a lâmina plenamente com a mão e ali se cortaram dois tendões flexores dos dedos [...] (JERUSALINSKY, 2002, p. 2).

Por que J. Lacan (2011 [1932]) começa por essa passagem ao ato? Por que não descreve os sintomas, os delírios, ou mesmo algumas passagens anteriores da vida de Aimée?

A. Jerusalinsky nos diz que “ J. Lacan começa a contar um caso pelo que constitui o fracasso na vida desta mulher. Fracasso que provoca nela a emergência da impossibilidade de simbolização substitutiva reparadora do que nela se perdeu” (2002, p. 2). É por esse lugar porque é esse ato que constitui o cerne do seu sofrimento.

J. Lacan começa pela passagem ao ato porque ela é nodal, porque dali se pode cerzir todo o tecido disperso do significante. É por essa passagem ao ato que podemos falar do Caso Aimée, esta impossibilidade de devolver a seu significante sua polissemia.

Por que começar a contar do *Cinema em Debate na Saúde Mental* por aí? Para continuar nossa narrativa evocando um artigo de A. Badiou (2005) intitulado *Pode-se falar de um filme?*.

Neste texto, A. Badiou (2005) faz referência aos três modos de falarmos de um filme. Chama de *juízo indistinto* os comentários tecidos desde o ponto de vista de se o filme nos interessou ou não, se gostamos ou não, se é algo atrativo ou que tiramos proveito. A outra forma, que denomina *juízo diacrítico*, diz respeito à consideração do filme como estilo, o que o distingue, o que se opõe ao indistinto. É, porém, a terceira forma que o autor aponta que constitui a mais pertinente para o tema a ser aqui discutido.

A. Badiou (2005) chama de *axiomática* a forma que se pergunta quais são, para o pensamento, os efeitos de tal ou qual filme. O que podem as imagens em relação aos pensamentos do espectador? De que forma o que parece claro e evidente na tela abre para questões que não estão ali expostas?

Logo, a forma axiomática parece-se com a questão da polissemia que J. Lacan nos propõe. Para falarmos de algo que nos convoca, precisamos estar abertos para o novo, para a amplitude que os conceitos encerram, necessitamos nos mover na direção de novas possibilidades de respostas ou mesmo de novas perguntas. É preciso deixar a clareza e as evidências tomarem conta de nossos pensamentos e nos impulsionarem para além.

Falar de um filme é deixar-nos envolver pela ideia em toda sua força, pois, quando permitimos que uma “ideia nos visite em toda sua abrangência” (BADIOU, 2005, p. 31), podemos perceber uma quantidade de diferentes “ingredientes” que se encontram contidos naquela ideia, naquela cena que nos tomou. Aqui retorna a ideia sinteticamente exposta acima: falar de um filme é permitir que a polissemia das imagens nos direcione para “mares nunca antes navegados” ou, ainda, mares já navegados, mas esquecidos pela turbulência das ondas.

#### **6.1.2.1 O espectador, o filme e o *Cinema em Debate***

Devido às especificidades do cinema, cuja matéria-prima constitui-se de imagens, não se pode negar que existe uma relação de comunicação entre espectador e filme. Podemos dizer que o filme prevê seu espectador. Dirige-se a ele, não só através da narrativa, mas principalmente por seus apelos visuais e sonoros.

O espectador não é um elemento passivo, totalmente iludido. É alguém que usa de suas faculdades mentais para participar ativamente, preenchendo as lacunas das imagens com seus investimentos intelectuais e transformando seu pensamento a partir destes efeitos.

O cinema põe em cena e mantém com a imagem em movimento sua condição essencial. A imagem em movimento, que é montada através de fotogramas, propicia ao espectador algo que o captura, que o atinge pela via do olhar e que o remete às suas lembranças.

Todo esse preâmbulo se propõe a introduzir o trabalho desenvolvido no *Cinema em Debate*. Uma prática que, de dois em dois meses, convida sujeitos com transtornos mentais graves que são atendidos nos serviços de saúde mental de Porto Alegre, para assistir a um filme, em uma sala de cinema da cidade (ver Anexo C).

O *Cinema em Debate* combina a sessão de cinema com uma conversa sobre o filme, que é realizada logo após sua exibição. Vamos todos, profissionais e participantes, ao cinema, numa quinta-feira pela manhã. Saímos de diversos bairros da cidade e, até mesmo, de outras cidades, como Esteio, Novo Hamburgo, Viamão e São Leopoldo. É um encontro marcado, como nos lembra L. Froemming: “de surpresa em surpresa vamos descobrindo que cada filme propicia uma experiência diferente da que inicialmente poderíamos supor, um filme que consideramos como uma comédia se revela como um drama e outras vezes fazem aflorar comentários indignados”<sup>3</sup>.

Porque *cinema em saúde mental*? A resposta a essa pergunta remete às indagações sobre as possibilidades que o cinema anuncia de entrar em contato com novos mundos, de pensar sobre o mundo e nossa existência nele. A capacidade de nos re-apresentar, nos devolver, em forma discursiva, os assuntos coletivos e individuais, nos situar entre a massa e a intimidade, e, sobretudo, pela condição intrínseca ao cinema de oportunizar o alcance diferente que as imagens podem assumir para cada um que a elas se submete,

---

<sup>3</sup> Liliane Froemming, professora da UFRGS e psicanalista, é participante do Projeto *Cinema em Debate*. O trecho citado trata-se da transcrição de parte de sua intervenção, apresentada em uma mesa do Seminário de Acompanhamento Terapêutico, ocorrido na UFRGS, em outubro de 2005.

ou mesmo para cada um que se deixa levar pelo seu valor perceptivo, por seu valor imaginário ou mesmo simbólico.

Vale aqui lembrar a fala de uma participante do *Cinema em Debate*, após a apresentação do filme *As crônicas de Nárnia*, do diretor Andrew Adamsson: “Eu achei o filme bem interessante, este armário foi aberto como vocês viram e lá no outro mundo também havia guerra, num mundo que eles não conheciam, onde as pessoas eram muito diferentes, a gente tá lá, não acreditando em alguma coisa e acha um jeito de acreditar, encontrando algo que não conhece, mas faz a gente seguir”, diz L.

Estas palavras nos remetem a pensar sobre o que ali se produz, após a exibição do filme, no convite que é feito para que compartilhem conosco as cenas do filme que mais gostaram, que peguem o microfone e se coloquem de frente para a platéia sendo escutados, trazendo questões para serem compartilhadas e discutidas. É um espaço onde os terapeutas oportunizam a fala, convidam a trazer questões, e rapidamente os dedos começam a ser levantados, solicitando a palavra.

Ao acompanharmos L. em cada uma das sessões de cinema, pudemos conhecer alguns dos significantes em cena na sua trajetória particular. L. diz que é tímida, que sente vergonha de ir à frente e pegar o microfone para pronunciar suas ideias. Ela participa de todos os encontros do *Cinema em Debate* e sempre inicia sua fala dizendo: “eu sou L. moro na pensão tal, lá é assim...” A seguir, vai contando coisas sobre onde mora e, após estas preliminares que a apresentam, compartilha suas impressões. É como se ela necessitasse dizer quem é e de onde vem porque não pode dizer o que pensa, mas, mesmo assim, ela deseja deixar sua marca, apresentar sua fala e nos deixar no aguardo de compreendê-la.

Durante muitas sessões do *Cinema em Debate*, ficamos com uma ideia de repetição, de que L. repetia a mesma coisa, até que, em determinado momento, de tanto ela ir a frente falar, foi possível perceber que algo se modificava: não na sua apresentação, mas a forma como ela trazia as cenas e

naquilo que falava delas. Ao reclamar menos do lugar onde morava e ao falar mais das cenas dos filmes, nós terapeutas, que a conhecíamos, constatávamos as relações com coisas importantes para ela ou com o que ela havia presenciado em sua vida.

No filme sobre Cazuza, ela disse ter gostado da cena em que ele faz um show, dança e, depois de jogar um copo de whisky no chão, dança sobre os cacos de vidro. Na semana seguinte, no atendimento no CAPS, conversamos sobre esta sua fala no cinema, perguntamos por que ela mencionou aquela cena, no que havia pensado. É a partir daí que L. começa a nos recontar sua história. Conta que o padrasto era alcoolista e que, quando brigava, quebrava tudo em casa, jogava coisas e quebrava. Ela narra que ficava com medo, se escondia embaixo da cama e via a mãe apanhar do marido. Aos poucos, isto foi aparecendo nos atendimentos, aos poucos L. pode ir levando fragmentos das cenas que gostava nos filmes que via para conversar com sua terapeuta e, na medida em que fazia isto, mais detalhes lhe ocorriam. L. era institucionalizada desde as primeiras crises psicóticas e, nas instituições em que morava, sempre comprava briga com colegas ou profissionais por guardar coisas que não lhe pertenciam em seu armário. Dentre as oficinas oferecidas no CAPS, a que mais gostava era a Oficina de Beleza e sempre tentava levar batons e esmaltes dos armários, sendo preciso um grande trabalho para que isto não ocorresse e que os participantes não a ficassem chamando de ladra.

Foi quando, no filme “Era uma vez dois verões”, ela falou ao microfone sobre a cena em que um rapaz quer ir para a praia e pega dinheiro da carteira da mãe, para a passagem de ônibus. Ela afirma: “Gostei da cena do Pedro, ele tinha mãe e podia contar com ela para ir atrás da Fernanda” (sic). Nos atendimentos no CAPS, a partir disto, ela começou a lembrar que nunca pode pegar nada da mãe, a mãe é quem pegava tudo o que ela tinha, vendia, trocava, entregava para os outros para poder beber e fumar. Contou também que, muitas vezes, ela mesma precisou pegar coisas para trocar por comida ou mesmo para vender e ter dinheiro, e diz: “acho que nunca tive ninguém para contar” (sic).

### 6.1.2.2 O dispositivo como um disparador de reflexões

Alguns dias após as sessões do *Cinema em Debate*, os terapeutas se reúnem para uma conversa em equipe. Cada instituição que participa da atividade envia um representante para esta reunião, na qual, em grupo, trocamos ideias sobre o que cada um pensou da fala dos participantes, deixando os pensamentos flanarem e dividindo-os com os colegas, não com o intuito de compreender ou de interpretar, mas para que estejam em pauta, para que através da conversa possamos ir refletindo sobre o que se passou lá na sessão e no debate. Isto nos faz ver os movimentos que ocorrem, o que pensamos lá durante a sessão do filme e aqui, na conversa em equipe. As ideias são compartilhadas, as questões singulares vão sendo trazidas e costuradas, através da conversa e da troca de percepções da atividade realizada. Muitas vezes, há questões que foram levantadas lá, a partir das cenas, mas que continuam produzindo efeitos sobre os acompanhamentos, sobre os sujeitos que participaram e também em nós terapeutas.

Talvez possamos pensar que o *em* de *Cinema em Debate* possa remeter a este deslocamento de sensações, de emoções, para a tela, para a projeção, para o cinema, permitindo a abordagem de determinadas questões de um modo não persecutório, sem expor a história pessoal de cada um que ali se coloca. A atividade de ir ao *Cinema em Debate* é considerada para além do assistir ao filme ou à história que será narrada, envolve todo um contexto: a sala escura, as pessoas ao nosso lado, as emoções e sentimentos despertados nas duas horas de sessão, os encontros, o debate e, principalmente, as lembranças e a narrativa de tais lembranças, que são propiciadas a partir deste evento.

Estamos pensando aqui, como coloca J. Aumont (1995), em como as imagens podem inscrever significações para cada um que desta atividade participa e que não há imagem sem percepção desta imagem. Acrescentamos que, à percepção subvertida pela linguagem no debate que se anuncia, some-se um traço de percepção da imagem como elemento significante e, a partir daí, pensamos que possa ocorrer a construção de sentido possível.

Em seu artigo *Psicologia de grupo e análise do ego*, S. Freud (1976 [1921]) aponta para o que é possível estabelecer de laço social, a partir de uma fantasia publicamente apresentada, através de um compartilhar de ideias, de um testemunho e, ainda, das identificações ali colocadas. É no capítulo em que trata da sugestão e da libido que ele refere a descoberta de uma explicação psicológica para a alteração mental que é experimentada pelo indivíduo num grupo, enfatizando que os laços emocionais que ali se produzem são mecanismos constitutivos.

### 6.1.2.3 O efeito do compartilhamento e do testemunho

Na atividade do *Cinema em Debate*, observou-se um fato curioso: após algumas sessões, os participantes começaram a reconhecer-se e, quando vão à frente, ao finalizar sua fala, os demais aplaudem. Os aplausos não ocorreram desde as primeiras sessões, foi somente após a atividade ter mais de um ano de acontecimento que este efeito começou a se apresentar. Pode-se pensar que o grupo foi se constituindo enquanto grupo, a atividade já se fazia mediadora e o testemunho começou a ser compartilhado por todos como algo importante e merecedor de reconhecimento.

O efeito de grupo – considerando que os participantes ficam sentados lado a lado e que todos estão de frente para a tela do cinema – foi sendo construído através das sensações demonstradas durante a projeção dos filmes e pelo debate que se realiza após a exibição.

Nas primeiras sessões, precisávamos levantar imediatamente após a última cena da narrativa fílmica e dizer “fiquem mais um pouco sentados, ainda vamos conversar sobre o filme”, pois, ao término da exibição, todos se movimentavam para ir embora, como ocorre em uma sessão tradicional de cinema. Não demorou muito, entretanto, para que pudéssemos ver tranquilamente os créditos e esperar as luzes serem acessas. Eles aguardavam o debate e, até mesmo, alertavam o colega ao lado, quando estava ali pela primeira vez, que ainda tinha um debate.

J. Lacan aborda a questão do testemunho para nos dizer que “não é por acaso que isso se chama em latim *testis*, e que se testemunha sempre em cima dos próprios *colhões*. Em tudo o que é da ordem do testemunho, há sempre empenho do sujeito, e luta virtual a que o organismo está sempre latente” (1992 [1955-56], p. 51).

Foi assim que pensamos em organizar uma atividade envolvendo o cinema e tudo o que este propicia para uma conversa, uma troca, um encontro entre aqueles que têm em comum o campo da saúde mental, mas, para além disto, para que pudéssemos compartilhar, trazer a público, o que as imagens fílmicas nos suscitam.

Ilustramos os efeitos do testemunho compartilhado reproduzindo as palavras de G. “Quando F. foi lá e falou que não tinha acreditado aí sim eu pude perceber que também tinha sentido isso e não havia me lembrado, foi só depois de ela falar é que isto me tocou, senti a mesma coisa, senti que não acredito, mas que queria muito acreditar, só ali percebi” (sic). No discurso enunciado por G. é possível verificar o quanto a fala de cada um pode ressignificar o que os demais puderam sentir. Falar é sempre falar ao outro, mas é também receber uma mensagem do outro, poder pensar coisas nossas, através de coisas ditas pelo outro.

J. Lacan nos lembra que “a promoção, a valorização na psicose dos fenômenos de linguagem é para nós o mais fecundo dos ensinamentos” (1992 [1955-56], p. 167) E, acompanhando seu raciocínio, podemos pensar a exclusão do Outro na psicose, que nos obriga a refletir sobre os efeitos de tal equação, na linguagem. Se considerarmos que não há algo a ser compartilhado culturalmente, algo a partir do qual o sujeito se organiza e que diz respeito justamente ao corte, à descontinuidade, ao intervalo, a não correspondência entre o simbólico e o real, qual é a possibilidade, a via ou o caminho para que o (sujeito) psicótico encontre no compartilhamento de suas questões alguma representação? Como considerar a questão da inscrição, da experiência na psicose?

O cinema fascina mais pelo que vela do que pelo que desvela, nos aponta H. Caldas (1995). O filme leva o espectador a pensar, a ver-se vendo e, também a ser olhado desde as imagens da tela. É a partir das imagens que nos chegam prontas que podemos trilhar até os cantinhos muito esquecidos de nós mesmos. Observamos que as imagens fílmicas são muito fecundas no que podem suscitar para cada um em determinado momento de sua vida.

A imagem comunica e transmite mensagens, a imagem não é um conceito contemporâneo, não surgiu com a televisão, mas, ainda hoje, em muitos textos e artigos, encontra-se associada a noções complexas e contraditórias.

No trabalho realizado através do *Cinema em Debate*, partimos da tentativa de escapar dessa impressão de passividade e de “intoxicação”<sup>4</sup> a que a análise de imagens pode nos conduzir e decidimos pensar no que elas podem ativar, singularmente, em cada um dos que ali participam e o que disto pode ser compartilhado.

Ao contar uma cena fílmica, desmontamos a montagem realizada e articulamos com nossas questões singulares, damos ênfase a partes que não merecem muita importância, deixamos de relatar imagens que são essenciais naquele fotograma, imprimimos nosso particular ponto de vista. Ressignificamos as imagens, devolvendo sua polissemia. A imagem desempenha sempre um papel capital no campo humano, “por seu caráter de estrutura organizada” (LACAN, 1998 [1946], p. 17), e este papel é totalmente refeito, reanimado, retomado pela ordem simbólica.

Ao contar uma cena ou falar de um filme é a sua historicização que conta, sendo nesta historicização que encontramos os significantes importantes para aquele que narra determinada cena. É nesta narrativa que podem surgir lembranças há muito esquecidas.

---

<sup>4</sup> Termo utilizado por M. Joly (1999).

Toda a memória é formada no tempo presente, como se fosse uma obra de ficção. Poderíamos dizer que a memória, em termos da historicização de uma vida, é uma obra de ficção produzida por cada um de nós: aquilo que contamos sobre nossa história é o ficcionar desta história. Isto não significa que seja menos ou mais verdadeiro. Se ficarmos com a ideia de que deve haver uma memória mais verdadeira, é como se supuséssemos que é possível acessar o traço tal qual ele foi inscrito; quando, de fato, ele está perdido, não há como acessá-lo. Toda vez que eu contar sobre algo que me aconteceu, vou contar diferente (S.LERNER, 2006). Mas há, neste diferente, algo que vai reconstruindo um passado, algo que pode estar sendo ressignificado no presente e, além disto, promovendo alguma polissemia.

O que o *Cinema em Debate* acrescenta no acompanhamento de sujeitos no campo da atenção psicossocial é justamente a ideia de que o compartilhamento constitui algo que promove modificações, que, no encontro mediado pelas imagens do filme, podemos falar de coisas nossas sem que elas se tornem persecutórias, podemos, ao ouvir coisas do outro, pensar em lidar diferente com as nossas próprias coisas. Tem sido interessante observar quando a pessoa passa por uma experiência e, a partir disso, algo nela e para ela adquire outro sentido. O que só é possível porque cada um pode expressar seus pensamentos, suas imagens, para continuar conversando com outras pessoas, em outros lugares, e é convidado a participar da próxima sessão.

Este é um trabalho em equipe, em processo e sempre em reavaliação: pensar na fronteira entre as imagens do cinema e a produção de imagens na psicose. Este tema tem nos colocado questões, tem nos feito escrever, investigar e fazer um recorte de análise possível, cujo propósito não é estudar os diversos conceitos de imagens, e sim o de apresentar, desde o referencial psicanalítico, o que pode dizer uma imagem na sua correlação com a psicose.

Neste sentido, algumas palavras de G., após a exibição do filme *As crônicas de Nárnia*, são elucidativas: “Fiquei pensando na guerra, quando as crianças se afastam dos pais e de casa por causa da guerra no país deles; aqui

não temos guerra, mas me fez pensar nas guerras que cada um tem dentro de si, das fantasias que se passam e que não acreditam em nós e precisamos travar pequenas batalhas para sermos reconhecidos; esse filme foi muito importante para que eu possa acreditar que é possível ganhar esta guerra, isto fazia tempo que estava guardado e hoje voltou ali em mim” (sic).

## 6.2 A OFERTA PARA A CIDADE DE UMA PRODUÇÃO PRÓPRIA

Se pretendemos avançar com uma melhoria e modernização dos serviços de saúde mental, precisamos desenvolver estratégias que promovam uma mudança de atitude nos gestores, políticos e população em geral em relação às doenças mentais  
(Leff e Warner, *Inclusão social de pessoas com doença mental*)

Foi levando as atividades do *Cinema em Debate* para apresentar no 6º *Seminário de Cinema e Psicanálise*, em Santa Maria, evento paralelo ao Festival de Cinema da cidade, que uma questão vinda da platéia começou a reverberar. Para a apresentação do trabalho desenvolvido no *Cinema em Debate*, levamos muitas fotos da atividade, a fim de que, após a nossa explanação, os presentes pudessem, em grupo e a seu modo, montar uma versão do *Cinema em Debate* utilizando as fotos. Em um dos grupos, a montagem resultou na imagem dos participantes do *Cinema em Debate* fazendo um filme e apresentando-o no cinema. Um dos componentes do grupo, um estudante de cinema, lançou a pergunta: “se levam os pacientes para o cinema, porque não produzir cinema com eles, porque não trabalhar com as imagens que eles trazem?” E foi assim que nasceu a *Oficina de Imagens* no CAPS Cais Mental Centro.

Uma das descobertas de um estudo internacional, realizado pela Organização Mundial da Saúde, acerca dos resultados do acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, ao longo de dois anos, foi de que os doentes que participavam de projetos de inclusão social logo nos primeiros atendimentos de reabilitação e que, além de participar, implicavam-se e eram efetivamente produtivos<sup>5</sup> para a sociedade, apresentavam melhora significativa no prognóstico de sua doença, bem como a diminuição dos sintomas agudos da doença (OMS, 2003).

Neste seção, continuaremos apresentando os projetos de inclusão desenvolvidos no CAPS, ressaltando sempre o modo como se desenvolve o processo de um trabalho singular, terapêutico e de produção de si, mas destacando, agora, as formas de endereçamento desta produção à cidade.

Cada vez mais, as crises de transtorno mental grave têm sido tratadas em ambulatórios, em serviços especializados como os CAPS e em leitos de hospitais gerais. Como efeito de tais procedimentos, estas pessoas podem ter um tratamento e uma recuperação bem mais integrados à sua comunidade e podem voltar bem mais rápido às suas atividades produtivas e laborais.

O reconhecimento, por parte dos trabalhadores e gestores do campo da atenção psicossocial, da importância do combate à exclusão, à segregação dos direitos, e, principalmente, do quanto é essencial o fortalecimento do envolvimento da pessoa com seu tratamento tem influenciado em muito a reflexão sobre quais dispositivos terapêuticos oferecer a esta clientela. É preciso não perder de vista que os dispositivos de reabilitação psicossocial e a inclusão propriamente dita necessitam estar de acordo com o avanço e com a maturidade e capacidade atual destes indivíduos - que por iniciarem seus acompanhamentos mais cedo, por se implicarem em seus tratamentos com mais responsabilidade e por estarem sendo tratados mais perto de sua

---

<sup>5</sup> Produtivos, aqui, do ponto de vista de sua capacidade para retomar trabalho, estudo, participações sociais.

comunidade - que não se encontram cronificados e incapacitados, como ocorria anos atrás.

Assim, como quem busca atendimento no campo da atenção psicossocial já não são mais apenas os crônicos ou pessoas há muito confinadas nas instituições totais, também os profissionais não são os mesmos, que antes saíam de uma graduação e paravam de estudar e de se perguntar. Hoje, faz parte da atividade profissional refletir sobre as atividades desenvolvidas e sobre o que elas podem contribuir para a clínica na qual estão atuando.

Em vista disso, fomos buscar em J. Lacan os subsídios para a teorização das atividades realizadas na *Oficina de Imagens* do CAPS Cais Mental Centro.

#### 6.2.1 OFICINA DE IMAGENS: HISTÓRIA DA CRIAÇÃO NA PSICOSE

“Por que eles imprimiriam *Joyce, o sintoma?* Aubert lhes comunicou assim, então eles meteram *Jacques, o símbolo*. Para eles, tudo isso certamente dá no mesmo” - esta afirmação de J. Lacan (2005 [1975-76], p. 157) encontra-se no *Seminário XXIII*, em que, depois de alguns anos, ele retoma a questão da psicose e nos apresenta a ideia de que um evento, uma fala ou um fenômeno representam indícios de singularidade e de que esta “singularidade” pode ser alcançada através de uma escuta atenta, de uma curiosidade que reflete um sentido, que leva a uma cadeia e determina um sujeito. Isto indica que cada pequeno detalhe que compõe uma atividade desenvolvida pode fazer diferença para a clientela que se pretende atender.

J. Lacan, através deste seminário, expressa a importância de refletir sobre o que é dito, escutado, escrito ou produzido, de analisarmos este fragmento trazido pelo sujeito como algo de importância ímpar no trabalho com a psicose, pois diz respeito a uma posição e, também, ao seu lugar no mundo. Trata-se de algo que requer esforço e disponibilidade, que exige abrir mão de referenciais estandardizados e transitar pelo desconhecido, deixando que algo “se perca”, para, só mais tarde, emergir e mostrar seu sentido ou,

apenas, imprimir seu efeito. O que “se perde”, como poderemos observar mais adiante, é o esforço do psicótico na tentativa de fazer existir a falta, lugar de ausência, encarnada pelo Outro. Na clínica com psicóticos “fazer existir esta falta” pode ser um detalhe precioso e de grande valor terapêutico.

J. Lacan enfatiza que cada palavra dita ou escrita, desde esta estrutura, joga com três ou quatro palavras que,

pelo seu uso, faíscam, cintilam. Na escuta de psicóticos, pode-se verificar que algumas palavras voltam, repetem-se, mesmo em contextos diferentes, o que o autor chama de “significante”, e isto que se repete é sem dúvida, fascinante, ainda que, na verdade, o sentido, no sentido que comumente lhe damos, aí se perca (2005 [1975-76], p. 161).

Este é um aspecto central quando refletimos sobre a psicose e seus modos de funcionamento, quando pensamos nas atividades que realizamos para esta clientela em particular: trata-se de atribuir importância à palavra dita ou escrita, contemplando o que ela carrega do sujeito que a enunciou, de atribuir importância ao que cada um que participa da atividade possa trazer de seu, de singular, para ser compartilhado e trabalhado no coletivo.

Duas indagações movem nossa reflexão ao abordar o trabalho da *Oficina de Imagens* do CAPS Cais Mental Centro. A primeira emerge da leitura do *Seminário XXIII - o sinthoma*, de J. Lacan, e instiga a refletir sobre os modos como a experiência de criação na psicose faz litoral entre o discurso e o ponto de impossibilidade de simbolização. Já a segunda, que persiste em se reeditar a cada escrita que colocamos em andamento, é: pode-se dizer que o sujeito psicótico, em sua luta de fazer existir uma falta no campo do Outro, ao encontrar a suplência estabilizadora – que, antes do *Seminário XXIII*, só poderia advir através da metáfora delirante –, o faça através do jogo da letra, por meio de transliterações, homofonias endereçadas a um Outro, que o reconheça e possa entalhar aí uma singularidade? Ou ainda, a experiência de criação, escrita e diálogo, realizada através da produção de imagens em uma oficina, pode permitir ao psicótico bordear alguma simbolização possível?

Quando J. Lacan (2005 [1975-76]) demonstra indignação diante do fato de o nome de seu seminário sobre Joyce ter sido divulgado errado, pois as palavras haviam sido trocadas, ele questiona um ponto central para a psicanálise: o valor de cada palavra e o valor que esta confere à dimensão singular do ser falante. Nesse sentido, vale sublinhar que, no momento de escrita do *Seminário XXIII*, J. Lacan desloca – como alerta M. Freire, em seu texto *A escritura psicótica – a “reflexão do significante para a letra, da metáfora para o sem-sentido, da cadeia para o Um, dando ao Real não mais um estatuto de déficit simbólico, mas antes o de um registro que apresenta suas características ativas, essenciais para pensar a subjetividade”* (2001, p. 35).

Aliás, no *Seminário XXIII – o *sinthoma** (2005 [1975-76]), J. Lacan aponta muitas questões e inquietações que darão origem a reformulações conceituais operadas após o *Seminário III – as psicoses* (1992 [1955-56]). O trabalho com psicóticos impõe, àqueles que a ele se dedicam, uma clínica árdua, em que os resultados são pouco visíveis, embora muito significativos singularmente. Porém, para que sejam observados, é importante que sejam discutidos, compartilhados e escritos, já que é neste exercício que se pode pensar em bordear estes efeitos.

Quando J. Lacan (2005 [1975-76]) afirma, portanto, que para um psicótico manter-se fora de crise é necessário poder constituir um nome próprio, deixar de *ter* o sintoma para *ser* o *sinthoma*, ele destaca ser imprescindível que retornemos à discussão da singularidade, do que se apresenta como radicalmente diverso, e indica a necessidade de verificar a própria essência no que é irrepresentável.

Esta segunda clínica, como é chamada a teorização que J. Lacan nos formula anos 70, tem se tornado conhecida como a clínica do real ou da pulsão, em oposição à prevalência do simbólico como o operador privilegiado da primeira clínica. J. Lacan, nesse segundo tempo, recoloca a figura da loucura e revê a posição subjetiva do psicótico, apresentando, de certa forma, que o que falta a todos, em última instância, é a capacidade de lidar com o

real. É em função disto que se cria um sintoma pela linguagem, para lidar com este mal-estar. Essa seria a novidade do último ensino de Lacan: a invenção singular de soluções subjetivas para o impasse gerado pelo impossível de apreender, que, como se vê, faz escárnio do sentido e do saber e diante do qual as saídas subjetivas são sempre únicas e irreduzíveis.

Para pensar sobre estas saídas únicas e singulares, estamos buscando estudar as imagens, ou seja, entendemos que a ficção das imagens constitui um dos percursos possíveis. Na clínica com psicóticos, não há um recurso, mas, sim, a possibilidade de experimentar, através destes recursos, o que permitiria engatar um ou outro sujeito naquela atividade.

Em nossa dissertação de mestrado<sup>6</sup>, a reflexão que realizamos apontava para a possibilidade de, através da plurissemia das imagens do cinema, problematizar a polissemia do significante na psicose. Pois, como bem aponta J Lacan (1992 [1955-56]), é preciso escutar no discurso do psicótico algo que possa ser considerado próprio, devolver ao seu significante sua polissemia. E é neste sentido que problematizar a ficção na clínica com a psicose tem toda uma relevância para o acompanhamento destes sujeitos em sua possibilidade de laço com o social.

Como nos sugere o documentarista francês J. Rouch, “a ficção é um dos caminhos para se penetrar a realidade” (2004, p. 3), tão insuportável e sujeita às mais múltiplas e plurais interpretações, que só podemos nos aproximar dela de forma fictícia.

Em seu livro, *Cineastas e imagens do povo*, J. Bernardet, nos lembra:

Enfim, o cinema capta e respeita o real, o filme gera intencionalmente uma situação específica, provoca uma alteração no real, e o que se filma, não é o real como seria independente da filmagem, mas justamente a alteração provocada (1985, p. 64).

---

<sup>6</sup> A dissertação, intitulada *Da plurissemia das imagens cinematográficas e a polissemia do significante na psicose: uma relação entre imagens e narrativa*, foi defendida UFRGS, em 2007, na área de Psicologia Social e Institucional (RAINONE, 2007).

Ao filmar, o olhar do cineasta capta a imagem e a propõe como expressão de um estado. Assim, ele faz da ficção uma realidade. Na recepção de um filme, o espectador transforma a imagem recebida desde suas próprias imagens internas, convoca a imagem ao lugar de realidade, atribuindo estatuto de veracidade à ficção.

Há imagens que nos acompanham por toda a vida. Podemos tentar distraí-las, tirá-las da mente, mas o certo é que sempre voltamos a elas – isto quando elas próprias não se precipitam. As imagens internas permanecem ligadas ao sujeito por uma interrogação em aberto, por um elo estranho, enigmático, sempre restabelecido e que jamais perde seu poder de impacto.

É abordando ficção, imagens e real que trataremos um recorte da experiência que vem sendo realizada com sujeitos psicóticos, desde 2006, na *Oficina de Imagens* do CAPS Cais Mental Centro.

#### **6.2.1.1 O coletivo oportunizando efeitos individuais**

A *Oficina de Imagens* do CAPS Cais Mental Centro surgiu de interrogantes que restaram abertos – na conclusão de minha dissertação de mestrado, intitulada “Da plurissemia das imagens cinematográficas a polissemia do significante na psicose: uma relação entre imagens e narrativa” (RAINONE, 2007) – e que remetem à utilização das imagens do cinema como mediadoras de narrativa e de efeitos de produção de si na clínica da psicose, bem como da apresentação deste trabalho a um público que trouxe questões que me desacomodaram no meu trabalho diário com esta clínica.

A *Oficina de Imagens* é um espaço de encontro, de conversa, de compartilhamento, de criação, de escrita e de captação de imagens. O ponto de operacionalidade deste espaço é justamente a produção de momentos de encontro entre os sujeitos ali presentes e de trocas e compartilhamento das questões trazidas pelos participantes do grupo.

Os encontros ocorrem uma vez por semana. A partir dos relatos trazidos, escrevem-se coletivamente roteiros que se materializarão em imagens gravadas pelas lentes da câmera filmadora também pela captação de sons gravados. No decorrer dos encontros, o material vai sendo reunido, editado, cortado, vão sendo acrescentadas outras falas, imagens, sons. É no encontro, na conversa, que vamos chegando a um roteiro possível, àquilo que será, em algum momento, um filme editado por muitas mãos.

M., que tem 32 anos e que há cinco frequenta o CAPS, contava do dia em que pulou a janela, fugindo de casa, para ir até uma cidade vizinha, localizada a 100km de distância, para participar de um campeonato de basquete. Pediu carona, foi de caminhão. Seu time de basquete saiu vitorioso do jogo, e eles inclusive ganharam medalhas. Ela foi para o apartamento do pai naquela cidade, e seu único erro, segundo narra, foi ter atendido ao telefone: era o pai, que assim descobriu sua fuga para jogar basquete.

T., que tem 29 anos e está há três anos em atendimento no CAPS, enfatizou que esta poderia ser a cena inicial do filme e começou a articulá-la com muitas outras, como se verá. Depois de contar que tentou muito fazer vestibular, pois queria cursar biologia, mas que não conseguiu concentração para passar nas provas, T. propõe: “Quem sabe eu posso ser o amigo bom dela no filme e ajudá-la a estudar para o vestibular”? Aos poucos, ele vai tramando história real com ficção e, na sequência, relata uma lembrança: “Eu chamava minha irmã, quando pequena, de ‘beigia’, pois eu não sabia falar meiga direito”. Quando T. fala isto, o grupo todo acha a palavra *beigia* ótima para compor o título do filme: “é enigmático e ao mesmo tempo poético”, diz P.

Nas conversas do grupo e discussões de roteiro, surge a proposta de realizar um filme de ficção, não um documentário como os anteriormente editados. Ficção que parta de cenas vividas, de pequenos fragmentos da vida de cada um e que, ao juntar, compartilhar, editar, formem uma história nova para cada um do grupo.

O grupo encontrava-se no momento de criar as personagens e precisava de alguém que representasse a mãe. Alguém, então, sugere que C. pudesse ser a mãe. No momento, ela ri e concorda, mas no encontro seguinte chega dizendo: “Quase não dormi pensando, não posso ser a mãe, não consigo cuidar de mim mesma, quanto mais ser mãe, não posso”(sic). O grupo entende que seria demais para C. viver esta personagem na ficção, então a escolha da mãe entra novamente na pauta de discussão do grupo, e novas ideias surgem: C. poderia ser a amiga que acolhe M. em sua casa e a ajuda no momento mais difícil de sua vida... C. aceita e consegue brincar e inventar muito bem suas falas nas filmagens.

Porém, este evento desencadeia importantes efeitos e movimentos no funcionamento de C., que se sente parte do grupo, escutada e acolhida em suas inquietações, e começa a falar de sua vida, de sua mãe e de seu casamento. Conta que, na verdade, nunca foi cuidada pela mãe, que nunca a sentiu ter afeto por ela e que por isto sofre muito até hoje.

A impossibilidade de C. ocupar o lugar de mãe no filme da Oficina, abre a possibilidade de ela falar disto no grupo e nos atendimentos individuais, promovendo que sejam desencadeadas questões para si mesma. Depois disto, não só o grupo passou a entender melhor porque C. se fazia tão infantil, sempre querendo o cuidado de todos, como T. pode chegar a seguinte constatação, que dividiu com os demais: “agora sei que precisamos conversar, é isso, é ver o que cada um daqui passou e por isso é assim”. É nestas conversas, nestes encontros que as ideias vão surgindo, na medida em que são trazidas questões singulares, que as compartilhamos e com elas produzimos imagens, montando um filme coletivo do grupo.

Realizar um filme de ficção não foi tarefa fácil, pois o trânsito de sujeitos psicóticos pela ficção é algo muito difícil de ser realizado. Porém, também se pode perceber que, em se tratando de uma oficina terapêutica, da qual participam profissionais que conduzem a atividade e alguns estagiários, este trânsito tem sido compartilhado e proporcionado momentos muito ricos

de diálogo, troca e ressignificações. Lidamos com os impasses deste trabalho na medida em que eles se apresentam, bem como com situações novas que o grupo vai descobrindo, até a edição das imagens e o filme propriamente dito surgir.

Assim, adotar a ficção das imagens como pressuposto de um trabalho de investigação em relação à clínica com psicóticos é constituir uma atividade de exploração e trânsito por certo *bordeamento*, suportando a angústia trazida pela não objetivação em torno de uma questão e até mesmo alguma desestabilização psíquica pelas lembranças que vão surgindo. É, também, ir escutando cada um que se coloca na Oficina, observando atentamente como se coloca, o que diz e de que forma diz, para, mesmo em grupo, podermos realizar um trabalho singularizado, que, ao afetar a todos, também oportunize efeitos individuais.

Em função deste trabalho prático – e pensando pelo viés da segunda clínica que J. Lacan propõe ao discutir o caso do escritor irlandês James Joyce –, retomo aqui a questão: é possível uma escrita subjetiva, uma produção de si, que viabilize, através do trabalho em grupo realizado na *Oficina de Imagens*, os efeitos de uma amarração que seja o mais própria possível?

J. Lacan, ao propor esse quarto elemento que ele chamou *sinthoma* com *th*, operou uma subversão em seus próprios preceitos. E o que ele subverte, quanto à norma operada pela metáfora paterna, é a ideia de uma solução ‘para todos’, normativizada pelo Pai (Nome-do-Pai). Cada sujeito, a partir do real em jogo com seu gozo, irá operar uma forma de resposta ao impossível de nomear.

#### **6.2.1.2 Buscando na teoria subsídios para o trabalho na oficina**

O Nome-do-Pai é, para J. Lacan, o significante que funciona como operador, designando aquilo que rege toda a dinâmica subjetiva, ao inscrever o desejo no registro simbólico. Na década de 50, o autor propôs a metáfora paterna como o arranjo significante responsável pela entrada do sujeito

neurótico na linguagem. Nessa fase, a ausência do Nome-do-Pai implicaria numa espécie de déficit simbólico, redundando na psicose.

A crise psicótica acontece quando alguém, em algum momento da sua existência, vive determinada situação como sendo além de suas possibilidades psíquicas. Diante dessa situação, para conseguir lidar com ela, sente necessidade de se referir ao saber paterno, ou seja, ao significante Nome-do-Pai, e, como não o tem simbolizado, vivencia a experiência da crise psicótica, ficando reduzido a uma condição objetal.

A esse respeito, J. Lacan, no *Seminário sobre o sinthoma*, nos conduz a reflexão sobre a criação ser uma forma de direção para o tratamento possível das psicoses. O autor nos sugere trabalhar a articulação subjetiva com base na topologia dos nós, introduzindo aí a existência de um quarto aro, cuja função é manter junto o nó e que será nomeado aro do Nome-do-Pai. Trata-se de uma virada no seu ensino, a partir da formulação do nó Borromeu, constituído por quatro elementos: ali onde tínhamos o enlace a três – o RSI –, ou seja, o Real, o Simbólico e o Imaginário, J. Lacan inova, ao propor a importância de um nó a quatro, sendo o quarto aro o que ele denominou o *Sinthoma*.

Na primeira aula do *Seminário XXIII*, J. Lacan (2005 [1975-76]) defende que a única arma que temos contra o sinthoma é o equívoco significante. Pôr em jogo o equívoco significante pode liberar o sinthoma e deixá-lo operar como Nome-do-Pai.

E, aqui, retornamos então às questões iniciais: pode-se, através de uma experiência como a *Oficina de Imagens* – na qual o trabalho gira na direção de respeitar e acolher o movimento do sujeito em suas soluções inventivas e, ainda, em aprender com o sujeito e não a submetê-lo a um saber prévio e generalizado –, operar uma produção criativa que possibilite uma amarração para a psicose, de modo a bordear o “equívoco significante”?

Se a concepção de trabalho na *Oficina de Imagens* partir do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no

mundo, será inevitável sua aposta na implicação do sujeito junto às respostas que ele constrói, seja por quais vias forem. Trata-se de trabalhar, pois, de um lado, com a *singularidade* do sujeito e, conseqüentemente, de suas intervenções e, de outro, com a *responsabilização* do sujeito pelas respostas que ele apresenta (VIGANÒ, 1997; 1999), tendo em conta que, como salienta A. Guerra, “seguir as estratégias do sujeito implica em conhecer as diferentes maneiras através das quais ele trabalha, ou seja, busca tratar os retornos no real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável” (2004, p. 91).

Neste momento, vale lembrar um momento na Oficina em que F. traz, para mostrar ao grupo, um vídeo que ele produziu em casa. F. mora com a mãe em um apartamento que tem apenas sala e banheiro. Não lembra do pai, este saiu de casa quando F. tinha apenas cinco anos. Desde então, F. quer saber deste pai, faz perguntas para a mãe, esperando que as respostas possam indicar-lhe onde procurá-lo, mas a mãe não responde. Refere que viveu assim toda a sua vida. Tem buscado, no álcool, na droga, nos jogos de vídeo game, nas músicas da internet, nas várias internações, segundo ele, “algo que me encontre” (sic). Em um dos encontros do grupo, F. chega com seu pen drive e com um vídeo que fez e que editou, “sozinho”, no seu computador.

Quando a mãe saiu para trabalhar, F. arredou os móveis da sala, empilhou-os num cantinho “para não aparecerem”, colocou uma roupa preta e uma música para “relaxar”, se posicionou na frente de uma janela fechada por uma cortina branca em que batia sol e foi filmando apenas seu vulto, enquanto fazia movimentos de tai chi chuan e de jiu jitsu diante da câmera. Filmou uns 20min e editou tudo em 6 minutos.

Os colegas de Oficina acharam muito legal, perguntaram como ele fez tudo aquilo sozinho, quiseram ver mais vezes e também colocar no filme que estávamos fazendo. Foi uma experiência diferente para a Oficina, algo que F. aprendeu naquele espaço, que exercitou e experimentou durante a semana em sua casa e que trouxe para compartilhar com o grupo. Isto produziu efeitos:

nos encontros seguintes da Oficina, cada um trazia algo de casa para mostrar e ser colocado também no filme.

Vale salientar que o fazer em si não garante os efeitos terapêuticos de um espaço como a *Oficina de Imagens*. É necessário que exista ali um enlace transferencial, algo que opere oportunizando o deslizamento do sujeito do lugar de objeto para o lugar de autor, produtor, propositivo em seu fazer. Acreditamos que o testemunho, o diálogo, o contato e as relações que se estabelecem com o outro é o que permite certo exercício de alteridade, fazendo com que o sujeito possa tanto encontrar o outro, quanto se reconhecer, na medida em que a troca permite perceber coisas próprias e coisas que pertencem ao outro, seja pela semelhança ou pela diferença com aquilo que ele próprio experimenta.

Será possível através deste trabalho verificar ou observar algum esboço de suplência ou criação, no sentido apontado por na década de 70?

Se a especificidade clínica do atendimento a psicóticos sempre representou um grande desafio, abordar o tema relativo aos efeitos das experiências, na clínica das psicoses, da constituição subjetiva dos sujeitos que buscam tratamento remete os profissionais à reflexão sobre uma série de questões inerentes a este campo. No trabalho desenvolvido no CAPS Cais Mental Centro, acreditamos que as oficinas terapêuticas apresentam-se como dispositivos clínicos para o trabalho com os psicóticos, tendo como estratégia de intervenção a produção de uma materialidade e sendo o processo de construção desta materialidade importante, mas a circulação da palavra, a produção de si e o que pode retornar aos sujeitos que estão ali naquele espaço é o objetivo principal deste dispositivo.

Em seu *Seminário sobre as psicoses*, J. Lacan (1992 [1955-56]) questiona a ideia de delírio como algo incongruente com a realidade, o que se sustenta, inclusive, em certa interrogação acerca do próprio estatuto de realidade. J. Lacan nos alerta para o fato de que não é a condição que uma ideia tem de especularizar o real que a faz mais verdadeira. Ele propõe que o delírio nada

teria a ver com um déficit no acesso à realidade verdadeira, mas, antes, seria uma construção discursiva, que diz de uma posição em relação à linguagem. Uma construção discursiva que se caracterizaria por fazer do significante signo. Desse modo, J. Lacan nos permite pensar a posição psicótica como um modo de existir: um modo de existir frente à linguagem.

A psicose aparece, então como um modo de relação com o mundo em que haveria uma expansão imensa do imaginário, que se mostraria na fixidez de sentido e na inexistência do intervalo que possibilita o lugar de enunciação. Entretanto, essa estrutura discursiva própria da psicose não seria sua exclusividade. Haveriam discursos em que se produziria tal equivalência entre a representação e a coisa, de modo que não restaria espaço algum para a emergência do sujeito. Discursos que se sustentam à custa de uma extrema fixidez e desdobram uma posição de certeza:

Que vamos, pois, dizer afinal de contas sobre o delirante? Estará ele só? Não é tampouco o sentimento que temos, pois que ele é habitado certamente por todas as espécies de existências improváveis, mas cujo caráter significativo é certo, é um dado primeiro, e cuja articulação se torna cada vez mais elaborada à medida que avança o seu delírio. Ele é violado, manipulado, transformado, falado de todas as maneiras, é, eu diria, tagarelado (LACAN, 1992 [1955-56], p. 95).

J. Lacan se vale da teoria dos nós para discutir as diferentes soluções a que qualquer sujeito pode chegar a fim de se inscrever enquanto falante. Sabemos que sua preocupação não era a de ser fiel aos princípios e conceitos das ciências e teorias das quais se utilizava para compreender as questões do sujeito para a psicanálise. De posse do conhecimento que lhe era útil, imergia-o na teoria psicanalítica para dele produzir uma versão que permitia à psicanálise avançar.

Não foi diferente com a teoria dos nós. J. Lacan, como vimos, encontra na cadeia borromeana o instrumento para discutir as relações possíveis entre Real, Simbólico e Imaginário. A partir daí, o nó de trevo, nó de três, e o de quatro serão objeto de seu interesse, sobremaneira nos *Seminários RSI* e *Joyce, o sinthoma*, onde J. Lacan anuncia:

Foi também por isso que, por fim, me deixei desviar do projeto, que lhes anunciei o ano passado, de intitular o Seminário deste ano como 4, 5, 6. Contentei-me com o quatro, e me alegro com isso porque, com o 4, 5, 6, eu teria sucumbido (2005 [1975-76], p. 12).

O *sinthoma*, segundo esclarece J. Lacan no *Seminário XXIII*, é o 4º elo, o ponto de encontro que amarra os registros do real, simbólico e imaginário. Enlaça-os, porém deixando-os flexíveis para operarem a função de suplência. Esta forma de suplência<sup>7</sup> ao Nome do Pai antes do seminário XXIII só poderia advir da metáfora delirante, após o *Seminário o sinthoma*, é o jogo da letra que, por meio de transliterações, homofonias, servirão para abrir uma brecha no campo do Outro primordial, advindo aí o sujeito do desejo.

J. Lacan utiliza, no *Seminário XXIII*, uma antiga grafia *sinthoma* para delinear um novo conceito, acrescentado a letra "h" no meio da palavra. Letra muda, silenciosa, que apenas na escrita é percebida, mas que opera como função, como articuladora dos registros, estabelecendo o elo entre eles, sendo na articulação gozo-significante que o *sinthoma* é inventado pelo sujeito. É neste momento que o autor nos faz ver que devemos deslocar a reflexão do significante para a letra, da metáfora para o sem-sentido, da cadeia para o Um<sup>8</sup>.

Podemos supor, então, que fazer um *sinthoma* é, para J. Lacan nesta época, o mesmo que amarrar o nó barromeano e o mesmo que nomear, no sentido de oferecer um lugar para o sujeito, dando-lhe um nome próprio.

É nesta virada na clínica das psicoses que se produz uma reconstrução conceitual: desde este novo entendimento de *sinthoma*, podemos pensar na suplência que se faz necessária no acompanhamento do sujeito psicótico. O psicótico é um sujeito que, em seus laços familiares e sociais, teve fracassada a

---

<sup>7</sup> Entendemos que J. Lacan faz uso do termo *suplência* como equivalente à *sinthoma*, para designar aquilo que faz função de reparo na cadeia barromeana.

<sup>8</sup> M. Freire, em seu livro *A escritura psicótica*, chama atenção para o fato de que neste momento "O sujeito passa do ter um sintoma para o ser um sintoma" (2001, p. 37).

transmissão do nome próprio. Então, sua posição de sujeito só poderá ser mantida por meio de alguma nomeação. J. Lacan nos enfatiza isto quando fala de James Joyce, sendo este um paradigma de tal situação, pois nada recebeu do lado paterno, e o fracasso na transmissão deste operador, decisivo para a organização subjetiva, deixou-o simplesmente sem arrimo em sua existência.

### 6.2.1.3 A produção de imagens como possibilidade de produção de si

O que faz Joyce então? Se vê obrigado a apoiar-se em sua obra, em seus escritos, para tentar não sucumbir. A reflexão lacaniana intitula o escritor como *Joyce-o-sinthoma*, uma vez que este, mais do que ninguém, fez de sua vida um exercício *sinthomático*, responsável por seu gozo solitário, sua ausência de formações do inconsciente, mas que, através deste artifício, manteve junto o nó, reamarrando um imaginário que se encontrava solto por ocasião de seu nó primeiro.

Se, no último ensino de J. Lacan, o Nome-do-Pai é tomado como “invenção”, como criação suplementar à desarticulação original entre os registros, vemos que o trabalho clínico deve ir na direção da constatação dos elementos através dos quais essa amarração singular se construiu. Em se tratando da nomeação do real que ex-siste ao final da análise, não constitui uma invenção qualquer, um artifício arbitrário, e, sim, uma “invenção” que surge da tentativa de evitamento do mal encontro com um Outro absoluto.

Nos *Seminários XXII e XXIII - RSI e Sintoma*, J. Lacan revê e positiva a presença do sintoma. Sustenta que o sintoma envolve mensagem, tal como pensava, mas que esta não é a sua maior função. Considera o *sinthome* – assim denominado para marcar sua posição residual ao final da análise – como a marca do sujeito, seu traço próprio, sua singularidade, algo de inegociável, o que não cessa de se inscrever.

Mas o que as imagens, a singularidade e o trabalho na *Oficina de Imagens* tem a ver com tudo isto? O texto que segue, do parágrafo seguinte até o final

desta seção, é transcrito do Projeto de Oficinas Terapêuticas<sup>9</sup> apresentado ao CNPq. Nele, encontramos referências pertinentes à discussão que estamos travando e sua transcrição se justifica na medida em que também fazemos parte deste grupo que pensa e escreve sobre oficinas terapêuticas.

A escuta dos sujeitos com transtornos mentais graves e em sofrimento psíquico tem ensinado, ao campo psicanalítico, a respeito da operatividade, para a “constituição de um sujeito na psicose, da produção, pelo trabalho clínico, de um elemento (uma significação delirante, um labor, uma identidade imaginária, o espelhamento em um semelhante) que sirva como organizador da condição subjetiva” (TENÓRIO, 2001, p. 133). A produção destes “elementos”, por sua vez, tem sido tema de reflexão dos profissionais que se ocupam da loucura, tendo a potencialidade de reuni-los num fazer interdisciplinar, que se desdobra em atendimentos clínicos individuais e grupais, acompanhamentos terapêuticos e atividades de oficina as mais diversas.

O trabalho em oficinas terapêuticas tem sido um território no qual vários profissionais – psicanalistas, educadores, terapeutas ocupacionais, artistas – vêm encontrando a possibilidade de experienciar uma prática interdisciplinar que tem por objetivo “produzir uma certa ‘densidade simbólica diferenciada’ através da criação de um produto sobre uma base material concreta” (GUERRA, 2004, p. 23).

O trabalho com a loucura constitui-se, assim, num interpretante dos saberes que sobre ela se debruçam, assim como dos sujeitos que se outorgam esses saberes em sua práxis cotidiana. Este trabalho estabelece territórios híbridos de atuação, dos quais os diferentes saberes podem retirar indagações e ensinamentos capazes de operar no interior mesmo de seus campos e de

---

<sup>9</sup> O Projeto intitula-se *A produção de imagens como dispositivo de trabalho no campo da saúde mental*, tendo concorrido ao Edital Universal MCT/CNPq 15/2007 e, após contemplado, inscrito no CNPq através do processo n. 477584/2007-1.

forma a desenhar com mais clareza suas possibilidades e seus limites, aquilo que está assentado e aquilo em que se precisa avançar.

O compartilhamento da intervenção no âmbito do trabalho em oficinas é, porém, concomitante a uma abordagem da loucura como modo de existir, e não como patologia a ser debelada. Foi somente a partir desta perspectiva que o espaço de oficina passou a ser concebido como um lugar potencializador da criação de elementos, mais ou menos estáveis, que pudessem servir de mediador concreto para a constituição de um laço ao Outro que fosse minimamente consistente. O fazer interdisciplinar, como constituinte do trabalho em oficina, dependeu de um deslocamento de perspectiva, no qual a singularidade do processo abriu espaço num campo onde a burocratização do fazer dominava.

Conforme lembra J. Lacan, “a psicanálise dá ao delírio do psicótico uma sanção singular, porque ela o legitima no mesmo plano em que a experiência analítica opera habitualmente, e que ela torna a achar no seu discurso o que comumente descobre como discurso do inconsciente” (1992 [1955-56], p. 153). A acolhida que o delírio encontra na escuta de um analista é a mesma que a de um sonho, chiste ou lapso.

O ponto de operacionalidade das oficinas é justamente a produção de uma “densidade simbólica diferenciada” (GUERRA, 2004, p. 23), funcionando em torno da criação de um produto, que pode ser um texto, uma imagem, uma pintura, uma música, etc. O que distingue o trabalho das oficinas é que ela funciona sobre uma superfície material, mas em torno do objeto, sendo que seu foco não converge somente para o produto em si, pois, “Nos espaços das oficinas, não só a matéria é esgarçada, manipulada e inventada: neste processo de artificialização, o próprio sujeito se apresenta como invento” (TALLEMBERG, 2004, p. 5).

Assim, é o processo, o modo como cada profissional conduz o fazer, que abre possibilidades à construção de outra posição frente à linguagem com seus efeitos de criação. São os movimentos experimentados neste

compartilhamento em oficinas que possibilitam ao sujeito a experiência do deslocamento de um lugar de assujeitamento na direção da construção de uma história própria.

Vale, contudo, ressaltar, mesmo já tendo sido referido, que o fazer em si não garante os chamados efeitos terapêuticos de um trabalho em oficina. Uma oficina precisa de sustentação, suporte e sistemática, não “funciona” de forma natural. É preciso que, além disso, opere em seu território o enlace transferencial, entre os terapeutas e os participantes, em torno da produção de um fazer que ali está em causa, de um objeto/produto tomado, em tal relação, como algo a ser endereçado ao “sistema simbólico”, e não apenas ao outro semelhante, no sentido de provocar o que é da ordem da inscrição psíquica, da inscrição de si. Assim, o que pode conferir densidade simbólica ao objeto produzido é que, no ato mesmo de produzi-lo, o sujeito possa deslocar-se do lugar de objeto “para ocupar o lugar de autor, produtor de um objeto com consistência simbólica” (GUERRA, 2004, p. 51), que se coloca como efeito do testemunho operado pelo terapeuta e demais participantes, que, neste *fazer com*, sustentam a coletividade na qual um ato singular ganha inscrição.

#### 6.2.1.4 O trabalho com as imagens

Recordemos J. Lacan:

A assunção jubilatória de sua imagem especular pelo ser ainda mergulhado na impotência motora e a dependência da lactância pelo homenzinho neste estágio de *infans* nos parecerá desde então manifestar, em uma situação exemplar, a matriz simbólica onde o [eu] precipita-se em uma forma primordial antes de se objetivar na dialética da identificação ao outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (s. d. [1948-49], p. 8).

Embora haja, nesse momento do estágio do espelho, a inscrição de uma “unidade comparável ao eu” (FREUD, 1996 [1914]), essa não dá conta de algo que poderíamos conceber como sendo o sujeito. Nesse momento primordial, o pequeno ser ainda é no outro, na medida em que é ele quem faz a sustentação

de uma relação especular, em que aquele se reconhece como um. Eu e outro começam por se situarem como posições disjuntas, mas, paradoxalmente, de alguma forma coladas. Caberia aqui esclarecer que eu e sujeito não são sinônimos para a psicanálise: o primeiro remete a uma instância imaginária e tem seu acento na consciência; o segundo, a uma instância simbólica e põe em relevo o inconsciente.

Há, pois, nos primórdios da vida, certa fusão com o outro, decorrente do predomínio de uma relação dual imaginária. Nesse momento, o ser é no outro. Suas possibilidades de sobrevivência e de reconhecimento se dão a partir da leitura e da oferta de significação provenientes daquele que desempenha a função materna.

Trata-se da inscrição da relação identificatória com uma imagem que lhe vem do exterior, doada por seus primeiros cuidadores. Então, o que está em questão, no *estádio do espelho*, é uma *identificação*, ou seja, “a transformação produzida no sujeito quando assume uma imagem” (LACAN, s. d. [1948-49], p. 8). Nos desdobramentos de seu trabalho com a psicose, J. Lacan vai situar a problemática com a qual o sujeito nesta posição se defronta como sendo relativa a uma captura, neste momento denominado especular, o que inscreve uma relação de profundo aprisionamento ao outro de quem emana a sua consistência psíquica.

É por reconhecer que, na psicose, a centralidade se situa na relação do sujeito com as imagens que escolhemos este elemento como operador da intervenção. Com a proposição de um trabalho em oficina de produção de imagens se pretende abrir espaço para que os terapeutas e os participantes produzam suas próprias imagens e para que, então, se reflita sobre as possibilidades que os sujeitos têm de fazê-lo, as peculiaridades com que o fazem e os efeitos que este fazer produz neles – assim como nos trabalhadores e nos serviços em que este dispositivo se desdobra.

Nesse sentido, podemos, talvez, dizer que há algo criado pelo sujeito para solucionar o problema que se coloca para ele com relação à linguagem,

ao Outro que o invade de forma desordenada. Para cada sujeito, vemos soluções diferentes. Remetendo-nos à *Oficina de Imagens*, é possível afirmar que a criação, a suplência, pode surgir de momentos de construção e de narração do trabalho realizado em companhia.

Janeiro, manhã ensolarada, férias de alguns terapeutas da Oficina, férias de alguns pacientes. O grupo se encontrava diminuído, apenas sete pessoas. P. tira um saco plástico do bolso, coloca-o na cabeça, vira os óculos de grau e os coloca de cabeça para baixo nos olhos, solta a dentadura da parte de cima da boca, faz uma cara de coelho e diz: "Oi, tudo bem? Como estão vocês? Eu vim para trazer alegria, vim para animar esta turma...". Nisto, outro paciente começa a interagir com a personagem criada e pergunta: "O que o senhor mais gosta de comer?". P. responde: "Gosto de filé mignon...". Então, seu interlocutor indaga: "E de onde o senhor vem?". Ao que, P. afirma: "Venho do planeta do riso...".

Quando este episódio principia, os componentes do grupo estão todos sentados ao redor da mesa, combinando o que faríamos naquele encontro da Oficina. Ao criar a personagem, P. dá início a uma cena, e os demais começam a participar dela, uns perguntando, uns filmando a cena, alguns dando gargalhadas, outros sugerindo ideias para compor a personagem e as falas.

Percebemos que, para P., o espaço da Oficina é um momento em que ele reflete sobre suas questões e em que cria muitas ideias, a partir das discussões travadas pelo grupo. O primeiro documentário que a Oficina desenvolveu chama-se *Imagens de Paulo Bueno*. Trata-se de um filme com entrevistas, matérias e ideias formuladas por P. desde uma questão que era central para ele: fumar/cigarro. P. sempre foi fumante e, em seus momentos de crise e delírio, cortava o cigarro, dizia que estava morrendo, ficando cinza. Inscrevia-se em muitos cursos para parar de fumar, cursava-os e, depois, se cobrava por não ter parado de fumar.

Durante as filmagens, P. traz uma carteira de cigarros Free, recorta letras do jornal e cola-as em cima dos últimos "es", de modo a compor a

palavra *fria*. Nas gravações, ele mostra a carteira de cigarros em que está escrito FRIA e fala sobre a fria que é fumar... O filme, depois dos vários encontros da Oficina dedicados à edição, foi exibido, primeiramente, no próprio CAPS. Depois, recebemos o convite para projetá-lo em um evento de saúde mental, que ocorreu na Câmara Legislativa. Na ocasião, P. apresentou o filme, falou na mesa para um público grande e, ao final, disse: “É engraçado, eu fazendo filme sobre o cigarro e fumando né?” (sic).

A *Oficina de Imagens* produz em P. momentos de criação, elaboração e narrativa de pensamentos que lhe ocorrem. Ele compartilha suas questões e as coloca em imagens. A cada encontro, traz novas ideias, relembra os filmes editados, quer conversar sobre as cenas filmadas.

J. Bernardet, comentando a montagem de seu filme *São Paulo sinfonia e cacofonia* - produzido no Brasil, em 1995 -, afirma que a imagem cinematográfica não detém, em si, uma significação definida e estável. O autor propõe que: “A *plurissemia* da imagem é evidente. A significação de uma imagem constrói-se pela sua inserção em determinado contexto visual e sonoro” (2000, p. 33). Interessa-nos pensar em que medida a produção de imagens na psicose pode se desdobrar através de sua plurissemia.

O autor defende, ainda, que uma imagem pensada e filmada é ressignificada ao ser editada e colocada ao lado de outra, criando-se assim um sentido múltiplo, uma polissemia para o significante fixo da psicose.

A escolha por dar lugar à produção de imagens, criando um dispositivo de oficina que visa à sua produção e compartilhamento, convoca cada participante a ingressar com suas questões e com suas possibilidades em uma zona comum que almeja um fazer coletivo. Alguns participantes trazem ideias, elaboram cenas, contam coisas de suas vidas, outros participam na medida em que são convidados a falar, quando são perguntados, mas estão ali, comparecem e também se olham na tela.

Mais do que a criação em si, é seu efeito de escrita que pode funcionar como elemento na suplência psicótica. Nesse sentido, a criação seria também

uma forma de escrita. Como diz J. Lacan “Uma escrita é, portanto, um fazer que dá suporte ao pensamento” (2005 [1975-76], p. 140).

A clínica cotidiana da saúde mental exige constante revisão, sendo fundamental pensar, com J. Lacan, para além da metáfora delirante. Pensar conceitos como *lalíngua* e *letra* e, ainda, refletir, através do paradigmático caso de Joyce, sobre a escrita do nó, a fim de avançarmos no entendimento e no trabalho a ser realizado neste campo.

É complexo abordar a prática desenvolvida e sua transposição para o texto escrito. Para escrever, além de ter o que dizer, é preciso organizar o material e dar ao escrito uma forma linear.

J. Lacan, no *Seminário XXIII*, declara que:

São os acasos que nos fazem ir a torto e a direito, e dos quais fazemos nosso destino porque falamos. Achamos que dizemos o que queremos, mas é o que quiseram os outros, mais particularmente nossa família, que nos fala. Escutem esse nós como um objeto direto. Somos falados e, por causa disso, fazemos, dos acasos que nos levam alguma coisa de tramado (2005 [1975-76], p. 159).

#### **6.2.1.5 O trabalho interno na oficina e a saída para a cidade**

O trabalho da *Oficina de Imagens* continua a acontecer. Nos últimos anos, adotamos uma metodologia de trabalho bem particular do grupo, iniciamos o ano conversando sobre o que vamos filmar, deixamos nossas conversas irem flinando, não raro “viajamos muito”, como diz P., mas isto nos oportuniza a paulatina elaboração de nossas ideias. Percebendo o que cada um do grupo tem de expectativas em relação ao trabalho, vamos amadurecendo a ideia, e a cada oficina os participantes vão enfatizando seus argumentos iniciais. Logo passamos às filmagens, são muitos os encontros da Oficina a ela destinados: combinando detalhes, saindo do CAPS, percorrendo os espaços da cidade, realizando entrevistas, buscando lugares para a produção das imagens. Retornando ao CAPS, olhamos cada cena filmada, conversamos sobre nossas

saídas e o que vimos e ouvimos na cidade, criando mais ideias e anotando tudo em um caderno que temos para isto.

Vamos saindo e voltando, saindo e buscando imagens para nossas ideias e criações. Mais para o fim do ano, nos ocupamos da edição, revemos muitas imagens, vamos dispor-as lado a lado, colocando música, escritos, captamos mais algumas imagens que faltam e, em dezembro, na Festa de Natal, convidamos todos do CAPS para assistir o filme. Também costumamos exibi-lo em outros serviços, quando somos convidados. Em 2011, fizemos sua apresentação na GeraPoa, no CAPS de Viamão, na sala Paulo Amorim – como um curta antes do *Cinema em Debate* – e num seminário de saúde mental, que ocorreu no Hotel Plaza São Rafael e no qual divulgamos nosso trabalho, de tal modo que nos vimos em várias telas e olhares. Tem sido muito interessante e divertido compartilhar este trabalho com as imagens. Alguns participantes permanecem desde 2006, muitos entram, participam e saem, outros chegam e não voltam, mas todos deixam alguma ideia, filmagem ou cena, que usamos para nos lembrar deles.

A *Oficina de Imagens* integra o Projeto de Pesquisa *Oficina de Imagens – A produção de imagens como dispositivo de formação e trabalho no campo da saúde mental*, coordenado pela professora Simone Moschen, da FACED/UFRGS, e que conta com incentivo do CNPq, além de vinculado ao Projeto *Oficinando em Rede*, desenvolvido na UFRGS e que contempla mais duas oficinas: a *Oficina de Rádio*, coordenada pela professora Analice Palombini, e a *Oficina de Informática*, coordenada pela professora Cleci Maraschin, ambas do Instituto de Psicologia da UFRGS. Como o Grupo da Oficina está ligado à Universidade, muitos alunos nos procuram para ver os filmes, conversar sobre o trabalho, levar os filmes para passar em alguma disciplina de seu curso na universidade. Estamos dentro do CAPS, mas com muitas arestas fora do serviço, ocupando os espaços públicos e a cidade.

Quando pensamos no modo como o trabalho realizado na *Oficina de Imagens* opera em cada um, recordamos de uma cena que P. nos relatou, em

2009, três anos após ter iniciado sua participação nesta oficina. Uma antiga lembrança parece aflorar-lhe, e ele conta para o grupo que, quando era jovem, em uma tarde de inverno, olhando televisão, assistiu à notícia de que a Rede Gaúcha estava pegando fogo. Algumas horas depois, foi de ônibus até o morro Santa Teresa: o fogo já tinha sido apagado, mas ele encontrou, no chão, um pedaço de filme tipo slide, que pegou e guardou, pensando: “um dia ainda vou fazer filmes”.

Neste momento, fizemos uma parada para pensar sobre a implicação de P. com o *fazer* da *Oficina de Imagens*: falas de P. que apareciam em filmagens anteriores – tais como, “me sinto um cineasta” – começavam a mostrar seu sentido. Pedidos recorrentes para assistir novamente às imagens gravadas, aos filmes já editados, começavam a esboçar de onde vinham. P., a cada oficina, dizia: “Vamos ver o filme [...] novamente? Querem ver *Imagens de Paulo Bueno?*”.

S. Lerner, companheira de coordenação da *Oficina*, um dia apontou:

Um pouco ainda sobre isso, tem me chamado a atenção, o quanto o P. insiste em rever os filmes dos quais participou – todos, na verdade. Tenho a impressão que, por ele, assistiríamos sempre algum dos filmes e, se ninguém se opuser, mais de uma vez por encontro. Acho que tem uma questão aí. Para mim, tem a ver com algo da ordem da permanência (sic).

Ao recolher fragmentos como os acima citados, ocorridos no desenvolver-se da *Oficina de Imagens*, impõe-se uma questão: o trabalho de memória funciona em um tempo lógico, não cronológico, e foi necessário um *a posteriori* para que a lembrança de P. pudesse retornar e ser colocada em palavras, fazendo função para ele e para o grupo da Oficina.

Como pudemos observar, a relação com o tempo é algo muito especial no encontro do grupo da Oficina, um tempo distendido, um tempo em escansão que produz o sujeito e o faz trabalhar suas lembranças. Todavia, a fim de que as lembranças possam emergir do exercício e do trabalho compartilhados num grupo de oficina, é preciso que alguém esteja ali para acolhê-las, que alguém ocupe a função de testemunho, deixando que um saber

não sabido, regido por modos de operar que são próprios daquele sujeito, seja colocado e compartilhado.

O trabalho na *Oficina de Imagens* estabelece a necessidade de, incontáveis vezes, operar singularmente no nível da construção – tal como defende S. Freud (2006 [1937b]) –, ofertando elementos seja para sustentar o andamento do trabalho de produção de imagens em que os sujeitos estão engajados coletivamente, seja para fazer suporte ao trabalho de historicização da existência que cada um está empenhado em produzir. É preciso que, para cada um, o tempo do *a posteriori* e o momento de concluir possam surgir, o que exige um tempo de distensão, de escanção, suportado por todos e pelo grupo como uma experiência compartilhada.

Experiência compartilhada que se define, aqui, por esta prática que vem se produzindo num fazer interdisciplinar, através das atividades desenvolvidas na *Oficina de Imagens* e em suas relações com o fora da instituição. Assim, as questões que são vividas no dia a dia do trabalho deste espaço, ao serem *pinçadas* e colocadas em discussão, permitem que aquilo que ali está se produzindo – muitas vezes perdido no *fazer*, mas produzindo questões – possa ser escrito, verbalizado, editado em imagens, produzindo os sujeitos envolvidos, perfazendo um caminho de mão dupla, um circuito moebiano.

Um filme interessante que estamos ainda em vias de edição surgiu da conversa do grupo sobre a educação das pessoas atualmente: um participante do grupo havia passado o fim de semana em Frederico Westphalen, cidade do interior onde residem seus familiares, e voltara impressionado. Ele conta que lá, mal as pessoas colocavam a ponta do pé na rua para atravessar, os carros já paravam e compara com o que acontece em Porto Alegre, onde só falta os carros passarem por cima das pessoas.

Logo, outro participante traz a questão dos donos de cachorro que passeiam sem levar saquinhos e não se preocupam em juntar as fezes, que são deixadas na rua. E, assim, fomos falando dos moradores de rua, da falta de

educação, de como podíamos filmar e imprimir um olhar diferente sobre estas coisas. Estamos, há vários encontros da Oficina, indo à rua, aos parques, circulando pela cidade e colhendo imagens para, mais adiante, editá-las e construir nossa visão compartilhada.

Emprego e sublinho a expressão *experiência compartilhada* porque entendo que é, na relação com os participantes da Oficina, com os colegas de coordenação do trabalho e nas trocas do grupo que se encontra para discutir as oficinas terapêuticas, que a *escrita* desta experiência vai se compondo. Escrita da clínica, escrita da Oficina, escrita do registro, escrita de uma inscrição que permite transmitir o vivo da experiência.

Conforme S. Rickes, “É interessante pontuar que a própria noção de experiência é correlata à ideia de um testemunho. É pelo testemunho que uma experiência adquire tal estatuto” (2002, p. 174), ou seja, é no ato de testemunhar, é na fala endereçada ao outro, que o vivido se constitui em experiência. É no ato de poder narrar o vivido, de construir uma narrativa dirigida ao outro, que se abre uma via para que a experiência se funde, produzindo efeitos no sujeito que toma a palavra.

No final de 2009, estávamos com 12 participantes na *Oficina de Imagens*, alguns há um tempo em tratamento no CAPS e muito bem com seus acompanhamentos. A relação transferencial com a terapeuta da Oficina os fez falar sobre trabalhar, ganhar um salário, voltar a estudar, seguir planos mais elaborados em relação às suas vidas. No grupo, discutíamos muito sobre trabalho formal, realizamos um documentário intitulado *Mãos que fazem*, para o qual fomos a campo, à cidade para entrevistar pessoas que trabalham, que se sustentam e que, gostando ou não do que fazem, têm planos e vão imprimindo sentido ao seu fazer, vão realizando passo a passo seus desejos de seguir crescendo e podendo ser mais independentes.

A partir deste documentário e dos atendimentos individuais, nos quais esta questão passou a ser trabalhada, alguns dos participantes começaram a estudar para vestibular, foram fazer entrevistas de emprego, voltaram a

estudar no ensino regular, inserindo-se em projetos fora do CAPS para qualificarem suas vidas.

Foi neste momento, em que a discussão se encaminhou para a importância do trabalho formal na vida dos sujeitos – ultrapassando a oferta de oficinas de geração de renda ou economia solidária –, que disparamos entre os profissionais uma reflexão sobre a possibilidade de construirmos um projeto para aprendizagem, qualificação e inclusão no trabalho formal.

Após um seminário sobre inclusão social de pessoas com transtornos mentais graves, realizado na Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) e para o qual alguns profissionais que já se ocupavam deste tema foram convidados a participar de uma mesa de apresentação do tema, ficou decidido que, no ano seguinte, alguns profissionais iriam se reunir em encontros mensais para estudar a legislação trabalhista e organizar, formalmente, um plano de parcerias interinstitucionais que oportunizasse a inclusão no mercado formal de trabalho. Foi assim que surgiu o *Projeto Piloto Capacitar*.

### 6.2.2 PROJETO PILOTO CAPACITAR:

#### A APRENDIZAGEM COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO

Nenhuma vida humana, nem mesmo a vida do eremita em meio à natureza selvagem, é possível sem um mundo que, direta ou indiretamente, testemunhe a presença de outros seres humanos.

(H. Arendt, *A condição humana*).

É em 2009, após um ano de reuniões e estudos da legislação trabalhista e da discussão sobre questões referentes a diagnósticos, incapacidades, limitações funcionais, bem como do formato inicial da metodologia desta

ação, que surge o *Projeto Piloto Capacitar*, mais uma das ações desenvolvida pelo *Projeto Insere*.

O *Capacitar* objetiva, através de um projeto piloto em andamento, discutir e implementar a fundamentação teórica e prática da inclusão de sujeitos com transtorno mental grave no mercado formal de trabalho, oferecendo cursos de capacitação e acompanhamento profissional para que eles possam assumir atividades laborais.

Recentes estudos reforçam a possibilidade de melhorar a inclusão social desta clientela e envolvem: legislação, baseada em apoios comunitários e serviços, iniciativas e sistemas de monitoramento e avaliação do funcionamento social, acompanhamento familiar, reflexão sobre o tema com a comunidade, dentre outras. As pesquisas existentes demonstram que o tema é discutido e as dificuldades inerentes a este campo, listadas, mas o trabalho prático e de continuidade não é implementado ou, quando o é, não se sustenta por muito tempo.

Enquanto soluções legislativas são as mais prevalentes e fornecem um quadro importante de apoio à inclusão social, os resultados das pesquisa evidenciam que a sua plena implementação continua a ser problemática e necessita de maior reflexão e de experiências práticas bem sucedidas.

#### **6.2.2.1 A CIF como aliada na política de inclusão**

Ao considerar a natureza da deficiência, é importante centrar a atenção sobre as capacidades, pensar em termos de obstáculos que impedem a efetiva inclusão, discutindo e implementando ações propositivas para abordar estas barreiras e, recorrendo às leis e portarias existentes, fazê-las serem cumpridas. O profissional que se ocupa deste campo é um elo importante entre os sujeitos em acompanhamento, as empresas envolvidas e os profissionais que o atendem na clínica de saúde mental, pois trata-se de um trabalho prático distendido para fora dos muros de uma instituição, além de serem os

propositores da ampliação do debate, com gestores e políticos, sobre modificações na legislação existente.

A Organização Mundial da Saúde possui duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a *Classificação Internacional de Doenças - CID-10* (OMS, 1993) e a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF* (OMS, 2003).

Na discussão e na implementação de ações afirmativas visando à inclusão no mercado de trabalho de pessoas deficientes e de portadores de autismo, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) começa a ser considerada junto ao Código Internacional de Doenças (CID). Entendemos que essas ações devam se estender também aos sujeitos com transtorno mental grave (esquizofrenia, transtorno do humor com psicoses e outras psicoses<sup>10</sup>), de modo a contemplá-las como uma das categorias do Estatuto da Pessoa com Deficiência, substituto ao Projeto de Lei do Senado nº 6, de 2003, de autoria do Senador Paulo Paim<sup>11</sup>.

A CIF passa a ser um importante instrumento de apoio e de avaliação para o campo da atenção psicossocial, sendo através dela que profissionais da área não-médica podem contribuir com a avaliação das funções psicossociais que uma doença pode causar. A CIF pode avaliar o grau de perda de função em decorrência dos anos de doença e das incapacidades ocasionadas. É um instrumento de apoio biopsicossocial que vem ao encontro à afirmação das capacidades mantidas por um sujeito, apesar de sua doença.

A Organização Mundial da Saúde, defendendo a paridade, assinala que “não deveria existir, explícita ou implicitamente, uma distinção entre

---

<sup>10</sup> Uma das discussões do grupo de trabalho, antes de ter início o Projeto, foi quais patologias seriam incluídas neste piloto, pois se abrissemos muito - abarcando as depressões menores, os transtornos sem psicoses - estaríamos oportunizando que pessoas sem tantas limitações crônicas fossem contempladas, em detrimento do público-alvo mais limitado, que seria novamente excluído.

diferentes condições de saúde como ‘mental’ e ‘física’ que afetam a estrutura de conteúdo de uma classificação de funcionalidade e incapacidade. Em outras palavras, a incapacidade não deve ser diferenciada pela etiologia” (OMS, 2012, p. 14).

Assim, ainda que este Projeto seja um piloto, é pertinente explicitar que algumas de suas ações já fazem parte do cotidiano de trabalho de muitos dos profissionais e das instituições envolvidas e que congregam experiências positivas de inclusão de sujeitos com transtornos mentais no mercado formal de trabalho.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, através de seus conceitos e princípios jurídicos, introduziu novos parâmetros para qualquer discussão sobre o tema deficiência.

A Convenção reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e, em consequência, uma definição que é construída historicamente. Conforme conclusão técnica do Grupo de Trabalho Interministerial, constituído pelo Decreto de 26 de setembro de 2007 para avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o país, a deficiência deve ser entendida como um fenômeno localizado na interface biológica, psíquica, social e política do sujeito.

Assim, é urgente a adequação de novas normas que abarquem o conjunto de pessoas a serem enquadradas nesse conceito e que ainda se encontram à margem da cidadania. Já os profissionais do campo da atenção psicossocial precisam se apropriar destas mudanças legislativas para fazê-las operar nos serviços de saúde mental, agregando direitos e deveres dos que têm acompanhamento neste campo.

O Decreto nº 3.298/1999, que regulamentou as normas estipuladas pela Lei nº 7.853/1989, estabeleceu, no seu inciso I do artigo 3º, o conceito de deficiência adotado até hoje nas ações de proteção estabelecidas na Política Nacional para Integração das Pessoas com Deficiência. Nesse documento, deficiência é considerada “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, Decreto nº 3.298/1999).

Tal definição, não obstante a referência à perda ou à anormalidade da função psicológica, ao tipificar as deficiências, não contemplou as que dizem respeito aos transtornos mentais graves.

#### **6.2.2.2 O conceito de deficiência psicossocial**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (2003), define as deficiências como problemas nas funções ou na estrutura do corpo, as quais acarretam um desvio importante ou uma perda, e destaca que as funções psicológicas estão incluídas nas funções do corpo humano. Assim, estando as funções psicológicas incluídas e uma vez que os transtornos mentais graves provocam perdas funcionais significativas, tem-se adotado o termo, *deficiência psicossocial*, para indicar a limitação tanto psíquica quanto social que estes transtornos impõem aos sujeitos, ao longo de sua trajetória de vida.

Esta é uma discussão muito recente e ainda precisa ser muito debatida, mas entendemos que o transtorno mental grave, ao longo de alguns anos, quando o tratamento não é seguido ou as tentativas de medicação são equivocadas, pode trazer prejuízos enormes no desenvolvimento emocional, físico, psíquico de um sujeito, oportunizando assim que adquira *deficiência* em

funções importantes e acarretando perdas significativas no seu funcionamento geral.

Na família das classificações internacionais da OMS, as condições ou estados de saúde propriamente ditos (doenças, distúrbios, lesões, etc) são classificados principalmente na CID-10, que fornece um modelo basicamente etiológico (embora tenha uma estrutura com diferentes eixos ou grandes linhas de construção, entre estes o etiológico, o anátomo-funcional, o anátomo-patológico, o clínico e o epidemiológico). A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. A CIF vem complementar a CID-10 no que se refere ao paradigma *biopsicossocial*, incluindo as funções e suas limitações como importantes aliados para se refletir e pensar a clínica.

Dentre as inúmeras patologias que apresentam limitação funcional, ressaltamos a esquizofrenia e as outras psicoses - apresentando a esquizofrenia uma prevalência de aproximadamente 1% da população, ao longo de sua vida, tendo início precoce e causando perdas significativas relacionadas ao trabalho.

Os transtornos mentais como a esquizofrenia e as outras psicoses fazem parte de uma gama de patologias que não podem ser definidas apenas por uma causa etiopatológica, segundo o campo da psiquiatria, mas por uma complexidade de fatores causais, incluindo o meio ambiente. Estas patologias apresentam vários níveis de limitação funcional. Entretanto, com o tratamento adequado, se obtém bom nível de estabilização.

Cabe ressaltar que um sujeito com transtorno mental apresenta um conjunto de sintomas psicopatológicos que interferem no seu desenvolvimento pessoal, funcional e social de maneira diferente quanto à intensidade e à duração. Se, além disso, elas ficarem à margem de cursos, capacitações, trabalho e relações sociais, terão diminuída ainda mais a sua capacidade funcional nestas áreas.

Na prática clínica, constatamos que muitos sujeitos, por terem ficado, anos a fio, excluídos ou à margem de cursos, capacitações e relações sociais, têm suas funções cognitivas e psicológicas prejudicadas. Porém, observa-se que, com o trabalho de reabilitação psicossocial, com a entrada em oficinas terapêuticas, nas quais as relações são estimuladas, com o trabalho de retorno à aprendizagem, frequentando cursos e aulas, muito destas funções melhoram e podem, até mesmo, ser reabilitadas.

Como no Brasil ainda não foi implantada a CIF, nos deparamos com sérias restrições aos sujeitos com transtornos mentais graves, que não são beneficiadas pela real avaliação de suas funções, o que não favorece sua inclusão na sociedade e, principalmente, a possibilidade de acesso a um trabalho formal. Assim, as limitações da doença são agravadas pela forte discriminação que acomete essas pessoas em nossa sociedade. As atitudes discriminatórias acabam por constituir barreiras à inclusão social desse grupo, as quais, de acordo com a estrutura de avaliação determinada pela CIF, acarretam a restrição de participação social da pessoa com transtorno mental grave.

Estes sujeitos com transtornos mentais não são beneficiados pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS<sup>12</sup>, por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos para a concessão de vagas, não são aprovadas em cursos e concursos, por estarem há alguns anos fora do mercado de trabalho, e também não são contribuintes do INSS, para que possam obter, em algum momento, sua aposentadoria. Ainda acompanhamos um grau imenso de desinformação por parte da população, bem como dos próprios legisladores, chegando ao ponto de ser negado, aos sujeitos com transtornos mentais, o direito à educação, ao trabalho, ao casamento e, conseqüentemente, à constituição de uma família, bem como à participação na vida da comunidade.

---

<sup>12</sup> Lei nº 8.742/93.

### 6.2.2.3 Da reflexão e do estudo à possibilidade de ampliar conceitos

O questionamento mais comum, que se coloca como impasse para a definição do transtorno mental grave como uma deficiência, é o de ser uma doença mental, não uma deficiência. Várias deficiências amplamente reconhecidas como tal, entretanto, decorrem muitas vezes de doenças: a cegueira, por exemplo, é freqüentemente causada pelo glaucoma ou pela diabetes, a caxumba e a meningite podem resultar em surdez, a amputação de membros também decorre, comumente, de doenças vasculares, só para citar alguns casos.

Foi nas últimas três décadas que ocorreram as principais mudanças no campo das políticas públicas de saúde, a nível mundial, sustentadas nos princípios da integralidade: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As atitudes diante das doenças mentais se modificaram de forma gradativa nas décadas subseqüentes, dando início ao processo de desinstitucionalização, que pressupõe a constituição de uma pluralidade de dispositivos territoriais e estratégias de cuidado na perspectiva da formação de uma rede de atenção e de inclusão. Os primeiros esforços realizados nesta direção, no Rio Grande do Sul, estão descritos no trabalho *Programa de Ação em Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Sul*. Os tratamentos, preferencialmente fora do hospital, com a constituição de uma rede territorial de atendimento, tornaram-se mais efetivos; os medicamentos mais específicos e eficazes; o conhecimento sobre a saúde mental foi ampliado, contribuindo para melhorar a qualidade de vida do sujeito e avançar na direção da afirmação de seus direitos e de sua cidadania.

Entretanto, além do enfoque na reabilitação psicossocial e da desmistificação de preconceitos relativos à periculosidade e imprevisibilidade, outros fatores, como a conscientização da sociedade e a aprovação de legislação específica, são considerados fundamentais para essa mudança de atitudes. Na prática, não obstante todas essas mudanças que vêm gradativamente ocorrendo, nem sempre se observa uma condição de

igualdade, sendo os direitos dos sujeitos atendidos neste campo frequentemente ameaçados.

As estratégias do cuidado dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental implicam a formulação de ações que propiciem a redução das limitações, com o oferecimento de oportunidades em várias áreas, dentre elas a educação continuada e o trabalho.

Seguindo esta mesma orientação, o Grupo de Trabalho Interministerial postula que a valoração da deficiência deve se dar independentemente da doença ou da seqüela orgânica. Para tanto, sugere que

qualquer pessoa poderá ser avaliada pelo modelo proposto e ter sua deficiência valorada conforme alterações importantes em sua funcionalidade, considerando a influência de fatores sociais, econômicos, ambientais, dentre outros. Dessa forma, nenhuma doença será excluída, mas a valoração da deficiência ou incapacidade dependerá da avaliação global do indivíduo, com base na CIF e na teoria dos apoios<sup>13</sup>.

Assim, entendemos que esta discussão que se inicia entre os profissionais do campo da atenção psicossocial deveria ser ampliada, agregando legisladores e operadores do direito, de modo a contemplar a possibilidade de que se incluam os sujeitos com transtorno mental grave no rol das abrangidas pela Reserva Legal de Cargos para Pessoas com Deficiência, prevista no artigo 93 da Lei nº 8.213/91.

Além de comprometer as empresas com cem ou mais funcionários a terem um percentual de empregados com deficiência, essa norma também prevê a utilização de procedimentos especiais para viabilizar a contratação e permanência das pessoas com deficiências mais graves: como poder ser

---

<sup>13</sup> Informação divulgada pela Rede SACI, Rede de Informações Integradas sobre Deficiências (REINTEGRA), uma iniciativa da Universidade de São Paulo/CECAE - Coordenadoria Executiva de Cooperação Universitária e de Atividades Especiais e da organização não governamental Amankay Instituto de Estudos e Pesquisa. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=26016>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

contratado por 4, 6 ou 8 horas, conforme avaliação profissional, ter alguém de referência na empresa, que se ocupe de fornecer orientações à pessoa incluída.

De igual modo, a legislação estabelece a necessidade de as empresas prepararem suas chefias para receberem essas pessoas e que tenham conhecimento de suas limitações, peculiaridades, necessidades de apoio e potenciais. Principalmente, trata-se de criar um ambiente de trabalho que respeite a dignidade desses indivíduos e garanta um tratamento respeitoso por parte de seus pares.

Observa-se, assim, que o reconhecimento dos sujeitos com transtorno mental grave como pessoa com deficiência impõe-se para que se dê eficácia à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada na Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13/12/06 e que incluiu no rol de deficiências os transtornos mentais. Segundo o preceito expresso em seu preâmbulo, com força de dispositivo constitucional, a Convenção se destina a “corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades”<sup>14</sup>.

Para os trabalhadores do campo da atenção psicossocial, oportunizar os sujeitos a participar da vida social, cultural e econômica é uma prática diária. Entretanto, quando a discussão inclui o legislativo e os direitos humanos, fazendo com que o trabalho possa ter legitimidade constitucional, há um ganho para este campo como um todo.

A inclusão dos transtornos mentais entre as deficiências listadas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), bem como a adoção do termo “deficiência psicossocial”, que nela consta, representa uma histórica vitória da luta destas pessoas, de seus familiares e amigos, dos usuários e dos trabalhadores da saúde mental, de provedores de serviços de

reabilitação física ou profissional, de pesquisadores, de ativistas dos movimentos pela vida independente e de demais pessoas, em várias partes do mundo.

Convém salientar que o termo “pessoa com deficiência psicossocial” não é o mesmo que “pessoa com transtorno mental”. Trata-se, isto sim, de “pessoa com sequela de transtorno mental”, uma pessoa cujo quadro sintomático já se estabilizou, mas que deixou sequelas e diminuição ou limitações funcionais importantes. Uma pessoa que tem uma crise e que logo é atendida e tratada, nos moldes previstos em lei, com atendimento individual e singularizado, em locais apropriados como CAPS e ambulatórios, dificilmente se tornará uma pessoa com deficiência, com sequelas psicossociais, pois concomitante ao tratamento retomará suas atividades, sejam elas laborais ou de lazer, sem prejuízos funcionais graves.

#### **6.2.2.4 O Capacitar como uma ação afirmativa e de reflexão no social**

Frente ao exposto, o *Projeto Piloto Capacitar*, além de propiciar a reflexão e a elaboração de documentos para a formulação de ações afirmativas que incidam sobre a inclusão social e os direitos das pessoas com transtornos mentais graves, também promove a ampliação do debate, com a comunidade e outras instâncias, sobre a implantação de políticas setoriais de tais ações afirmativas.

É importante que essas discussões e definições das ações afirmativas, especialmente no âmbito legislativo e regulamentar, sejam consistentes e se fundamentem num modelo coerente e atual sobre o processo que origina as situações de incapacidade.

Os componentes da CIF podem contribuir sobremaneira para subsidiar diferentes campos de aplicabilidade no que diz respeito ao entendimento das

---

<sup>14</sup> Ver Decreto nº 6.949/2009.

definições de deficiência ou incapacidade, a partir do conceito de funcionalidade e do estudo dos fatores contextuais.

Durante o processo de entrevistas e indicações para o *Projeto Piloto Capacitar*, um psiquiatra do Centro de Saúde Modelo da Secretaria Municipal de Saúde nos encaminhou uma paciente. Ela foi avaliada e constatamos que, sim, teria indicação para frequentar o Curso de Jovem Aprendiz e ingressar no mercado formal de trabalho a partir deste caminho de inclusão.

L. trabalhava como doméstica e, tendo perdido o emprego há dez anos, por estar com depressão grave, e havendo iniciado a fazer uso de álcool, não conseguiu mais retomar suas atividades no trabalho ou em casa. Por alguns anos, abandonou o tratamento, ficando reclusa à casa e às internações em hospitais psiquiátricos, ora por transtorno mental grave, ora por alcoolismo.

Quando chegou para a avaliação, veio com atestado médico de depressão sem componentes psicóticos. Pelo diagnóstico, ela não ingressaria no Projeto, pois senão estaríamos abrindo precedente para que qualquer pessoa desempregada e triste pudesse nele ser incluída. Foi preciso marcar um horário e ir conversar com o médico de L. Na conversa, utilizamos a CIF para apontar vários dos critérios avaliados a que L. não correspondia: ela estava com baixa autoestima, sem conseguir cuidar de sua casa; tinha parado de estudar no segundo ano do ensino fundamental e tentado retomar várias vezes, sem conseguir acompanhar as aulas; precisava de ajuda para o uso da medicação; não cuidava de suas roupas ou mesmo de sua aparência. Conversamos muito sobre os prejuízos que ela apresentava e apontamos para a necessidade de revisão do diagnóstico. O que foi entendido pelo médico, que, ao reavaliá-la, diagnosticou depressão grave com prejuízos e limitações há mais de 10 anos.

L. tem frequentado as aulas do curso e tido um bom aproveitamento; seu companheiro, que estava prestes a deixá-la, está acompanhando as reuniões do Projeto, entendendo o que se passa com sua companheira,

ajudando-a na ingestão da medicação, e podendo encontrar formas de ajudar L. em seu dia a dia, além de já poder vislumbrar um futuro para os dois.

Segundo S. Lancman, a inclusão pelo trabalho não implica somente remuneração monetária, há também o ganho social e da função psíquica: “o trabalho é um dos grandes alicerces do sujeito e de sua rede de significados” (2008, p. 23). É através do trabalho e de suas relações que os sujeitos voltam a organizar-se com horários e rotinas, a precisar estabelecer relações de hierarquia, de parcerias, de equipe. É no ambiente de trabalho que se precisa aprender a dividir o pessoal e o profissional, a atentar para a higiene e para o aspecto pessoal, adequando-se às normas da empresa em que se trabalha. Neste contexto, muitas ações de cidadania se estabelecem e passam a fazer parte da rotina de quem se insere pelo trabalho.

O trabalho, historicamente construído como ocupação no campo da psiquiatria e utilizado como auxiliar na manutenção da ordem institucional ou como indicação terapêutica, passa a ocupar lugar importante no campo de atuação da reabilitação psicossocial, ampliando o território social e econômico, o cenário real das trocas sociais. Também passa a ser discutido “enquanto processo coletivo e solidário e como possibilidade de criação/ação sobre o mundo, produção de vida/cultura” (LOPES, 1996, p. 110), e principalmente em uma articulação moebiana de produção de si.

As pesquisas científicas têm revelado que a inclusão no mercado de trabalho é muito benéfica para a reabilitação psicossocial. Mostram, igualmente, que, quando o ambiente é propício, preparado com discussões sobre quem é o sujeito acometido de transtorno mental, torna-se possível desenvolver uma parceria produtiva tanto para a empresa como para o sujeito em acompanhamento. Entretanto, vale destacar que no mercado de trabalho atual, caracterizado pela alta competitividade e por um perfil extremamente excludente, estes sujeitos com transtorno mental só terão acesso ao emprego se forem acompanhadas por um trabalho de reabilitação que inclua o tratamento, os familiares, as empresas e seus funcionários e tudo o mais que

possa oportunizar a este sujeito, que se encontra à margem desse mercado de concorrências, sentir-se parte deste contexto. Assim, por serem pessoas com limitações funcionais e vítimas de forte preconceito, só terão garantido esse direito humano fundamental se forem protegidas por ações afirmativas.

Aqui vale lembrar uma fala de B. durante curso de aprendizagem no Senac: “Estamos convivendo com pessoas mais jovens que nós, perdemos o barco e agora precisamos correr para acompanhar, é uma turma de muita gurizada, fica difícil de acompanhar, é preciso *dançar conforme a música*” (sic). B. diz isto referindo-se aos colegas do supermercado Zaffari, onde faz a parte prática do curso de aprendiz, que são jovens e que fazem brincadeiras que eles, bem mais velhos, não entendem.

O *Projeto Piloto Capacitar* tem como meta provocar na sociedade uma discussão consistente sobre o direito ao trabalho formal para os sujeitos com transtornos mentais graves, hoje ainda desprotegidas de qualquer legislação em vigor. É necessário assessorar as empresas parceiras, as famílias, os colegas terapeutas, é preciso estudar minuciosamente a legislação para interpretá-la adequadamente e, sobretudo, trabalhar com os sujeitos que estarão ingressando neste mercado, esclarecendo deveres, direitos e competências, preparando este ambiente que se fará produtor de cidadania.

Neste *Projeto Piloto*, propusemos um trabalho de acordo com a noção de rede social de E. Dabas, que

possibilita a potencialização dos recursos que possuem e a criação de alternativas para a resolução de problemas ou a satisfação de necessidades. Cada membro do coletivo se enriquece através das múltiplas relações que cada um dos outros desenvolve, otimizando os aprendizados ao serem estes socialmente compartilhados (1998, p. 158).

No decorrer do processo de discussão para formação do *Projeto Piloto Capacitar*, algumas instituições se retiraram, outras foram se incorporando ao grupo, sendo construído coletivamente um texto a ser enviado a diversas

instâncias, com o objetivo de desencadear o diálogo. Na fundamentação do referido texto<sup>15</sup>, apresenta-se o argumento de que a doença mental possa ser entendida também pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e não somente pela Classificação Internacional das Doenças (CID), pois a CIF vem complementar a CID-10 no que se refere ao paradigma biopsicossocial, incluindo as funções e suas limitações como importantes aliados para se refletir e pensar a clínica.

#### **6.2.2.5 As parcerias e o aprendiz tornando-se trabalhador**

Desta forma, as vagas destinadas por lei às pessoas com deficiência (PCDs) poderiam também ser estendidas às com transtorno mental grave. Este entendimento, tomando o cuidado para demarcar a diferença entre *doença e deficiência mental*, aponta que as duas acometem pessoas que têm direito ao trabalho formal. Tal contexto mostra-se profícuo para o planejamento de capacitações e possibilidades reais de ingresso no mercado formal de trabalho. O *Projeto Piloto Capacitar* vai tomando corpo, e a rede se fortalece ao ganhar novas ramificações. A Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), o SENAC Comunidade, a ONG CPIP, a Associação de Psiquiatria do RS, a PMPA/SMS, por meio da Geração POA, e o CAPS Cais Mental Centro propõem um curso de capacitação profissional, de acordo com o Catálogo de Cursos do SENAC, o *Curso Jovem Aprendiz*.

O acolhimento dos alunos fica a cargo dos profissionais de saúde mental, que necessitam ampliar a rede de sustentação, trazendo como parceiros terapeutas de referência da rede de saúde, familiares e alunos. São os profissionais envolvidos no Projeto que fazem o acompanhamento dos alunos e familiares nas questões referentes ao curso, articulam as parcerias interinstitucionais, realizam oficinas de capacitação e orientação com as

---

<sup>15</sup> “Ponderações sobre a inclusão social das pessoas de esquizofrenia e outras psicoses, tendo em vista o estatuto da pessoa com deficiência e a implantação de políticas setoriais de

entidades parceiras, fazem a seleção do campo de formação e promovem a divulgação do Projeto, desencadeando o processo de discussão com a sociedade.

Ao SENAC, cabe realizar, também, a seleção do curso no Catálogo Nacional de Cursos da entidade e oferecer a formação profissional. À empresa empregadora - na primeira turma deste Projeto Piloto, a Cia. Supermercados Zaffari - cabe fazer a contratação dos alunos como aprendizes, em conformidade com o que estabelece a CLT, no seu artigo 428, §5<sup>16</sup>.

Os alunos realizam o curso durante cerca de um ano, tendo 400 horas teóricas e 400 horas práticas. Protegidos pela lei trabalhista, também recebem vale-transporte e um salário, de acordo com as horas diárias em aula e que denominamos bolsa de incentivo. Durante todo o período do curso, eles são acompanhados pelos profissionais de saúde, por meio de reuniões mensais e acompanhamento individual, quando necessário. Várias questões são levantadas nas reuniões gerais: a organização do horário da medicação, a importância da manutenção do atendimento, as relações interpessoais, as expectativas de cada um quanto ao curso. As reuniões são organizadas de acordo com as questões trazidas e pautadas sempre pelo fortalecimento e pelo protagonismo do grupo. Aos poucos, os alunos - alguns afastados há muitos anos dos bancos escolares - vão construindo um espaço de pertencimento, de vínculo, de contratualidade, de crescimento.

Cabe ressaltar que, no início do curso, os alunos verbalizavam a importância de retomar "sonhos adormecidos" após o diagnóstico de

---

ações afirmativas" (RAINONE et al., 2008, p. 6).

<sup>16</sup> CLT - Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943: "Art. 428. Contrato de aprendizagem é o contrato de trabalho especial, ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior de 14 (quatorze) e menor de 24 (vinte e quatro) anos inscrito em programa de aprendizagem formação técnico-profissional metódica, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico, e o aprendiz, a executar com zelo e diligência as tarefas necessárias a essa formação. [...]

§5º A idade máxima prevista no caput deste artigo não se aplica a aprendizes pessoas de deficiência".

transtorno mental grave e a possibilidade de mostrar sua capacidade para o trabalho, apesar do tratamento. Vários deles relatam seus anseios com a formação profissional, antes do adoecimento, e expressam que agora poderiam voltar a fazer planos sobre sua inclusão no mercado de trabalho.

S. traz, nas reuniões do grupo, colocações sobre as aspirações que tinha antes de adoecer: “sempre pensei e fiz de tudo para cursar engenharia, adorava ler e desenhar projetos, fiz vários para minha família, mas percebi que não conseguiria chegar a me formar, foi bem difícil aceitar isto. Hoje, perto de me formar no Senac, nem acredito, consegui concluir esta etapa e acho que não vai ser a última” (sic).

A metodologia do trabalho é composta por atividades que dão sustentação ao trabalho no cotidiano, como constituição de parcerias interinstitucionais, encontros mensais com alunos, familiares e entidades parceiras, apoio e oficinas de sensibilização com professores e orientadores das entidades formadoras, articulação com profissionais da rede de atenção, sistematização das atividades desenvolvidas e aplicação de instrumentos de avaliação e acompanhamento.

Estas parcerias interinstitucionais vêm demonstrando que o instrumento aprendizagem faz diferença quando se trata de acompanhar e incluir sujeitos com transtornos mentais graves pela via do trabalho formal. Trata-se não só de aprender o conteúdo das aulas, mas de aprender a se relacionar, a se comunicar, a ter mais segurança no momento da prática, enfim, aprender e apreender o mundo à sua volta. Um exemplo disto pode ser lido na transcrição de uma fala que consta no artigo intitulado *Sobrepujando estigmas: a experiência do SENAC Comunidade em curso de aprendizagem para alunos com transtornos mentais*, que foi escrito pela equipe do SENAC Comunidade, professores e profissionais que acompanham os alunos no Curso Jovem Aprendiz: “Nossos alicerces encontram-se nas nuvens”, “os professores dão aula e incrivelmente consigo entender e até voltei a pensar” (ROCKENBACH, 2010, p. 5). Este trabalho escrito do Senac comunidade em

conjunto com o Projeto Capacitar ganhou o prêmio 2012 de Top Cidadania da ABRH (Associação Brasileira de Recursos Humanos).

As palavras acima são do estudante orador da turma, ao concluir seu discurso. A formatura, realizada em 04 de novembro de 2010, foi o momento de coroar a vitória de um grupo perseverante e corajoso, características que contagiaram os professores da turma e respaldaram aquilo que os profissionais da saúde que os acompanham já esperavam.

Hoje, este grupo de ex-alunos encontra-se contratado pela Cia. Zaffari, cada um trabalhando em um setor, tendo responsabilidades e deveres a cumprir, dando continuidade a seus tratamentos no campo da atenção psicossocial. Porém, o trabalho realizado com estes sujeitos não se reduz a obtenção da inclusão pela via do trabalho formal, se expande para o grupo familiar, para seu entorno e para as relações que eles estabelecem com quem convivem.

O resultado pode ser vislumbrado em alguns relatos que não poderiam deixar de ser transcritos aqui: “Mesmo com diagnóstico de esquizofrenia, conseguiu com este curso achar uma nova realidade, uma luz para o caminho, que achávamos que estava perdido”; “O curso proporcionou o retorno do meu filho a tão esquecida atividade de aprendizado. Aumentou sua socialização com a família, com aumento de sua auto-estima”; “Hoje sou surpreendido com atitudes de meu filho que achava que ele não fosse capaz, vejo uma nova pessoa que apresenta sempre um fato novo”.

Faz parte destes relatos a carta escrita por B., após concluir o Curso de Aprendiz do *Projeto Piloto Capacitar* e de ter sido contratado pela Cia. Zaffari (ver Anexo D). Esta carta demonstra o esforço de uma pessoa que, embora tenha ficado por vários anos aquém dos espaços da cidade, sem relacionamentos ou trocas sociais significativas, suportou heroicamente 800h de aprendizado e que, atualmente, tenta fazer parte de um contexto que, nas suas palavras, é definido como “sociedade capitalista opressora”, mas que entende ser necessário ter “resiliência”, que B. resume nas palavras “tenho

que me virar nos trinta”. Na mesma carta, ela faz um relato de suas experiências e sentimentos durante o curso, do que pode fazer mesmo sem ter ideia de que seria capaz, agradece o acompanhamento e o suporte oferecido pelas “parceiras da loucura” – como ela denomina as terapeutas do *Capacitar* – e ainda diz: “quero agradecer todos vocês que ajudaram e ainda estão a cada dia, a reerguer minha existência e com cada pequena vitória alcançada, desde criar, falar em público... coisas que nunca pensava que ia fazer estão sendo o perfeito lastro certamente para sonhos bem maiores”.

Em abril de 2012, foi finalizada a segunda edição do curso, com uma turma composta por treze alunos aprendizes; e, em maio, iniciou sua terceira edição, com quinze alunos.

#### **6.2.2.6 A aprendizagem como instrumento de inclusão e a inclusão como instrumento de produção e cuidado de si**

Avaliamos que com o *Projeto Piloto Capacitar*, além de estarmos trabalhando na via da inclusão no mercado formal de trabalho, estamos oportunizando que sujeitos sintam e percebam o valor de cuidarem de si, de cuidarem de seus tratamentos, de sua saúde, de seu salário, de poderem ir aos poucos ampliando suas relações sociais e se apropriando do que costumamos chamar de cidadania.

O Projeto traz um desafio a todos – alunos, familiares, terapeutas e demais parceiros – que são chamados a serem protagonistas. Não temos um caminho já pronto, temos um objetivo, uma meta e uma metodologia que vai sendo construída e avaliada ao longo de seu desenvolvimento.

É nas falas dos participantes que podemos verificar e qualificar as ações empreendidas: “Eu passei muito tempo da minha vida chorando em cima de uma cama e agora posso dizer que tanto o projeto quanto este curso me ressuscitaram”; “Reaprendi que posso mais, e que com ajuda ainda chegarei muito longe”.

Num dos encontros com os alunos da primeira turma, mais para o final do Curso de Aprendiz, em que combinávamos que eles trariam seus contracheques para que pudéssemos ver se sabiam o que significava cada item nele escrito, S. declara “não gosto é dos descontos, fica um valor muito baixo para receber”, sendo contestado pelo colega R.: “mas com estes descontos no contracheque é que ajudamos o nosso CAPS, a cidade, assim somos contribuintes”. Foi quando alguns profissionais ali presentes verbalizaram para eles que isto, sim, era poder compreender o significado de estar incluído no mercado de trabalho e de passar a ser cidadão contribuinte – algo que nunca tinha sido discutido de forma tão clara no grupo, como naquele momento trazido por R.

O trabalho desenvolvido de inclusão social traz uma série de questionamentos, incômodos e critérios que vão se apresentando no dia a dia, e é ali que vamos aprendendo e resolvendo as situações novas que surgem.

Embora o *Projeto Piloto Capacitar* tenha como objetivo geral investir na inclusão social por meio do trabalho formal para sujeitos com transtorno mental grave, mas muitos outros objetivos podem ser contemplados com este trabalho:

- oportunizar capacitação profissional aos usuários da saúde mental com transtorno mental psiquiátrico grave;
- proporcionar aprendizagem de atividade que possam dar retorno econômico ou busca de emprego;
- educar para a saúde;
- capacitar para as rotinas da vida diária;
- incentivar a participação em atividades sociais e escolares;
- incluir no mercado formal de trabalho.

Também foram pensados critérios para o encaminhamento ao Projeto Piloto:

- ser acometido por esquizofrenia ou transtorno do humor ou outras psicoses;

- não estar em crise psicótica;
- estar em acompanhamento e tratamento por equipe da saúde mental;
- não estar fazendo uso de álcool e outras drogas;
- apresentar atestado médico ou de profissional de saúde de referência autorizando a frequentar curso de capacitação profissional para fins de contratação empregatícia;
- possuir familiar ou responsável comprometido a participar das reuniões e do acompanhamento.

Observa-se, assim, que o trabalho em atenção psicossocial incide cada vez mais sobre um campo que transpõe os muros institucionais, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Esse deslocamento força uma mudança de postura dos profissionais envolvidos e coloca em pauta a interdisciplinariedade, a intersetorialidade, a transversalidade de saberes.

Durante a primeira edição do Curso de Aprendizagem do *Projeto Piloto Capacitar*, as instituições parceiras foram se reunindo presencialmente, trocando ideias e discutindo ajustes via e-mails, o que oportunizou algumas falas que merecem ser transcritas:

Acho que ficou melhor organizado assim, sugiro aumentar o número horas/aulas na prática supervisionada, penso que nesta época seria bom eles vivenciarem um período de turno de trabalho<sup>17</sup>.

Pela experiência que temos com PCDs na empresa (e pela vivência que tivemos com pessoas com transtornos psicológicos, inclusive psicóticos), penso que o melhor é que, tanto a carga horária, quanto os horários, sigam o padrão dos demais aprendizes. Acredito nas condições deles para isso e quanto mais as coisas funcionarem dentro de uma "normalidade", menos eles vão se sentir diferente<sup>18s</sup>.

---

<sup>17</sup> Fala de Supervisora do Recursos humanos Zaffari em reunião do Projeto Piloto Capacitar

<sup>18</sup> Fala de Supervisora Pedagógica em mesma reunião.

Mensalmente, são realizadas reuniões, nas quintas-feiras, das 8h 30min às 10h, com os alunos/aprendizes, na sede da Geração POA. Tais encontros têm como objetivo manter a integração do grupo, avaliar como eles estão se conduzindo nas práticas, escutar questões singulares que o trabalho foi oportunizando, auxiliar coletivamente nas escolhas e nas decisões que devem ser feitas no cotidiano de trabalho.

Também, mensalmente, nas quintas à noite, das 18h às 20h, nos reunimos com os familiares, na sede do CPIP, oportunizando a troca de experiências e angústias e possibilitando que os profissionais os auxiliem em questões e impasse que vão surgindo na vida familiar, pois, para muitos dos alunos/aprendizes, trata-se de sua primeira experiência de trabalho.

Ter uma doença mental é um dos maiores sofrimentos a que um indivíduo pode ser submetido. Quase sempre essas enfermidades causam um estado de confusão psíquica e emocional tamanho que o resultado é avassalador. O sujeito fica com a capacidade de interação com a família e com a sociedade bastante prejudicada. Torna-se só e fechado em si mesmo. Entre essas doenças, talvez uma das mais duras e devastadoras seja a esquizofrenia, que se caracteriza pela ruptura do pensamento racional e do senso de personalidade. O sujeito perde a conexão com a realidade e, se não for tratado corretamente, corre o risco de passar a vida perdido em um mundo isolado.

Trata-se de um transtorno mental de caráter crônico, mas que possui tratamentos eficazes, que oferecem um bom controle da sintomatologia, capacitando o sujeito com transtorno mental a retomar sua rotina de vida cotidiana.

Nesta primeira década do século XXI, podemos constatar que as tecnologias da comunicação e da informação vêm acelerando as possibilidades de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. Paralelamente a isto, tem sido ampliado o deslocamento do espaço de atuação dos profissionais que se ocupam desta clínica.

Ocupam-se o bairro, a rua, a praça, a igreja, as empresas privadas. Esse deslocamento força uma mudança de postura dos profissionais envolvidos, ao colocar em pauta a interdisciplinariedade, a intersetorialidade, a transversalidade de saberes.

O trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental na formulação, implantação e avaliação das políticas públicas no campo da saúde mental, tomando como base o diálogo com outros setores da sociedade civil, tais como os movimentos sociais, a cultura, a assistência social, o trabalho, a educação, o esporte, o lazer, os direitos humanos e a segurança pública, entre outros. Este diálogo intersetorial permite que avancemos no processo de “inclusão social” dos atores envolvidos, através da construção de espaços, estratégias e dispositivos coletivos de convivência, sociabilidade e solidariedade que garantam a expressão das singularidades na direção da cidadania.

O *Projeto Piloto Capacitar*, ao agregar profissionais de diferentes áreas de saber – psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social, psicologia e pedagogia – para pensarem e discutirem formas de inclusão social, viabiliza a troca de ideias desde diferentes especificidades e a partir da construção coletiva.

Já ao associar diferentes empresas e instituições, o *Projeto Piloto Capacitar* oportuniza que segmentos da comunidade participem ativamente do processo de inserção e, mais do que isto, que tenham informações quanto aos modos de compreender a doença mental, convivendo com os portadores e experienciando novas alternativas de participação das ações afirmativas para a inclusão de pessoas com tais transtornos.

Neste amplo campo de trabalho, não se pode perder de vista, entretanto, a singularidade: reunir pacientes e familiares de diferentes instituições, cujas patologias são nomeadas pelo mesmo CID, e desenvolver um trabalho em grupo não significa desconsiderar que cada um que ali chega vem de seu contexto familiar e apresenta suas singularidades. Tratá-los como sujeitos significa respeitar sua singularidade, sendo isto que coloca em pauta a possibilidade de resgate da cidadania, da formação de novas redes de

pertencimento e do sentido da própria vida. Afinal, para além do CID, eles continuam sendo indivíduos com desejos e dificuldades.

Apenas para citar um exemplo, vale evocar o episódio em que, no primeiro dia de aula teórica, um aluno chega para o encontro inicial, de óculos escuros, boné e capuz por cima do boné, permanecendo assim na sala de aula. No decorrer da atividade, é colocado em discussão as atitudes que deveriam ser tomadas pelos participantes, ali alunos, em sala de aula. Cada um expressa suas impressões, e este aluno diz que precisa ficar de capuz, mas que o boné e os óculos ele pode tirar. Combinamos, então, que assim seria. Ao longo de alguns dias, na primeira reunião do grupo geral, este aluno chega sem óculos, sem boné e sem capuz, de camisa social e gel no cabelo.

Nota-se, portanto, que estamos construindo um espaço de pertencimento, de vínculo e de contratualidade que permite que cada um possa se apresentar como é e ir se transformando e aprendendo a como se relacionar em um ambiente não familiar e até então desconhecido para eles.

## 7 VIAS DE TRANSMISSÃO

Não que a experiência vivida seja indizível. Ela foi invivível, o que é outra coisa. Outra coisa que não se refere à forma de um relato possível, mas à sua substância. Não à sua articulação, mas à sua densidade. Só alcançarão essa substância, essa densidade transparente os que souberem fazer de seu testemunho um objeto artístico, um espaço de criação. Ou de recriação. Só o artifício de um relato que se possa controlar conseguirá transmitir parcialmente a verdade do testemunho

(J. Semprún, *A escrita ou a vida*)

Qual a função da transmissão em uma experiência? De que serve narrar uma história, para quem serve que uma história seja contada e de que vale o desejo de transmiti-la?

Na contemporaneidade, em que há uma fragilidade dos referenciais simbólicos, entendemos que a transmissão desempenha um papel fundamental na direção da construção de uma história. Em tempos em que o destino é pensado como sendo escolha pessoal e em que há o entendimento de que a obra de uma vida pode ser construída exclusivamente por cada um, a fantasia de independência parece estar sendo tomada ao pé da letra.

Para que a questão que incide sobre a importância da transmissão da experiência em nossos dias e problematizá-la, abordaremos, neste capítulo e

através de elementos que denominaremos *vias de transmissão*, recortes do trabalho clínico, enfocando os dispositivos desenvolvidos pelo *Projeto Insere*.

A experiência que foi sendo construída ao longo de anos de trabalho coletivo no campo da atenção psicossocial, experiência compartilhada e que conta com parcerias interinstitucionais, parece evidenciar que o fazer-se por si mesmo, próprio do individualismo moderno, é uma ilusão, pois partimos, sim, de uma história, de determinações simbólicas e de experiências e suas possibilidades de transmissão.

Assim, narraremos histórias que, ao serem vividas, experienciadas, tomadas como objeto de reflexão e comunicadas, foram formando um acervo de experiências e de endereçamentos ao Outro, em busca de *vias de transmissão* possíveis.

## 7.1 NARRANDO EXPERIÊNCIAS

O *Projeto Insere*, desde sua criação em 2002, foi construindo modos de interlocução com o fora do serviço de saúde mental, com a comunidade onde está inserido, possibilitando espaços de reabilitação psicossocial para além dos que já existiam no interior do CAPS Cais Mental Centro.

### 7.1.1 ORIENTANDO EMPRESAS NA INCLUSÃO

Um espaço onde esta interlocução aconteceu foi na Casa do Padeiro, estabelecimento comercial da cidade de Porto Alegre. O primeiro contato pessoal foi uma conversa inicial com a diretora da empresa, no qual ela questionou sobre como poderia aceitar uma pessoa com transtorno mental e, ainda assim, ensiná-la a arte da culinária, cujos artefatos mais comuns são facas, tesouras, espátulas e itens de grande “periculosidade”. Foi preciso várias reuniões, com a participação também dos professores dos cursos, e muitos esclarecimentos sobre quem era a pessoa que iria frequentar os cursos,

como lidar com ela, que história de vida ela tinha e qual a razão da procura pelo espaço de aprender a fazer pães, até que a parceria se firmasse. Nas primeiras aulas, estivemos junto no espaço da aprendizagem, orientando tanto o aluno como o professor nesta convivência. Fomos verificando que o fato de contar-lhes a história de M. – que ele tinha aprendido a arte da panificação com seus familiares, os quais retiravam seu sustento da padaria que possuíam, que devido à doença M. havia se isolado, entrando em crise, e teria passado a caminhar pelas estradas até chegar em Porto Alegre – e de situá-los quanto à importância que teria, no processo de reabilitação de M., a possibilidade de ele se qualificar na panificação, promoveu uma mudança.

Isto permitiu percebermos o quanto conversar com as pessoas envolvidas na instituição modificava seu entendimento e sua visão sobre a doença mental, bem como evidenciava a importância de inserção naquele espaço, o que ele significaria na reabilitação e, conseqüentemente, na vida de um sujeito com transtornos mentais graves, pois tornava-se compreensível que, mais do que a vaga, havia ali uma possibilidade de sentido e de qualidade de vida.

O curso durou 90 dias e, ao final, houve uma reunião de avaliação com a diretora, na qual ela nos diz: “sabe de uma coisa, acho que foi mais importante para nós do que para o M., aprendemos que ser doente mental não é ser agressivo, revoltado e louco e que podemos fazer diferença na vida das pessoas com esta problemática” (sic).

Depois de M., alguns outros encaminhamentos foram feitos à Casa do Padeiro, sempre realizando um primeiro contato, contando um pouco do que a pessoa procurava lá, esclarecendo por que havíamos encaminhado, como lidar, sempre deixando nosso contato para suporte, quando este se fizesse necessário. Numa das vezes, a professora ligou e disse: “Hoje vamos fazer um evento na Casa do Padeiro, podemos convidar L. para participar, ela poderia ficar até à noite e nos ajudar no trabalho?” (sic). Respondemos que isto poderia ser visto com a própria L., que se ela aceitasse, se demonstrasse que

queria, não teria nenhum problema, e que achávamos bem interessante este convite. Naquele momento, constatamos que estávamos abrindo uma porta para que a equipe de profissionais da Casa do Padeiro pudesse conhecer quem são as pessoas que acompanham o tratamento e também que pudessem multiplicar estas orientações para outras pessoas de seu círculo de contatos.

Mas nem sempre tudo foi só tranquilidade. Certo dia, a diretora liga dizendo que M. negava-se a usar o avental e que estava bem irritado. Nossa atitude foi perguntar-lhe como ela agiria caso fosse um aluno que havia se matriculado sozinho, que estivesse ali através da própria comunidade. Sua resposta foi: “Diria que é uma regra da escola e que se não aceitasse colocar o avental não faria aula naquele dia” (sic). Então, afirmamos que ela poderia dizê-lo desta forma mesmo e ver o que ele decidiria. Isto foi feito, e M. colocou o avental e participou da aula.

Em atendimento no CAPS Cais Mental Centro, dias depois, M. relatou que não queria usar o avental porque estava muito calor, mas que resolveu a situação tirando a blusa de baixo e ficando apenas com o avental fechado.

Percebemos, então, que questões muito comuns e que podem se apresentar no cotidiano de qualquer um, quando envolvem a inclusão de pessoas que fazem tratamento na saúde mental, podem se transformar em situações de impasse. Se houver certo preconceito e desinformação sobre a doença, atitudes simples se transformam em coisas de “louco”..., mas quando há informação e a atitude adotada é de tratá-las “normalmente”, tais questões podem muito bem ser resolvidas de forma adequada e “normal”.

### 7.1.2 CONSTRUÍNDOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Outro espaço interessante de interlocução foi quando buscamos locais de lazer na cidade e chegamos no Ginásio Tesourinha, que é ligado à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Porto Alegre. Lá fomos nós para abrir um espaço de discussão sobre a viabilidade de pessoas que faziam tratamento no CAPS serem encaminhadas para realizar alguma atividade

física no Ginásio. A informação que tínhamos era de que havia inscrições a cada início de semestre, sendo preciso que o interessado entrasse na fila bem cedo da manhã, pegasse uma ficha e aguardasse para ver se havia vaga na atividade solicitada. Entretanto, sempre que algum encaminhado do *Insero* cumpria este procedimento, não conseguia a vaga.

Conversamos durante meses com a coordenação do Ginásio até que construíssemos juntos os critérios de ingresso. Ficou resolvido que, nos meses de março e julho de cada ano, poderíamos encaminhar até cinco pessoas, em acompanhamento do Caps, para as mais diversas atividades e que, depois de escolhida atividade e de a pessoa ter ido algumas vezes, marcaríamos um encontro com a coordenação para conversar sobre a história de vida desta pessoa, formas de convívio e planos de acompanhamento. Isto foi realizado, e, no final do primeiro ano de parceria, levamos uma agenda confeccionada pelo CAPS de presente para a coordenação do Ginásio, bem como um documento atestando que aquele espaço era uma instituição parceira do *Projeto Insero* na reabilitação psicossocial do CAPS Cais Mental Centro. Em março do ano seguinte, quando fomos no Ginásio para reafirmar as combinações, nossa surpresa foi, ao chegar na sala da coordenação, ver na parede o documento de instituição parceira emoldurado e, na mesa, a nossa agenda, sendo utilizada pela gerente do espaço (ver Anexo E). Conversamos sobre o ano anterior, e eles ampliaram o número de vagas, em vez de cinco, passamos a ter dez vagas nas atividades do ginásio, a cada semestre. Esta experiência também nos permitiu constatar a importância da mediação, da discussão e de encaminhamentos adequados para um trabalho de reabilitação psicossocial, que não é apenas com a pessoa que está em tratamento, mas também de esclarecimento da população, que muitas vezes está desinformada, tem preconceito e não conhece a realidade das doenças mentais.

Outro fato interessante e que merece ser mencionado aqui, neste capítulo sobre transmissão, foi podermos observar que a atividade física não era algo transmitido em família: nenhum dos encaminhados já havia tido a experiência de fazer musculação, tai chi chuan, caminhada orientada, isto não

fazia parte de suas histórias de vida, eles nunca haviam sido praticado atividades esportivas e sequer tinham as vestimentas adequadas.

Foi preciso um longo investimento neste sentido, entabulando conversas com os familiares, analisando as possibilidades de conseguir calção, camisetas e tênis adequados à prática de esportes. Em alguns casos de extrema pobreza, buscamos soluções com o pessoal do próprio Ginásio, que se comprometeu na tentativa de, junto aos demais frequentadores, ver quem poderia colaborar com as doações de tênis e calções que não eram mais utilizados, para que os nossos encaminhados pudessem usá-los nas atividades.

O trabalho de reabilitação psicossocial em que acreditamos mobiliza toda uma discussão, reflexão e, ainda, envolvimento para que possa ser efetivado, não se trata somente do mapeamento dos locais existentes e de encaminhamentos, mas de um trabalho de corpo a corpo, de caso a caso, de cotidiano e de detalhe sistemático. Assim, a transmissão que pensamos vai muito além de apenas narrar os acontecimentos, ela abarca poder compartilhar e convidar a comunidade envolvida para participar de cada etapa da reabilitação.

### 7.1.3 MULTIPLICANDO FORMAS DE FAZER INCLUSÃO

Um momento muito profícuo de trabalho e de transmissão que o *Projeto Insere* desencadeou foi quando, ao estar desenvolvendo várias parcerias com instituições da cidade, a fim de possibilitar vagas para pessoas em atendimento nos serviços e de promover a ampliação dos espaços de circulação para a clientela atendida na saúde mental, algumas colegas terapeutas ocupacionais começaram a querer aprender a como fazer o mesmo nos seus serviços e, inclusive, queriam que o CAPS Cais Mental Centro oportunizasse vagas para pacientes de outros serviços nas instituições parceiras.

Pensamos a respeito e avaliamos ser interessante não apenas a disponibilização de vagas, mas a possibilidade de conversar e de montar um grupo de trabalho para isto. No início, o grupo era composto por cinco pessoas e nos encontrávamos uma vez ao mês; depois, o número de profissionais que participam do grupo aumentou para dez, e as reuniões passaram a ser quinzenais. A tática dos encontros era a discussão de casos em reabilitação psicossocial, e fomos percebendo que, assim como os membros do CAPS Cais Mental Centro mapeavam instituições na região do centro e arredores, desde suas demandas de atendimento, seria importante que os membros de outros serviços pudessem também mapear instituições que se situassem nos arredores do seu território de abrangência. Íamos conversando sobre como fazer estas visitas, alertando que o fundamental seria partir das discussões de caso, das necessidades de cada plano de tratamento, para depois buscar a instituição, e não o contrário, sugerindo que poderíamos ir trocando vagas, mas sempre discutindo a importância de que a atividade procurada tivesse relação com a história de vida daquele sujeito em questão. Enfim, constituímos um grupo que surgiu da demanda de vagas existentes, mas que se desenvolveu para uma construção coletiva, de aprender juntos os modos de realizar um trabalho em reabilitação psicossocial na cidade, no território, no caso a caso, a partir da clínica, e não seu inverso.

Este espaço de interlocução foi se ampliando, se consolidando, até que, além dos profissionais, estudantes buscaram abrigo para aprender sobre saúde mental e inclusão. Vários trabalhos de TCC saíram deste espaço de preceptoria e de assessoramento em reabilitação psicossocial, a partir do entendimento de um significado bem particular de clínica da atenção psicossocial, ou seja, buscando espaços de inclusão desde a história de vida de cada sujeito em acompanhamento, e não o seu inverso, buscar vagas e incluir nas oportunidades existentes. Aliás, clínica que se diferencia, completamente, da mera busca por vagas e de uma mera resposta ao imperativo “inclusão acima de tudo”, pois compreende um trabalho que envolve todos como atores,

cada um desde suas especificidades e desde aquilo que sua instituição pode agregar ao plano de tratamento ou à discussão do caso em questão.

Vamos trabalhando, por um lado, para construir possibilidades de abertura dos espaços sociais e de ampliação do debate, abarcando outros setores além da saúde mental, e por outro lado, para refletir e desconstruir as barreiras que se façam impeditivas deste processo, em virtude da falta de informação. Entendemos ser inadmissível que, em pleno século XXI, ainda estejamos engatinhando neste processo de abertura destes espaços e de ampliação das discussões, mas acreditamos que, passo a passo, transmitindo nossos valores e o que acreditamos, estejamos construindo um caminho sem volta na direção da inclusão social.

## **7.2 AUTORIA COMO EXERCÍCIO DE EXPERIÊNCIA E DE TRANSMISSÃO**

Ao longo destes anos de trabalho, compartilhamos a constatação de que algo acontece com aqueles que se comprometem com os dispositivos criados através do *Projeto Insere*, como os espaços coletivos da *Oficina de Imagens* e do *Cinema em Debate*, os cursos do *Projeto Capacitar*, dentre outros. Nas diversas atividades desenvolvidas, observamos que a possibilidade de, ao participar do dispositivo, se relacionar com os colegas, aprender a conviver, aprender a executar uma atividade e se encarregar das tarefas a ela relacionadas é algo que vai se armando, imprimindo marca no que está sendo realizado, deixando um jeito de fazer próprio e reconhecido pelo grupo. Temos chamado isto de autoria. Tornar-se autor de um ato, de um gesto, de uma frase, de uma ideia, tem nos feito pensar, tem nos colocado em relação às atividades que desenvolvemos de uma forma compromissada com a mesma, conferindo efeitos de transmissão.

Com isso, queremos dizer que o autor a que nos referimos não é aquele que escreve ou que produz uma obra, mas aquele sujeito que se constrói em

um espaço coletivo, que se descobre a partir de seu ato e que é reconhecido desde o que produziu. Este lugar de autor a que estamos nos referindo postula, para a sua existência, de um destinatário, capaz de reconhecer o ato realizado. Não é algo apreensível no primeiro momento, mas que pode ser verificado por seus efeitos em um *a posteriori*. Este lugar de autoria depende de um exercício, de uma experiência, e se sustenta através de uma transferência.

Podemos aqui narrar uma cena que ocorreu na *Oficina de Imagens*, quando filmávamos o filme “Beigia”. Estávamos todos na sala da Oficina, revendo as cenas gravadas e pensando em como editá-las, quando aparece a cena de T. conversando com M. Ao vê-la, eles dizem que a cena tinha sido gravada por P., e todos riem. Como o grupo soube disto? Como lembrar quem gravou uma cena se vários dias já tinham se passado? A possibilidade de identificação resulta do fato de que P. tem um jeito próprio de filmar, cria sequências diferenciadas com a câmera, filma desde os pés, vai subindo e dá um closet no rosto do personagem. Um estilo próprio, que no grupo já é reconhecido e também apreciado. Muitas vezes, eles elegem P. para filmar, em função de sua técnica personalizada.

Em outra ocasião, revíamos uma cena que havia sido captada para o filme “Mãos que fazem”, durante um passeio pelo parque da cidade, e na qual aparecia um trabalhador que, com a britadeira nas mãos, furava o asfalto em plena rua movimentada. Depois de um tempo revendo esta cena, R. diz: “vamos excluir a cena, fui eu quem filmou e ficou muito tremida, eu tremo muito por causa da medicação, não ficou nítido” (sic). Mas, logo a seguir, alguém do grupo retruca: “pois eu acho que ficou ótimo, parece que a filmagem está de acordo com o tremor do chão e barulho da britadeira” (sic). R. se reconheceu como sendo quem tinha filmado a cena, pelo tremor da câmera. O grupo não só afirma esta autoria de R., como, ainda, agrega valor à sua filmagem, tentando dar sentido à sua mão que treme. Depois disto, quando saíamos para filmar na rua, R. dizia: “quando precisar eu filmo, mas vai ficar meio tremido tá?” (sic). E foi assim que, no final deste filme, o grupo

planejou utilizar uma cena filmada por R. para dar a ideia de “mãos que fazem”, dizendo: “tremem por que fazem”.

Ao evocar atividades relacionadas à produção deste filme, também vem a lembrança de um participante que ajudou a realizá-lo e que foi fundamental em sua edição. Dois anos depois, a *Oficina de Imagens* foi à Assembleia Legislativa para apresentar outro filme que havia sido realizado, e encontramos este participante, que tivera alta do CAPS e que trabalhava na Assembleia, naquele momento. Quando nos encontra, ele diz: “e nosso filme, *Mãos que afagam*”? Um ato falho muito significativo, pois o filme chama-se “Mãos que fazem”.

Vida, relações, produção: um tripé que se amalgama, tornando seus componentes indistintos, quando se trata da participação nos espaços terapêuticos da reabilitação psicossocial ligados ao *Projeto Insere*. Ao participar, se relacionar, falar de si, se reconhecer enquanto membro de uma coletividade, cada um vai se construindo enquanto pessoa, enquanto cidadão, enquanto autor de uma história, da sua história, que vai sendo escrita no dia a dia, com mais oportunidades de participação, de inclusão social e, conseqüentemente, de autoria.

Nesta via, recordamos um momento na atividade do *Cinema em Debate* que pode ilustrar tal autoria: era quinta pela manhã, sala Paulo Amorim na Casa de Cultura de Porto Alegre, chovia muito, e nós organizadores pensávamos que teríamos pouquíssimos participantes naquele dia, em que seria exibido o filme *Ray Charles*.

Quando vimos S. chegando, levamos um susto, ela trazia muitos convidados – o pessoal da Igreja Universal, que ela frequentava – para assistir ao filme. Eles haviam feito pipoca e as levaram para distribuir para todos. Lotaram a sala, e o debate foi muito participativo, com troca de ideias e de experiências. S. foi à frente e disse: “hoje trouxe meus amigos, divulguei nossa atividade e disse que aqui aprendemos muito uns com os outros, pensei que vocês não achariam ruim. O filme de Ray Charles diz muito de uma vida que

pregamos na igreja, de superação e ajuda mútua, obrigado por este espaço” (sic).

Pensamos que S., ao participar sistematicamente desta atividade, sentiu-se parte dela e pode estender o convite a seus amigos, pois se sentia também autora destes encontros e parte desta organização. Refletimos muito a respeito deste ato de S. e avaliamos que a atividade, quando “adotada” pelos participantes, passa a fazer parte de seu contexto e propicia que sejam também autores da escrita desta história.

Um momento também muito significativo foi o da confecção da música do filme “Beigia”. P. sugeriu que ele tocasse violão e pediu que cada pessoa falasse uma palavra. Reunindo as palavras ofertadas pelos participantes do grupo, ele foi montando uma letra de música muito criativa, cuja autoria era de P. e do grupo. Filmamos todos cantando e P. tocando e incentivando o vocal do grupo, o que trouxe uma sonoridade toda própria para o filme.

A autoria implica, então, lugar de endereçamento, desde seu caráter inconsciente, e se instaura na medida em que existir quem testemunhe e compartilhe o ato realizado. Isto pode ser ilustrado pelas palavras de B., participante do curso de aprendizagem *Capacitar*: “olha, quero agradecer todos vocês que criaram este projeto, que estão reerguendo minha existência, com cada pequena vitória alcançada, desde criar, falar em público... coisas que nunca pensava que ia fazer, estão sendo o perfeito lastro, certamente para sonhos bem maiores. É, estão ainda em processo de gestação, vão se plasmar, crescer e irromper todos no momento certo” (sic).

Aquele que passa pela experiência de participar de espaços de inclusão acompanhado e que – podendo refletir sobre seus atos e, até mesmo, passar a perceber-se ocupando um lugar simbólico – vai armando um lugar fálico perante seus familiares e colegas e, ao mesmo tempo, vai ocupando lugares de transmissão possíveis, lugares que vão sendo oportunizados no dia a dia do seu curso, do seu trabalho, de suas relações e, num *a posteriori*, constata que, sem mesmo dar-se conta, foi se instrumentalizando para ocupar este lugar.

O *Projeto Capacitar* está qualificando sua terceira turma de alunos para trabalho formal. T., que se formou na primeira turma e que está há um ano e meio trabalhando efetivado na empresa, se disponibilizou a vir conversar com os alunos da segunda turma que estavam quase chegando na sua formatura. Nesta ocasião, T. lhes disse:

Sabem, no começo sentia um frio na barriga, minha perna ficava mole, achava que não iria suportar, mas ai pensava nas aulas, nas falas do professor Rodrigo do Senac, nos auxílios das terapeutas aqui do Capacitar e fui indo, agora até ensino meus colegas e venho aqui falar com vocês, agora me sinto sabendo o que estou fazendo, e se erro peço desculpas e sigo em frente, estou pensando em voltar a estudar e completar o ensino médio (sic).

A. Costa (1998), na introdução de seu livro *A ficção do si mesmo*, nos auxilia a refletir sobre os temas que, aqui, nos interessam abordar – história, experiência e tempo –, quando, ao analisar um filme de Milcho Manchevski, intitulado *Antes da chuva* -, ela destaca que:

um dos temas do filme é essa referência ao tempo e à história, nessa ambiguidade entre autoria – ser sujeito numa atividade – e o lugar determinado pela cultura da qual se provém [...] Desta maneira temos por um lado o tempo - passagem, mudança, diferença de lugares, de contextos, a aparente atividade - e por outro, o determinismo de uma repetição - a aparente passividade [...] a posição de passividade não está fora da cena da qual participa” (1998, p. 11).

Com isso, pensamos que, ao participar destes espaços de inclusão, ao implicar-se através das atividades, vai sendo construída uma história, condição para que uma experiência se produza.

### 7.3 ESPAÇOS DE INTERLOCUÇÃO NA CIDADE E COM A CIDADE

Conforme explanado nos capítulos anteriores, os espaços da cidade, o território onde as pessoas circulam e se encontram, são elementos

considerados fundamentais para a mediação e a inclusão social de sujeitos com transtornos mentais graves. Entretanto, para que a inclusão opere, faz-se necessária a interlocução, a abertura de diálogo e de trocas com as pessoas que habitam estes espaços, no intuito de construir o processo inclusivo em direção à reabilitação psicossocial. Cada vez mais, os espaços sociais e o âmbito cultural complementam as práticas em saúde mental, agregando valor ao trabalho na clínica de reabilitação. Uma vez constatado isto, traremos recortes de espaços de interlocução da cidade e com a cidade, evocando os lugares onde fomos apresentar os dispositivos que sustentamos na prática cotidiana deste trabalho de inclusão, apresentando-os em certa relação de autoria e de processo de sustentação dos mesmos.

Na Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, existe um espaço chamado *Rodas de Conversa: articulando Psicanálise e Saúde Coletiva*. Fomos convidados a apresentar, na 3ª Roda de Conversa, o tema *Construções em oficina: da produção de imagens a produção de si*, trabalho realizado pela *Oficina de Imagens* do CAPS Cais Mental Centro em parceria com a UFRGS, na pessoa da professora Simone Moschen.

Neste encontro, relatamos a experiência da *Oficina de Imagens*, enfocando o trabalho com a linguagem fílmica como campo e forma de expressão e enfatizando que a relação com a linguagem foi o elemento que reuniu profissionais do serviço, estagiários de graduação e professores da UFRGS, além de pessoas que realizam tratamento no serviço e se engajaram na proposta de uma oficina que tem como objetivo abrir um canal de expressão para os envolvidos, através da produção de narrativas, cenas e filmes, propiciando que ensaiem as possibilidades de habitar um espaço comum, sem se ver engolfado ou perseguido por ele.

Nesta conversa, foi apresentado que o trabalho é acompanhado por uma escuta clínica sutil e delicada e pelo compartilhamento das produções. Formou-se realmente uma roda de conversas, na qual os participantes perguntavam, contavam também suas experiências e traziam ideias para

compor o trabalho da Oficina. Passamos um filme realizado pelo grupo da *Oficina de Imagens*, e foi levantada a questão de como desenvolvíamos a atividade e como editávamos um trabalho que se mostrava “tão minucioso e repleto de detalhes”. Outras indagações foram surgindo: o modo como trabalhar com as imagens e sua ficção, na clínica de psicóticos, se esta é a questão nodal destes sujeitos; como fazíamos a mediação da relação ficção-realidade, a partir das ideias coletivas. Foi um encontro de conversa e de troca de ideias bem frutífero, do qual o grupo da oficina saiu com várias questões para pensar e os participantes da roda de conversa puderam exprimir suas questões. Posteriormente, duas pessoas presentes neste encontro solicitaram conhecer pessoalmente a atividade no CAPS, e uma delas desenvolveu uma pesquisa sobre a possibilidade que as tecnologias de comunicação e de informação oferecem no âmbito da saúde mental. Trabalho que foi desencadeado pela discussão na roda de conversa da ESP e que, após meses de escrita e de intervenção na oficina, possibilitou a organização de um espaço de troca e de reflexão bem interessante para os coordenadores da Oficina, e para seus participantes também.

Entendemos que um lugar de grande importância para a questão da transmissão é o espaço acadêmico em que circulam estudantes e pessoas em formação, pois é neste início de vida profissional que muitas questões se apresentam, questões que irão sendo desenvolvidas ao longo da vida laboral. Foi no Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, após havermos apresentado o trabalho realizado no CAPS Cais Mental Centro – enfocando *Oficina de Imagens*, mas enfatizando os movimentos que achávamos interessante serem destacados na reabilitação psicossocial – que um grupo composto por estudantes de psicologia e de terapia ocupacional veio conversar sobre a possibilidade de apresentarem nossos filmes em um encontro que eles estavam organizando de saúde mental e processos antimanicomiais, chamado *Cine Eneama*.

Primeiro, conversamos com os membros da Oficina. Quando ficou decidido que aceitaríamos o convite, iniciamos o trabalho de ler sobre o

evento e saber ao que se propunha, buscamos sites, construímos juntos, na Oficina, um texto para apresentar nosso grupo e o que fazíamos, elegemos os filmes que iríamos apresentar (*Cinema em debate, Imagens de Paulo Bueno, Beigia, Mãos que fazem, Nossas vidas e Cadê o AT*) e escrevemos a sinopse de cada filme, para constar no folder de divulgação.

Foi um trabalho muito rico para o nosso grupo, na Oficina, que precisou rever os filmes, explicar as atividades realizadas e escrever sinopses objetivas, além de ter que se organizar para estar no evento e, ainda, falar sobre o que fazíamos. Assim como o foi para os estudantes que lá estavam, vendo que reabilitação se faz de uma forma criativa, com participação ativa dos que se tratam e, mais do que isto, com produções interessantes e que tem um valor terapêutico, podendo ser compartilhadas no social.

Com isto, avaliamos que reabilitação psicossocial é um movimento moebiano, que implica ora trabalhar no dentro, com as questões mais singulares, com as questões da clínica, ora compartilhar no social o que produzimos e de que forma produzimos. Após o encontro do *Cine Eneama*, F. disse: “Se não tivéssemos trabalhado durante dois meses nestes textos e nas nossas conversas, eu não entenderia o que dizer para aquele monte de gente lá, agora vi que é importante pensar e ter o que falar, assim fica mais fácil participar e se sentir parte do que está acontecendo” (sic). Em outro momento, V. assim se manifestou: “Sabe, sempre quando vou num lugar, me sinto diferente, estranha, lá vendo nosso trabalho, e depois falando dele, achei que estava sendo até mais importante do que eles, me senti diferente, mas para melhor” (sic).

Pensamos que as atividades de reabilitação psicossocial que o *Projeto Insere* desenvolve podem abarcar tanto os espaços de interlocução *com a cidade*, no sentido de desmistificar o lugar do louco e da loucura, quanto os espaços de interlocução *na cidade*, realizando um trabalho de transmissão do modo como cada um que faz tratamento pode voltar a habitar os espaços sociais sentindo-se parte dele e contribuindo para a discussão que o social

impõe a quem nele quer circular. Nestes anos de trabalho com a inclusão, temos observado que é mais difícil a sociedade aceitar e permitir que o diferente habite os espaços sociais do que as pessoas que fazem tratamento se sentirem confortáveis nestes espaços.

Outro momento que foi muito rico em termos dos efeitos que gerou foi a visita de todos os participantes da *Oficina de Imagens* ao Curso de Especialização do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, da Faculdade de Educação da UFRGS, para apresentar aos alunos e residentes o trabalho realizado pela Oficina.

Quando chegamos à sala de aula, o grupo de alunos já se encontrava reunido com a professora Simone Moschen, com Marieta Madeira, Ana Flávia e Maíra Brum, conversando sobre oficinas terapêuticas. Entramos e, para iniciar, cada um se apresentou. Simone Moschen explicitou o porquê daquele encontro, informando que os alunos estavam aprendendo o que são oficinas terapêuticas, que eles iriam trabalhar em serviços com oficinas e que nosso relato poderia ajudá-los a pensar o seu trabalho. Tendo perguntado como funcionava o nosso grupo da *Oficina de Imagens*, T. responde que nos encontramos toda segunda pela manhã, das 9 às 11h 30min. P. diz que conversamos, filmamos e que inventamos filmes para depois editar, partimos de conversas, e depois as coisas vão surgindo. E. usa os termos professor, aluno, diretor para falar que precisa um professor para ensinar, mas que logo o aluno já começa a dar ideias e fazer junto com o professor, aí a ideia fica sendo de ambos.

Quando E. diz isto na sala de aula, não compreendo bem o que ela quer trazer para o grupo de alunos, mas depois, quando anoto isto no relatório que sempre fazemos após os encontros da Oficina, me vem a questão de E. ter sido professora e sempre manifestar que queria muito que seus alunos aprendessem.

É perguntado pelos alunos residentes por que fazemos filmes, o que queremos mostrar aos que assistem a nossos filmes? T. fala que pensamos em

passar alegria e também emoção. P. diz que vamos fazendo, gravando, e que o resultado sempre é diferente do que achávamos, depois acrescenta: “passamos o que sentimos, mas no final, acaba sendo um sentimento de todos, é super divertido fazer filmes, agora consigo me ver melhor” (sic).

Simone Moschen pergunta como é se ver na tela, como é se ver no filme? E. declara que é difícil, que se acha mais gorda, fica com vergonha, mas ao mesmo tempo gosta também. M. ri, abaixa a cabeça e fica quieta, logo confessa que sente emoção, que seu coração bate mais forte, que gosta de se ver. P. diz que a imagem nunca é bem como nos vemos, pois a imagem aparece invertida, distorce quem se é.

Sugerimos passar o filme *Cadê o AT*, do qual haviam participado todos os que estavam ali, e P. solicita que se exiba, também, o do cigarro, que ele fez em 2006: *Imagens de Paulo Bueno*.

Após este encontro na universidade, conversamos muito sobre aula, educação, voltar a estudar, aprender, em como eles tinha podido falar para alunos se nem mesmo tinham terminado o ensino médio? Sim, o encontro gerou muita conversa e reflexão para o trabalho da Oficina. Pensamos que, ao ir até a universidade, tínhamos como objetivo poder falar para os alunos sobre como trabalhar em oficina, mas esta visita representou muito mais para o grupo da *Oficina de Imagens*, pois acabou abrindo novas perspectivas de discussão.

No trabalho de reabilitação psicossocial que o *Projeto Insere* desenvolve, não há um procedimento de trabalho estabelecido *a priori*. A ocupação dos espaços da cidade – tanto para que os que são acompanhados possam se inserir, como dos locais aonde vamos levar nossas produções e compartilhá-las – podem ocorrer a partir de um convite, de uma ideia do grupo, da necessidade de determinado caso clínico ou de uma temática e contexto com o qual estamos participando. Também não é a transmissão do que fazemos uma marca do trabalho: em alguns momentos, usamos os espaços da cidade para buscar ideias, solicitar auxílio ou mesmo apenas oxigenar nossas arestas para

eventuais empreitadas maiores. Neste trabalho, aposta-se no acompanhamento das pessoas em seus caminhos, sendo o elemento que nos agrega a possibilidade de inclusão social e as construções e interrogações que o trabalho produz.

#### 7.4 TRANSMISSÃO E CLÍNICA

Pensar transmissão e clínica só se faz pertinente se a transmissão que propomos ocorra no desdobramento da experiência clínica. É a partir da clínica que a transmissão pode operar, e é na reflexão desta experiência que colhemos os efeitos de uma transmissão.

O desenvolvimento do trabalho do *Projeto Insere* na inclusão e na reabilitação psicossocial implicou importantes efeitos de formação para os profissionais de saúde, tanto daqueles que se ocupam da intervenção cotidiana no CAPS Cais Mental Centro, como de profissionais que atuam nos diversos espaços de atendimento em que o Projeto, suas intervenções e sua forma de trabalho puderam ser apresentados e discutidos.

Observamos que o *Projeto Insere* e o grupo de profissionais que a ele está associado têm funcionado como referência, na discussão sobre o trabalho de reabilitação psicossocial, para diversos profissionais e serviços de Porto Alegre.

Vale ressaltar que as oportunidades de apresentar, nos serviços de atendimento clínico, nos seminários e na universidade, as atividades desenvolvidas no *Projeto Insere* propiciam um contato com a materialidade de um trabalho que tem produzido efeitos interessantes nos profissionais: deslocando os participantes, que fazem tratamento e são acompanhados em reabilitação, da posição passiva de doente e permitindo reconhecê-los na posição de autores de seu fazer, ativos em seus planos de futuro e construtores de uma inclusão social que não exclui as mazelas que este social

traz consigo, mas, antes, os coloca em relação a isto e os faz decidir, questionar e se reposicionar.

No CAPS Cais Mental Centro, foi instituído um espaço semanal de discussão acerca dos impasses, potencialidades e características do trabalho de reabilitação psicossocial. Assim, antes da reunião de equipe, são discutidos os casos clínicos e as indicações de espaços da cidade pertinentes para complementar o plano terapêutico. São trazidas questões e dúvidas de como encaminhar e se é o momento de fazê-lo, como trabalhar determinado encaminhamento, qual a mudança no plano terapêutico a partir desta abertura para o social, quais as legislações em vigor e como entendê-las para que ganhem vida no cotidiano de cada caso.

Após estes encontros, muitos residentes e estagiários procuram os profissionais para uma conversa mais particular, com o objetivo de receberem mais detalhes e informações de casos específicos, vislumbrando um possível trabalho de inclusão. Avaliamos que este seja um espaço profícuo de abertura para uma clínica da reabilitação psicossocial e que nasceu a partir das discussões sobre o *Projeto Insere* e suas ações, especialmente porque se trata de um espaço que foi criado para ampliar a discussão das questões referentes a reabilitação psicossocial e possibilitar que sejam compartilhadas. Os resultados acadêmicos de tais discussões se encontram descritos no Anexo F.

## 8 MOMENTO FINAL

o resultado da soma das funções não é simplesmente a soma de seus elementos, mas a soma final produz uma identidade nova que não sabemos, ainda, definir

(B. Saraceno, *Libertando identidades*)

É chegado o momento de propormos algumas ideias a partir das questões discutidas até aqui. Não pretendemos concluir ou mesmo elaborar uma formulação última. Pensamos, assim, ser importante e pertinente finalizar esta etapa apresentando o estado atual que nossas formulações alcançaram.

A possibilidade exercida pela função temporal neste tempo de finalizar é de capital importância, já que é ela que produz efeitos determinantes tanto para a abertura de um escrito que nos acompanha há quatro anos, como para seu fechamento, perfazendo um ciclo e introduzindo um momento final.

Finalizar um escrito é tarefa difícil; para não dizer de grande angústia. A sensação é ora de vazio, pelo motivo de se ter produzido muitas páginas, nas quais se vê transposto para o papel parte das questões e interrogações que inquietam e desassossegam o cotidiano. Mas há, também, a sensação de que algo ficou por dizer, de falta da continuidade do que ainda se desdobra no

fazer diário, no que ainda se movimenta da prática. Compreendemos, portanto, que assim se iniciaria outro texto.

Contudo, é um momento árduo que necessita coragem, disponibilidade e despreendimento deste provável encontro com a morte do escrito. E frente a isto é impossível ficar indiferente.

Escrever, apesar desta sensação, trabalhar para que este tempo de finalizar se dê, é trazer para a cena deste último capítulo os elementos que, ao longo da tese, foram se repetindo, se presentificando de diferentes formas neste percurso longo, muitas vezes solitário, mas de extrema potência para a prática exercida no dia a dia de trabalho. Vamos, então, ao encontro do que se fecha neste tempo de finalização.

Uma das questões apontadas nesta tese diz respeito à busca de espaços de interlocução com o campo teórico. Entendemos que, no trabalho desenvolvido, no campo da atenção psicossocial, com sujeitos com transtornos mentais graves é preciso adotar uma posição de resistência ao trabalho automatizado, sem reflexão e em que, muitas vezes, se é impelido pelo esforço em *auxiliar* ou *resolver*. Forçar e esgarçar o tempo com momentos de investigação, pesquisa e análise da prática exercida viabiliza uma suspensão, parada para interlocução que oxigena o trabalho e possibilita dar-lhe novos rumos.

A escrita desta tese oportunizou, de diferentes formas, esta suspensão: as saídas para a Universidade, a leitura de textos e artigos referentes ao tema, a discussão com professores e colegas de *fora* do contexto saúde mental, bem como as paradas para escrita dos trabalhos acadêmicos e de artigos para publicação, as apresentações do que se estava pesquisando. Todos estes momentos são extremamente férteis para que uma prática possa ser repensada e oxigenada. Pode parecer um comentário óbvio, mas não o é para os profissionais envolvidos neste campo e, principalmente, para aqueles comprometidos com seu trabalho. Estes espaços de interlocução modificam – e em muito – o modo de ver e de fazer a prática.

Para que haja interlocução é preciso encontrar um estilo próprio de dizer, mas com engajamento e implicação naquilo que é contado e produzido. Trata-se de um processo dinâmico, em transformação e em busca de compartilhamento, e que revela um estilo próprio, mas em relação transferencial com o interlocutor, possibilitando que este possa estar em continuidade com o pensar a experiência como experiência de discurso, se consideramos a transferência como o motor para que uma experiência de transmissão possa operar.

Na presente tese, dedicamo-nos a problematizar questões relativas ao trabalho com a psicose, nos perguntando: Como é possível, nas atividades laborais desenvolvidas em um serviço de saúde mental, pensar a inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais graves? Esta questão se fez presente ao longo da escrita e sempre continuará sendo uma interrogação, pois entendemos que a inclusão de cada sujeito atendido deve ser realizada de forma artesanal e única, a partir da sua história de vida e dos sintomas apresentados.

O que podemos constatar, neste momento de finalizar, é que existem critérios que não podem ficar de fora nesta tentativa artesanal de trabalho com a inclusão social destes sujeitos. É preciso priorizar a singularidade de cada sujeito e o tempo necessário para que cada um encontre o seu modo e lugar possível de se incluir, escutando também os sentimentos dos familiares e acompanhando os movimentos para fora, tanto das instituições de tratamento quanto do próprio contexto familiar. Deve-se ter em conta, ainda, que o trabalho de mediação do profissional da atenção psicossocial junto aos espaços da cidade é de extrema importância. É nesta função de mediação entre os espaços da cidade e os sujeitos atendidos que acreditamos estar o diferencial de um trabalho de inclusão que contribui para que os envolvidos nesta parceria tenham outra compreensão da doença mental, para que lhes seja possível reconhecer o funcionamento psíquico e social deste sujeito que será acolhido na sua instituição. É nesta mediação e acompanhamento que o

“artesanal” estará sendo construído de forma a priorizar singularmente cada sujeito e considerando o espaço que o acolhe.

O que mais tem nos chamado atenção neste trabalho artesanal, quando se trata de conversar com pessoas que não trabalham na área da saúde mental ou que não tem qualquer conhecimento sobre os transtornos psíquicos, é verificar o quanto ainda há de mistificação e de preconceito e o quanto suas atitudes tendem a sofrer significativa modificação depois do contato e do convívio com sujeitos com transtornos mentais graves, a ponto de verbalizarem: “como ele está bem, pode sim trabalhar e ter 8 horas, aqui parece normal”. Isto é interessante, sobretudo, porque é no dia a dia, no desenvolvimento do trabalho, na convivência, que vão aparecer as limitações, fragilidades e gravidade psíquica destes sujeitos. O que não impede que se incluam, trabalhem, convivam. Eles, apenas, precisam de auxílio para desenvolver as tarefas, necessitam de supervisão e acompanhamento para que não desistam de suas atividades. Como parecem bem, não tendo um rosto sindrômico ou uma deficiência física aparente, é difícil a percepção das limitações e das seqüelas psíquicas. Assim, a mediação do profissional que acompanha o caso é de extrema importância: é preciso conversar sobre como a estrutura psicótica age na vida psicossocial deste sujeito e como as instituições parceiras são importantes para a sua inclusão, sem desconsiderar ou reduzir as restrições que tais sujeitos apresentam. Este é um trabalho minucioso e de extrema responsabilidade, devendo ser efetivado pelos trabalhadores que se ocupam da inclusão social.

Uma questão que aparece na configuração deste trabalho de tese refere-se à relação transferencial. A posição que o profissional assume em relação tanto ao sujeito atendido quanto aos espaços da cidade que vão incluir estes sujeitos é que parece dar um estatuto todo particular ao trabalho de inclusão artesanal que aqui propomos. Da mesma forma que há, em cada sujeito acompanhado, algo que faz “engate” com a possibilidade de voltar a ter uma atividade, de produzir algo diferente nesta trajetória estanque que decorre do adoecimento, também é necessário, por parte daqueles que sustentam este

trabalho de inclusão social, a aposta e o desejo de que estes espaços da cidade operem como possibilidades de aberturas de vida e de aprendizagem neste processo. Trata-se de uma construção coletiva que está em jogo, construção que oportuniza romper com a inércia, com o ócio, com o que se repetia nas intermitentes interações. Uma construção que tem um objeto comum, que opera como ponto central para os envolvidos nesta inclusão artesanal: a aposta e o desejo de que este movimento seja significativo na vida do sujeito acompanhado. Assim, é a relação transferencial entre a equipe que acompanha este sujeito, sua família e ele próprio que, a nosso ver, viabiliza esta construção em processo contínuo.

Nesse sentido, a transferência é uma marca identificatória, e é a partir desta marca identificatória que acreditamos ser possível um trabalho de construção das condições para uma inclusão social artesanal. É, também, numa marca identificatória que uma transmissão pode acontecer. A transmissão opera não só com um conjunto parcial de saberes, mas a partir daquilo que os outros souberam acumular com antecedência.

Neste momento, voltamos ao ano de 2002 e constatamos que, quando denominamos o *Projeto Insere*, não tínhamos como prever que esta escrita nos levaria a pensar sobre sua nomeação. Isto se deve ao fato de que, num percurso de vida, as experiências estendem fronteiras e apenas num *a posteriori* se apresenta a atribuição de um sentido, que pode se definir a partir de uma transmissão e que fará sua inclusão numa série.

Sempre deixávamos claro, quando nos referíamos ao nome do *Projeto Insere*, que não se tratava de uma inclusão em série, mas hoje, neste momento final, retorna a ideia de que o trabalho desenvolvido aos longos destes anos do *Insere* tem a ver com isto, deixar de estar só, fazer uma inclusão numa série, ocupar um lugar de compartilhamento, de inclusão. Já estava lá, mas é somente após o exercício de reflexão que uma tese propicia que algumas questões ressurgem com sua potência.

A multiplicidade de aspectos envolvidos em uma inclusão artesanal coloca em cena um tensionamento que diz respeito às possibilidades de cada um ocupar determinado lugar nesta construção: Como lidar no espaço clínico/terapêutico com as injunções que este fora dos espaços de convívio familiares ao sujeito colocam em cena para os psicóticos? Como acompanhar e sustentar as inúmeras dificuldades que o convívio diário, com regras e horários, e o mundo competitivo das relações apresentam?

No andamento do processo de construção desta inclusão, fomos aprendendo que a discussão do caso em equipe interdisciplinar, o acompanhamento familiar, as reuniões sistemáticas com as instituições e as reavaliações do plano de tratamento eram partes fundamentais do processo e auxiliavam a diminuir o tensionamento presente no mundo do trabalho.

Foi ao criarmos o *Projeto Piloto Capacitar* como mais uma das ações do *Projeto Insere* que percebemos a importância que teria, para a inclusão social, o comprometer todos os envolvidos no processo, quais sejam: terapeutas de referência, funcionários das instituições parceiras, familiares, equipe técnica do *Capacitar*, professores da empresa executora do curso de qualificação. Não se trata apenas de o profissional que acompanha o caso estar de acordo com a inclusão ou que tenha sido ele quem a encaminhou. É necessário comprometimento e responsabilidade com esta etapa do tratamento. Comprometimento que passa por avaliar os horários de ingestão das medicações, para não que não produzam sonolência no período vespertino, pela disposição para prestar o atendimento em horário inverso ao de trabalho do sujeito em acompanhamento, pela disponibilidade para o acompanhamento sistemático intensificado, na medida em que o estresse provocado pelas atividades de inclusão tende a reagudizar os sintomas e, também, pelo compromisso em prestar informação e acompanhamento aos familiares, durante o processo de inclusão, oferecendo esclarecimentos sobre as limitações e possibilidades, a importância da medicação e do tratamento, a negociação com o sujeito nos momentos de divergência, dentre outros.

Entendemos que não se trata apenas de conseguir na instituição uma vaga para inclusão, tampouco de o sujeito atendido querer trabalhar, mas da articulação de diferentes variáveis, que devem ser discutidas e acompanhadas entre os atores envolvidos. Percebemos que acompanhar nesta modalidade de inclusão artesanal como estamos chamando este trabalho é bem mais do que atender semanalmente, mas, sim, fazer parte do processo como um todo, conversar com a professora do curso, com o gerente da loja, com os familiares, com os terapeutas, estar atento aos detalhes que vão se apresentando no cotidiano de cada um que está retomando suas atividades laborais. Trata-se então de uma tarefa que envolve muito trabalho e disposição.

Na avaliação da primeira edição do *Projeto Piloto Capacitar*, verificamos que seria preciso intensificar o compartilhamento na condução do trabalho e refletir sobre os modos de parceria com os terapeutas que assistiam a cada aluno. Ao longo do curso, observamos que alguns alunos estavam entrando em estresse e apresentando reagudização do quadro sintomático. Nestes casos, impunha-se que a equipe médica que assiste ao aluno realizasse sua reavaliação. Embora tenham sido feitos contatos com os terapeutas, os resultados não foram efetivos do ponto de vista do entendimento da combinação *crise x estresse provocado pela expectativa de trabalho x acolhimento das questões desencadeadas*.

Considerando que cada sujeito que ingressa no *Projeto Piloto Capacitar* pode vir de uma equipe de saúde mental ou instituição de saúde, são muitos os profissionais que se ocupam dos atendimentos destes pacientes/alunos, sendo preciso envolvimento e comprometimento com esta responsabilidade, que não é pouca. O que podemos avaliar é o despreparo destes profissionais para lidar com as medicações, esbatimento de crise e obrigações do sujeito perante exigências do trabalho formal. Despreparo não no sentido pejorativo, pois decorre do fato de se tratar de uma prática nova no âmbito da atenção psicossocial, exigindo de todos nós, que trabalhamos neste setor, a discussão constante, a reflexão e a qualificação.

Foi preciso pensar nos modos como desenvolver o trabalho junto a estes profissionais, em como aproximá-los do Projeto e, concomitante, dos grupos de discussão sobre trabalho formal e inclusão social, bem como refletir sobre formas de atendimento que contemplassem o novo momento que se apresentava a partir da conjugação paciente/aluno/profissional/sujeito.

A equipe técnica do *Projeto Piloto Capacitar* avaliou também que precisa estar preparada para auxiliar a equipe de terapeutas assistentes a perceber que a expectativa de trabalho formal pode gerar sofrimento e estresse, desencadeando crises. Mediando a relação do médico assistente com o aluno trabalhador, temos verificado que esta mediação se impõe como um grande desafio no cotidiano de nosso trabalho.

Já o acompanhamento dos familiares necessita ser mais sistemático e o comprometimento efetivo dos familiares deverá ser uma condição para que o aluno permaneça no curso. Na primeira turma, alguns pais não conseguiram entender a aprendizagem como um processo, nem que a contratação dependeria de critérios a serem alcançados e de determinadas condições: como o desempenho do aluno durante as aulas teóricas e práticas, vaga na empresa, entre outros. Havia pais que, no final do curso, ficaram ansiosos, gerando momentos difíceis para todos, pois não compreenderam a necessidade de assinatura da demissão de aluno-aprendiz para a sua, posterior, contratação como trabalhador efetivo. O grupo de técnicos acompanhou os familiares de várias formas, neste momento: em reuniões mensais, oportunizando um grupo focal com psicóloga; reuniões quinzenais, nas quais se buscava que fossem compartilhados os sentimentos de cada familiar sobre a finalização do curso; e também em atendimentos individuais, quando era constatada a necessidade de um espaço mais individualizado para tratar questões específicas de um familiar, em especial.

Pode-se perceber que, mesmo com o acompanhamento durante toda capacitação/aprendizagem, realizado por profissionais capacitados de diferentes áreas e por diferentes instituições, bem como apesar da constante

interlocução com familiares, ainda assim, dos nove alunos que concluíram a primeira turma do *Projeto Piloto Capacitar*, cinco apresentaram reagudização de alguns sintomas relativos ao seu transtorno, sendo estes tratados por seus terapeutas assistentes.

Observamos que esta avaliação é um recorte do olhar técnico, ainda necessitando que a ela se agregue o impacto que o curso e o ingresso no mercado de trabalho formal causaram na vida dos alunos, sob a perspectiva deles próprios e de seus familiares. No entanto, podemos constatar que, durante o desenvolvimento do curso, os alunos intensificaram suas atividades sociais com familiares e colegas, alguns começaram a auxiliar nas despesas domésticas, a poupar parte dos seus salários e a fazer planos futuros, tendo passado a se ocuparem de tarefas delegadas por familiares que, até então, não acreditavam que poderiam assumir – por exemplo, cuidar de irmãos menores –, de modo que, aos poucos, foram adquirindo também um novo espaço no seio familiar.

O relato destes alunos, hoje trabalhadores, tem sido no sentido de que estão conseguindo se organizar para sair de casa no horário previsto, que nos primeiros dias foi difícil cumprir as oito horas no trabalho, mas que aos poucos estão se adaptando, que estão conseguindo organizar horários de lazer, trabalho e atendimento, tríade muito importante para a saúde mental. Um fato interessante que tem ocorrido é o de os familiares estarem telefonando para os profissionais para perguntar se estes “novos” trabalhadores estão bem para suportar as oito horas de atividade laboral, se os profissionais continuarão o acompanhamento, apesar de eles serem agora contratados, além de colocarem muitas dúvidas: todas relacionadas à insegurança deste novo momento de seus filhos e parentes. Observa-se também que, apesar de um momento novo também para os pais, estes estão apostando e participando dos encontros, trazendo suas questões e angústias e, principalmente, sendo suporte para que os filhos consigam permanecer no trabalho. Um ponto muito positivo que ocorreu foi o grupo de familiares ter buscado espaços fora da instituição de tratamento e dos horários de

acompanhamento, estipulados pelos profissionais, organizando, por conta própria, realização de encontros sociais entre os familiares, cuja finalidade era a troca de experiências e de ideias ou, simplesmente, para tomar um chá e comer bolo, sem a presença dos terapeutas.

Observa-se, então, que para ocorrer esta inclusão social artesanal que estamos propondo, bem como para que possa ser um processo de evolução para a vida destes sujeitos em acompanhamento na atenção psicossocial, é necessário bem mais do que terapeutas comprometidos com esta causa, é necessário que, através destes terapeutas, toda uma rede de parceiros seja mobilizada e trabalhe neste acompanhamento.

Vale observar, também, que foi a partir desta parada para refletir a prática, desta suspensão de tempo para escrever a tese, que fomos organizando quais seriam os operadores conceituais apresentados nesta escrita, e colocando em posição de destaque a díade experiência-transmissão, entendida a partir do paradigma psicanalítico e com base no conceito de transferência.

Partimos da ideia de o que realizamos na prática cotidiana poderia ser tomado como experiência e nos perguntávamos como compartilhá-la, de modo a apresentar os dispositivos terapêuticos que vinham sendo desenvolvidos no Cais Mental Centro e em parcerias interinstitucionais que visam à inclusão social. Buscamos na obra de Walter Benjamin subsídios para pensar esta experiência, bem como as vias de transmissão que tais dispositivos poderiam propiciar para o campo da atenção psicossocial. Nossa preocupação e interesse se concentrava em como compartilhar, transmitir ou abordar a experiência do *Projeto Insere* como prática na rede de reabilitação psicossocial, sua transmissão e possibilidade de inserção na história no movimento de reforma da assistência sem torná-la paradigma ou protocolo.

Privilegiar experiência como ato que pode ou não operar uma transmissão inscreve nosso trabalho no paradigma enunciatório que corresponde à de posição daquele que conta, pela escrita, as reflexões

surgidas a partir de uma prática de reabilitação psicossocial e que conta através da suspensão do tempo, esperando que estas narrativas possam, num *a posteriori*, fazer com que outros atores/profissionais também possam narrar suas práticas e sustentar seu trabalho singular, a partir de um laço transferencial.

A escrita desta tese é apenas um dos desdobramentos possíveis do ato de contar as experiências que, criadas e sustentadas ao longo dos anos, promoveram alteração tanto no cenário quanto nos atores envolvidos no processo da reabilitação psicossocial.

O *Projeto Insere*, criado já há uma década, inscreve-se neste cenário, resultado de um longo tempo de plantio, cuidado, rega e, além de tudo, cultivo do detalhe, para além desta escrita, com participação na vida ativa da cidade, nas atividades comemorativas dos aniversários de anos da Reforma Psiquiátrica, levando a produção de seus participantes para a cena pública, para compartilhar com alunos residentes suas experiências e suas produções, para apresentar trabalhos em Congressos, a fim de que outros profissionais, nem sempre tão envolvidos com a reabilitação psicossocial, possam estar se iniciando nesta história de modificação e humanização da assistência.

Neste sentido, cabe retomar o que afirmamos anteriormente: *Desse modo, é possível dizer que transmissão e experiência fazem parte de um processo moebiano singular, o qual vai sendo construído ao longo de um só-depois, de um tempo de escansão, de um intervalo que não se dá em vão, como bem nos assinala J. Lacan, mas que se mostra necessário para que um lugar possa ir se armando e um sujeito se percebendo neste lugar.* Ao longo de anos de trabalho, verificamos que esse lugar tem oportunizado, para muitos sujeitos com transtornos mentais graves, a abertura às coexistência de diferentes modos de existir, redimensionando sua experiência singular, ampliando seu espaço de circulação, criação e elaboração para além da experiência de observador e receptor das demandas externas, atuando também ele no processo de construção de suas vivências no campo simbólico e real. Afinal, na interface com a cidade, com as instituições

que os acolhem para inclusão, muitos outros linguajares podem ser produzidos e experienciados.

Constatamos também que não são poucas as ansiedades, medos e crises que são gerados a partir deste trabalho, mas a atuação em equipe, com responsabilidade e acompanhamento que ofereça sustentação a estes sujeitos, na vida desprotegida que a cidade propõe, viabilizou que constituíssemos outro momento na rede de atenção psicossocial. Momento em que os encaminhamentos, as indicações para tratamento e o ingresso no *Projeto Insere* não são mais de sujeitos crônicos, doentes há anos e que sofreram internações em hospitais psiquiátricos. A realidade, hoje, é de atendimento a sujeitos em crise, vindos da Universidade, da casa dos familiares, sujeitos que, quando acolhidos, tratados, acompanhados, devem, sim, retomar a vida ativa das instituições da cidade, e não serem “protegidos” dentro do hospital psiquiátrico ou das instituições de saúde mental.

O que se defende é institucionalizar não pela doença, mas antes pela vida, pelo desejo, pelos espaços da cidade que estão também se modificando e assumindo posturas mais responsáveis diante das diferenças.

## 8.1 RETOMAR PARA CONCLUIR

É chegada a hora de finalizar o trabalho, retomando seu ponto de partida: a importância de narrar uma história e o seu valor ao ser contada *ou* o que transmitimos quando contamos uma experiência singular.

Tal questão nos levou a buscar, em W. Benjamin (1996), suas ideias sobre a experiência e as condições que ele estabelece para a sua transmissão. Este autor, através do seu esboço de que a arte de contar e narrar estava se extinguindo e de que a tradição se encontra em vias de declínio, nos auxiliou a pensar pontos fundamentais a serem avaliados na direção de uma abertura para a transmissão da experiência, nos levando a trilhar caminhos importantes para buscarmos, em nossa prática cotidiana de trabalho e acompanhamento

em atenção psicossocial, tempo para contar, tomando esta narração desde o seu entendimento de *Erfahrung*.

Desde o início, pensávamos que a discussão da reabilitação psicossocial como um dos focos da política de saúde mental coletiva precisava ser narrada, escrita e compartilhada, assim como se impunha narrar, escrever e compartilhar as condições de transmissão de uma experiência singular como a que vem se desenvolvendo no Caps Cais Mental Centro. Pensávamos que, desde a prática de reabilitação psicossocial realizada neste serviço, podíamos recuperar o termo *reabilitação psicossocial*, já utilizado e histórico, e reinscrevê-lo a partir das transformações que, operadas com o trabalho desenvolvido no interior da reforma da assistência em saúde mental, permitem nele vislumbrar outro sentido, que vai sendo paulatinamente descortinado.

Acreditamos numa reabilitação psicossocial que trabalha com inclusão sem exigir a adaptação dos sujeitos atendidos, sem necessariamente habilitá-los para o social, visando a que este coabitar os espaços seja construído no acompanhamento singular e cotidiano dos atendimentos em saúde mental. Este trabalho tem oportunizado um outro lugar ao que ficou consagrado como reabilitação, demonstrando os efeitos sobre este campo.

Nosso desafio nesta tese foi tomar a herança sem testamento, fazendo-a vida no acompanhamento dos sujeitos com transtornos mentais graves. Foi através do estudo de leis e de portarias, da letra da legislação, que fomos transformando-a em oportunidades de inclusão e melhor qualidade de vida para os acompanhamentos que fazíamos, e, além disto, mantínhamos a preocupação com a possibilidade de que esse trabalho fosse passível de transmissão.

Foi nesse sentido que a leitura e o estudo dos textos de W. Benjamin nos fizeram perceber que a felicidade está onde o trabalho aporta, sendo através do cavar e virar a terra, na prática do fazer diário, mas também da parada

para reflexão, da parada para escrever e contar uma história, que pode decantar uma experiência e existir a possibilidade de sua transmissão.

Foi com os artigos de S. Freud (2006 [1901]; 2006 [1937]) que encontramos termos caros à nossa pesquisa e que nos levariam a poder refletir sobre os efeitos de uma narração na transmissão da experiência. Termos como *a posteriori* e *herança arcaica* contribuíram muito para podermos pensar que o transmitir uma experiência não é movido pela intenção, pois o desejo, o não saber, o inconsciente, os traços de memória são essenciais quando se aborda a intencionalidade inconsciente e o *a posteriori*, questões determinantes para que a transmissão opere.

Foi com J. Lacan (1998 [1957]) que nossa pesquisa prosseguiu e que se desdobrou ao incluir reflexões sobre um termo muito importante para a transmissão, qual seja a transferência. Este autor refere que o ensino é capaz de produzir uma verdade subjetiva que pode resgatar a enunciação de um desejo singular, que será transmitido pela via de um estilo. J. Lacan (1998 [1957]) defende que o ensino só pode ser transmitido de um sujeito ao outro pela via da transferência, o que nos leva ao ponto mais importante deste trabalho: pensar a posição que ocupamos na clínica da atenção psicossocial e frente à transferência de trabalho com nossos colegas e alunos, narrar e transmitir a experiência destes longos anos de prática.

A partir da responsabilidade ética para com a transmissão desta experiência, o que se abre, sobretudo, é a possibilidade, para aquele que conta, de se construir em um espaço coletivo, de se descobrir desde seu ato e de ser reconhecido desde aquilo que produziu: este lugar de autoria que se vislumbra no momento de concluir.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.
- ANTHONY, W.; COHEN, M.; FARKAS, M. *Psychiatric rehabilitation*. Boston (MA): Arcata Graphics; 1992.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- AUMONT, J. *A imagem*. São Paulo: Papirus, 1995.
- BADIOU, Alain. Se puede hablar de um filme? In: BADIOU, Alain. *Imagens y palabras. Escritos sobre cine e teatro*. Buenos Aires: Manantial, 2005, p. 27-33.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BENETTON, J. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica das psicoses*. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.
- BENJAMIN, W. *Experiência* (1913). In: BENJAMIN, W. *Haxixe*. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 23-24.
- BENJAMIN, W. *Experiência e pobreza* (1933) *Obras escolhidas. Vol. 1. Magia e técnica, arte e política. Ensaio sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1996. p. 114-119.
- BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (Obras escolhidas, v. 1) São Paulo: Brasiliense, 1996.

BERNARDET, J. C. A subjetividade e as imagens alheias: ressignificação. In: BARTUCCI, Giovanna (Org.). *Psicanálise, cinema e estéticas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

BERNARDET, Jean Claude. *Cineastas e imagens do povo*. São Paulo: Brasiliense 1985.

BERTOLETE, J. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 152-158.

BEZERRA JÚNIOR, B. Entrevista: exclusão e loucura. *O Globo*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2002. Caderno Verso e Prosa, p. 22-23.

BEZERRA JÚNIOR, B. Prefácio: Tecendo a rede. In: *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. São Paulo: Cabral Universitária, 1999, p. 18 -26

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista Saúde Coletiva*, v. 2, n. 17, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.216/2001. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004

BRASIL. Portaria Federal nº 336/02. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria Ministerial de nº 189/1991. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria Ministerial de nº 224/1992. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 2077/2003. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, 2005.

BRASIL. Congresso. Senado. Substitutivo ao Projeto de Lei nº 6 de 2009, do Senado Federal, do Sr. Paulo Paim, sobre a instituição do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Presidência da República. *Protocolo Facultativo à Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência/CDPD*. Convenção da ONU. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2007.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.675. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/1990. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142/1990. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei do Senado nº 6, de 2003 de autoria do Senador Paulo Paim. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=54729](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=54729)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Decreto de 26 de setembro de 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn\\_11354.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn_11354.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3298.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d\\_6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d_6949.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. GT Interministerial. Resultados Preliminares. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=26016>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www.fia.rj.gov.br/legislacao/leiorganica.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

CALDAS, H. Cinema-sonho diurno? In: Escola Brasileira de Psicanálise-Rio de Janeiro-*A imagem Rainha: as formas do imaginário nas estruturas clínicas e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995 p.417-423.

CALLIGARIS, C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CNAAN, R. et al. Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*,11(4): 61-76, 1985.

COSTA, A. M. *Corpo e escrita - relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

COSTA, A. M. *Corpo e escrita - relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

DABAS, E. *Redes sociales, familias y escuelas*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques (Org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

DERRIDA, J. *Espectros de Marx: o estado e a dívida, o trabalho e o luto e a nova Internacional*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ESPIÑO, G. «Cuéntame tu vida» especialmente porque no es tan tuya. In: FUDÍN, M.; ESPIÑO, G. *Psicoanálisis y cine-cuestiones clínicas en personajes de películas*. Buenos Aires: Comunicarte Editorial, 2000.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FREIRE, Marcelo Muniz. *A escritura psicótica*. Rio de Janeiro: Cia. das Letras, 2001.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895) In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1986.

FREUD, S. Lembranças encobridoras (1899). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1986.

FREUD, S. Psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia - «Dementia Paranoides» (1911). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1986.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. História do movimento psicanalítico (1914a). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (1914b). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1986.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. Conferências introdutórias da psicanálise (1917). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1986.

FREUD, S. Uma nota sobre o bloco mágico (1925). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. *Análise terminável e interminável* (1937a). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1976.

FREUD, S. Construções em análise (1937b). In: In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

FREUD, S. *Moisés e o monoteísmo*, (1939) In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.

- FREUD, S. Esboço de psicanálise (1940). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 2006.
- GAGNEBIN, J. Walter Benjamin ou a história aberta. In: BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1996. p. 7-19.
- GAGNEBIN, J. *Lembrar, escrever, esquecer*. São Paulo: H34, 2001.
- GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1996.
- GUERRA, Andréa M. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. *Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- JERUSALINSKY, A. Loucura e liberdade. Palestra proferida no Instituto de Psicologia São Paulo. 2002. Transcrição Sandra Pavone (Texto mimeo.).
- JOLY, M. *Introdução à análise da imagem*. Campinas: Papyrus, 1999.
- KANTORSKI, L. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Revista da Enfermagem*, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 12, p. 217-221, 2004.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.
- LACAN, J. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (1932). Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2011.
- LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada (1945). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: \_\_\_\_\_. *Escritos* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. *O seminário - livro 2; o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-55). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987.
- LACAN, J. *O seminário - livro 3; as psicoses* (1955-56). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.
- LACAN, J. A psicanálise e seu ensino (1957). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. *O seminário - livro 7; a ética da psicanálise* (1959-60). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.
- LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

- LACAN, J. *O seminário – livro 8; a transferência (1960-61)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.
- LACAN, J. Abertura desta coletânea (1966a). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. Variantes do tratamento padrão (1966b). In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. *O seminário – livro 23; o sintoma (1975-76)*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005.
- LANCMAN, S. *Saúde, trabalho e terapia ocupacional*. São Paulo: Roca, 2008.
- LEFF, J.; WARNER, R. *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. São Paulo: Almedina Brasil, 2008.
- LERNER, S. *Notas de leituras e estudos*. Texto digitalizado sobre «Lembranças encobridoras», de Sigmund Freud. 2006.
- LOPES, M. C. R. *Repensando o encontro entre trabalho e terapia*. 1996. 125f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- MELMAN, Charles. *O que é uma transferência de trabalho*. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=36>>. Acesso em: 23 jul. 2012.
- NASIO, J.-D. *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- NASIO, J.-D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- NICÁCIO, F. *Utopia da realidade*. 2003. 224f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, 2001, [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EDUSP; 2003.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF*. Disponível em <[http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/Guia\\_para\\_principiantes\\_CIF\\_cbcd.pdf](http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/Guia_para_principiantes_CIF_cbcd.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2012.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PAGANIZZI, L. *Terapia ocupacional psicossocial: escenarios clínicos y comunitários*. Buenos Aires: Polemos, 2007.

PALOMBINI, A. (Org). *Acompanhante terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

RAINONE, F. et al. *Projeto piloto Capacitar*. CAPS Cais Mental Centro, Porto Alegre, 2008. (material digitalizado).

RAINONE, Francilene. *A plurissemia das imagens cinematográficas e a polissemia do significante: uma relação entre narrativa e imagens na psicose*. 2007. 127f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RICKES, S. A escritura como cicatriz. *Educação e realidade*. Porto Alegre: Ed. da Ufrgs, n. 27(1), p. 51-71, 2002.

RINALDI, D. *Clínica do sujeito e atenção psicossocial: novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental*. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental (2003). Disponível em: <[www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii\\_congresso\\_internacional/mesas\\_redonda](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redonda)>. Acesso em: 20 abr. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716/92. In: BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Ampl. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ROCKENBACH, D. Sobrepujando estigmas: a experiência do SENAC; Comunidade em curso de aprendizagem para alunos com transtornos mentais. *Revista Senac em Movimento - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial*, v. 1, n. 1, Porto Alegre, jul. 2010 .

ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROUCH, Jean. A imagem como metáfora. *Contracampo - Revista de Cinema*. Disponível em: <<http://www.contracampo.com.br/60/artigos.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2006.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

SARACENO, B. *Libertando Identidades*. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SEMPRUN, J. *A escrita ou a vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SILVA, M. E. L (Coord.). *Investigação e psicanálise* São Paulo: Papirus, 1993.

TALLEMBERG, Cláudia. *Todos os nomes: percurso-montagem das práticas em reabilitação psicossocial em um serviço de atenção diária no município do Rio de Janeiro*. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIGANÒ, Carlo. Terapia ou reabilitação. In: \_\_\_\_\_. *Saúde Mental: psiquiatria e psicanálise*. Instituto de Saúde Mental/ Associação Mineira de Psiquiatria, Belo Horizonte, 1997, p. 23-27.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga Psicanálise e Saúde Mental*, n. 13, Belo Horizonte, EBP, set. 1999.

## **ANEXOS**

# ANEXO A - Fundação Getúlio Vargas



A Fundação Getúlio Vargas e a Fundação Ford conferem à

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

o certificado de Semifinalista no Ciclo de Premiação 2004  
do Programa Gestão Pública e Cidadania com a experiência inovadora

PROJETO INSERE

Marta Ferreira Santos Farah  
Vice-Diretora do Programa



Peter Spink  
Diretor do Programa

# ANEXO B - Prêmio Lily

Página 1 de 1

## **Francilene**

---

**De:** "Prêmio de Inclusão Social - Saúde Mental" <organizacao@premiodeinclusao.com.br>  
**Para:** "Francilene Rainone" <frainone@cpovo.net>  
**Enviada em:** quarta-feira, 21 de setembro de 2005 20:09  
**Assunto:** Convite para a Cerimônia de Premiação



Prezada Senhora Francilene Rainone,  
Projeto Insere - CAIS Mental Centro  
Porto Alegre, RS

Confirmamos a condição de finalista do Projeto Insere - Cais Mental Centro, Porto Alegre na Edição 2005 do Prêmio de Inclusão Social - Saúde Mental, e o convite para que V. Sa., na qualidade de Coordenadora desse projeto participe da Cerimônia de Premiação, a realizar-se no dia 13 de outubro de 2005, às 20h30, em Belo Horizonte, MG.

Local: Serraria Souza Pinto  
Av. Assis Chateaubriand, 809  
Centro - Belo Horizonte - MG

Atenciosamente,

Neuza de Oliveira  
Coordenadora da Comissão Organizadora  
Prêmio de Inclusão Social - Saúde Mental Edição 2005  
[www.premiodeinclusao.com.br](http://www.premiodeinclusao.com.br)  
Fone/Fax: (12) 3867-1799

22/09/05

ANEXO C - Cartaz do *Cinema em Debate*

**Semana da Luta Antimanicomial**

**Cinema e Debate na Saúde Mental**

**Deus  
é  
brasileiro**  
**Cacá Diegues**

entrada  
franca

**Debatedora: Liliane Froemming**  
psicanalista



**15 de maio de 2003**

**9:15hs**

**Sala Paulo Amorim**

**(Casa de Cultura Mário Quintana)**

**Promoção: Cais Mental Centro**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**

**Apoio: Casa de Cultura Mário Quintana**  
**e**  
**Columbia Pictures**

## ANEXO D - Carta do Bernardo

000

Parceiros da Juncura:

DSTQQSS

Oii! Estou lhe enviando essa missiva, é porque atualmente, creio que não se redige mais cartas, mas é a forma que achei para me expressar de tudo que já passou em todos nós. Nunca iria romper abruptamente com o projeto.

Mas venho é lhe dizer que eu estou bem aqui, dentro do que se pode esperar de uma sociedade capitalista-opressora, é trabalhar em supermercado não é fácil mas preciso da grana, é imperiosa a capacidade de ter resiliência. Resumo: tenho que me virar nos trinta! Já saiu do pacote, agora o Bira aqui, é o ser responde por esse nome, estendeu minha súplica e me levou pra ficar pelo depósito; estou do que seria definir repositor.

Estou satisfeito realmente, só tenho que anotar o que está faltando nas prateleiras, e pesquisar com atenção no depósito. Há que se ter força nesse trajeto, mas vejo o lado bom - estou ganhando aula de ginástica grátis - de puxar várias vezes a grade do elevador dos produtos. Mas é bom, não tem cliente muito chato que fica nos enlendo, é um trabalho mais calmo. Não sei quem falou de horti-fruti, é calênia, não estou lá, também não teria problema nenhum em estar lá. Só digo pra ter um tom dramático. Ah, em relação ao Gustavo, ele quis ficar no caso do pacote ou parece que não possui coragem em pedir pra sair de lá. Tem uns tiques nervosos, irritantes, quando um cliente pede algo ele retruca: HU-UM TÁ, HU-UM TÁ, e vai adiante. Tal ato já viu

D S T Q Q S S

□ □ □

motivo de inveja entre os mancebos mais jovens, que até o imitam pelas costas. Não sei o que é isso, pois já há a minha própria insanidade pra falar.

Olha, quero agradecer todos vocês que ajudaram e ainda estão, a cada dia, a reerguer minha existência e com cada pequena vitória alcançada, desde criar, falar em público... coisas que nunca pensava que ia fazer, estou sendo o perfeito lastro - certamente para sonhos bem maiores! E, estão ainda em processo de gestação, não se plasmam, crescer e irromper todos no momento certo.

Tudo porque vocês tiveram coragem de criar esse projeto, olha, nem sei onde ou como estaria hoje. Tenho uma dívida de grande gratidão, nunca vou esquecer vocês totalmente, e porque é forçoso que com o aguilhão implacável do tempo, os fatos vão se esvaindo na rotina do cotidiano. Mas prometo que nunca deixarei a chama festejar de todos no meu coração.

Valeu por tudo

Bernardo

ANEXO E - Certificado *Inserere*



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CERTIFICADO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre certifica que a  
instituição \_\_\_\_\_ é Parceira do Programa INSERE na busca de  
inclusão social.

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2004.

*Sfogundes*

SECRETÁRIA DE SAÚDE DA PMPA.

**PARABÉNS, ESSA É UMA INSTITUIÇÃO PARCEIRA.**

## **ANEXO F - Trabalhos acadêmicos produzidos a partir do *Projeto Insere***

As atividades do *Projeto Insere* estimularam a realização de vários Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC): como o da terapeuta ocupacional Gisele Schmith, que buscou orientação para avaliar a Oficina de Bonecos do CAPS e escrever sobre a possibilidade dela ser um espaço potencializador de reabilitação e de inclusão, bem como para refletir, através do acompanhamento de um participante desta oficina, sobre a abertura dos espaços da cidade a que esta oficina propõe.

Outro trabalho que surge nesta via é o TCC intitulado *Conhecendo a inclusão de pessoas em sofrimento mental no mercado de trabalho formal*, de Larissa Dall'agnol da Silva, que escreveu sobre o *Projeto Insere* e o acompanhamento na inclusão social através do trabalho formal, tendo realizado sua pesquisa com pessoas que, graças aos atendimentos no *Projeto Insere*, estavam incluídas no mercado formal de trabalho e buscando investigar como isto havia movimentado suas vidas e relações familiares. Isto possibilitou que, no dia da apresentação do seu TCC, no Instituto Porto Alegre (IPA), fossem levantadas questões que demonstravam os caminhos singulares e diferenciados que são percorridos para que se realize a inclusão artesanal que propomos.

Outra pesquisa foi a realizada por um residente da UFRGS e apresentada no curso de especialização do núcleo do Educa Saúde. O tema do TCE de Paolo Porciuncula Lamb surgiu de sua participação no *Projeto Piloto Capacitar*, e o objeto de investigação do trabalho, intitulado *Projeto Piloto Capacitar: a percepção de familiares na inclusão de pessoas portadoras de transtorno mental grave no mercado formal de trabalho*, foi a participação dos familiares no acompanhamento do *Projeto Capacitar* e suas percepções das modificações

ocorridas a partir desta inclusão. Trabalho que motivou o residente, colocando em causa muitas atividades e criações que foram por desenvolvidas, no Projeto, após concluída sua pesquisa: uma delas foi a parceria com a empresa Gussil de Serviços Gerais, que hoje emprega oito pessoas que fazem tratamento no CAPS Cais Mental Centro e que foram acompanhadas pelo residente, ao longo de um ano de trabalho.

Uma pesquisa que está em andamento é da residente Ariane Marinho, também do curso de especialização do núcleo do Educa Saúde da UFRGS. A base de sua investigação são entrevistas realizadas com pessoas que participaram do *Projeto Insere*, que foram incluídas, através da mediação dos terapeutas do CAPS Cais Mental Centro e das ações do *Insere*, e que hoje, depois de alguns anos, relatam o que estão fazendo a partir disto e o que a inclusão lhes tem proporcionado.

Também vale relatar, aqui, uma ação do *Projeto Insere* que ocorreu em 2005, mas que, mesmo sete anos depois, ainda produz efeitos no profissional envolvido. Eram os primeiros anos de trabalho no projeto de inclusão *Insere*, tínhamos em mente que aumentar a escolarização dos que faziam tratamento era algo importante para a inclusão social e encaminhávamos várias pessoas adultas, algumas até analfabetas, para o espaço do Mova (Movimento de Alfabetização), atualmente EJA (Escarização de Jovens e Adultos), da SMED. Entretanto, o que observávamos eram desistências, falta de assiduidade, falta de interesse e evasão.

Naquela época, tínhamos no CAPS Cais Mental Centro um estagiário de secretaria que estava terminando seu estágio e se encontrava muito implicado com as pessoas que realizavam tratamento no CAPS. Convidamos Lucas para colaborar no *Projeto Insere* e ser monitor de educação popular. Ele fez o curso de educador popular da Smed e, durante quatro anos, foi professor-alfabetizador das pessoas em acompanhamento. Depois disso, tendo ingressado na faculdade de terapia ocupacional, montou um grupo de Hip Hop na saúde mental, que faz apresentações “antimanicomiais” em diversos