ARTESÃOS DA SAÚDE

Károl Veiga Cabral

Série Saúde Mental Coletiva

Série Saúde Mental Coletiva

ARTESÃOS DA SAÚDE

SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM PORTO ALEGRE E EM BARCELONA

Károl Veiga Cabral

editora
redeunida

Porto Alegre
2020

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Túlio Batista Franco
Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla
Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.
Conselho Editorial:
Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Alexandre Ramos de Souza Florêncio – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;
Àngel Martínez-Hernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Erica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Juleimar Soares Coelho de Amorim - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Mariana Bertol Leal – Ministério da Saúde, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Diagramação
Márcio Mariath Belloc

Arte da Capa
Márcio Mariath Belloc

Copyright © 2021 Károl Veiga Cabral

Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252
www.redeunida.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

C117a **Cabral**, Károl Veiga.

Artesãos da Saúde: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona / Károl Veiga Cabral. – 1. ed. – Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021. 208 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v.3). E-book: PDF.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-87180-57-1.
DOI 10.18310/9786587180571.

1. Participação Social. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde Coletiva. 4. Saúde Mental. I. Título. II. Assunto. III. Cabral, Károl Veiga.

CDD 614:353.6
21-3018052 **CDU 613.86**

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO
1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Serviços de saúde mental.
2. Medicina: Saúde pública; Saúde mental.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CABRAL, Károl Veiga. **Artesãos da Saúde: saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona.** 1.ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde Mental Coletiva, v.3). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-57-1.

SUMÁRIO

Prólogo: el refugio del devenir
Angel Martínez-Hernáez 7

Narrativas, artesanias e cuidado em liberdade:
movimentações ético políticas sobre saúde mental.
Alcindo Antônio Ferla .....,,,,,.....10

Introdução 15

1. Artesãos da saúde: quando a mão se reencontra com a cabeça 24

2. O trem dos loucos 53

3. Políticas do (des)encontros 70

4. Artesania dos encontros: a política 93

5. Artesania dos encontros: o vínculo 114

6. Artesania dos encontros: o fluxo 148

7. A cidade como oficina do artesão da saúde 179

8. Conclusão 191

9. Bibliografia 199

Sobre a autora 207

PRÓLOGO: EL REFUGIO DEL DEVENIR

Es para mí un enorme placer prologar esta obra de Károl Veiga Cabral que ya en su título provoca una interpelación crítica a un modo de hacer (y de estar) característico de las prácticas contemporáneas de atención en salud. Me refiero a la burocratización y la tecnificación — a veces solo pseudo-tecnificación — que el llamado sistema biomédico o modelo médico hegemónico ha ido forjando de forma persistente hasta convertir el trabajo clínico en un remedo deshumanizado de sí mismo: enfermedades y tratamientos personificados junto a pacientes y profesionales cosificados; elogio de la rapidez, el intervencionismo y una supuesta "productividad" (¿formal, de contabilidad, económica, empresarial?); predominio de la homogenización bajo el mandato del protocolo sanitario y la producción a menudo mercantilizada de evidencias científicas. El modelo biomédico mimetiza y se acomoda a los procesos de la "gran fábrica" del capitalismo clásico y, a la vez, a la maximización del rendimiento y del consumo del neoliberalismo contemporáneo. Despoja al paciente de su experiencia de enfermedad y al profesional de su experiencia clínica. Substrae a la enfermedad y a los tratamientos de su marco social, económico y político hasta ofrecer a ambas entidades una identidad fetichizada y supuestamente ajena a las relaciones sociales de su producción. Frente a esto, Károl nos interpela con su propuesta de un horizonte alternativo, basado en la idea de "artesanos de la salud", el elogio de la lentitud y la participación social. Solo por esa provocación su libro ya merece un elogio, al que hay que sumar una escritura directa, bella, sensible y construida desde la experiencia profesional; un texto que nos recuerda que toda política de la salud debe ser *para* la vida y no meramente de gestión *de* la vida. Este libro es, de hecho, el mejor antídoto, el mejor revulsivo, contra la deshumanización de la atención en salud y en salud mental. Es un texto profundamente ético y radicalmente político.

Hagamos una primera consideración. Ser artesano en la modernidad tardía parece ciertamente un oxímoron. En nuestras conciencias lo artesanal anuda su significado a lo tradicional, a la mano en movimiento sincopado con la mirada, al trabajo demorado y concienzudo, duradero y de largo aliento. El artesano o la artesana domina todo el proceso productivo, de tal forma que su conocimiento es holístico y no fragmentado. Su obra no puede ser seriada fácilmente, ya que guarda una impronta de singularidad frente a la homogeneidad inquietante de los productos fabriles, pero también de los protocolos sin rostro, como los criterios diagnósticos y las pautas de tratamiento. El trabajo artesanal dibuja un horizonte temporal estable basado en un tipo de rutina donde el sujeto artesano no puede alienarse en la reiteración; esto es, sabe que no puede abandonarse enteramente a la técnica, pues

esta última depende de él o de ella. Más bien, su reiteración requiere poner a uno mismo en presencia consciente y atenta, pues el artesano sabe que él mismo es la principal herramienta de trabajo. Károl nos lo recuerda en este texto que es también artesanal en su creación — como son las mejores contribuciones en este ámbito — y que pone a trabajar de forma armónica el análisis y la reflexividad, el sentimiento y la acción política, la palabra y el compromiso.

Hagamos una segunda consideración. Ser artesano en nuestros mundos contemporáneos puede entenderse como un rescate siempre inacabado de la utopía (necesaria); entendida esta a semejanza de la isla imaginaria con un sistema político, social y legal perfecto que describió Tomás Moro (1964) en su obra originalmente titulada *Libellus vere aureus, nec minus salutaris quam festivus, de optimo reipublicae statu, deque nova insula Vtopi* ("Librillo verdaderamente dorado, no menos beneficioso que entretenido, sobre el mejor estado de una república y sobre la nueva isla de Utopía"). La isla imaginada por este humanista inglés era tanto un lugar que (aún) no existía como una *eutopia*, un buen lugar. Su traslación al campo de las prácticas en salud es también la creación de un nuevo *topos* y por lo tanto de una nueva topología e incluso toponimia (artesanos de la salud); una nueva disposición de los sujetos donde se reconozcan entre ellos y ellas como tales. Un nuevo saber que anude las prácticas no solo a la "evidencia disponible" sobre terapias, fármacos y tratamientos, sino también a lo evidente (el sufrimiento). En este nuevo territorio las estructuras previas se relajan, así como su control sobre los acontecimientos. Ya se sabe, si los dispositivos de control están ahí para anticiparse a los acontecimientos — y así a la existencia — ahora estos son la materia prima de la creatividad. Como indica la autora en sus conclusiones: "*O artesão da saúde [...] sabe que irá se deparar com resistências e ambiguidades, sabe também do efêmero dos acasos/ acontecimentos que se desenham no tecido urbano, mas trabalha com isso e não contra isso. Aceita as imperfeições da vida, como o orfebre aceita as imperfeições da materia*." La artesanía de la salud es un espacio de libertad.

Hagamos una tercera y última consideración. Como nos decía Tomas Moro en las primeras páginas de su libro ya citado, la llegada a Utopía está colmada de arena y vado y de escollos. De la misma forma, en ese nuevo *topos* que una artesanía de la salud puede crear se requiere pericia y, sobre todo, cooperación entre los diferentes actores para sortear las dificultades. No hay artesanía de la salud sin un otro, pero no sirve cualquier otro. No sirve el otro imaginado por el profesional de la salud; más bien ese otro fantasmal es un escollo. Es necesario un otro siempre por descubrir que no pierda la autonomía ante la posición experta de "yo ya sé cómo es el otro". Darlo por conocido solo nos llevará a una forma más o menos sutil de dominación donde la imagen profesional del otro se anticipará a su existencia, para seriarlo, cercenando el

acontecimiento y por lo tanto el encuentro. La atención en salud y en salud mental no puede ser un antídoto frente al acontecimiento, sino un espacio de acogida del acaecer. En este libro, la autora realiza la tarea de desaprender lo aprendido cuando se trata de estas anticipaciones y, en esta medida, dibuja las condiciones de ese espacio. La artesanía de la salud no necesita tanto de recetas, como de predisposiciones, actitudes, experiencias y modos de hacer (y de estar) que actúen como condiciones de posibilidad del devenir, que sean su refugio.

Bibliografía

Moro, Tomás (1964). *Utopía*. Algorta (Vizcaya): Zero.

Barcelona, julho de 2021.

Ángel Martínez-Hernáez

NARRATIVAS, ARTESANIAS E CUIDADO EM LIBERDADE: MOVIMENTAÇÕES ÉTICO POLÍTICAS SOBRE SAÚDE MENTAL

Uma narrativa densa, que, ao mesmo tempo, relata acontecimentos. Porém não exatamente do lugar de quem os viveu ou os viu passar. Mas de um lugar de maior *implicação*, que reivindica deles capacidade de comunicação e, também, capacidade de gerar um conhecimento útil à produção de novas potências e novas tecnologias para o cuidado. Károl referencia Benjamin para falar da relevância das narrativas dos sujeitos que dão materialidade empírica à pesquisa. O mesmo autor dá oportunidade à caracterização da tese como um todo: uma narrativa de produções de saúde mental e participação social em Porto Alegre e em Barcelona. Sim! Barcelona não me parece servir apenas como estranhamento ou como "outro lado do oceano", o lado da vivência do "fora". Na tese, nada é do ¨fora¨: há implicação ética e política escorrendo por todos os lados. Barcelona, o território vivido da cidade, como nos auxiliaria a pensar o geógrafo brasileiro Milton Santos, dá corpo empírico à pesquisa e parece fazer falta no título da tese.

A radicalidade com que Barcelona se incorpora no vivido e no conhecimento produzido é verificada nos exemplos, no diálogo entre as situações relatadas e até num híbrido de idiomas e *dialetos* (português, brasileiro, gauchês/portoalegrês, espanhol, catalão e mestiçagens desses). Se é narrativa, e tudo indica que é, o esgotamento empírico é absolutamente desnecessário para dar legitimidade ao enunciado e, portanto, é reivindicada presença visível dos territórios nos quais se busca o material de análise: Porto Alegre **e** Barcelona. Em Porto Alegre no sistema oficial de saúde e em experiências limítrofes no campo da saúde mental e da educação na saúde; em Barcelona na rede inventiva que se nucleia na Associação Sócio-Cultural Rádio Nikósia e no trabalho de acompanhamento terapêutico. Se é narrativa, então várias abordagens metodológicas se entrecruzam, como o falseamento teoria/cotidiano, a análise de situações e contextos, a análise de políticas, a reflexão densa sobre o vivido e o sentido, a escuta sensível ao sofrimento e à vida do outro, o exercício da alteridade com outros (humanos e não-humanos); um conto ou poesia aqui, uma imagem fotográfica ou pintura ali, uma metáfora acolá; enfim, uma verdadeira triangulação de métodos e fontes, tecida de forma bastante inventiva e com grande densidade teórico-metodológica.

Iniciei a leitura e segui até mais da metade do texto da tese apresentada para confirmar uma suspeita que me acompanhava desde a introdução: o trabalho intelectual é mais do que o dito na apresentação. Károl utiliza-se de parte da

introdução para falar da escrita como produção intelectual, como exercício de artesania que desafia a uma aliança renovada entre o pensar e o fazer ou, utilizando uma metáfora da própria autora, entre "mãos e cabeça", da etnografia como abordagem metodológica.

O resultado apresentado é um exercício intelectual relevante e oportuno, uma vez que o cuidado em saúde capaz de produzir potência à vida permanece como desafio não apenas dos serviços, como também da produção teórica e, mais ainda, da sociedade atual como um todo, uma vez que em diversos países e regiões se iniciaram processos de reforma dos sistemas de saúde e, em particular, da saúde mental há diversos anos, sem que, contudo, o fazer no cotidiano dos mesmos responda aos preceitos éticos e políticos que orientaram essas reformas; autoral, uma vez que mobiliza conceitos e teorias de diversas naturezas, assim como recursos metodológicos de diferentes áreas disciplinares (antropologia, psicologia, educação, saúde coletiva – ou das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde, quando nos referirmos a contextos em que a tradição da saúde pública não foi quebrada com a incorporação de contribuições dessas disciplinas); criativo e denso, uma vez que esses conhecimentos e essas abordagens são combinados numa estética interdisciplinar capaz de dialogar produtivamente com o problema da pesquisa.

Mas não é apenas uma produção intelectual o que se apresenta à leitura, e essa é a *enganação* que a introdução produz: quando fragmentos de histórias de vida, de grande intensidade, se entrecruzam no texto, e gritam agudamente suas dores e sofrimentos – muitos deles produzidos em contextos de assistência formal da saúde, com ações devidamente embasadas no conhecimento vigente – surge uma autêntica e primorosa obra de arte, que quebra a identidade do leitor e o transporta ao âmago do mundo dos afetos e das sensações dos personagens, mas também ao problema político do cuidado que os relatos denunciam. O texto obriga o leitor à alteridade com os personagens de que fala: impossível não sentir o sofrimento das trabalhadoras de saúde Mara ou Soledad, pela percepção da impotência confortavelmente construída no cotidiano dos serviços, e pela convocação ética ao cuidado do outro; a angústia das "jovens estudantes" que atuam como acompanhantes terapêuticas no projeto da UFRGS diante da insuficiência das técnicas clínicas para suportar o silêncio do outro do cuidado; das dores do corpo insuficiente e da felicidade de Paulo e João e Maria ao serem convocados a engendrar novos corpos pela produção artística no cuidado oferecido no cotidiano da cidade; da felicidade de Mariana, ao comprar *impostergáveis* taças de cristal para vinho com o seu próprio dinheiro da pensão para experimentar sua cidadania e novas sensações no consumo de água na sua nova casa no residencial terapêutico, em substituição às canecas plásticas utilizadas por dezenas de anos no hospital psiquiátrico; e tantas outras. Confesso que sofri bastante com a

dor de Sorôco, no conto de Guimarães Rosa, com o início do relato da portoalegrense Joana e dos barcelonenses Núria e Osmar, pela iminente iatrogenia dos serviços de saúde.

Em diversos momentos da leitura me vi, emocionado, tentando interferir na sequência do texto para impedir que Sorôco entregasse a mãe e a filha para o trem dos loucos e, sem êxito nessa tentativa, pouco depois, por muito pouco não me misturo *às gentes* no *caso sem comparação* e saio a cantarolar *a cantiga que não vigorava certa, nem no tom, nem no se-dizer das palavras, do canto sem razão* para acompanhá-lo de volta a sua *verdadeira* casa. Ou mesmo na tentativa de alertar Joana, Núria e Osmar sobre o risco delas de perder a pensão ou dele acabar internado ao relatar aos profissionais legalmente reconhecidos dos serviços de assistência e saúde sobre as suas conquistas cotidianas, sobre sua capacidade de repuxar o contexto que viviam e inventar potências para sua felicidade. Felicidade não pode para o louco! Alienado não pode ter protagonismo! Enganem o perito! A contradição é do paradigma vigente, não se esqueçam disso! Lá estava eu, tentando atuar no texto da tese...

Digo que a produção de Károl é uma autêntica obra de arte porque *autoral* e porque ela mobiliza o corpo e as sensações de quem a lê. Mobiliza a *amorosidade* que Paulo Freire diz que compõe a sabedoria das *gentes* e que evoca a incompletude que, reconhecida, move a inteligência a novos e significativos aprendizados. A obra de arte não é o lado de fora da produção intelectual; neste caso é seu dispositivo de produzir significados!

A tese tem contribuições significativas não apenas ao cuidado em saúde, mas também à gestão, à participação e à formação setoriais. Ela faz o que propõe Ceccim para a educação permanente em saúde: põe o quadrilátero atenção/gestão/participação/formação em movimento e produz conhecimento útil para o cotidiano da produção da saúde, nas diferentes redes que se pretende existam nos serviços e nas práticas, no sistema oficial, nas aproximações intersetoriais, nos diferentes territórios vivos do cotidiano; vivos, novamente lembrando Milton Santos, porque transformados continuamente pelas gentes que neles vivem, amam, constroem redes... Falar da tese reivindica sempre eteceteras e reticências. Como na própria tese!

Vou me conter ao compartilhamento das inúmeras idéias e estranhamentos que o texto produziu em mim, dos fragmentos que me produziram alteridades, e faço algumas considerações do que penso possa contribuir para produções subsequentes e, de certa forma, cumprir o script que se espera de um avaliador. O texto apresentado à avaliação é plenamente suficiente, pelas considerações já registradas, para o nível de exigência desta etapa de estudos acadêmicos, iniciemos assim essa sequência para

não deixar dúvidas quanto à relevância pretendida para as considerações que se seguem.

Quero falar sobre o artesão da saúde! Essa metáfora primorosa para falar de uma saúde que não é definida pelo conhecimento do médico e que está inserida no andar a vida de todos. De uma saúde que é multicolorida, que fala das dores e dos prazeres do corpo e da alma, que é múltipla (Rotelli nos fala de mil saúdes para demonstrar a limitação da lógica problema-solução, tão cara às práticas biomédicas contemporâneas). Pois é, uma metáfora que permite falar do trabalho na saúde, que reivindica maior criatividade e maior compromisso ético-político no seu fazer, ao mesmo tempo em que reivindica maior articulação com o cotidiano. Utilizei-me por ocasião da minha tese de doutorado das expressões-metáfora "nomadismos da clínica", para falar de uma clínica que se pretenda capaz do cuidado, e de "mestiçagens/hibridizações", para os conhecimentos e as capacidades dos trabalhadores no cotidiano do seu fazer. A clínica e o cuidado me implicam também! Não é relativamente à consistência da tese os questionamentos que pretendo aqui; é no contexto da minha inserção nesse tema. A maior potência epistemológica da metáfora do *artesão* para *outras saúdes* seja, justamente, a articulação entre "cabeça" e "mãos", como sustenta a tese, porque fratura o paradigma hegemônico da ciência, em particular na saúde, requerendo do conhecimento capacidade de resolver singularmente cada situação que demanda cuidados com base em situações menos estruturadas e mais complexas do que o modelo lógico da ciência atual sustenta.

O recurso analítico de pensar no cuidado como trabalho é primoroso! Associo-me a essa vertente e tenho mergulhado muito nas produções de autores como Emerson Merhy (micropolítica do trabalho) e Ricardo Ceccim (educação permanente em saúde), entre muitos outros, justamente porque desafiam o pensamento nessa direção e põem em articulação no cotidiano do cuidado o trabalho de cuidar e o trabalho de produzir conhecimento significativo para o cuidado. Essa articulação, no meu entendimento, ajuda a resolver o "problema" da gestão do cuidado, reivindicando um plano estético, com arranjos mais generosos, para a clínica, e mais comprometidos com o fazer emergir as saúdes de cada um. E devolvem para o trabalho de cuidar o que o modelo biomédico retirou, com as diferentes estratégias de gestão "otimizada" do trabalho.

Recolocar a criação como parte do trabalho, em particular do trabalho de cuidar, tem conseqüências importantes. Gosto particularmente da tipologia de tecnologias em saúde utilizadas por Merhy: tecnologias duras (máquinas), tecnologias leve-duras (conhecimentos da epidemiologia, da medicina, da psicologia, ...) e tecnologias leves (as relações). O conceito de tecnologia, além de pertencer ao mundo do trabalho e de dizer sobre as lógicas de organização do

trabalho na saúde, nos livra de pensar que o vínculo e a responsabilidade do cuidado são alcançáveis por meio de atributos individuais, como a empatia ou a capacidade de socialização, ou que o diagnóstico da doença seja suficiente para propor o cuidado. E o conceito de tecnologia leve nos coloca diante de um artesão que não precisa dispensar o trabalho em equipe ou a hierarquização desse trabalho (os papéis de "mestre" e "aprendiz" podem oscilar a cada momento, dependendo das condições em que se realiza, sem a cristalização dos papéis), reivindicando do artesão menos compromissos morais (juramentos ou contratos formais) e mais a articulação em redes: daí que se poderia superar também o conflito entre "autonomia" e "autoridade" no contexto de relações entre sujeitos. Essa construção que fiz pretende opor-se, por excesso de desconforto que me produziram, com as idéias de "auto-atenção" e "auto-suficiência" que aparecem no texto para "resolver" o problema da hierarquização de base disciplinar. É preciso registrar que a analogia ao trabalho em rede para a produção de soluções abertas na área da informática (o caso Linux, citado no texto) já aponta para isso.

Mas, quero confessar, o maior desconforto na operação da metáfora está na idéia de produção de conhecimentos com base na "repetição de atos", que é apresentada no decorrer da tese para ajudar no encadeamento da idéia de que as capacidades para o trabalho do artesão são produzidas e não são inatas. A tese recoloca essa afirmação, registrando que a repetição não retorna ao mesmo. Ainda assim. Aqui, provavelmente, falam mais forte minhas marcas da educação do que da saúde coletiva. A repetição, no campo da educação, fala de uma aprendizagem como cognição. E a tese, em diferentes momentos, principalmente quando se reporta à educação permanente em saúde, fala da educação como mobilização da inteligência, como artesania de saberes.

Bom, a extensão da fala e a natureza das questões também são significativas para a avaliação: a tese me implicou, me afetou, me produziu rupturas. Portanto, ela funcionou! De duas maneiras: mobilizou *cicatrizes de feridas* em mim e mostrou-se capaz de operar como dispositivo de pensamento, uma verdadeira *blastoestimulina records para as feridas da alma* (como nos diria Paulo) de um trabalhador inquieto da saúde que tem compromisso ético e político com um plano estético para o cuidado e para outros mundos!

A leitura da tese nessa condição de ineditismo e a participação nesta banca fazem me sentir privilegiado, pelo que agradeço novamente.

Barcelona, fevereiro de 2011.
Porto Alegre, janeiro de 2021.
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

Escrever é uma forma de produzir marca, de registrar algo que possa ser recuperado pela leitura de outro. Historicamente os humanos sentiram a necessidade de deixar estas marcas, estes escritos. Desde as pinturas rupestres até a invenção de um alfabeto que permitiu ao homem universalizar, em certa medida, sua forma de comunicação, somos convocados a registrar e a decifrar tais registros. A escrita bem pode ser tomada como uma forma de artesania, já que através do esforço de comunicar une-se a mão e a cabeça em um processo longo e reflexivo de escrita e reescrita de um texto. Processo este que exige de quem escreve a suspensão do desejo de finalizar a tarefa que se prolonga entre um polimento e outro. Trabalho de análise da matéria, de revisão, de inserção e descarte, de tomada de distância para depois produzir nova aproximação até que se possa considerar como acabado o texto. Exige que uma decantação acontece: o que fica, o que sai, para a produção tida como final. Os descaminhos vividos no processo, daquilo que sobra invadindo o texto e quebrando seu ritmo e também daquilo que faltou ser dito.

A escrita que aqui apresentamos é resultado deste processo desenvolvido na tese de doutoramento e que agora vira livro. A intenção de provocar uma reflexão sobre um determinado fazer em saúde, neste caso uma artesania da saúde, convoca nossos leitores a questionar as práticas vigentes em saúde mental e oferece alguns pontos de resistência através dos quais se possa romper com a hegemonia do modelo biomédico. Defendemos claramente uma política em saúde que convoque os diferentes atores sociais para tomarem parte dela, para produzirem crítica ao modelo oferecido e serem capazes de inventar algo novo, algo capaz de verdadeiramente produzir reinserção social ao portador de sofrimento psíquico grave, que rompa as grossas paredes do manicômio, que lute contra o estigma e, por fim, invada a cidade ocupando-a desde sua diferença. Tal tarefa só se faz possível se existe a possibilidade de um encontro, de que algum acaso/acontecimento perpasse a existência dos distintos sujeitos envolvidos em processos de vida.

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

De acordo com Sennett (2009), na oficina do artesão a palavra era muito utilizada como recurso de ensino e colocava-se como mais eficiente que a escrita, já que quando apenas lemos uma instrução não temos a possibilidade de sanar dúvidas com ninguém. Mas longe de renunciar a escrita, o que ele propõe é aceitar o desafio que a mesma nos impõe, criando instruções que sejam expressivas. Através deste escrito tentaremos de demonstrar de forma expressiva a história que queremos contar. Trataremos de desmontar passo a passo o conhecimento já internalizado na rotina de nossas atividades tentando analisar-las com outros olhos, através de outras disciplinas.

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

Como manter a tão recomendada neutralidade crítica do investigador, quando se está mergulhado no turbilhão que compõe a vida? Como manter o exigido rigor acadêmico? Como aproximar-se do campo, colher informações junto aos informantes, analisá-las e apresentá-las de forma clara, imparcial e crítica? Um desafio que confesso de saída me parece impossível de vencer. O campo de pesquisa é meu lugar de trabalho e, portanto de produção de vida, de contágios, de encontros. Lugar de possibilidades, como afirmamos exaustivamente ao longo deste escrito, onde o encontro com o outro em sua diversidade provoca necessariamente, naquele que o busca, transformações. Foi isto o que afirmamos teoricamente e o que vivemos na prática. Daí a difícil tarefa de tomar distância do vivido para transformá-lo em experiência comunicável. Como já nos advertia sabiamente Melucci (2001: 168) "De qual 'realidade' fala, de fato, o pesquisador, se não daquela que ele mesmo constrói na interação circular com os seus objetos?"

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

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

Também Delgado (2010) dá mostras de que nem só os latinos americanos contagiam-se com as paixões que solapam o edifício teórico e investigativo do pesquisador. Em seu livro: *La ciudad mentirosa*, defende apaixonadamente a cidade de Barcelona que ao mesmo tempo ama e odeia, denunciando o intento de liquidar uma das mais apaixonantes cidades da Europa em nome de um projeto político e urbanístico que a converte na *top model* da vez. Delgado (2007) também aponta que a realidade a qual pesquisamos sempre nos sobrepassa e que a teorização acaba sendo uma aproximação que tenta dar conta de comunicar o vivido, já que, como científicos sociais, tentamos esclarecer os mecanismos que organizam os fatos, o que sempre acaba por gerar como efeito uma simplificação entre o observado e vivido e o narrado. Devemos ter consciência de tal processo e de nossa incapacidade de representar a partir de um modelo o mundo em que vivemos, já que nosso trabalho está de saída fadado a ser provisional e incompleto.

Muitos outros exemplos poderiam ser aqui apresentados para corroborar nossas iniciais desculpas ao leitor de que não manteremos a neutralidade recomendada e que somos conhecedores das limitações e da incompletude de nossas análises. Até porque acreditamos que tal postura neutra responde a um tipo de investigação que, levando somente em conta o biológico, descarta ou coloca em segundo plano as questões históricas e sociais de cada sujeito.

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

O olhar biomédico ignora a complexidade do sujeito e a incompletude e provisionalidade de seus achados, oferecendo-os como uma verdade acabada: uma medicina baseada nas provas, por utilizar um conceito de nossa modernidade.

Marcados por uma objetividade que pretende não incluir o observador no campo da observação o modelo racionalista não deixa espaço para as dimensões intuitivas e emocionais do comportamento (Melucci, 2001). O sujeito fica despossuído da sua aflição, a qual boia a deriva de si mesmo, já não e mais a sua posse, senão o espaço de uma nosologia.

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

Transformar o vivido em escrita supõe uma responsabilidade ética que deve ser construída entre quem observa e quem é observado, uma tarefa por si só difícil porque faz dialogar o diverso. Evidentemente também escrevemos para defender uma tese, para afirmar determinadas teorias e pontos de vista e de certa forma, defender alguns processos de intervenção, assim que todo o escrito atesta também de uma ideologia que acompanha o investigador, ainda que este esteja aberto ao diálogo com o outro.

Aqui talvez se torne claro o porquê de recorrermos à antropologia como ponto de ancoragem para esta investigação que parte de um território/cidade chamado Porto Alegre para desaguar em Barcelona. A etnografia[1], enquanto instrumento de análise dialógico, nos oferecia a possibilidade de afastamento e aproximação do processo. A etnografia permite incorporar o vivido, e não apenas isso: partir dele. Possibilita uma perspectiva autocrítica e faz que o pesquisador seja a principal ferramenta de pesquisa. Não gera modelos nos quais os dados e a análise se fragmentam, como num processo produtivo industrial. A etnografia é artesania.

A metodologia etnográfica nos parecia a ferramenta menos contraditória para a realização desta pesquisa e para nos descontaminar do nosso olhar de técnicos. A simetria de saberes se configura como instrumento indispensável neste escrito. Trata-

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

se de dar voz a este outro discurso, a estes anônimos que podem ser chamados de sujeitos, informantes, investigados, etc., mas que na verdade são as pessoas que fazem acontecer, que sustentam os sistemas e os processos de saúde em Porto Alegre, em Barcelona ou em qualquer outra cidade. Eles são os verdadeiros protagonistas desta história. São trabalhadores, membros do movimento social, usuários ou familiares; são estudantes, são redatores, enfim, são artesãos da saúde, que com seu ofício diário tecem e sustentam as redes nas quais nos articulamos.

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

Neste novo espaço poderíamos chegar como alguém que se aproxima do projeto para conhecer, para aprender, sem estar tão marcados por um *rol* de especialista, como era o caso em Porto Alegre. No espaço da residência multiprofissional em saúde (RIS) desempenhava a função de supervisora clínica do grupo da psicologia, professora e também membro do grupo de coordenação, portanto, em um lugar bastante marcado e hierarquizado na relação com as alunas, ainda que não fosse de meu desejo e nem tampouco uma política do grupo da RIS. O papel de supervisora, professora e trabalhadora dava certa dimensão avaliativa, de conhecimento, de prestígio social que muito mais que auxiliar em uma relação horizontalizada poderia vir a atrapalhar, como de fato se configurou na primeira aproximação com o projeto da rádio Potência Mental. Outro motivo era o contato já assíduo com os professores/investigadores da antropologia médica da Universidade de Rovira i Virgili que nos seduziram e nos contaminaram com seu olhar antropológico, além de percebermos uma identidade no que se refere à posição de escutar o sujeito em sua singularidade, em considerar seu saber profano, como diriam os antropólogos, em simetria com os saberes dos especialistas, reconhecendo a dimensão social e política que compõe o sujeito humano.

Estar na Catalunha era também tomar uma distância real com os projetos com os quais trabalhávamos, para desta posição tentar dar conta de analisá-los. O que, todavia não sabíamos é o quanto a vivência de estrangeiro nos auxiliaria a

compreender muitos dos processos vividos, das narrativas escutadas ao longo do caminho. Ser estrangeiro, estranho, sem história, sem referência, sem moradia, sem língua, sem pátria, sofrer na pele esta condição de alienação, na qual o olhar do outro inevitavelmente nos coloca, foi um aprendizado duro, mas importante como experiência de vida, já que nos jogava neste fora de lugar, neste turbilhão que o ser estrangeiro provoca. Viver em uma cidade absolutamente nova neste sentido e experimentar a construção de um universo de representações que te permitam seguir em frente, enfrentar tal desafio e sobreviver a ele.

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

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

Para contar esta história partiremos da idéia defendida por Sennett (2009) de artesania e a tomaremos analogamente para propor uma idéia de artesania em saúde. Assim, o nosso fio condutor será o nosso personagem, o artesão da saúde. A história deste personagem, deste homem da multidão, começará a ser escrita através de algumas ações ocorridas no território do Estado do Rio Grande do Sul no que tange ao campo específico da saúde mental, tendo como pano de fundo o espaço conflitivo da reforma psiquiátrica e as dificuldades para desarraigar práticas de cuidado cronificadas no cotidiano. Não teremos a pretensão de esgotar o tema e somos conscientes das múltiplas experiências vividas neste campo em nossa cidade. Recortaremos algumas destas experiências, das quais tivemos o privilégio de participar para contar aqui esta história. Utilizaremos a metodologia da etnografia para nos auxiliar a analisar as discursivas que emergem neste escrito, dando voz aos verdadeiros protagonistas desta história, facilitando um conhecimento que seja mais encontro que certeza.

A primeira ação se dá no Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre, e atesta das políticas, no qual tomamos parte como controle social[2], representando o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A segunda ação, que atesta do vínculo, apresenta a política de educação permanente no âmbito do Acompanhamento Terapêutico[3]. Finalmente, a terceira ação vincula-se com o trabalho de rádio, que atesta dos fluxos, através das experiências do Coletivo Potencia Mental em Porto Alegre e da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia em Barcelona.

Tais experiências nascem da possibilidade do questionamento das práticas de cuidado em saúde mental à medida que vamos reformulando a abertura proposta pela reforma psiquiátrica. Abertura esta, que no caso brasileiro, está diretamente vinculada ao movimento da reforma sanitária e às conquistas legais preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no árduo conflito de conquistas do movimento social no território brasileiro. Os embates teóricos, técnicos e políticos desenham o cenário da história da saúde mental em nosso país. Vivemos divididos entre as possibilidades de encontro e instauração de uma nova política de saúde que respeite a diversidade, que seja capaz de propor ações reais de inserção dos usuários. Também que seja capaz de armar uma rede que contenha aos usuários sem aprisionar-lhes, incluindo as suas famílias. Em resumo, uma política que enfrente o desafio de produzir saúde respeitando as premissas do SUS e auxiliando aos sujeitos a redescobrirem seu lugar na sociedade.

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

---

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

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

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

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

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

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

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

No emaranhado do espaço urbano que compõe esta história somos levados por um labirinto de idéias e imagens que se configuram, que se alteram, que se desfazem no processo de produção escrita. Assumimos o compromisso de ser fiéis aos nossos ideais e nossa postura ética, nos desculpamos pela veemência que algumas de nossas

palavras possam assumir e pelo apaixonamento que talvez cegue em certa medida esta pesquisadora que vos fala.

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

Para conhecer o mundo precisamos observá-lo com detalhamento, como faz o artesão com sua matéria. Mais que nada, estaríamos falando de uma postura, de uma atitude frente à investigação necessária ao etnógrafo, já que a etnografia se apresenta como um instrumento de investigação que, como indica Delgado (2007), permite ao pesquisador aproveitar intensamente sua capacidade humana de receber impressões sensoriais na tentativa de organizar o pensamento para enfrentar-se com a tarefa de comunicar o vivido e observado. Trabalho que exige uma imersão física e psíquica do investigador na tarefa que desempenha que, assim como a marca do narrador se apresenta no narrado, terá efeitos sobre a escrita do investigador, desenhando uma tessitura singular. É certo que não se pode conceber a realidade observada sem levar em conta aquele que observa, pois o olhar deste, suas análises teóricas, determinam a forma como esta realidade será apresentada. Reconhecimento que nos leva a um velho problema para a filosofia acerca da verdade, já que o antropólogo trabalha sobre uma realidade que também lhe trabalha.

É deste mergulho que tentaremos resgatar alguns recortes, algumas vozes, para nos ajudar a dar testemunho do processo vivido, das histórias que se desenharam nestes encontros e desencontros nos espaços destas distantes *urbs* que habitamos diariamente, nas quais nos movemos, nos perdemos, nos encontramos, sofremos e vivemos.

1

ARTESÃOS DA SAÚDE QUANDO A MÃO SE REENCONTRA COM A CABEÇA

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

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

Em seu livro *El artesano*, Richard Sennett destaca uma parte da obra publicada por Arendt em 1958, que se chama *A condição humana,* na qual a autora defende a idéia de que uma vida sem fala (palavra) e sem ação está morta para o mundo.

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

Nesta mesma linha apontada por Arendt (1958), circunscrevendo a especificidade do campo de investigação da antropologia médica, Menéndez (2005) denuncia o quanto o modelo biomedico hegemônico reduz a possibilidade dos sujeitos enunciarem suas verdades. O que se observa é certa falta de espaço para a palavra tanto de quem cuida, quanto de quem é cuidado. Isto se deve ao fato de que hoje na relação médico/paciente, tanto na atenção primária quanto no campo das especialidades, a duração do tempo das consultas é cada vez menor, fazendo com que o momento clínico, que seria segundo o autor, o espaço para aprofundar a aprendizagem, já que é um tempo de aberturas afetivas e cognitivas para poder assumir o prescrito de uma maneira experiencial, está totalmente condicionado pelo tempo objetivo da consulta. Assim, seria imprescindível o resgate do espaço para a palavra e para um efetivo encontro com o outro em sua alteridade, pois somente com este tempo poderemos colocar a serviço desta relação nossas percepções. Só assim podemos aprender na experiência da troca com o outro que nos interpela e que também é interpelado.

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

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

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

Para Sennett todas as habilidades, inclusive as mais abstratas, começam como práticas corporais e, a compreensão técnica desenvolve-se através do poder da imaginação. O primeiro conhecimento viria através da mão que manuseia o objeto, o tato a serviço do conhecimento, a imaginação seria a capacidade humana, a partir da linguagem, que tenta orientar a habilidade corporal. Daí a ideia de uma conexão entre a mão e a cabeça, entre o pensamento e a ação. A utilização ou invenção de novas ferramentas viria complementar a exploração das possibilidades do objeto. Este fato estimula ainda mais a imaginação do artesão. O artesão aprende com as dificuldades que o objeto lhe impõe. A resistência e a ambiguidade resultam em uma experiência instrutiva na perspectiva de desenvolver o trabalho.

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

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

Segundo Resende (1992), em alguns casos, nas sociedades pré-capitalistas, a forma e a organização do trabalho praticamente não discriminavam os sujeitos em função das suas diferenças individuais. O trabalho agrícola de subsistência e o artesanal acomodavam as largas variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo de cada um. Desta forma, a aptidão ou a inaptidão não era um critério importante na determinação de normal ou anormal. Podemos então dizer que dois fatores selaram a sorte do louco: a Revolução Industrial e o processo de urbanização. Com estes adventos, a loucura passou a constituir o problema da aptidão do ser acometido por ela de fazer parte da cadeia de produção e, portanto ter espaço de convívio com os demais em sociedade.

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

Desta forma, o louco fica impedido do recurso da palavra, já que seu discurso não tem sentido, e também da ação. Palavra e ação silenciadas no internamento psiquiátrico, vidas cujos destinos estavam marcados por um diagnóstico que inviabilizava outro lugar na sociedade. Despossuído de razão, e uma vez sentenciado por um diagnóstico clínico psicopatológico, o doente mental era automaticamente

relegado ao lugar do tutelado e alguém passaria a responder por seus anseios. Ele já não possuiria mais um lugar de produção e de saber, um lugar de alguém capaz de algo, seja o que for. Tanto que uma das palavras que mais se pode ler nos laudos psiquiátricos é a da incapacidade: inapto ao trabalho, a vida em família, a uma relação de casal, a viver só e um largo etc.

Esta política de exclusão só fez aumentar a alienação do sujeito acometido pelo que se classificou[4] como enfermidade mental, produzindo um sem número de casos de abandono, de cronificação e até de óbitos. Com a reforma psiquiátrica e a reformulação das formas de cuidado, foi possível tocar e desalojar o lugar social destinado ao dito louco. Com a abertura dos manicômios, com a criação de novos espaços de moradia, a criação de uma rede substitutiva, com a reinserção no mundo laboral e o convívio nas cidades, foi possível desmontar a solução/problema que até então vigorava para o diagnosticado como a única saída.

Em meio a estas novas políticas, emergem dispositivos como é o caso do investimento em educação permanente em saúde para de fato alterar as práticas de cuidado, tratando de desmontar na mente de cada um esta sentença tão bem construída através dos séculos, desmontando o pior dos manicômios que é o manicômio mental; o investimento no acompanhamento terapêutico como um dispositivo da reforma psiquiátrica; a participação social como forma de controle social, garantindo a implementação de políticas em consonância com a reforma psiquiátrica; e o redator de rádio como um agente produtor de um novo saber e, porque não dizer, como divulgador de outra verdade sobre a loucura. Todos atuando dentro do espaço urbano das cidades, mergulhados no cotidiano, vivendo e compartilhando espaço com os demais. É nesta perspectiva que reivindicamos o lugar de artesania em saúde. Cada um destes agentes como um artesão disposto a fazer bem o seu trabalho, ou seja, a assumir um compromisso de participação social via palavra e ação. Assumir o protagonismo de suas vidas, resgatando a dimensão narrativa, participando ativamente de seus processos de tratamento e tendo voz dentro destes processos de cuidado que o sistema de saúde lhes oferece, bem como, dentro da trama do espaço urbano, construindo um outro espaço possível de relação social.

Para tanto, propomos recuperar a idéia de oficina como um espaço no qual se possa trabalhar, compreender e produzir coisas que tenham sentido em si mesmas, em toda a sua complexidade. Nossa oficina será a cidade, pois é nela que se agenciam os acasos/acontecimentos. Propomos assumir uma postura de artesão frente a nossa matéria e, ao abordá-la, tentar encontrar novos contornos, novos desenhos para a

---

[4] O surgimento e o crescimento dos manuais de classificação psiquiátricosdo tipo CID e DSM atestam

mesma em nossa sociedade. “El artesano representa la condición especificamente humana del compromisso.” (SENNETT, 2009: 32).

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

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

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

Um exemplo com o qual o autor nos esclarece esta idéia é o sistema operativo Linux para computadores. Sendo um programa livre, os códigos de acesso estão abertos a quem queira adaptá-los ou mesmo modificá-los. Linux funciona na contramão do que propõem e empregam outras companhias, cujo segredo é guardado a sete chaves como propriedade intelectual. Na verdade, na contramão do modelo capitalista, talvez por isso experiências como estas sejam ainda consideradas

marginais. A comunidade de programadores luta por conciliar qualidade e acesso aberto. O código está sempre em evolução, não é um objeto acabado e fixo. No programa Linux existe quase que uma relação instantânea entre solução e descobrimento de problemas.

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

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

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

A máquina, na revolução industrial, aparece como uma ameaça física ao artesão, já que nunca se cansa, não fica doente, não gesta filhos, faz o mesmo trabalho sem parar e ainda nunca se queixa. O que talvez a máquina, apesar das tentativas muito ostensivas, ainda não conseguiu até hoje é substituir totalmente o trabalho humano, já que a própria máquina depende ainda de um homem que a pense e desenvolva. A própria fabricação da máquina e seus ajustes dependem da cabeça e da mão humana. É justamente a capacidade humana de pensar, desenvolver e colocar em funcionamento, resolvendo os problemas de produção, que determina a existência da máquina.

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

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

Na oficina medieval o mestre se via obrigado por um juramento religioso a melhorar as habilidades dos seus aprendizes, juramento que nenhum pai se via obrigado a fazer perante seus filhos. Esta medida tentava evitar uma possível exploração dos aprendizes por parte dos mestres, transformando-os em mão de obra barata e explorável. Em contraposição a isto, o mestre se via impelido por seu

juramento de honra a formar seus aprendizes com as habilidades necessárias. O aprendiz também se via obrigado por um juramento religioso a manter os segredos de seu mestre, já que receberia a formação adequada ao desenvolvimento de suas habilidades, para que em algum momento também pudesse ocupar o lugar de mestre em sua própria oficina. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que a motivação vale mais que o talento.

Sennett faz uma diferenciação importante entre autoridade e seu oposto, que seria a autonomia, ressaltando que a história social da artesania é, em grande parte, a história dos esforços para resolver os problemas de autoridade e autonomia nestes espaços. Ele afirma que na oficina medieval as habilidades do mestre lhe valiam a possibilidade de mandar, de ensinar aos seus aprendizes que deveriam submeter-se e assimilar o processo. Em contraponto a idéia de autoridade, encontramos uma definição de autonomia como trabalho auto-suficiente, realizado sem interferência de ninguém. Cabe resaltar que a autoridade esta definida como "algo mas que ocupar un lugar honorable en una red social. Para el artesano, la autoridad reside igualmente en la cualidad de sus habilidades". (SENNETT, 2009: 81). Com esta frase o autor nos convida a uma reflexão, que neste caso nos parece fundamental, de até que ponto nos espaços de saber/fazer/ofertar saúde podemos superar este conflito entre autonomia e autoridade. Ou ainda, que tipo de oficinas estamos proporcionando aos nossos cidadãos? Até que ponto superamos as velhas questões que rondavam o *taller* medieval, autoridade do mestre versus a autonomia do aprendiz?

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

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

sobre seu padecimento (religiosos, místicos, científicos, etc.) e ainda influírem no prognóstico. É certo que a autoatenção tem consequências positivas e negativas para a saúde, mas, acima de tudo, evidência a capacidade dos sujeitos e grupos de agir, buscar e encontrar soluções para seus problemas. E é neste sentido que a autoatenção se coloca como um potencial mecanismo de micropoder, já que valoriza o saber do sujeito sobre seu padecimento.

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

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

> A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o 'puro em si' da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (...) O próprio Leskov considerava esta arte artesanal – a narrativa – como um ofício manual. (BENJAMIN, 1936: 205)

Benjamin ainda acrescenta que:

> (Pois a narração, em seu aspecto sensível, não é de modo algum o produto exclusivo da voz. Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos, aprendidos na experiência do trabalho, que sustentam de cem maneiras o fluxo do que é dito.) A antiga coordenação da alma, do

> olhar e da mão, que transparece nas palavras de Valéry, é típica do artesão, e é ela que encontramos sempre, onde quer que a arte de narrar seja praticada. (BENJAMIN, 1936: 220-221)

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

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

Nesta estrutura o saber do sujeito sobre seu próprio padecimento é desconsiderado ou colocado em segundo plano. Se desconsiderarmos este elemento, perdemos boa parte da história do sujeito e seu protagonismo. Sujeito aqui entendido como sujeito do desejo de acordo com a letra freudiana. Daí a importância de resgatar a palavra do sujeito sobre seu sofrimento, dar espaço para que o mesmo estabeleça uma narrativa, propondo uma simetria entre os saberes, como defendido pelo olhar antropológico. Aqui tentamos justamente fazer dialogar as proposições da psicanálise e da antropologia como forma de escutar o sujeito em sua complexidade. Desde a psicanálise o sujeito é entendido como alguém em relação com o outro desde sempre. Somos produto do olhar deste outro, forjamos nossa subjetividade na interação com este olhar. Como sujeitos de linguagem, introduzimo-nos no mundo das relações desde um lugar que está marcado por esta história que nos representa. Se de algum modo somos tolhidos de contar nossa história, de estabelecer uma narrativa sobre nossas vivências, temos parte do que realmente somos sequestrada por esta impossibilidade. Não podemos transformar vivência em experiência. Assim, como veremos adiante, esta subjetividade é também pensada desde uma perspectiva da comunicação e da cooperação, relação com o outro e palavra.

A reformulação do sistema de saúde no Brasil via o avanço do SUS, tenta oportunizar o resgate do sujeito cidadão de direitos e deveres. Com isto, não deixa de

resgatar, ou pelo menos abrir uma possibilidade para o sujeito do desejo, já que recupera a dimensão humana em toda a sua complexidade, como fica explicito nos princípios que o regem. Desta maneira, busca justamente romper com a lógica que despotencializa, ou mesmo desconsidera o sofrimento do sujeito, e, assim, horizontaliza as relações, trabalhando com a idéia de rede. Neste sistema, por excelência, todos os pontos deveriam valer por si mesmos. A idéia central é de trabalhar cooperativamente, oferecendo apoio mútuo para as diferentes ações. Só através de ações coletivas vamos conseguir desenhar respostas aos impasses que enfrentamos na atualidade.

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

Para o mesmo autor, praticamente todos os seres humanos podem chegar a serem bons artesãos, justo porque o trabalho artesanal encarna o grande paradoxo de ser uma atividade de grande refinamento e complexidade, que surge de atos mentais tão simples como a descrição detalhada de seus feitos e sua posterior indagação. Aprender a trabalhar bem capacita as pessoas a autogovernar-se e, portanto, a serem bons cidadãos. Sennett argumenta ainda que a diferença que existiria entre mãos torpes ou hábeis ao trabalho manual residiria no estímulo e no treinamento que cada qual receberia. Assim, podemos pensar que se existem inabilidades seriam por falta de estímulo, de motivação e de condições pra torná-las hábeis. No caso do nosso artesão da saúde, podemos propor que o desenvolvimento de políticas de educação permanente possa garantir o espaço de transformação das mãos torpes em mãos hábeis. Espaços no qual o artesão da saúde possa estudar sua matéria, analisá-la, verificar os pontos de resistência, refletir conjuntamente com seus pares e buscar soluções, novos desenhos para os impasses com os quais nos enfrentamos.

O trabalho artesanal requer certa rotina, uma repetição de certo gestual, de dada maneira de fazer algo, como já afirmamos, mas uma repetição, ou melhor, uma rotina que sempre está em evolução, que permite a cada dia que o artesão desafie sua técnica, que exija mais de dada ferramenta, ou que invente novas ferramentas, que busque novos resultados. O que mais deixa orgulhoso a um artesão é a capacidade de desenvolver habilidades, e estas estão sempre em evolução. A lentidão do tempo do trabalho artesanal permite ao artesão pensar, refletir, imaginar, refazer, desfazer. Poder parar para pensar sobre o que se está fazendo, ter uma pausa só para isso, permite ao artesão questionar-se sobre seu fazer e colocá-lo em questão. Isto permite

uma indagação ética sobre o fazer a cada passo, a cada etapa da produção, em tempo real e não depois do fato consumado.

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

Para exemplificar, podemos tomar uma situação vivida aqui em Barcelona na Associação Sócio Cultural Rádio Nikosia quando somos convidados a participar de um festival chamado *Traffic*, que consistia em produzir uma intervenção na cidade chamada *Ciudad Tomada*. Com esta convocatória nosso grupo passa a ser freqüentado, e porque não dizer, acompanhado por outro coletivo chamado *A la vuelta de la esquina*, que terá como função gravar e ajudar-nos a produzir nossa intervenção. Na verdade é um grupo que acaba se mesclando pouco a pouco e que juntos vão produzindo a intervenção, a tal ponto que em dado momento do processo somos um grupo só, em harmoniosa cumplicidade, produzindo e cooperando mutuamente para tomar a cidade de Barcelona. Assim como Nikosia existiam outros grupos envolvidos aos quais também foi demandada a tarefa de produzir esta intervenção, que culminaria em um grande evento no Centro de Cultura Contemporânea de Barcelona (CCCB), no qual realizaríamos uma rádio aberta.

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

Particularmente implicada, vejo-me convocada a escrever em uma frase o que representa a radio Nikosia para mim. Tenho a responsabilidade, junto com meus colegas redatores de pensar algo que nos represente, que ateste de nosso percurso e que nos apresente socialmente, desde meu ponto de vista. Dou voltas com o papel em branco nas mãos, muito já escreveram suas frases, uns começam a subir para gravar o vídeo na sacada do prédio. Eu penso, mas o que me vem na cabeça é um único pensamento, que se impõe. A frase que escolho é de que: nossa força está no coletivo. Esta frase revela o caráter do que nos aponta Sennett, de que a cooperação pode ser uma grande ferramenta pra vencer impasses, que pode caracterizar a força motriz capaz de encontrar soluções aos difíceis problemas impostos pela vida. Neste trabalho somos convocados como coletivo, no caso Radio Nikosia, mas também como indivíduos, cada qual com a sua frase, com sua idéia, com seu corpo, com sua implicação.

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

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

Para nos ajudar a pensar nesta direção podemos recuperar a idéia trabalhada por Hardt e Negri (2005) de multidão. Estes autores trabalham com a idéia de que a multidão é uma composição de diferenças que não podem ser reduzidas a uma unidade e que seu desafio seria de fazer com que a multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir. Nos casos que aqui vamos apresentar, como, por exemplo, na atuação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Rádio Nikosia, com o Coletivo Potência Mental, ou mesmo nos espaços de educação permanente da residência multiprofissional, na assessoria ao Serviço Residencial ou no curso dos acompanhantes terapêuticos, vamos perceber a gradativa formação de uma multidão

no sentido formulado pelos autores. Vamos ver que os grupos se formaram, criaram algum tipo de coesão, sendo capazes de se comunicar e de agir em comum, ao mesmo tempo em que se mantinham inteiramente diferentes, ou seja, não perderam suas singularidades, suas diferenças. Hardt e Negri (2005) afirmam que a multidão é múltipla e composta de muitas diferenças internas que são impossíveis de serem reduzidas a uma única identidade.

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

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

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

O que observamos nos coletivos com os quais fomos desenvolvendo algum tipo de trabalho é que quando o grupo podia constituir-se como multidão, mantendo e respeitando suas diferenças, resistindo a tornar-se uma unidade sólida, o grupo desenvolvia uma potência capaz de transformar cada um dos seus componentes em artesãos da saúde, já que valorizava o que estamos chamando de uma artesania do encontro. As diferenças presentes nos grupos sendo respeitadas tratavam de produzir este mosaico multicolorido e múltiplo do qual falávamos. Cada um seguia contando como um, com suas singularidades, suas particularidades, mas também era mais um

dentro desta multidão que se formava compondo cada coletivo. Cada um em contato com o outro, e, porque não dizer, em contágio com o outro, podia frente a este contato deixar-se atravessar pela diferença que o outro produz, podendo ressignificar-se a partir destes encontros.

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

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

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

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

Como na obra produzida pelo artista Anish Kapoor chamada *Ascención*, apresentada no Centro Cultural do Banco do Brasil (CCBB) no Rio de Janeiro no ano de 2006 e instalada no grande hall do prédio do CCBB. Segundo Agnaldo Farias nos apresenta no catálogo desta exposição:

> Ascension de 2003, [...] obra constituída de duas paredes elípticas desencontradas de modo a juntas criarem um nicho e em cujo interior abriga uma coluna de vapor d'água, um vórtice produzido por um poderoso

> exaustor. A continuidade do fluxo mais sua materialidade dispersa, a cavaleira do ar, condensa-se numa coluna serpenteante, um furacão controlado. Uma chama longa e branca que estava adormecida naquele espaço até ser acordada pelo artista. (FARIAS, 2006: 33)

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

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

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

Neste mesmo catálogo encontramos uma entrevista realizada por Marcelo Dantas com o artista em Londres, em maio de 2006, que nos fez associar imediatamente as idéias concebidas por Anish Kapoor, com as apresentadas por Richard Sennett e que nos ajudam a forjar a imagem do nosso artesão da saúde. Primeiro quando ele apresenta sua idéia da confusão entre a mão e o olho:

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

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

Outro ponto que não podemos deixar de destacar é quanto à idéia de repetição, defendida por Sennett (2009) sob o conceito de rotina já apresentado neste texto e

com a qual encontramos uma identificação com o pensamento de Anish Kappor, quando perguntado sobre seu processo de criação afirma que não traduz, mas sim que repete processos.

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

Assim que podemos concluir que este artista é um artesão, segundo os conceitos apresentados por Sennett (2009). Se não bastassem os argumentos apresentados acima, ainda poderíamos recorrer à idéia de seu curador, Marcelo Dantas, quando argumenta que Anish Kapoor é "um homem dedicado, obsessivo, porém, simples e sintético." (DANTAS, 2006: 11) Ele nos conta, neste mesmo catálogo, que o artista pode passar meses e até anos em um trabalho de polimento intensivo para obter um resultado desejado com a obra, como, por exemplo, o trabalho chamado *Cloud Gate*, no *Millenium Park* de Chicago, no qual o artista passou cinco anos polindo a obra, para só depois apresentá-la ao público. A imersão que o artista tem com sua obra nos revela a condição já apontada neste texto do tempo de execução de um projeto, como um tempo outro, um tempo que permite a reflexão sobre o processo no instante mesmo de sua produção. Um trabalho que implica em suspender o desejo de finalização da obra para obter dela seu melhor resultado.

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

Ainda gostaríamos de destacar a concepção de vazio trabalhada neste catálogo, que nos faz pensar e relacionar com a imagem/função do artesão da saúde defendida neste escrito.

> Kapoor, contudo, se interessa pelo espaço como meio em que ocorrem trocas incessantes, isto porque, não obstante a pele das coisas separá-las uma das outras, sejam elas suas superfícies de pedra ou metal ou mesmo as paredes de um ambiente, existem frestas, passagens por onde aquilo que está do lado de fora escorre para dentro e vice-versa, numa clara alusão de que se sempre há um lado de lá, um ponto recôndito situado no interior das coisas e que, mesmo no caso em que se parece com um olho, mantém-se a salvo de nós, latejando seu segredo. (FARIAS, 2006: 34)

O que nos interessa destacar é justamente esta idéia de espaço como meio no qual ocorrem trocas incessantes e que esta pele que separa as coisas umas das outras, estas fronteiras entre dentro e fora, possuem suas frestas, seus pontos de passagem nos quais o interior pode escorrer para fora e vice versa, dando esta idéia, tão cara para nós, da possibilidade de romper fronteiras que hoje parecem estáticas. Fronteiras entre quem cuida e é cuidado, entre quem ensina e quem aprende, quem governa e quem é governado, entre quem é louco e quem é normal.

As fronteiras[5] sempre aludem a certa necessidade humana de delimitar os espaços, as coisas e os seres. Talvez nos seja difícil imaginar um mundo sem elas. As fronteiras garantem certo ideal de controle entre o que me pertence e o que é do outro. Meu país, minha língua, minha cultura. Teu país, tua língua, tua cultura. Como uma garantia de identidade com a qual se filiar. Borrar estas fronteiras contaminá-las, fazendo escorrer o dentro para fora e vice-versa é romper com esta lógica e desarmar este controle[6].

Interessante é que em seu texto Sennett nos aponta uma idéia valiosa e que de imediato nos produz uma reflexão necessária. Ao retomar a idéia de Ruskin (apud Sennett, 2009) de que um trabalhador entusiasmado é aquele que se dispõe a correr o risco de perder, ainda que momentaneamente, o controle de seu trabalho, na perspectiva de justamente descobrir algo novo. Para Ruskin o artesão é um emblema para todos aqueles que têm necessidade de uma oportunidade para vacilar, para equivocar-se. Ele defende a idéia de que é necessário um espaço livre e ao mesmo

---

[5] Para Sennett a idéia de fronteira alude para uma resistência extrema ao contágio, ela é excludente, letal. Já a idéia de um limite, de uma linha real ou imaginária que marca um território e o separa dos outros aponta para uma porosidade possível, para um contágio.

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

tempo protegido no qual o artesão possa se experimentar, possa arriscar, no qual possa perder momentaneamente o controle para deparar-se com algo novo, com um achado, uma descoberta, possa romper fronteiras.

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

Este autor ainda nos fornece três ferramentas que podem orientar o uso da imaginação por parte do artesão, no caso a ilustração empática, que se identifica com as dificuldades com a qual se depara um principiante; a apresentação de um cenário, que coloca o aprendiz numa situação nova; e a instrução mediante a metáfora, que incentiva o aprendiz a imaginar um novo marco para o que está produzindo.

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

Um exemplo com o qual trabalha o autor é quanto à função do maestro que pode ser capaz de demonstrar com precisão como o músico deve fazer, mas não é

capaz de mostrar ao aluno onde ele erra. Neste ponto entraria o papel da imaginação em artesania para ajudar a solucionar este problema. Para tanto, podemos utilizar as orientações destacadas pelo autor. Voltemos à primeira delas, no caso a ilustração empática.

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

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

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

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

No nosso caso em particular, com o artesão da saúde, nos interessa destacar a utilização da empatia como recurso de aproximação das diferenças existentes entre o mestre e o aprendiz. As diferenças existem e devem ser consideradas, mas não como recurso de afastamento ou de hierarquização, como historicamente vemos acontecer no campo da saúde. Podemos dizer que a empatia é um passo fundamental no processo de atendimento em saúde, sem a mesma corremos o risco de fracassar antes mesmo de iniciar qualquer processo. Ter a possibilidade de identificar-se com quem nos escuta, nos acompanha, nos dá uma aula, faz um programa de rádio, etc., é fundamental para que o encontro aconteça. Nosso campo é a cidade, o tecido urbano, aqui está nossa oficina e ela nos apresenta uma série de ferramentas com as quais podemos trabalhar. Mas nossa cidade está longe de ser um mero cenário, e aqui divergimos, para depois voltar a aproximar-se. A cidade é o campo do acontecimento,

é o espaço urbano em sua potência máxima, sem controles predeterminados. Ela não é só o lugar no qual as coisas se dão, ela também participa deste processo, como um elemento a mais neste jogo. No nosso território da cidade também trabalhamos com a perspectiva de nos depararmos com o novo, com uma transformação, com a possibilidade de reabitar a cidade. Já a metáfora nos parece um recurso imprescindível na transmissão e, lembrando o que nos ensina Benjamin (1936), só se pode transformar vivência em experiência através da transmissão.

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

Para Hardt & Negri "a humanidade transforma a si mesma, sua história e a natureza." (HARDT & NEGRI, 2005: 256). Somos capazes de produzir transformações desta envergadura porque podemos conectar a mão e a cabeça. Podemos utilizar nosso corpo com todo seu potencial para alterar, produzir, refazer, ou seja, transformar tudo que está ao nosso redor, inclusive a nós mesmos. Por isso somos capazes de produzir culturas, mas também de destruí-las ou transformá-las. Somos capazes de tal transformação porque somos seres políticos que assumimos nosso papel de participação social.

Um modelo paradigmático deste nosso personagem, o artesão da saúde, pode ser visto deambulando pelas ruas da cidade de Porto Alegre, nas diferentes ações que apresentaremos na sequência deste escrito, em Barcelona na rádio Nikosia ou em qualquer outra cidade. É alguém como este caçador/coletor de Delgado que busca no baile urbano acasos/acontecimentos para alimentar as possibilidades de encontro. Alguém com disponibilidade a enfrentar-se com as incertezas, já que conhecedor de suas limitações, e disposto a criar em cooperação com os demais. Mas talvez aqui

seja o caso de convocar um verdadeiro artesão da saúde para através de sua experiência nos levar por este passeio.

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

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

Sabemos que não existe a "cura milagrosa" que sirva a todos, pois como nos ensina Lacan, o sujeito não se cura de si mesmo. Sabemos que a intervenção pontual que efetivamos com alguém não terá o mesmo efeito para outro. Também sabemos que o encaminhamento dado a um pode não ser de nenhuma serventia a outro ser humano. Reconhecer que é este outro que busca ajuda, demandando uma resposta, é justamente aquele que pode construí-la, é fundamental para que uma posição de artesania de saúde se concretize. Desde aqui é importante ressaltar que o artesão da saúde não é apenas um profissional, mas sim toda a pessoa que se coloque na posição de artesanalmente construir saúde. É aquele que busca a ajuda, quem efetivamente conhece sua verdade, ainda que quando chegue a este encontro não seja capaz de reconhecê-lo. O papel do profissional que assume uma posição de artesania em saúde é auxiliar para que este sujeito se apresente, conte sua história e conheça sua verdade. Fazendo-o também poderá tornar-se um artesão da saúde. Pois que fale Paulo, nikosiano, que com sua história poderá nos ensinar sobre uma verdadeira postura de artesania em saúde.

Paulo é um adulto jovem que frequenta a rádio e outras atividades deste coletivo de uma maneira singular. Não está sempre presente, tem suas temporadas de ausência, de isolamento, mas também de frenética atividade. Em determinado

momento de sua história, Paulo se deparou com o atravessamento de uma crise. Justamente no momento de cumprir com funções sociais previamente delimitadas como papel masculino ele faz uma crise. Paulo não cabia nesta perspectiva que lhe ofereciam socialmente, visto que além de uma demanda familiar, ele deveria cumprir com uma obrigação cidadã, já que o serviço militar em sua época era obrigatório. Neste momento de crise entre o que ele queria ser e o que podia ser, Paulo estabelece um corte atuando sobre seu próprio corpo. Ele rasgava a própria pele na impossibilidade de caber nela, para inserir assim a masculinidade exigida por olhares externos. Durante um longo tempo ele fez uso deste recurso. Operava incisões em sua própria pele, muitas vezes no próprio rosto. O médico que lhe atendia prescrevia uma pomada cicatrizante chamada blastoestimulina. Ele seguia a prescrição médica e fazia uso do tratamento recomendado. As feridas da pele acabavam por cicatrizar, mas Paulo, na impossibilidade de fazer outra coisa, cortava na própria carne. O que nos interessa destacar, mais além que os detalhes de sua crise é a saída que ele desenha para poder voltar a ocupar com mais comodidade sua própria pele. Na verdade para poder caber em si mesmo. Ele desenvolve a idéia de *Blastoestimulina Records*. Em suas próprias palavras:

> "Las Blastoestimulina Compilations son unas selecciones musicales monográficas de los artistas mas importantes del siglo XX de 80 minutos de duración en formato de CD que he confeccionado en el último lustro con la ayuda de mi PC.
>
> En estos momentos han sido confeccionadas mas de 125.
>
> Dichas compilaciones son el fruto resultante de mas de 30 años de haberme deleitado con música de todo el tipo (25 horas al día) y que 'milagrosamente' ha acabado plasmándose de esta guisa.
>
> Desde siempre me lo tomé como una manera case alquímica de favorecer mi propio benestar y excitar el tránsito dopaminérgico entre mis neuronas y mejorar mi estado de ánimo, en muchas ocasiones abatido por la aflicción.
>
> Las 'Blastoestimulina Compilations' han sido esculpidas con afán perfeccionista a partir de la totalidad del material de los artistas seleccionados, y creo modestamente que no existen de facto compilaciones más perfectas que estas en el mercado.
>
> Sería mi deseo antes de irme al otro barrio tener mi propio sello discográfico legal (sin ánimo de lucro) para poder hacer partícipe de ellas la humanidad entera (y gratis!!!). Mis mejores amigos ya disponen de una cópia de la mayoría de las selecciones. Todo aquel que las oye queda maravillado. Mi amiga nikosiana Hilde

exclamó al oírlas: 'Visca la música, que els àngels puguin sempre cantar.'
Los Blastoestimulina Records cicatrizan las heridas del alma.
Si el mundo tuviera a bien regalar estas selecciones *chiripitiflauticas* Blastoestimulina a todo hijo de vecino nacido en cualquier punto cardinal, el mundo sería más transitable… O los puedo asegurar!!!!
Si quiere que se levante la mínina, escuche las selecciones Blastoestimulina…
Mot inventat orinalment:
BOBOBÀ (Bò, boní i barà…)
Les Blastoestimulina Compilations son bobobàs...
Son bones, bonítes i baràs...
Totes les coses millors de la vida son BOBOBÀS." [7]

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

Neste escrito defendemos a idéia de que as habilidades, incluindo as mais abstratas nascem como práticas corporais. O que Paulo realiza com Blastoestimulina Records é uma prática corporal que determina outro sentido para seu sofrimento. A mão que antes repetia o gesto de perfurar a pele e passar a pomada na perspectiva de curar suas feridas é a mesma que conectada com a cabeça, através do gesto inventivo da compilação das músicas, aciona o teclado do computador confeccionando sua obra. Paulo utiliza a capacidade humana de imaginar para tecer sua própria saída, já

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

que a pomada do médico não produzia o efeito demandado. Para isto cria suas próprias ferramentas ou mesmo se apropria de máquinas já existentes, como o próprio computador para executar sua tarefa.

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

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

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

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

A força de sua narrativa nos convoca a pensar o quanto o resgate da mesma se faz importante e o quanto a possibilidade de tecer redes, de compartilhar, de estabelecer trocas de experiências, pode ser um excelente remédio para os males das almas. Recordemos que a narrativa não está interessada em transmitir o puro em si da coisa narrada, com se fosse um relatório, mas sim em mergulhar a coisa narrada na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. É assim que se imprime a marca do narrador. É isto que Paulo produz com sua marca, compartilhamos sua narração, mas desenhamos outras saídas, outras curas para nossas aflições. Ao recuperar sua

capacidade narrativa, Paulo derruba a pirâmide hierárquica bem construída do sistema de saúde e dá voz a sua própria experiência de autoatenção, colocando em primeiro plano sua história, seu saber sobre seu sofrimento e sua capacidade de sair disto. Sua possibilidade de fazer dobra e de produzir obra. Assim assume o protagonismo de suas ações nos convocando a refletir sobre esta possibilidade. Ele consegue realizar esta ruptura porque é capaz de coordenar o olhar e a mão, e porque não dizer a alma, com a cabeça (pensamento, imaginação), postura típica do artesão.

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

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

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

Em seu trabalho de produzir novas compilações musicais ele repete o processo de montar o livro no qual conta a história de seu selo musical, de selecionar os artistas que farão parte de sua compilação e com quais músicas, analisando a discografia dos mesmos, suas melhores gravações, parcerias inéditas, shows ao vivo, raridades, etc. O gesto de repetir tal processo, de voltar a olhar, olhar de novo e de

novo, refazer caminhos, criar novas compilações vai muito além de um simples ato de repetição, já que se torna uma espécie de meditação sobre sua obra. Sem falar que a cada novo presenteado a espiral volta a mover-se, expandindo-se em seu gesto vital. A meditação de Paulo sobre seu sofrimento gestou a Blastoestimulina Records, pois ele foi capaz de reconectar a mão com a cabeça. Foi capaz de palavra e ação.

Mas Paulo não trabalha sozinho, seus amigos, as pessoas que recebem como presente sua obra, vão auxiliando a construir a idéia de seu selo musical. Cada um que entra nesta trama, nesta espiral, conta como mais um neste processo de troca, que desde qualquer ponto cardial poderá tornar o mundo mais transitável. Cada um produzindo narrativa, cada qual dando seu testemunho sobre o vivido. Este espaço de entorno a Paulo interage com ele através destas trocas incessantes que se configuram. Com isto monta-se uma rede social que dá suporte e coopera ativamente com Paulo para que seu projeto se efetive como obra. O corte que Paulo estabelece agora esburaca a pele promovendo permeabilidade com os demais, com seu entorno. Ele rompe a fronteira do corpo pelo desejo de estar em relação com este outro através da música. E dançamos juntos.

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

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

imenso que é percorrido por Paulo. Caminho percorrido não sem sofrimento, mas que é inspirador de vida, de potência.

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

2

O TREM DOS LOUCOS

Em seu conto *Sorôco, sua mãe, sua filha*, Guimarães Rosa nos apresenta de forma poética o destino que estava reservado aos loucos, desviantes, fora de lugar em nosso país ao longo de muitos anos, nos quais a política centralizadora da atenção a saúde estava refém do modelo manicomial centralizado nas grandes cidades, o que gerava um êxodo interno de uma significativa parcela da população que sofria de algum transtorno mental:

> Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.
>
> (...) Para onde ia, no levar as duas mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.
>
> O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. – '*Vai ver se botaram água fresca no carro...'* – ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de engate. Alguém deu aviso: - *'Eles vêm!...'* Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhado de corpo, com a cara grande, uma barba, fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinha vindo, com o trazer de comitiva.
>
> Aí, paravam. A filha – a moça – tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom, nem no se-dizer das palavras – o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas – virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça, nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.
>
> Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. Todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles trasmodos e despropósitos, de fazer risos, e por conta de Sorôco – para não parecer pouco caso. Ele hoje estava calçado de botinas, e de paletó, com chapéu grande, botara sua roupa melhor, os maltrapos. E estava reportado e atalhado, humildoso. Todos diziam a ele seus respeitos, de dó. Ele respondia: - *'Deus vos pague essa despesa...'*
>
> O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio.

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

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

O conto reflete de forma bastante precisa a forma como a loucura era percebida pelas pessoas e os encaminhamentos possíveis a este problema. A sociedade na qual vivia Sorôco, e talvez ainda se padeça deste mal, acreditava que as pobrezinhas tinham mesmo que ir para o hospício e que ele, o familiar sadio, já estava esgotado de suportar tamanho fardo, ficando o Estado responsável pelo encargo. Assim Sorôco sente-se em dívida pela ajuda recebida. O que se produz é um circuito que se engendra a partir de uma fórmula que durante anos se manteve como a única solução possível para o tratamento de saúde mental e que talvez ainda resista em algumas das políticas defendidas por muitos setores, encontrando eco em muitos segmentos sociais. Loucura significava internação em hospício e tal fórmula levava o poder público a investir na construção de novos espaços de internamento, que se configuravam como a política de atenção dispensada a este problema. Assim, o destino proposto à mulher e a filha de Sorôco era o de muitos cidadãos brasileiros acometidos por alguma enfermidade mental: internação e segregação social baseadas em um diagnóstico, para o qual não se propunha outra resposta social.

Assim como em Barbacena, a Porto alegre do século XIX também possuía seu manicômio. Esta cidade é da qual parte nosso artesão da saúde, ou seja, parte de um território delimitado com fronteiras bem marcadas, no qual o famoso trem dos loucos também teve um papel histórico no tratamento da loucura. Na bagagem uma série de questões, de problemas para os quais gostaria de encontrar soluções. Mas também uma série de vivências que nos oferecem algumas pistas, ao modo de mapas, roteiros, de como seguir e por onde seguir. A idéia é transformar estas vivências em

experiências para que possam ser compartilhadas, colocando-as a prova em outros territórios.

Porto Alegre é a capital do Estado do Rio Grande do Sul, o mais meridional do país, sendo uma das 27 unidades federativas do Brasil. Possui 281.748,538 quilômetros quadrados e aproximadamente 10.855.241 habitantes e está dividido em 496 municípios. Faz fronteira com o Estado de Santa Catarina ao norte, o oceano atlântico ao leste e com o Uruguai ao sul e a Argentina a oeste. Sua capital é Porto Alegre, uma cidade fundada em 1772 com 1.430.220 habitantes e com uma área de 496,872 quilômetros quadrados que é banhada por um rio chamado Guaíba. É do contexto urbano da cidade de Porto Alegre que vamos destacar algumas ações deflagradoras, das quais tivemos a oportunidade de participar, que atestam de um percurso, uma história que queremos narrar, mas que não tem a pretensão de detalhar todo o complexo processo vivido pela saúde mental nesta cidade, senão que dar destaque a algumas ações que envolvem o Conselho de Saúde no que tange a participação social, uma política de educação permanente no âmbito do acompanhamento terapêutico e o trabalho com o dispositivo de rádio como ferramentas utilizadas pelo nosso artesão da saúde.

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

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

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), de acordo com Menegassi, Fischer, Dias, Cruz & Frichembruder (2002), passou a ocupar um lugar central no tratamento dos doentes de toda a espécie e dos inimigos indesejáveis da ordem pública. Estes mesmos autores fazem referência ao "tradicional trem dos loucos" que trazia das distintas fronteiras de um Estado das dimensões do Rio Grande do Sul "personagens insensatos" para serem abrigados no HPSP, pois este era o espaço social legitimado para a doença mental, para o abrigo dos diferentes. Aqui a política de atenção à saúde mental é centralizada na capital na perspectiva da internação psiquiátrica. Processo

este semelhante ao descrito por Foucault (1978) em seu livro sobre a história da loucura. Neste escrito conta a história da *Stultifera Navis* dos séculos XIV e XV que transportava em barco para os aforas da cidade os indesejados sociais. Acreditava-se na época que durante o processo de viagem, ocorreria uma curação, crendo que a água poderia ter o poder de purificar estas almas insanas. Imagem plasmada por Bosch em sua tela "A nau dos insensatos".

Das naus foucaltianas que viajavam nas águas, saltamos para os trilhos dos trens do Brasil que, bem fixados na terra, conduziam estes personagens a distantes paragens, o objetivo continuava o mesmo: afastar o louco do território das cidades e ancorá-los em um porto seguro, exilado de tudo, que se chamava manicômio. Aqui já não se poderia dizer que alguém acreditava que no processo de viagem, de peregrinação pelos tortuosos trilhos dos trens que na época rasgavam o país de norte a sul, uma cura se processaria, mas ainda pregavam que o isolamento e a segregação eram a única forma de tratamento possível para a loucura. Nesta nau fortemente ancorada nos aforas das cidades, não por coincidência, vamos encontrar na época o recurso da balnoterapia, que consistia em mergulhar o paciente alternadamente em duchas frias e quentes. Muitos outros rituais, que podemos qualificar como de purificação, aconteceriam dentro deste território[8].

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

Ocorre no Brasil do século XIX uma aliança estratégica entre o poder público e o saber médico. Isto se intensifica na passagem do século XIX para o XX. O objetivo é a discilpinarização, medicalização e o controle da sociedade. Como nos ensina Baptista em seu livro A Cidade dos Sábios:

---

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

> A Medicina Social brasileira no século XIX nasce juntamente com o fortalecimento do capitalismo. Objetivando a prevenção e a higiene, essa nova ciência funda uma nova Ordem Social. A grande concentração urbana necessita do apoio do saber médico para a sua organização. Diferenciando-se das práticas médicas anteriores, que tinham como objetivo a doença, essa nova ciência fabrica a saúde.
>
> Esse objeto tem como principal ameaça os hábitos que precisam ser corrigidos. O ar contaminado originado da concentração urbana e as questões sobre a higienização fundamentam o aspecto preventivo.
>
> As práticas médicas, além do cuidado com a cidade, entram em outros espaços: hospitais, cemitérios, escolas, fábricas e famílias também recebem sua atenção. A prevenção concretiza seu objetivo: fazer da ciência uma nova ordem social e política. O Estado-Ciência é o porta-voz do gerenciamento da felicidade burguesa. Saúde e Ordem têm a mesma face. Ordem e Progresso têm a mesma bandeira[9].” (BAPTISTA, 1999: 24-25)

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

> La biomedicina se instituye inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y en los países americanos, incluido los EE.UU., en la segunda mitad del XIX. Por lo tanto el modelo médico se instituye durante la denominada Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la nueva ciudad industrial y más adelante de la expansión colonial correspondiente al período imperialista.” (MENÉNDEZ, 2005, 12)

Este autor também nos aponta o quanto uma medicalização do cotidiano vai se estruturando como forma de garantir este controle e de abrir espaço para esta figura,

---

[9] Cabe ressaltar que na bandeira brasileira podemos ler a frase “Ordem e Progresso”, gravada no meio da circunferência que também abriga uma estrela representando cada um dos estados brasileiros.

agora profissionalizada[10], do médico com seu saber e seu modelo hegemônico[11]. A medicalização do cotidiano pode ser facilmente comprovada com exemplos como o parto de cesárea, que se torna a norma em substituição ao parto normal, que antes era feito em casa por uma parteira e que passa ao espaço do hospital realizado pela equipe médica, com técnicas e concepções biomédicas. Assim como o parto, muitas outras atividades passam a ser controladas pelo campo do saber médico, e na saúde mental ocorre o mesmo, como podemos observar.

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

A idéia básica do hospital psiquiátrico era de separar da sociedade o doente mental para estudar e tratar as enfermidades que atingiam as pessoas e, depois de curados, devolve-los ao seu espaço social. Na prática, o que esta política gerou foi uma população de internos que a cada ano se via maior, uma cronificação bastante significativa desta população e um baixo número de reinserções sociais, isso sem falar nos reingressos, que também eram constantes. Desta maneira, podemos constatar que esta política de tratamento fracassou no seu intento de resolver o problema da loucura, normatizando e psiquiatrizando a população. A partir deste quadro começa todo um movimento de questionamento e avaliação do modelo de tratamento, que acaba por propor uma transformação do mesmo, ou seja, torna-se evidente que é preciso desinstitucionalizar esta população, promovendo uma

---

[10] Segundo Menéndez (2005) a profissionalização da profissão de médico começa a ser organizada no final do século XVIII e início do XIX, para tornar-se absolutamente dominante no século XX. É só neste período que uma graduação universitária passará a ser exigida para o exercício da profissão.

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

verdadeira reforma, uma reforma psiquiátrica. Constatamos que precisávamos abandonar a segurança dos trilhos dos trens que sempre levam a um mesmo caminho, e literalmente sair dos trilhos, romper com os paradigmas vigentes e inventar uma nova forma de cuidado e atenção a loucura. Evidentemente, esta invenção vem alimentada por distintas experiências vividas internacionalmente[12].

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

Na década de 70, teve início no Rio Grande do Sul um movimento denominado "Por uma sociedade sem manicômios", o qual denunciava o modelo centrado no hospital psiquiátrico e clamava por novas políticas de atenção à doença mental. Tal movimento é influenciado por distintas experiências, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que combinava reivindicações trabalhistas e discurso humanitário. Paralelo a isso, as críticas ao modelo de saúde do Estado e a constituição de modelos alternativos constituíram o Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava a transformação do sistema nacional de saúde.

Na década de 80, três aspectos contribuíram para o avanço da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos, as reformulações legislativas (Sistema Único de Saúde – SUS) e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas. Em 1987, a reforma psiquiátrica passou por eventos cruciais que definiram seus avanços: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (que representou o fim da tentativa sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade formas arraigadas de

[12] A experiência de reforma brasileira é fortemente influenciada pela reforma psiquiátrica italiana (Basaglia e Rotelli), a experiência da psiquiatria de setor francesa (Françoise Tosquelles), as comunidades terapêuticas inglesas (Maxwell Jones), assim como pelas concepções da reforma sanitária brasileira.

lidar com a loucura) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Isso permitiu que paulatinamente surgissem alternativas de intervenção, as quais têm redesenhado o cenário dos equipamentos de saúde no Brasil. Como nos conta Silva[13]:

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

Nesse mesmo período, no Rio Grande do Sul, constitui-se o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), principal articulador e mobilizador social para que fosse possível a aprovação da primeira lei estadual de reforma psiquiátrica: a lei nº 9.716/92, de autoria do deputado Marcos Rolim[14], que prevê a substituição dos manicômios por uma rede de atenção integral à saúde.

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

Tal aprovação só se fez possível a partir do envolvimento de diferentes atores sociais, tais como trabalhadores, usuário, familiares, deputados e demais entidades não governamentais, especialmente o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, que provocava intenso tensionamento junto a diferentes espaços sociais, como Assembléia Legislativa, Poder Judiciário, entre outros. Cabe salientar que o envolvimento da mídia e da Assembléia Legislativa, aprovando a lei da reforma estadual, foram importantes conquistas para o avanço do processo de desinstitucionalização, mas especialmente o papel de cada um dos envolvidos nesta

---

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

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

história, fossem eles trabalhadores, familiares ou usuários. Estas pessoas anônimas que se juntaram em um coletivo que se abrigava ao redor de uma mesma bandeira da luta antimanicomial. Foram estes anônimos que deram ao movimento a envergadura necessária para se firmar como um clamor das massas que vinham das ruas e que entraram pelas janelas das casas de família, dos gabinetes dos deputados, dos consultórios dos psiquiatras, que mais contribuíram para redesenhar esta história.

No âmbito nacional, apenas em 2001, o Governo Federal aprovou a lei nº. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei, porém, foi aprovada com muitas alterações de seu texto inicial, uma vez que não havia consenso entre as diferentes bases partidárias em sua votação. A lei aprovada é bastante tímida, se comparada à original, mas representa um grande avanço se comparada ao modelo de atenção à saúde mental até então vigente. Para que se tenha uma idéia do nível de tensionamento entre os proponentes, que representam uma grande parcela da população brasileira e os opositores desta lei, em especial representados pelos setores mais conservadores que possuem o controle sobre toda uma indústria da loucura, tal lei tramitou por dez anos até conseguir sua aprovação com uma série de alterações de seu texto inicial como já apontamos.

Durante esse período, e aqui ressaltaremos especialmente o caso de Porto Alegre[15], uma rede de atenção à saúde mental foi sendo articulada com a perspectiva de vir a substituir o manicômio e a oferecer outros modelos de tratamento aos usuários e seus familiares. No ano de 1999, uma nova gestão[16] assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro com a perspectiva de implementar o processo de desinstitucionalização da loucura, a partir de uma prioridade política de governo Estadual, que retomou o projeto São Pedro Cidadão concebido e aprovado em 1993 pelo Conselho Estadual de Saúde e diversas entidades representativas da sociedade. Este gesto marca a relevância que o governo em questão dá a uma decisão já tomada e aprovada pelo Conselho Estadual, instância máxima de controle social e participação no Estado, retomando-o como política central de governo. Tal processo de reestruturação da assistência demandou a criação de uma rede de serviços

---

[15] Nos anos 1990, a gestão municipal desencadeou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na época, segundo Silva (2008), a rede municipal era constituída por 09 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Saúde de Referência (atenção em especialidades) e o Hospital Municipal de Pronto Socorro. O processo de municipalização da gestão da saúde e uma organização tecnoassistencial abrangente de todos os serviços de saúde existentes na cidade, bem como a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS no planejamento, avaliação e condução das ações cotidianas de saúde eram os desafios a serem enfrentados.

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

substitutivos e a mudança do modelo de atenção em saúde mental, no âmbito estadual. Para tanto, foram propostas as seguintes diretrizes políticas:

> [...] extinguir quaisquer práticas abusivas que firam os direitos humanos; criar uma política de assistência em saúde mental totalmente substitutiva ao manicômio; desinstitucionalizar os 610 usuários moradores (da época) do Hospital Psiquiátrico São Pedro; romper culturalmente com a lógica da exclusão, discriminação e maus-tratos; garantir o cuidado e o exercício da cidadania; redefinir o uso do prédio histórico do HPSP e devolvê-lo à sociedade. (MENEGASSI et alli, 2002: 253)

Também nesse período ocorreram ações internas no HPSP para garantir a implementação desta nova política pública de gestão em saúde como: a extinção das celas fortes; do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) dentro do hospital; a substituição progressiva das roupas marcadas do hospital para roupas sem marcas; foram providenciadas certidões de nascimento para internos sem documentação, com o objetivo de acelerar o pedido de carteira de identidade para que pudessem receber o benefício de prestação continuada do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); a implementação do programa Coletivos de Trabalho através das oficinas de reciclagem do lixo, de costura, salão de beleza e babá; criação de espaços alternativos de morar, como as casas de passagem, apartamento, casas externas e residencial terapêutico; criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para crianças e adolescentes, sendo o ambulatório territorializado o que permitiu o atendimento à comunidade local, ampliando assim a capacidade de atendimento; transferência dos leitos destinados a dependentes químicos para o Hospital Vila Nova. O objetivo geral do Projeto foi assim sintetizado por seus autores:

> Trabalhar na desconstrução de olhares cristalizados, rompendo barreiras culturais frutos de um amplo processo de exclusão é talvez um dos maiores desafios do processo da implantação da Reforma Psiquiátrica. (MENEGASSI et alli, 2002: 256)

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

Foram através deste cabedal de ações que o acompanhamento terapêutico ganhou o espaço do hospital, buscando primeiramente capacitar[17] os trabalhadores do mesmo para esta nova política e acompanhando usuários, que há muito conheciam o HPSP como sua casa, no processo de reinserção social.

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

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

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

---

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

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

Através de autores como Basaglia e Rotelli, entre outros, iniciou-se uma inovação no fazer psiquiátrico como tentativa de melhorar a capacidade terapêutica dos profissionais da saúde junto a seus pacientes. Ao ser deflagrado, esse processo de desinstitucionalização gerou, porém, uma transformação no cenário das práticas e locais de tratamento, conduzindo os profissionais da saúde a se reciclarem e repensarem sua postura enquanto membros desta comunidade em processo de mutação. Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização italiana se diferencia das demais, por estar baseada na desconstrução da estrutura interna do hospício para construir de pedaço a pedaço as novas estruturas externas que nascem para acompanhar e construir novas alternativas enquanto serviços de base territorial.

Amarante (1992) aponta que o processo de desinstitucionalização se faz a partir de uma trilogia: "negação, superação e invenção". É preciso negar a estrutura de internação como a melhor forma de tratamento da doença mental para que, assim, possamos superá-la através da criação/invenção de uma nova rede de atenção, a qual substitua a internação como proposta de tratamento. Esse autor salienta ainda o quanto é importante a mudança nas formas de cuidado instituídas entre os profissionais da saúde, alertando para o fato de que uma rede substitutiva à internação em um hospital psiquiátrico pode ser manicomial, se não alterarmos o formato da atenção transformando as concepções e as práticas estabelecidas.

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

Foi neste cenário de reformulação do cuidado, de transformações na prática dos profissionais de saúde e na mudança progressiva dos espaços de tratamento, que surgiu o que poderíamos denominar a primeira imagem do acompanhante terapêutico, ainda não conhecido por este nome. Surgiu no momento em que profissionais da área da saúde, interessados em redimensionar o lugar ocupado pelos loucos, buscaram encarregar-se do paciente, acompanhando-o, quotidianamente, na trajetória pela rede de equipamentos institucionais espalhados pela cidade, articulando, facilitando e promovendo a utilização de papéis sociais, incluindo a criação de novos papéis, e

também dos recursos próprios do urbano, na invenção de projetos de saúde. Como podemos observar, a origem do acompanhamento é institucional, pois nasce de uma necessidade de reformulação do espaço de tratamento, à medida que a estrutura da internação é desaconselhada e que a perspectiva do tratamento ganha o espaço social da cidade, inclusive, fora dos equipamentos de saúde.

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

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

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

do Rio Grande do Sul, ainda que esta ferramenta tenha sido utilizada em diferentes Estados brasileiros com o mesmo fim e também em outros países que viveram seu processo da reforma psiquiátrica. E é neste sentido que podemos visualizar o acompanhante terapêutico como um artesão da saúde.

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

Desta forma, neste trabalho, daremos ênfase a algumas experiências, das quais tivemos o privilégio de participar junto a diferentes coletivos. Tais experiências atestam de uma trajetória do processo da reforma neste Estado, mas sem dúvida, não tem a pretensão de esgotar este vasto processo, vivido de forma absolutamente singular por tantos dos municípios gaúchos e por demais Estados brasileiros. Recortaremos as experiências que nos permitam, através deste escrito, destacar o papel da educação permanente na política do acompanhamento terapêutico e a rádio como dispositivo da reforma, assim como a participação popular no controle social como forma de garantir esses avanços, propondo tomar estes agentes de transformação social como artesãos da saúde.

1ª Ação: a participação social no Conselho de Saúde: instância política de controle social. Exercida no Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre como representantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Neste espaço de embate de idéias e de desenvolvimento, proposição e controle efetivo das políticas propostas em saúde em nosso município atuamos, junto a outros tantos companheiros conselheiros de saúde, na difícil tarefa de exercer um lugar de cidadania. Lugar propositivo, pois convoca a refletir os impasses do cotidiano de uma cidade em seu alto grau de complexidade. Construir democraticamente uma cidade é uma tarefa difícil. O espaço

do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e as suas respectivas comissões são centro de conflitos entre idéias, ideais e distintos paradigmas, e, justamente por isto, espaços férteis para o artesão da saúde. A cooperação se coloca como um fator fundamental para o trabalho em grupo. Aprender a arte de negociar é fundamental para o exercício desta tarefa, na qual a repetição do exercício garante a excelência da obra que conjuntamente podemos produzir.

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

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

Em todas as ações aqui apresentadas encontraremos um elemento comum que as une, no caso, uma política de encontro com o outro na sua alteridade, que valorize e respeite os distintos saberes, que parte de uma postura ética que implica em cooperação para transformar as formas de atenção em saúde de forma efetiva. Sem esta postura, que aqui qualificaremos como o fazer do artesão da saúde, seria impossível qualquer projeto de modificação do modelo hegemônico, já que a força do

modelo médico prescrito para a saúde está fortemente arraigada em todos nós. Vencer este modelo em nós mesmos exige reflexão crítica, distanciamento dos problemas, capacidade inventiva, trocas genuínas com outros saberes e construção coletiva, via a participação e o controle social.

3

POLÍTICAS DOS (DES)ENCONTROS

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

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

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

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

> [...] énfasis colocados en momentos distintos del desarrollo, por lo menos de la epidemiologia psiquiátrica, convergen en la negación o secundarización de la dimensión histórica y en consecuencia en deshistorizar la enfermedad en términos de causa y procesos sociales. La denominada historia natural de la enfermedad no incluyó la historia social de ésta. (MENÉNDEZ, 1998: 7)

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

sociedades a saúde, doença e a atenção (s/d/a) são eixos estruturais que determinam as práticas vigentes e atestam das características desta sociedade em que vivemos.

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

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

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

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

Tanto que o que vemos hoje é a proliferação de compêndios psiquiátricos (CID10, DSM-IV-TR, etc.) que têm a pretensão de através de uma classificação nosográfica, ou seja, oferecendo um conjunto de critérios, dizer tudo sobre a doença, seus sintomas, seu curso, sua evolução e até o prognóstico que o portador da mesma terá. Até podemos concordar que tais manuais possam dizer algo sobre a doença, mas e o sujeito? E sua singularidade?, sua história particular? Onde fica? Talvez seja esta a grande perversão destes manuais, excluir o sujeito e seu contexto e ressaltar apenas a doença.

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

Assim, tomando o exemplo da esquizofrenia, muitas vezes os sintomas tardam a aparecer. Enquanto estes não se manifestam, o profissional, guiado apenas pelo aparecimento dos signos, não percebe o desenvolvimento da doença, e, portanto, provavelmente não saberá como conduzir uma cura, já que não sabe com o que está efetivamente lidando. Uma vez que os sintomas aflorem, uma vez que o diagnóstico seja fechado, tal pessoa passará a ser vista exclusivamente pela presença ou não dos sintomas positivos e negativos de sua doença. A principal ferramenta de tratamento será a medicação, que justamente atua sobre os sintomas ditos positivos e nada avança em relação aos negativos, isto sem falar nos efeitos secundários gerados pela utilização permanente de medicação psiquiátrica e dos efeitos sociais de ser um diagnosticado.

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

Quando se inicia um trabalho de acompanhamento terapêutico com Marco Aurélio, tenta-se quebrar esta lógica rigidamente construída e mostrar à família que

ali existe um sujeito, com desejos, com possibilidades e que é preciso sustentar uma aposta em relação a este sujeito para além de sua enfermidade. Durante o curso do trabalho, Marco vai tendo muitas possibilidades de colocar em cheque as verdades contidas neste manual e voltar a se apresentar como sujeito para sua família. Mas é interessante ressaltar que este manual utilizado durante anos para relacionar-se com Marco e que o aprisiona na posição de doente mental, de esquizofrênico, pôde depois de algum tempo de trabalho ser ressignificado e utilizado pelo próprio Marco para livrar-se de situações com as quais ele não queria deparar-se, como por exemplo, as tarefas cotidianas da casa que não lhe agrada desempenhar. Passa a aludir ao dito manual para justificar-se e poder safar-se do envolvimento com as tarefas diárias. A mesma verdade de que "um esquizofrênico perde o interesse pela vida", que durante muitos anos lhe deixou prostrado em seu quarto, agora pode estar a serviço dele, em seu discurso, para livrar-se de arrumar a cama, por exemplo.

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

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

Adverte-nos Ceccim (2009) que a formação tem seus nós, seus impasses, e um deles justamente é verificável neste aspecto, especialmente no campo da saúde, de que ensinamos a diagnosticar e prescrever, e não a abordar terapeuticamente. A abordagem terapêutica nos leva ao encontro com o outro, com a alteridade, com o fazer dobra e inventar, inclusive a si mesmo. Reinventar-se. Se assumirmos tal postura, estamos afirmando, segundo o autor, que não estamos prontos e nem somos sujeitos definidos, mas sim que estamos em processo, "somos uma subjetivação em processo de atualização" (CECCIM, 2009). Se estamos constantemente em processo de subjetivação, como fazer caber ao sujeito dentro da etiqueta do diagnóstico? O autor nos adverte que:

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

Se quisermos desenvolver práticas cuidadoras capazes de priorizar a inclusão social do portador de um diagnóstico, temos que de saída questionar quê estamos ensinando aos trabalhadores de saúde. Que discurso impera nas relações construídas entre cuidadores e cidadãos? Que estruturas de serviços, ou melhor, que rede oferecemos aos nossos cidadãos? Isto implica repensar nossos programas de ensino, revisar nossas práticas de cuidado e repensarmos o discurso que estamos reproduzindo no social a respeito da saúde mental.

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

É este mesmo autor que nos propõe um resgate histórico sobre a formação médica e nos aponta que o saber médico se desenvolve dentro de três estruturas básicas no século XIX e XX. Sendo elas a universidade, o consultório privado e o hospital. O hospital seria o espaço da morte, o laboratório no qual os médicos testavam suas técnicas e procedimentos na população mais empobrecida que fazia uso deste tipo de recurso. Uma vez aprimoradas as técnicas os médicos utilizavam suas descobertas exitosas com a população mais abastada que freqüentava o consultório privado. Já o processo de formação profissional do médico começa a organizar-se apenas no final do século XVIII e início do século XIX. A partir deste

período é que uma titulação médica será exigida para o exercício da prática. Inicialmente (França, Inglaterra e Alemanha) de forma bastante precária. É neste processo que uma formação mais generalista, desenvolvida no início, dará passo a formação de especialistas (século XX). Assim o corpo máquina do sujeito será fragmentado em partes em nome de um maior grau de conhecimento sobre determinado órgão ou pedaço do corpo.

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

Na cidade de Porto Alegre possuímos uma estrutura de serviço que se chama Oficina de Geração de Renda, espaço protegido de trabalho que visa ampliar a sustentabilidade e a autonomia. A idéia é que pessoas diagnosticadas possam acessar este programa que busca a inclusão pela via do trabalho. São proporcionadas formações através de cursos em distintas áreas como a de artesanato, de hotelaria, marcenaria, manicure e cabeleireiro, etc. Tais cursos estão distribuídos em diferentes escolas da cidade e tem como objetivo formar a pessoa para o desenvolvimento do trabalho que ela escolher. Joana vinculou-se ao programa da Geração de Renda com o objetivo de fazer jóias. Ela tem uma filha que estuda pela manhã, mas à tarde necessita que alguém lhe auxilie e lhe cuide. Joana queria trabalhar, mas também precisava encarregar-se de sua filha na parte da tarde. Na Geração de Renda buscou um curso que lhe permitisse compaginar suas necessidades. Pela manhã fez o curso de artesania de jóias e à tarde, enquanto cuidava de sua filha, fazia colares, pulseiras, brincos, que depois eram vendidos na loja do Geração e também por ela mesma.

Joana passou muitos anos como usuária do Centro de Atenção Psicossocial e também esteve internada mais de uma vez em hospitais psiquiátricos. Mas neste

momento de sua vida está bem, tem apenas consultas de acompanhamento com seu psiquiatra no Centro de Saúde Modelo, e a vinculação com o Geração de Renda na perspectiva de aprender algo que lhe permita realizar o sonho de trabalhar, produzir e poder realizar suas atividades pessoais e cuidar de sua filha.

Ela recebe uma pensão do governo que é sua principal fonte de renda. A venda das bijuterias que produz lhe permite realizar apenas pequenos caprichos, como ela diz, mas não lhe sustentam. O que mantém as contas em dia é mesmo a pensão recebida através do benefício. Como pensionista ela tem que fazer a revisão de tempos em tempos no departamento de perícia médica do Estado onde vive.

Cabe ressaltar que o programa da Oficina de Geração de Renda foi uma iniciativa criada no município, ou seja, na cidade onde Joana mora, no caso Porto Alegre. A perícia médica que lhe avalia a necessidade da pensão pertence ao governo estadual, no caso o Rio Grande do Sul, Estado onde Joana mora. Joana vai fazer a tal revisão, para que o Estado possa comprovar se de fato ela necessita receber ajuda financeira para se manter. Caso se confirme a necessidade a pensão é mantida, caso contrário a ajuda pode ser retirada.

Joana chega contente ao dia da consulta com o médico perito, no caso um psiquiatra. Quer contar sobre seus avanços, explicar-lhe que este ano não fez nenhuma internação, que foi capaz de manter-se bem, sem crise e que ainda conseguiu realizar o sonho de trabalhar fazendo bijuterias através do programa do Geração de Renda. Coisas que Joana explica para o seu psiquiatra nas consultas do Centro de Saúde Modelo. Situações que ela está vivendo e que lhe produzem grande alegria, como sua vitória pessoal contra e doença que lhe abateu em grande parte de sua vida, mas que agora pôde ser superada. Uma ressignificação de seu lugar na sociedade como mulher e como mãe. Joana empreende uma narrativa sobre seu viver e compartilha com o perito.

O psiquiatra perito ao escutar que Joana trabalha, ou seja, que pode trabalhar e, portanto, manter-se, decide por interromper a ajuda que ela recebia do governo estadual. Sem a pensão Joana se vê frente à dificuldade de manter seus compromissos. Já não pode pagar o aluguel e nem tem dinheiro para se manter. A medida tomada pelo psiquiatra perito lhe inviabiliza a vida. Frente a tal situação Joana se desespera, um princípio de uma crise se instala e Joana não sabe o que de fato lhe passou para que agora se encontre em tal situação, se tudo estava indo tão bem, segundo seu relato. A família de Joana lhe acusa de ter causado toda essa situação, o que gera um importante tensionamento nas relações familiares. Joana se vê desamparada e sozinha, justamente no momento que necessitava de apoio.

Mas Joana encontra forças pra chegar até o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e relatar seu problema e com isto nos permite interferir e auxiliar em que esta história

possa ter outro fim que não seja o despertar de uma nova crise e uma nova internação psiquiátrica. O que Joana não sabe, ou pelo menos naquele momento lhe custava entender é que sua cidade e o Estado em que vive tinham lógicas diferentes em relação ao cuidado em saúde mental (modelo de atenção) e à concepção do que é uma capacidade ou não para o trabalho. Para o município, dentro de sua política de saúde mental vigente na época, era absolutamente possível e até esperado que Joana recebesse sua pensão e ainda assim tivesse acesso ao trabalho. Já para o Estado, pelo menos na visão do psiquiatra perito, era absolutamente inviável a manutenção das duas coisas, ou ela era diagnosticada e considerada inapta ao trabalho ou era apta e, portanto, perdia o direito ao benefício.

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

Em Barcelona, do outro lado do oceano, Nuria também passa pelo mesmo problema. Em um dado momento de sua vida recebeu um diagnóstico e foi considerada inapta ao trabalho. Passou a frequentar a rede de serviços e a receber um tratamento psiquiátrico bem como uma pensão. Em seu processo de vida, Nuria se encontrou com a Radio Nikosia e passou a frequentar a mesma. Com a ajuda de seus companheiros foi sendo capaz de superar alguns dos seus muitos problemas, entre eles o pânico de andar na rua, de enfrentar locais abertos e cheios de gente.

Nos períodos mais duros nos quais o medo de Nuria vencia seu desejo de estar na rádio, fazia intervenções pelo telefone e assim se mantinha dentro do projeto, sendo acolhida e compreendida pelo grupo que a animava a voltar e continuar participando. Não foram poucas as vezes que redatores da rádio foram buscar Nuria em sua casa para acompanhá-la no trajeto entre a casa e a rádio, para que o pânico não se apoderasse dela, impedindo sua chegada ao coletivo. Nuria foi ficando mais confiante. De um início sempre muito vacilante e assustada, passou a envolver-se cada vez mais nas atividades da rádio, a participar ativamente e contribuir muito em

todas as tarefas que realizamos. Percebíamos-lhe cada dia mais à vontade na rádio e mais contente, cada dia autorizava-se mais a compor com o coletivo de redatores. Cada dia, porque não dizer, mais saudável. Nuria crescia e com ela crescíamos todos nós que participamos do coletivo.

Como pensionista ela também tem que passar pela revisão do perito psiquiatra que lhe avalia e determina se deve ou não continuar recebendo sua pensão. Ao ser avaliada por tal profissional, Nuria é surpreendida com a retirada de sua pensão e a ordem de retomar imediatamente o seu trabalho. Aturdida, tenta voltar ao trabalho e cumprir com o ordenamento que recebe, ainda que se veja sem condições de fazê-lo. Em pleno trabalho tem uma crise de agorofobia e lhe mandam para casa. Seu chefe percebe que ela não tem condições de se enfrentar cada dia com o compromisso de ir ao trabalho.

Volta a ser avaliada e lhe dão uma licença não remunerada, o que impede Nuria a satisfação das necessidades mais básicas. Não tem mais nenhuma fonte de renda e se vê incapaz de voltar ao seu antigo trabalho. Além dos muitos diagnósticos já recebidos ao longo de sua história, ela vê somar-se a estes muitos outros problemas: inapetência ao ponto de terem que lhe alimentar por soro, insônia, crises constantes de ansiedade, de asma, água no joelho, etc. Ela começa a somatizar e se encontra cada dia mais deprimida e triste. Nuria vai emagrecendo a olhos vistos, seus olhos perdem o brilho. Seu futuro é incerto e ela observa sua vida desmoronar-se frente ao veredicto médico. Nuria atravessa uma profunda crise e um sofrimento atroz provocado pelo sistema e não por uma doença.

Mas a decisão do especialista se mantém e Nuria tem que entrar na justiça para tentar reaver sua pensão. Neste caso também não ocorre um encontro entre o especialista e Nuria, ele não é capaz de deixar-se afetar pela alteridade que ela representa a seu discurso científico. Alguém que está melhor e que pode estar em uma rádio trabalhando, também pode retornar ao seu trabalho formal e diário. O discurso de Nuria não atravessa o especialista. Sua vivência é desconsiderada. A clínica como a capacidade de dobrar-se ao outro para escutar suas necessidades, para acompanhar e aceitar o outro em sua diversidade, seu estranhamento não é executada. Outra vez a hegemonia do diagnóstico vence a terapêutica.

Nas histórias de Joana e Nuria o que vemos é uma desconsideração, uma negação do seu discurso e, portanto, podemos dizer que uma negação do processo de autoatenção engendrado por elas para enfrentar-se com seu adoecimento. Fazer jóias ou programas de rádio não deixam de ser parte da história que se desenha como forma de vencer os obstáculos propostos pelo adoecimento e direcionar uma "cura". Uma tentativa de superação dos limites postos pelos diagnósticos e uma recuperação

da capacidade narrativa sobre seus percursos, bem como uma ressignificação de seu lugar social como mulheres.

Ceccim (2009) nos convoca a pensar sobre o conceito de dessegregar as singularidades, ou seja, abrir-se as ressingularizações. Para ele dessegregar é desmanchar uma segregação, é aceitar ativamente. Como na situação experimentada por Joana e Nuria e o que elas podem nos ensinar com suas histórias. Retoma Foucault apontando que o mesmo já nos demonstrou o quanto a história se faz segregando o dentro e o fora, isto não só na história da loucura, mas na história das instituições, aqui demonstrado na instituição Estado e na instituição município, ou na instituição saúde, instituição justiça.

Deste modo, torna-se pertinente pensar o próprio conceito de desinstitucionalização e o que o mesmo implica, ou seja, desnaturalizar lógicas arraigadas. Até porque os serviços e as profissões estão especialmente institucionalizados em nossa sociedade. Tanto que hoje no Brasil vivemos intensamente o debate do ato médico, que supostamente teria a intenção de regular a profissão médica, mas que, bem sabemos, redefine o campo da atenção sobrepondo a prática do médico às demais profissões ditas da saúde. Com este embate muitos conselhos profissionais reagiram defendendo a autonomia e o fazer de cada uma das profissões que se viam afetadas por tal ato. Não nos interessa aqui detalhar a questão do ato médico no Brasil, mas sim utilizar como exemplo extremo desta institucionalização profissional justo em tempos que discutimos a importância de um fazer em equipe, multiprofissional e utilizando os recursos da cidade para além da área da saúde. No processo vivido e sofrido por Joana ou por Nuria, observamos o quanto uma política segregatória de redes que não dialogam entre si e, portanto, não cooperam, podem produzir sofrimento e consequentemente adoecimento psíquico no afetado por tal prática.

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

Uma cooperação como a que nos aponta Sennett (2009) quando apresenta o espaço da oficina do artesão medieval, mas também quando situa exemplos bastante contemporâneos como o da indústria de alta tecnologia de *softwear*. Uma cooperação que convoca necessariamente novos atores sociais para compor este campo de investigação, porque convoca o afetado (incluindo aqui tanto o usuário quanto sua família e o cidadão comum) a falar em primeira pessoa sobre o seu sofrimento, sobre sua história. Colocando os saberes em simetria e proporcionando a possibilidade de encontro.

Na vivência de Joana e de Nuria, vimos o quanto à cooperação que move o movimento social pode buscar saídas para os impasses vividos pelos membros destes coletivos e o quanto o problema vivido por elas é o nosso problema, à medida que o tomamos como uma questão social. Joana e Nuria[18] são protagonistas de encontros. O movimento social via o Fórum Gaúcho de Saúde Mental ou a Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, também são protagonistas de encontros. Todos se transformam após viver estas situações, já não são os mesmos, pois são afetados pela alteridade que o outro representa, por aquilo que ele provoca, que faz ressoar e altera em nós mesmos.

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

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

---

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

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

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

Podemos dizer que a idéia da Educação Permanente em Saúde é um bom espaço de formação para o nosso artesão da saúde, já que nasce pela necessidade explícita de desmarcar fronteiras entre saberes, de provocar o diálogo e a interrogação sobre o seu fazer, provocando uma necessária reflexão sobre os mesmos, de construir na coletividade, acionando novos modos de invenção. A questão é que precisamos abandonar os firmes e seguros trilhos do especialismo. Neste aspecto, tanto faz se o modelo é um curso de aperfeiçoamento especializado, se é uma residência multiprofissional, uma assessoria a serviços ou um curso básico de qualificação.

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

Podemos tomar também como exemplo os espaços de formação da residência multiprofissional. Espaços formais, regulamentados por lei[19] e hoje uma política de

---

[19] A lei nº11.129 de 2005 regulamenta as residências multiprofissionais no Brasil em área profissional da saúde. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais. A conquista da regularização das residências multiprofissionais também é fruto do movimento social e do envolvimento de residentes, professores e coordenadores das residências em todo o país

educação permanente vigente em todo o território brasileiro, nos quais se desenvolve uma linha de cuidado voltada para o encontro com o outro, com sua singularidade, trabalhando com suas vivências, promovendo o necessário contágio das disciplinas, até o ponto de vermos um psicólogo preocupado com as questões de taxa de açúcar do usuário que trabalha e o educador físico preocupado com a subjetividade, para citar um exemplo.

Espaços de ensino nos quais o trabalho em saúde possam apoiar os usuários a ampliar suas capacidades de pensar um contexto social e cultural, favorecendo sua autonomia e o processo de decisão e intervenção sobre suas vidas (Ceccim, 2004). Um cuidado voltado para a integralidade da atenção e usuário centrado, como nos aponta Pinheiro e Ceccim (2006). O cuidado aqui é tomado como uma prática social que se orienta pelas sensações do outro e, por isso mesmo, pode valorizar tanto um saber profissional quanto um saber dito popular. Cuidado como política que por consequência acaba afetando as relações entre a sociedade civil e o Estado, como vimos nos casos citados de movimento social.

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

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

Tanto no Coletivo Potencia Mental como na Asociación Socio Cultural Radio Nikosia podemos verificar a valorização do saber local, do que os autores chamam de saber prático, pois oriundo das vivências das pessoas que compõem estes coletivos. Esta sabedoria prática encontra nas ondas da rádio seu espaço de difusão de saberes

sobre processos de vida e de saúde, enunciados pelos próprios afetados. Cada um dos envolvidos colaborando com o que para ele lhe produz sentido: uns através da música, outros da poesia, alguns com reflexões críticas, outros preocupados em apenas compartilhar suas idéias, mas todos comprometidos com um projeto de encontro com o outro, através das ondas do rádio, dos convites para intervenções ao vivo como as rádios abertas, da escrita de artigos, da participação em festivais, ou mesmo recebendo algum prêmio de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Assim como no trabalho desenvolvido dentro do Conselho de Saúde, já que parte destes protagonistas, e, diríamos, uma parte bastante significativa garantida pela participação paritária é composta de pessoas sem formação específica na área da saúde, e quanto menos, em saúde mental. São cidadãos comuns que colocam seu saber a serviço de produzir saúde, de envolver-se com a construção de políticas públicas eminentemente preocupadas com este fim.

Entendemos que ambos são espaços de formação, são oficinas do nosso artesão da saúde. No qual esperamos contagiar outras pessoas a se formarem conosco. Convite diário à reflexão, interrogação de fazeres, capacidade de criação e ressignificação constante. Debatemos, pensamos e convidamos a refletir: o que é saúde? Que cuidado queremos? Que estrutura de serviço? Como acolhemos? Mas o que é acolher?

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

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

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

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

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

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

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

A clínica historicamente também esteve restrita a um grupo seleto de nossa sociedade. A autoridade para exercer a clínica está diretamente associada à figura do médico e da medicina, como a detentora de um saber sobre o outro, sobre o corpo e suas afecções, que lhe permitem intervir sobre este outro, como nos aponta Foucault (2004) no Nascimento da Clínica. Autoridade outorgada por cursos de formação e o seu referido diploma e reconhecida pelo tecido social. Uma clínica que também historicamente vai se apartando da cidade e se conformando em seu campo por excelência, a saber, a rede de serviços de saúde. Do nascimento à morte, passamos por uma clínica de avental branco que lhe orienta ao espaço do hospital, da prescrição e do encaminhamento, reduzindo-a a um monólogo daquele que supostamente sabe,

no caso o profissional da saúde, ao que necessita deste saber, ou que supostamente necessita, o paciente. Um saber clínico que se sobrepõe aos saberes práticos de todos os demais envolvidos no processo de adoecimento, incluindo o próprio afetado.

Menéndez (2005) nos alerta que a clínica médica atualmente está subordinada às investigações[20], normalmente desenvolvidas por médicos investigadores, e que, portanto, não praticam a clínica. Ocorre desta maneira uma burocratização da clínica e o desenvolvimento de um profissional, que cada vez mais opera como um elo de transmissão entre seus pacientes e as técnicas desenhadas fora do âmbito imediato do seu trabalho como médico, fora do espaço da atenção. Desta forma, a clínica está subordinada e constantemente desqualificada, já que as características e os processos pessoais tanto de médicos como de pacientes desaparecem da relação, não só por uma medicina de massa regida pelos critérios de produtividade, como também pela substituição de uma atitude clínica (olho clínico) por uma atitude farmacológica e que deposita na droga seu principal objetivo e sua maior identificação profissional. O que nos demonstra que até os profissionais historicamente reconhecidos como clínicos enfrentam dificuldades de identidade e de se posicionarem frente ao mercado emergente da saúde como mercadoria. Já apontamos neste escrito o quanto o momento clínico é importante para permitir a aprendizagem, já que é um momento de aberturas afetivas e cognitivas, ou pelo menos deveria ser. Pelo menos esta é a clínica na qual acreditamos, uma clínica para o encontro, para a produção de vida. Essa é a clínica preconizada pela saúde mental coletiva (Fagundes, 2006).

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

O trabalho se inicia com um grupo bastante comprometido, assíduo e questionador. As atividades propostas são efetivamente incorporadas pelos alunos que

---

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

se esforçam em produzir bem o seu trabalho. Tanto que nas primeiras aulas trabalhamos a apresentação da composição da rede, através do exercício da construção de maquetes que, em seu conjunto, dariam conta de criar um mapa visível de nossa situação e de onde estávamos inseridos. Esse processo, concebido para ocupar uma aula apenas, estendeu-se por três dias, com alunos se reunindo fora do horário de aula pra confeccionar as maquetes que acabaram virando obras de arte. Tivemos a sensibilidade de perceber e acompanhar o ritmo do grupo, estendendo o tempo pra apresentar esta rede. Analisador importante deste processo, pois dizia da rede que queremos ter, de como nós trabalhadores víamos nosso serviço e de como queríamos nos comprometer a fazer-lo da melhor maneira, como seria a postura do artesão.

Após o primeiro mês de aulas, daríamos abertura aos grupos de supervisão. A turma foi dividida e passou a ser acompanhada por uma dupla de supervisores. Para nossa surpresa o grupo falante e participativo calou-se neste espaço. Tentávamos explicar o que era a proposta do grupo e já esclarecer que a idéia de supervisão presente neste espaço nada tinha que ver com o controle das boas práticas, pelo o qual os auxiliares e monitores, em sua grande maioria, estão submetidos. Fundávamos um espaço de trocas, muito distante da hierarquização a qual estavam acostumados. Aqui os ditos supervisores, como estranhos ao serviço, como estrangeiros, poderiam contribuir como aqueles que trazem o olhar de fora, que perguntam, provocam, propõem outro olhar. Nesta perspectiva, todo e qualquer personagem do grupo estranho ao serviço poderia ser supervisor, inclusive os próprios colegas. Mesmo explicando qual a proposta, o grupo custou a autorizar-se a emitir opiniões. Assumiam quase uma postura de passividade, que não tinha qualquer relação com a que assumiam em sala de aula. Fomos verificando que eles não se autorizavam a falar de uma clínica, já que no fundo, não se viam como profissionais de saúde habilitados para falar sobre tal tema. A clínica em saúde mental é assunto para mestres e doutores, para psiquiatras e psicólogos, o que este grupo poderia ter a dizer sobre a clínica?

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

Mara chega ao grupo de supervisão tensa. Seu corpo demonstra que algo lhe passa. Normalmente ela é uma pessoa risonha e comunicativa, mas no espaço de supervisão se mantém calada. Vamos deixando o fluxo do grupo levar a dinâmica dos encontros. Deixamos que eles se apontassem pra ir trazendo os assuntos que queriam discutir, os casos que gostariam de debater, as histórias de vida que gostariam de compartilhar. Convocamos, incentivamos, mas não forçamos. Pouco a pouco, o grupo vai se autorizando, vai falando, sendo propositivo e se contagiando pela possibilidade de dividir seus anseios, dúvidas e conquistas com os demais colegas.

Mas Mara segue calada, no seu canto, tensa, quase em uma posição defensiva. Alguém traz uma situação que coloca Mara no cenário da conversa, já que se refere à Unidade Básica na qual ela trabalha. Seu serviço seria a referência para esta pessoa em questão e resulta que a mesma não havia sido atendida. Mara imediatamente responde na defensiva, dizendo que é auxiliar, mas que está em um cargo administrativo e nada pode fazer para dar conta da demanda endereçada a seu serviço, é preciso falar com o doutor que é o chefe da Unidade. O supervisor aproveita pra perguntar para Mara como é seu serviço, o que ela faz e como ela poderia vir a utilizar a prática do acompanhamento terapêutico no seu fazer na Unidade Básica. Ela responde que não há como ser acompanhante terapêutica, já que ela tem que estar todo dia atrás de um balcão com uma sala de espera cheia e sem possibilidades de providenciar atendimento e resolutividade a todos que buscam o serviço. Na sua fala fica marcada sua impotência, seu sofrimento diário e sua não autorização a praticar nada do que ser refere à clínica. Mara não entende seu trabalho administrativo na Unidade Básica como um fazer clínico e nem se vê, em curto prazo, podendo desempenhá-lo.

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

Talvez esta ferramenta seja a que melhor expressa e desmistifica a clínica das batas brancas, já que é uma clínica que se desenvolve a céu aberto, como diz

Palombini (2007). É esta mesma autora que nos aponta como o próprio processo da reforma psiquiátrica desencadeado coloca a clínica em questão, uma vez que o *setting* se desestabiliza com a abertura da rede substitutiva. Idéia que também trabalhamos em nossa dissertação de mestrado (Cabral, 2005), quando investigamos este outro *setting* proposto pelo acompanhamento terapêutico. Palombini afirma que a presença da cidade contagia o pensamento da clínica. Recorda-nos que é somente nos anos oitenta que o termo cunhado por Freud de processo psicanalítico e a expressão lacaniana de experiência analítica vão dar lugar ao termo clínica psicanalítica, numa clara tentativa dos psicanalistas da época de manter certo prestígio social que vinham perdendo, inclusive pela hegemonia da biomedicina que já mostrava sua face. Não obstante, o próprio gesto revolucionário freudiano, de escutar a verdade do sujeito, de abrir a escuta para a narração, para a experiência do sofrimento, em consonância com Palombini, faz "[...] emergir uma dimensão de imprevisibilidade inerente ao poder em jogo na relação terapêutica." (PALOMBINI, 2007: 12) Ora, se existe uma imprevisibilidade é porque nenhuma ciência tem o poder de falar sobre o sujeito, ou pelo sujeito, em sua complexidade. Assim que devemos ser capazes de escutar, de dobrar-se ao outro tentando captar seus sutis movimentos, suas formas de relacionar-se, de posicionar-se, etc. Assim que este outro que nos demanda, conta muito mais no seu processo de tratamento do que ultimamente temos podido perceber.

Retomamos a idéia de Benevides e Passos (2001) de clínica como desvio e como acolhimento. Estes autores retomam a dupla raiz etimológica do termo clínica. *Klinikos* que significa inclinar-se, dobrar-se sobre o leito do doente e que nos remete ao acolhimento da demanda do outro. Por outro lado, o termo *clinamen*, que é tomado da filosofia de Epicuro, e que remete a idéia de movimentos de desvio articulados em composição e que têm potência criadora. E é desde esta perspectiva que propomos tomar a clínica: como acolhimento e desvio. Não se trata de defender uma idéia de que tudo é clínica, mas sim de pensar um fazer clínico que se dê neste espaço de articulação com a cidade, e por isso mesmo, que escapa ao especialismo e purismo da clínica, pois de saída lhe subverte. Cada profissional invocado a ocupar tal função inventiva e criadora se verá frente à necessidade de criar a partir da relação que se estabelece com o outro, reconhecendo, portanto, seu saber. Somente desta forma podemos vislumbrar a imagem de artesões de saúde. Numa verdadeira composição, na qual cada um dos envolvidos neste encontro vai lançar mão de seus recursos.

Nesta perspectiva, é importante ressaltar que a antropologia como disciplina nos oferece, através do modelo etnográfico, uma posição bastante semelhante a que descrevemos e defendemos para que de fato se viabilize o encontro. A antropologia (Martínez-Hernáez, 2010) é a disciplina que cumpre a função de comunicação e

intermediação entre os diversos mundos culturais. Por esta razão ela propõe uma forma de relação singular entre os atores envolvidos no processo de pesquisa, colocando em simetria o discurso nativo e o discurso do *experto*. Enquanto disciplina, recorre ao cabedal teórico que lhe sustenta, lançando mão de seu conhecimento de especialista, mas sempre reconhecendo o saber local, ou os saberes profanos daquele coletivo que investiga. Em realidade, o etnógrafo deve assumir uma postura de não saber frente ao investigado, permitindo assim que sua discursiva flua sem contaminação com o saber do especialista. Desta maneira, a voz do investigado tem um papel fundamental na análise do discurso que empreenderá o etnógrafo, pois será considerada em pé de igualdade com o saber especializado.

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

Neste aspecto, a etnografia torna-se uma ferramenta importante para o artesão da saúde que, para além de ouvir seu informante, espera poder compor com o mesmo e construir conjuntamente. Esta postura de respeito pela discursiva do outro, de cumplicidade e de co-responsabilidade, defendida pela antropologia no seu modelo de etnografia dialógica, é exatamente a idéia que vínhamos defendendo neste texto para uma verdadeira artesania em saúde.

O modelo etnográfico é um modelo que potencia o encontro com a alteridade, que favorece a criação, uma forma de "estar entre" como nos aponta Martínez-Hernáez (2010). Idéia que compõe harmoniosamente com a de Ceccim (2009) de um "entre saberes", com o interstício de passagem, entre dois ou não lugar, proposto por Benevides e Passos (2003).

Uma perspectiva que aponta necessariamente para uma construção que é coletiva, pois partem de diferentes olhares, saberes para conjuntamente compor e propor a intervenção. O que destacamos é justamente o trabalho em equipe multidisciplinar e o envolvimento efetivo daquele a quem chamamos usuário neste processo. Um exemplo claro da necessidade da composição de diferentes olhares pode ser verificado na intervenção proposta por um grupo de pesquisadores que trabalha na capacitação de trabalhadores da atenção primária na America latina

(HfALA)[21]. Os pesquisadores (Seppilli, Petrangeli y Martínez-Hernáez, 2005) destacam primeiramente a importância de escutar dos trabalhadores da atenção primária qual sua visão, o que pensam que necessitam saber para posteriormente construir a estrutura da capacitação a ser oferecida, ou seja, uma construção horizontalizada da demanda. Desta forma, o conhecimento local é posto em cena e o aluno/trabalhador de saúde convocado a assumir uma postura participativa na construção da intervenção. Na mesma linha de composição, os investigadores ressaltam a importância de um trabalho que abranja uma diversidade científica e disciplinar na perspectiva de enfrentar o desafio proposto. Destacam a tentativa de um esforço de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, reconhecendo que a construção deste novo olhar que emerge da composição dos diferentes saberes não é tarefa fácil.

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

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

[21] Health for all in Latin America. Noticia de un proyecto de investigación/acción/participación de antropología médica, atención primaria de salud y nuevas tecnologías. Mais Informações ver www.healthinlatinamerica.org

trabalhar em rede e de forma cooperativa. Como já anunciamos, nossa força está no coletivo. É desde estes coletivos que vamos contar esta história.

4

ARTESANIA DOS ENCONTROS: A POLÍTICA

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

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

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

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

> Todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou diretamente (democracia participativa). Constituição Federal, artigo 1º, inciso único.

Assim preconiza o texto da Constituição Federal do Brasil. Esta mudança no texto constitucional representa uma conquista de todo o povo brasileiro, através principalmente do movimento social[22], bem como de outros tantos fatores. Mas nem sempre foi assim.

---

[22] Quando falamos de movimento social, partimos da idéia proposta por Melucci (2001) e nos referimos a "um fenômeno coletivo que se apresenta com uma certa unidade externa, mas que, em seu interior, contem significados, formas de ação, modos de organização muito diferenciados e que, frequentemente, investe uma parte importante das suas energias para manter unidas as diferenças." Na maioria dos casos os movimentos sociais são fenômenos heterogêneos e fragmentados que destinam grande parte dos seus recursos para gerir as diferenças e a complexidade que os constitui.

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

Esse processo nasce do movimento da Reforma Sanitária, ao qual já aludimos neste texto, na década de 70, como forma de oposição técnico política ao regime militar na época vigente no território nacional. Cabe lembrar que concomitante a este período, a previdência social sofre uma crise de financiamento que atinge o INAMPS. Um novo governante militar assume com a perspectiva de uma abertura política e ocorre o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde que conta com expressiva participação dos integrantes do movimento. Este simpósio é promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

É imprescindível ressaltar que são necessários alguns acontecimentos importantes para que se desencadeie o processo de reformulação do sistema. Uma crise financeira no setor previdenciário, uma decadência visível do regime militar no país e a pressão oriunda de vários setores da sociedade via o movimento da reforma sanitária. Esta conjunção de fatores vai permitir que se processe a transição ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro marco importante de conquista do cidadão brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde aberta em 17 de março de 1986. Ela marcou a primeira conferência realizada por um presidente civil, após anos de ditadura, a participação efetiva da sociedade e foi fundamental para a propagação do movimento da Reforma Sanitária. Esta Conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), em um convênio entre INAMPS e governos estaduais, mas o principal é que formou as bases da sessão de saúde da constituição brasileira. Tal constituição é um marco de conquista fundamental do cidadão porque garante o acesso a saúde a todos os cidadãos.

As políticas públicas[23] em saúde no Brasil integram o campo da ação social e estão orientadas para melhorar as condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua função específica é promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Seus princípios são a universalidade e equidade no acesso as ações e aos serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integridade do atendimento e de participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde no território nacional. Vejamos cada uma:

- Universalidade da atenção, ou seja, que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, independente de que a pessoa contribua ou não, portanto trabalhe ou não;
- Integralidade: que a atenção em saúde deve priorizar tanto os meios curativos quanto os preventivos, assim como deve pensar o indivíduo e o coletivo. Todas as necessidades dos indivíduos ou de grupos devem ser levadas em conta, mesmo quando não sejam iguais as da maioria.
- Equidade: todos devem ter a mesma oportunidade de acessar o sistema de saúde.
- Participação: da comunidade, ou melhor, o controle social que está regulado pela lei nº 8.142, determina que a população está convocada a fazer parte do controle social. Os usuários do sistema podem participar da gestão através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional), nos quais trabalhamos com a idéia de paridade, ou seja, os usuários possuem metade das vagas, enquanto os trabalhadores têm um quarto e os gestores outro quarto.
- Descentralização político-administrativa: o SUS deverá funcionar nos três níveis, nacional, estadual e municipal, cada qual com suas atribuições e poderes próprios. A idéia é que cada vez a gestão esteja mais próxima da comunidade a qual atende, ou seja, que os municípios possam assumir um papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento da saúde. A transferência de recursos ocorre no modelo "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas nas necessidades e no tipo de serviço oferecido a população.
- Hierarquização e regionalização da atenção: o sistema de saúde está dividido de acordo com a complexidade, ou seja, o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os demais níveis se alcançaria via encaminhamento. Cada região possui sua área de abrangência e fica responsável por oferecer os serviços de atenção primária a população e de fazer o

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

encaminhamento aos demais níveis quando seja necessário. Para tanto, é essencial que os serviços estejam bem estruturados para melhorar o fluxo de referência e contra-referência gerando eficiência e eficácia do atendimento das demandas.

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

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

Com as mudanças constitucionais e a lei orgânica da saúde de 1990, democratizam-se as discussões em saúde pública, que passam a envolver distintos atores sociais. A entrada destes múltiplos atores vai redesenhar e reformular as políticas públicas no país, promovendo avanços significativos. Cabe salientar que a participação popular faz com que se restabeleçam as relações de poder, antes cristalizadas nas mãos de uns poucos. O novo desenho confere poder ao cidadão comum, ao vizinho, ao motorista, ao funcionário de banco e à professora, a todo e qualquer cidadão que queira fazer parte do processo de controle social via a participação nas diferentes instâncias criadas para este fim. Nas conferências de saúde e nos conselhos de saúde vemos ampliados os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas de saúde. Temos a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) na direção nacional do SUS e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) na direção estadual e as Comissões Intergestores Regional (CIR), além do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O modelo proposto pelo SUS opera uma ruptura real com a hegemonia de poder sobre a saúde no cenário nacional. Como vimos no modelo anterior, a saúde estava restrita a uma determinada classe social assalariada que tinha acesso à mesma. Esta classe exclusivamente atendida era a única que tinha algum poder de influência sobre os modelos de saúde oferecidos. Com a democratização do acesso à saúde,

novos atores sociais vão tensionar o sistema, portanto, novas demandas vão ser constituídas, configurando efetivamente a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Para esta construção, via o eixo da participação social, são convocados todos os cidadãos brasileiros e com eles toda uma gama de saberes e demandas até então ignoradas pelo sistema. O controle participativo via as Conferências e os Conselhos de Saúde promovem uma simetria entre os saberes, ou pelo menos tentam promover, nunca antes vista em nosso país.

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

> O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão do Ministério da Saúde, de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, que tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.[24]

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

Através da lei nº 8.142[25] (1990) ficam instituídos os Conselhos e as Conferências de Saúde, através das quais o cidadão comum vai exercer seu poder via a participação popular, trabalhando em conjunto com o governo, via a representação dos gestores e também dos trabalhadores de saúde. Hoje isto é uma realidade nos municípios e estados do território nacional garantida por lei. Apesar dos conselhos estarem divididos na esfera federal, estadual e municipal, sua estrutura interna e funções será bastante semelhante e estarão regidos pelos mesmos princípios legais do

---

[24] Cf. HTTP://conselho.saude.gov.br/

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

SUS. Tomemos a estrutura do Conselho Nacional de Saúde para explicar a estrutura de funcionamento dos demais.

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

Até o início dos anos noventa, este conselho se caracterizou como um colegiado formado por especialistas em assuntos referentes à saúde pública. Tinha um caráter consultivo e normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas sempre que convocado. Através do decreto 99438 de 1990 foi criado um novo Conselho Nacional de Saúde, já orientado com os princípios e diretrizes do SUS. Além de abarcar a participação de diversos segmentos da sociedade ele passa a ter caráter deliberativo. Através de resoluções, o CNS pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública que deverão ser adotadas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o decreto presidencial 5.839, fazem parte do CNS quarenta e oito conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, assim como representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, entidades de profissionais de saúde e comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e empresariais da área da saúde e entidades e instituições governamentais. A divisão de vagas dentro do Conselho obedece ao mesmo sistema paritário do SUS, permitindo assim o equilíbrio entre os interesses envolvidos (resolução nº 333/2003 do CNS). Metade das vagas (50%) fica com os usuários do SUS, 25% com os trabalhadores e os 25% restantes com prestadores de serviço e gestores, incluindo aqui representantes do CONASS e CONASEMS.

De acordo com o decreto 99438, são atribuições do Conselho Nacional de Saúde:

• Deliberar sobre:

1. Formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal;
2. Critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

• Manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;

• Decidir sobre:

1. Planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde;
2. Divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde;

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

• Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
• Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
• Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, municípios e Distrito Federal;
• Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
• Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
• Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;
• Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Para agilizar o funcionamento do CNS e com a finalidade de articular políticas e programas de interesse da saúde, foram criadas as comissões de saúde (lei 8080/90). O objetivo das mesmas é assessorar o CNS, fornecendo subsídios para o debate e a deliberação sobre a formulação de estratégias e controle de execução das políticas públicas de saúde. Além das comissões permanentes, podem ser criadas comissões ou grupos de trabalho de caráter provisório ou permanente, desde que com a aprovação do seu pleno. Uma vez criada, tal comissão deverá ser homologada pelo Ministério da Saúde e publicadas em Diário Oficial da União. Cabe ressaltar que a comissão e os grupos de trabalhos não são deliberativos e nem normatizadores, já que sua principal função é assessorar e recomendar ao pleno do CNS.

Os Conselhos Estaduais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos que seguem a mesma estrutura do CNS com representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Também respeitando uma distribuição de vagas paritária. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A diferença é que o CES terá como área de responsabilidade o estado que representa. Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, as diferenças de clima, costumes, hábitos e necessidades das populações podem ser diametralmente opostas de um estado para o outro. O CES, orientado pelos mesmos princípios do SUS, vai procurar atender da

melhor maneira possível os interesses das populações de sua região de abrangência. O CES nasce em função da necessidade de descentralização da saúde preconizada pelo SUS.

Na mesma linha atua o Conselho Municipal de Saúde (CMS), ou seja, na formulação, deliberação e controle das políticas de saúde dos municípios, acompanhando o desenvolvimento das ações e serviços do setor. Estimula e propicia a participação comunitária, propondo critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde sem, entretanto, perder o caráter fiscalizatório, conforme preceituam as leis do SUS. Cabe ressaltar que este Conselho segue a mesma estrutura paritária dos demais e logicamente os mesmos princípios e diretrizes do SUS.

Tomaremos aqui como exemplo o CMS da cidade de Porto Alegre como a primeira ação deflagradora do nosso artesão da saúde, no qual tivemos a oportunidade de participar, junto à comissão de saúde mental, representando o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, trabalhando em parceria com o companheiro Paulo Michelon. Além de participar ativamente dos encontros da comissão que se davam semanalmente, participávamos[26] de todas as assembléias do CMS que também tinham uma frequência semanal. Neste espaço buscávamos garantir e manter alguns avanços conquistados pela reforma psiquiátrica em Porto Alegre e problematizar as ações propostas para o campo da saúde, sempre que estas estivessem na contramão das políticas públicas do SUS.

Este CMS nasce de um amplo debate da sociedade portoalegrense em conjunto com a Câmara dos Vereadores e o governo municipal no ano de 1992. Tem caráter deliberativo e fiscalizador das ações de saúde do município por meio da lei nº 277/92. Seu embrião é a comissão interinstitucional municipal de saúde, da qual já falamos neste texto, que nasce da luta do movimento social, via a reforma sanitária em meados da década de 70, gerando as reformulações que culminaram na criação do SUS, também já mencionadas neste texto. É constituído por 80 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, tendo como composição: representantes governamentais (08), representantes dos prestadores de serviço (06), profissionais de saúde (24) e sociedade civil organizada (42). Também possui comissões de saúde que se reúnem com regularidade, como o caso da comissão de saúde mental, da qual participávamos como representantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).

Nesta comissão, por conta da quantidade de trabalho e a urgência das ações, nos reuníamos semanalmente. Fazia parte do grupo da comissão: representantes do

---

[26] Trabalhei como representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental na comissão de saúde do conselho municipal em companhia do colega Paulo Michelon do ano 2005 a 2007. Paulo Michelon é um militante da luta antimanicomial no Brasil, que se apresenta como um antimanicomiólogo.

gestor, profissionais e usuários, bem como familiares. Tínhamos duas vagas garantidas, pelo movimento social, através do FGSM. Nossa função dentro da comissão era estudar todos os temas que envolviam as políticas de saúde mental do município e tentar auxiliar no debate e na formulação de propostas para área, envolvendo desde a criação de serviços, passando pela construção de políticas e programas e chegando a fiscalização e ao controle social dos recursos de todas as ações que tangenciam a saúde mental no município.

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

Viver junto com parceiros e opositores esta experiência nos faz acreditar em uma artesania da saúde. Faz-nos acreditar que saúde se constrói através de políticas públicas e com controle social. Esta construção deve ser conjunta, plural e os Conselhos de Saúde são um excelente espaço de formação para a transformação, no qual se podem gestar verdadeiros artesãos de saúde. Esta possibilidade se dá também porque neste espaço se viabiliza a simetria entre os saberes dos especialistas e os saberes profanos assumindo uma postura analítica, semelhante a do antropólogo que utiliza a etnografia dialógica e funda sua análise crítica em uma relação de respeito, compromisso e co-responsabilidade.

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

Em Porto Alegre, a participação popular garantida por lei convida o cidadão comum a tomar parte dos processos de saúde em seu território, a pensar alternativas, a construir projetos, a refletir como investir o recurso, ou seja, promove cidadania, à medida que faz com que cada um de nós se implique com a cidade em que vivemos e com a cidade que queremos. Saímos de uma posição passiva e acomodada, na qual a queixa em relação aos donos do poder, no caso os governantes (leia-se políticos) é nosso principal argumento para tudo que vai mal. No processo de construção da participação social vamos aprendendo a nos responsabilizar pela cidade e a saúde que queremos. Assumimos uma postura ativa e propositiva, aprendemos a trabalhar coletivamente, a debater os problemas e a encontrar soluções, ao invés de tentar responsabilizar alguém pelo que não está bem. Recuperamos nossa capacidade de poder: poder propor, poder saber, poder tensionar, poder encontrar soluções. É um micro poder, daí a necessidade de aprendermos também que é preciso trabalhar conjuntamente. Aqui caberia vincular com uma idéia defendida por Foucault (1975/1976) de biopoder, como uma nova aposta das políticas e das estratégias na vida e, sobretudo, no viver. Mas para que este biopoder se efetive é preciso que o cidadão comum sinta-se convocado e comprometido com tal projeto. No Conselho de Saúde conselheiros tem direito a voto e todos os particiapntes tem direito a voz.

Para exemplificar o que acontece na cidade de Porto Alegre em relação ao modelo de participação popular, recorremos a um texto escrito por Tomás Rodríguez-Villasante (2000). Neste livro encontramos a história do orçamento participativo na experiência desta cidade, que é outra forma de participação social, na qual a comunidade de cada localidade decide como vai investir os recursos financeiros destinados pelo orçamento da cidade. Para apresentar este modelo o autor coloca:

> Porto Alegre no es un ejemplo único, pero tiene unas características que lo hacen diferentes a otros intentos de Presupuesto Participativo. Ciudades semejantes que lo están intentando, como Montevideo en Uruguay, u otras gobernadas por el PT en Brasil, no están obteniendo resultados tan claros y contundentes. Son ciudades de más de un millón de habitantes, que no salen de la pobreza extrema, sino de economías de tipo medio en el concierto internacional, gobernadas por alianzas de fuerzas progresistas y radicales, y que tuvieron movimientos sociales fuertes contra autoritarismos de la década pasada. Pero entre todas estas ciudades Porto Alegre ha sabido encontrar su 'estilo' peculiar para construir a democracia participativa. No son ni las condiciones 'objetivas', ni el 'programa' proclamado por los partidos (lo hacen muchos). Es un estilo que se basa más en los hechos que en los reglamentos y que apuesta por el proceso instituyente más que por reforzar la institución. El Presupuesto Participativo se ha consolidado en la medida que había obras concretas en los barrios decididas por los vecinos, más que por una reglamentación normativa, que apenas existe, y está en revisión siempre. (RODRÍGUEZ-VILLASANTE, 2000: 11)

O mesmo autor comenta-nos que:

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

Apesar de o autor estar falando do orçamento participativo, podemos utilizar o fragmento do seu texto pra falarmos da participação social em outro caso, que é o dos Conselhos de Saúde. No caso da cidade de Porto Alegre, talvez o que produza diferença seja justamente de como este modelo de participação social foi encarado e foi incentivado pelos governos então vigentes como ferramenta do controle social. Além de participar da tomada de decisão no campo da saúde, o gaúcho poderia participar da tomada de decisão da aplicação dos recursos do orçamento da cidade definindo as prioridades de execução. Este projeto, que sai do papel e se configura na prática, toma contorno quando as primeiras obras começam a fazer parte do cotidiano da cidade, ganha força e acende uma chispa de esperança no cidadão comum, que se vê convocado a tomar parte neste processo. Vendo os resultados efetivos das decisões tomadas nas assembléias, tanto do orçamento participativo, como do Conselho de Saúde, o cidadão descobre que pode exercer um lugar de poder. Isto lhe gera satisfação, mas também responsabilidade.

Neste processo aprende fazendo, descobre que possui um saber e que com o qual pode tomar parte e auxiliar na construção de uma sociedade melhor, mais humana, nas quais os recursos sejam empregados para atender os anseios de uma maioria e não para atender os interesses de pequenos grupos da elite.

Ao perceber que sua participação tem relevância e que o resultado da mesma poderá ser confirmado através de propostas construídas na coletividade dos Conselhos de Saúde, a tendência é que os atores sociais envolvidos neste processo se vejam ainda mais motivados em participar e que contaminem a outros. No caso de Porto Alegre, especificamente, vivemos dezesseis anos tendo como ponto central de investimento do governo a real participação popular como premissa e compromisso deste governo. Este tempo de investimento possibilitou ao cidadão o exercício deste lugar, assim como o artesão que repete o gesto de polimento sobre sua matéria, o participante do Conselho de Saúde se viu frente à possibilidade de exercer esta participação com total apoio por parte do governo local neste período. Esta repetição do gesto de participação, bem como a confirmação de que sua palavra e sua ação

produziam efeito nos cenários das políticas de saúde da cidade, trouxe aos nossos representantes da participação social a certeza de que estes lugares podem e devem ser ocupados pelo cidadão.

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

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

Evidentemente, esta imagem apresentada não é consenso para toda a sociedade gaúcha. Existem os críticos da participação popular, aqueles que apontam que este não passa de um discurso da esquerda, que o modelo todo não passa de uma farsa. A maioria destes críticos são opositores partidários, uma vez que o modelo do orçamento participativo é produto de um governo cujo partido, então no poder, era o Partido dos Trabalhadores. Mas também nos deparamos com críticas provenientes do cidadão comum, que nunca participou deste tipo de projeto, que nunca saiu de sua posição passiva e do confortável lugar da queixa. Existem ainda aqueles alienados em sua posição narcisista que acreditam que devem apenas cuidar do seu jardim e que

não possuem qualquer compromisso social com a cidade na qual vivem, pois de fato não encaram isto como sua tarefa.

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

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

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

Para Tatagiba (2002) a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, imprimindo uma lógica mais democrática para alocar recursos. A própria participação pode ainda produzir um efeito educacional na promoção de cidadania de todos os envolvidos. O que este autor afirma é que sem a participação e fiscalização cidadã não poderemos superar os desafios postos. Para fazer frente ao *lobby* (Correa, 2000) construído pelos mercados privados, temos que unir forças sociais importantes. É de fundamental importância que o cidadão assuma seu lugar na construção de políticas públicas.

Um claro exemplo de *lobby* é a pressão da indústria farmacêutica no campo da saúde. Sabemos (e isso é um movimento mundial) que hoje a indústria farmacêutica com seu poderio financeiro e plenamente em sintonia com o capitalismo determina pautas e condutas, gera ações e determina planos em relação às doenças. Fabricam remédios e vacinas, mas também patologias. Criam pandemias, alteram-se protocolos internacionais e ditam normas. Vivemos em uma sociedade medicalizada.

Talvez o mais grave destes episódios é perceber o poder de manipulação que a indústria farmacêutica exerce e a capacidade de vender o medo, o pânico mundial, auxiliada pela mídia, como forma de determinar e controlar processos no campo que deveria ser da saúde e não o mercado. Como nos aponta Drª Teresa Forcadas[27], no caso específico da gripe A, chegando ao ponto de manipular o conceito de pandemia junto a OMS, fazendo com que a indústria farmacêutica ocupe no mundo hoje a posição do discurso do mestre.

Pois se temos setores da sociedade tão organizados e com tanto poder para determinar protocolos de saúde no mundo, mais se torna urgente que o cidadão comum ocupe acento neste conflito e exerça seu poder de influir nos rumos tomados pela saúde. O Conselho municipal é um espaço potente para este exercício, já que pela distribuição paritária de vagas garante o equilíbrio entre os participantes e a possibilidade de contagiar a outros participantes com nossas idéias e informações.

Outro desafio é quanto à possibilidade que cada ator envolvido neste processo tem de sustentar seu saber. Siminionatto e Nogueira (1997) apontam que em muitos casos o saber dos técnicos, no caso os especialistas na área, o discurso do gestor e mesmo a posição mais combativa dos sindicatos, pode fazer calar ao cidadão que representa entidades populares, fazendo com que estes assumam uma postura mais passiva e que acabem contribuindo mais com sua presença física do que com sua capacidade de influir na formação de consensos. Isto devido ao fato de que em nossa sociedade os distintos saberes possuem uma carga de valor diferenciada.

Acreditamos, a partir de nossa participação e vivência dentro do Conselho, que esta dificuldade só poderá ser superada com o próprio exercício de participação, com o trabalho cotidiano que vai promovendo ao sujeito a autorização necessária para falar de temas que até então não faziam parte de seu espectro de decisão. Assim como o artesão que, para retirar de sua matéria o que ele necessita, precisa repetir o gesto um sem número de vezes, o cidadão que participa do controle social também precisa exercitar-se na sua tarefa para retirar dela tudo o que ela pode oferecer e para descobrir que de fato possui um saber e que este não vale nem mais nem menos que os saberes dos gestores ou dos técnicos. Também quando um dos participantes emite uma opinião e se dá conta que muitos como ele pensam o mesmo, que compartilham de seu apreciação sobre determinado tema, a sensação gerada faz com que tal pessoa siga enunciando suas idéias e busque respaldo em pares que pensem como ela.

Cabe lembrar, como já abordamos, que, em se tratando da área da saúde, temos uma estrutura historicamente hierarquizada. Romper com estas hierarquias é

---

[27] Em conferencia "Evidència científica i principi de 'autoritat em salut pública: El cas de les vacunes" proferida na cidade de Tarragona dia 7 de junho de 2010, no X Colóquio REDAM: De la evidencia a la narrativa en la atención sanitária: Biopoder y relatos de aflicción.

bastante complexo, mas não impossível, desde que se façam os investimentos adequados. A participação popular por meio dos Conselhos de Saúde é um bom espaço de aprendizagem e, portanto, de formação para que o cidadão se autorize a colocar o seu saber a serviço da comunidade onde vive. Nestes espaços, os sujeitos e grupos sociais se apropriam e aprendem. A antropologia, como disciplina que garante a simetria entre os saberes dos especialistas e os saberes locais, pode ser um excelente instrumento de intervenção no momento de análise das discursivas que são disparadas nestes espaços.

Neste caso específico, tivemos bons exemplos vivenciados nas assembléias do Conselho de Saúde. Relembrando estes anos de participação, vem-nos a memória outro fato que nos ajuda a corroborar nossa crença de que o espaço de participação seja um bom lugar de educação permanente para nosso artesão da saúde. É um exemplo que nos ajuda a pensar alguns dos desafios aqui apresentados e de quanto é imprescindível que a população, frente à negativa do gestor e até seu endurecimento, não deixe de ocupar seu lugar. O tensionamento é inevitável neste tipo de modelo e deve ser encarado como um conflito[28] positivo, produtor de saídas. A luta pelos ideais que acreditamos que possam ser o melhor para a sociedade na qual vivemos faz parte deste trabalho. Só assim o exercício da cidadania será pleno e conseguiremos uma verdadeira democracia participativa.

Por ocasião de uma troca de governo nos deparamos com uma nova proposta no campo específico da política referente ao consumo de drogas. Vivíamos até então um modelo baseado na política de redução de danos, seguindo modelos empregados em muitos países europeus. Toda uma rede de cuidado vinha sendo pensada, a descriminalização do uso e um trabalho permanente dos redutores de danos dentro das áreas consideradas de risco, bem como, paralelo a isto, um processo de educação permanente para os trabalhadores de saúde levado a cabo em todo o estado pelo grupo da Redução de Danos da Escola de Saúde Pública[29].

O novo governo assume com uma proposta bastante conservadora para esta área. De imediato fecha um centro de atenção psicossocial[30] de álcool e drogas (CAPS AD) e realoca os trabalhadores em outros serviços, assim como demite todos

---

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

[29] O grupo responsável por esta política no Estado do Rio Grande do Sul, junto a Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, era Rose Mayer, Rosa Mayer, Márcio Belloc.

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

os redutores de danos. Também fazem um convênio com um hospital privado para formação de trabalhadores no tema, tudo isso sem fazer uso do espaço do Conselho de Saúde para debater e encaminhar sua proposição. Ainda que esta interferisse diretamente na comunidade, tanto no que tange a alteração do modelo de atenção oferecido a população quanto ao custo financeiro que oneraria os cofres públicos.

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

Já na primeira assembléia, estas atitudes ilegais vêm à tona, através da denúncia de trabalhadores, da articulação dos redutores de danos e de alguns grupos diretamente envolvidos no processo. Rapidamente o gestor tenta argumentar que as medidas tomadas se baseiam em irregularidades e, portanto, tem legitimidade. Argumentam que o contrato dos redutores foi mal feito e que isto gerou a inevitável demissão, e que o serviço do CAPS AD estava irregular, bem como sua equipe não possuía profissionais qualificados. Por isso, a contratação de um grupo privado de especialistas para fornecer uma verdadeira capacitação dos trabalhadores para abordarem o tema, já que não acreditavam na antiga política adotada no município.

Tais argumentos são anunciados na assembléia pelo gestor que na época representava o governo do município na área da saúde. Uma grande confusão se arma no auditório da plenária. Todos falam ao mesmo tempo. Uns visivelmente nervosos, outros indignados e muitos descontentes com a falta de respeito à instância participativa por parte da gestão. Justo neste momento de tensão é que ocorre o pronunciamento da representante das mulheres negras do bairro Restinga, que, muito calmamente, ensina ao gestor como funciona o SUS. Ela lhe explica que os gestores, não podem tomar decisões sozinhos, mesmo que com o intuito de proteger os cidadãos, sem antes passar pela plenária do Conselho e obter a aprovação da mesma. Pois, ao fazê-lo, descumprem a lei que precisam justamente respeitar. O que queremos destacar aqui é o quanto a participação cotidiana garante ao cidadão dito comum a reafirmação do seu poder, pois foi ela frente a uma plenária inflamada e repleta de técnicos, representantes de sindicatos, etc., quem se levantou com autoridade de quem conhece a lei pra ensinar ao gestor, que ou desconhecia de fato a

legislação, ou queria passar olimpicamente da mesma, acreditando que tinha o poder para tanto.

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

Na próxima assembléia do Conselho, o gestor é surpreendido com um grupo ainda maior de participantes fortemente organizado na perspectiva de lutar pelo que acreditava. A gestão trouxe seus técnicos para explicar os critérios do fechamento do CAPS AD e da demissão por problemas contratuais dos redutores de danos. A plenária encaminha pela recontratação imediata dos redutores, firmando um novo contrato e pela reabertura do CAPS AD, para que a população não fique desassistida, até que se possa definir conjuntamente um novo encaminhamento. O governo contra-ataca argumentando problemas graves de regularização e empurra a decisão para a próxima plenária, quando um laudo detalhado será apresentado pela técnica responsável da política de drogas do município.

Na seguinte sessão do conselho havia ainda mais gente mobilizada para participar e tensionar o gestor para que cumpra o que determina a lei. Uma audiência especial é marcada, em outro local, já que a sala do Conselho não permite a participação de tanta gente. O governo ganha tempo para tentar encontrar alguma saída. No dia da nova audiência, com uma participação massiva da comunidade, o governo anuncia a resolução dos problemas contratuais dos redutores que voltam ao trabalho. A posição de arrogância do gestor esta suavizada pelos embates sofridos no campo, se mostra mais flexível e disposto a negociar, mas ao mesmo tempo propõe uma pauta de urgência visivelmente para ganhar tempo e desarticular o movimento de resistência que vinha enfrentando. Com a boa notícia da recontratação dos redutores, joga com o pleno e arrasta a decisão sobre o CAPS AD para uma nova assembléia. Com isso faz com que o grande grupo de novos atores presentes neste embate se desmobilize e volte pra casa, acreditando que a partida está ganha. A partida talvez, mas o campeonato está longe de acabar.

Este caso nos permite perceber que, onde existe a desarticulação do cidadão, onde as forças de resistências se enfraquecem, perdemos o campeonato. Engenhosamente o governo cedeu-nos uma vitória em uma partida para poder ganhar o campeonato. Após a plenária lotada da recontratação dos redutores já não tivemos a mesma capacidade de articular tanta gente para pressionar a gestão. O CAPS AD, apesar da decisão de reabertura da plenária, nunca foi reaberto e a contratação milionária da empresa privada para capacitação dos trabalhadores acabou sendo

aprovada. Aqui fica claro o quanto o risco da desmobilização da participação pode ter efeitos drásticos e desarticular políticas que até então vinham funcionando bem para ceder à lógica do mercado de privatização da saúde de acordo com interesses de determinados *lobbys*.

Mas o processo nos ensina e já não nos podem enganar com o mesmo argumento. A gestão continua e no processo tenta aprovar um plano de saúde mental inexpressivo, do qual apenas uma ação era apresentada como a resolução de toda a complexidade de problemas que enfrentamos em um município desta envergadura. Calejados pela falsa mudança apresentada pelo gestor, assumimos uma postura combativa e mantemos o firme propósito de não permitir a aprovação de um plano tão fraco e inexpressivo. Cabe ressaltar que no início da gestão o representante do gestor falava com a plenária com arrogância, não escutava seus demais atores e se colocava em uma posição hierarquicamente superior. Até seu terno garantia o contraste entre ele, o doutor, e nós, reles cidadãos. Com o passar do tempo e o conhecimento de uma raposa velha em política, ele foi flexibilizando sua postura, desde a forma de se referir aos seus pares no pleno até a roupa que vestia. Esta suposta mudança tinha como intuito justamente nos desarticular, acreditando que ele havia repensado sua posição e que passaria de bom grado a respeitar o SUS e sua legislação.

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

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

O caso de Porto Alegre, como nos aponta Rodríguez-Villasante (2000), é um caso de estilo peculiar, não são nem as condições e nem os programas que garantem sua eficiência, já que se baseia muito mais no que podemos fazer efetivamente do que

nos regulamentos. Aposta em um processo instituinte muito mais do que em reforçar a instituição. Evidentemente, como aponta o próprio autor e com o qual estamos de pleno acordo, não somos um processo acabado e nem possuímos todas as respostas. O que talvez nos diferencie e nos mantenha vivos seja a capacidade ainda presente de se questionar, de manter viva a dúvida e a ousadia de acreditar que através da participação social podemos redefinir os rumos das políticas públicas de saúde.

É neste sentido que propomos o Conselho Municipal de Saúde (ou qualquer outra instância de controle social) como um espaço por excelência para a educação permanente do nosso artesão da saúde. Um espaço no qual o trabalho coletivo e rotineiro, à medida que a cada semana se repete o exercício da participação e do controle social, propicia a possibilidade de que se dêem encontros significativos entre os participantes deste processo e a necessária mobilização constante. Encontros estes que, por atravessarem os participantes, fazendo com que eles tenham que reconfigurar suas idéias, que tenham que resignificar posições, possam produzir obra nesta coletividade. Neste local, os distintos saberes têm espaço de manifestação e, portanto, de serem considerados no momento de tomada de decisão. Neste coletivo, onde cada um conta com sua singularidade, cria-se um ambiente conflitivo, é verdade, de embates, mas potente no sentido de permitir que as singularidades se façam presentes e que produzam marcas em todos os envolvidos. Por este motivo vemos o espaço da participação social como um excelente centro de formação para nosso artesão da saúde.

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

um corpo que está disposto ao encontro com o outro. A moradora que reivindica um centro de saúde para seu bairro é o corpo em ação e em cooperação com outros corpos, que desenvolve com o outro o gesto participativo. Tanto a auxiliar quanto a moradora desempenham ações que podem ser de formação em saúde.

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

5

ARTESANIA DOS ENCONTROS: O VÍNCULO

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

Em muitos casos, estes acompanhantes atuaram na perspectiva de evitar internações, ou de torná-las mais breves, acompanhado o usuário durante todo o curso do seu ingresso; trabalharam a reinserção de usuários do hospital psiquiátrico em serviços residenciais, junto à casa de seus familiares ou mesmo em moradias na comunidade; e até mesmo desenvolvendo e sendo a referência em saúde mental de seus municípios. Destacaremos algumas experiências e narrativas vividas ao longo deste processo de implementação da política do acompanhamento terapêutica na rede pública deste município, enfatizando a postura de uma construção coletiva, de uma política voltada para o encontro, ou o que estamos aqui chamando de artesania do encontro, na perspectiva de forjar uma postura de artesania em relação à saúde, o que desde o início desse escrito defendemos como o artesão da saúde.

Inicialmente gostaríamos de definir o que entendemos por AT, uma vez que esta modalidade de atenção expandiu-se bastante, sendo possível encontrá-la associada às mais diferentes correntes teóricas[31] e utilizada de diversas formas. Para tanto, propomos partir da reflexão suscitada através de uma obra de Clóvis Martins Costa, apresentada como dissertação de mestrado em 2005 com o título de Sobremargem: ações e revelações em território demarcado:

> Desenhos, fotografias, objetos, areia e vidro. Cada um dos elementos guarda o registro de uma perda, de um desvio, uma marca de um trajeto feito por um corpo qualquer. Restos de oferendas religiosas, estruturas metálicas que perderam sua função original, objetos de uso pessoal, fragmentos de brinquedos e uma infinidade de corpos jogados na água de um rio que banha uma cidade da dimensão de Porto Alegre. Coisas que vagam pelas águas sujas do rio, restos de fragmentos de coisas simples, que flutuaram durante um tempo indeterminado até colarem-se na margem, incrustando-se provisoriamente na areia. Meu trabalho é resgatar situações condenadas ao esquecimento, através de distintas maneiras de apropriação. Além de recolher os objetos náufragos com minhas próprias mãos, utilizo a pintura como uma espécie de rede de pesca, esticando as telas emulsionadas com

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

> cola no limite entre a água e a areia da praia. As telas captam a marca dos objetos, que por vezes se juntam a sua superfície, para em seguida voltar a seu rumo incerto. Água, areia e tinta como uma lavagem de cor muito sutil. As pequenas ondas do rio desenham mensagens que estão à espera de uma tradução, ou apenas anseiam um olhar mais atento. (COSTA, 2005:130)

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

Mas quando um At sai à rua com o acompanhado, encontram-se com este espaço social-geográfico-urbano e tal espaço não é apenas um palco a espera do desenrolar das cenas provenientes deste encontro. Podemos tomar este entorno, a cidade, como protagonista deste encontro, assim como no trabalho de Clóvis: há uma intervenção que é realizada pelo espaço, intervenção desejada pelo artista, favorecida inclusive pelo mesmo. Junto com esta intervenção do espaço, temos a intervenção do artista e é isto que compõe a obra. Assim também é no acompanhamento terapêutico, a cidade propicia situações, cria acasos, dispõe seu material a nossa percepção. Cabe ao acompanhante aproveitar esta potencialidade. Trabalhando com os restos, com os detalhes, com os pequenos fragmentos que flutuam em torno da discursiva do acompanhado, vamos desenhando com o mesmo uma nova narrativa, ou novos rumos. Trabalhamos na perspectiva de resgatar o sujeito de sua clausura, seja ela o confinamento em seu próprio quarto ou anos de reclusão em um hospital psiquiátrico, para auxiliá-lo na ressignificação de seu lugar social, utilizando o espaço urbano da cidade para realizar esta tarefa.

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

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

modalidade de atenção que se utiliza do espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico.

Esta proximidade que a ferramenta exige e que coloca o acompanhante e o acompanhado jogados na *urbs* favorece em muito que um vínculo simétrico se estabeleça entre ambos, criando as condições necessárias para que o saber profano possa ser escutado e tenha valor de fato. Podemos dizer que o acompanhamento terapêutico é um dispositivo que leva o vínculo para a simetria. Ao fazê-lo, ao mesmo tempo em que circula pelo tecido social, esta modalidade cria as condições para que novos vínculos se estabeleçam com as redes com as quais esta dupla vai dialogando e que os mesmos possam partir de uma idéia de simetria, já que a relação estabelecida é desta ordem. Assim, podemos pensar que acompanhante e acompanhado que circulam pela cidade apresentam, para as distintas redes pelas quais circulam, uma forma de relação simétrica e de valorização dos distintos saberes e que esta postura poderá influenciar nas novas vinculações que possam ir surgindo. Até porque na rua ambos são cidadãos circulando pelo tecido social, a hierarquia imposta pelo próprio *setting* analítico ou mesmo pelo dispositivo de atenção desaparece a céu aberto.

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

Em outro escrito (Cabral, 2005) defendemos a idéia de que os acasos/ acontecimentos poderiam ser tomados como a regra básica do acompanhamento terapêutico. Analogamente ao proposto por Freud (1904) na invenção da psicanálise de utilizar a associação livre como método de trabalho, no acompanhamento terapêutico poderíamos propor o acaso/acontecimento como regra básica, uma vez que, através da prática desta modalidade de atenção, é possível perceber os avanços do sujeito em tratamento, mesmo quando o próprio acompanhante não tenha podido compreender o que se passou com o mesmo. O que queremos afirmar é que algo se processa no trabalho com a ferramenta do acompanhamento terapêutico que está para além do acompanhante e seu trabalho técnico e estamos afirmando que o entorno, a cidade, ou melhor, o espaço urbano pelo qual circulamos, produz um efeito sobre o

acompanhado, que também lhe trabalha. Com isso não descartamos a ação do acompanhante, apenas ressaltamos que o entorno trabalha conjuntamente com o mesmo.

No trabalho com o acompanhamento terapêutico, deparamo-nos a cada dia e a cada novo processo de trabalho com o inusitado. Certamente, esta também é uma característica presente em outras modalidades clínicas e mesmo no quotidiano de qualquer pessoa. Contudo, o que gostaríamos de destacar aqui é a possibilidade que a cidade nos coloca de acasos que, se compreendidos como potenciais dispositivos, podem ser utilizados durante o processo de trabalho no sentido de agenciarem mudanças no sujeito, tanto no que acompanha quanto naquele que é acompanhado. Por certo, o acaso está no contexto social e ocorre independentemente da vontade e das capacidades do At. Por si só ele pode produzir efeitos no acompanhado, independente da percepção do At, mas a possibilidade dele vir a constituir uma ferramenta do trabalho clínico depende deste último.

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

O Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico foi formulado durante o ano de 1999 e oferecido em 2000 para a sua primeira turma, atendendo a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Nos anos de 2001-2002, 2002-2003, ocorreram a 2ª e a 3ª edição do curso, atendendo a Macrorregião Metropolitana, que engloba a 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde[32]. Os profissionais de nível médio dos serviços compunham o público alvo do curso, por serem os mais carentes de capacitação específica em saúde mental coletiva, ao mesmo tempo em que eram os que mais conviviam com os usuários de forma direta e sistemática. A escolha por este grupo específico de trabalhadores é sustentada na aposta de que estes profissionais eram os mais desassistidos no que se refere ao acesso a políticas de educação permanente, mas também porque historicamente o campo da saúde mental esteve na mão dos especialistas. Desde a fundação da psiquiatria como a área de saber sobre a loucura, inaugurada no ato de Pinel, quando recebe dos membros da revolução francesa as chaves da casa dos loucos, até os dias de hoje, a loucura é coisa de gente muito instruída, bem formada,

---

[32] Participamos da construção da proposta do Curso, bem como fomos professores e supervisores em todas as edições. Na primeira edição, Nara Regina de Moura Castilhos e Analice Palombini coordenavam o Curso; nas edições seguintes, tivemos o privilégio de dividir a coordenação com essas colegas.

coisa de doutores. Assim, com o ato de convocar trabalhadores sem formação específica na área de saúde mental, muitos deles sem passagem por qualquer espaço formal de educação em qualquer área, já era uma subversão que tinha como gesto explícito democratizar o acesso ao saber. Desmontar a fórmula de que só o conjunto de trabalhadores *psi* poderia dar conta da loucura e redimensionar as formas de cuidado em saúde mental.

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

Posteriormente, a prefeitura de Porto Alegre, via a Secretaria de Saúde, promove esta mesma formação, agora denominada, Curso de Acompanhamento Terapêutico na Rede Substitutiva de Saúde Mental[33] para os trabalhadores da rede substitutiva de saúde mental desta capital, visando reforçar a idéia de que é preciso questionar antigos paradigmas e construir uma nova forma de cuidado, partindo da formulação de que estes serviços estão articulados em rede e de portas abertas a cidade.

Nestes intensos anos de trabalho, tanto na Escola de Saúde Pública quanto junto ao município, foram muitas as situações vividas que nos confirmava o quanto a aposta por abrir espaços de educação permanente, de fala, de troca de experiências, de sustentação às práticas, via a abertura de espaços de reflexão, se faziam necessárias para dar sustentação às mudanças propostas no Estado. Espaços que favorecessem a possibilidade de uma artesania do encontro. Assistimos a uma gradual, mas constante, transformação das pessoas desde o primeiro dia de trabalho até o último e nono mês do curso.

Muitos dos alunos diziam aos seus colegas de serviço, que lhes questionavam o que estavam estudando, que era um curso muito subjetivo, que não havia como explicá-lo, que era preciso vivê-lo. Isto se devia ao fato de que neste espaço formal dávamos passo a palavra de cada aluno, suas experiências e também suas emoções. O que fazia do curso um percurso a ser percorrido individual e coletivamente. Cada aluno era também professor, no sentido em que eram estimuladas as constantes trocas de experiências profissionais vividas no campo de trabalho, numa clara tentativa de recuperação das capacidades narrativas de cada um sobre o seu processo, e também de promover uma simetria entre os distintos saberes, reafirmando que neste espaço todos temos algo a ensinar e algo a aprender.

---

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

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

Ao final do filme, uma das alunas que aqui chamaremos de Soledad não conseguia parar de chorar. O grupo inteiro estava silencioso frente ao seu pranto e ao impacto das imagens do filme. Ela finalmente consegue dizer o quanto estava envergonhada, pois como trabalhadora tinha se identificado com os personagens do filme que não escutavam aos pacientes. Explica-nos que como auxiliar de enfermagem[35] havia tratado os pacientes durante muitos anos assim, pois foi à forma como haviam lhe ensinado. Como ela iria questionar a palavra de um médico, de alguém que havia estudado sobre saúde mental? Tratava com certo descaso a fala dos pacientes, pois lhe haviam ensinado que sua fala era desarrazoada, e por isso não deveria ser levada em conta. Relata que a cena mais impactante para ela era justo a do momento da repartir a medicação, algo cotidiano no manicômio e o quanto o auxiliar de enfermagem do filme, que parecia boa pessoa, não dava qualquer atenção a fala dos pacientes. Frente a tal postura, justificava-se a um colega mais novo na

---

[34] Bicho de sete cabeças, filme de Lais Bodanzky do ano de 2000.

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

instituição que eram loucos e falavam coisas sem nexo e, que, portanto, não deveriam dar muita atenção ao fato. Alertando que, enquanto auxiliares de enfermagem, não possuíam as chaves de decodificação de tal discursiva. Gesto de descrédito na palavra do louco e no fazer do auxiliar que vinha corroborado pelo discurso médico. Aqui fica claro o poder do saber hegemônico do modelo médico na sua versão biomédica.

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

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

As aulas iniciam e ela sofre uma agressão por parte de um usuário. Sentindo-se ignorada por seus superiores diretos e pouco apoiada nesta unidade da instituição ela solicita uma transferência. É removida para assuntos sociais, junto ao gabinete da primeira dama do Estado. Lá se encontra com uma série de projetos interessantes, mas não sabe como vai encaixar um curso clínico, nas suas palavras, em um espaço que trata das questões sociais. Por outro lado, confessa que não quer abrir mão de realizar este curso que tanto tardou a conseguir.

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

um casal bem atuante do movimento. Aproxima-se do mesmo e percebe sinais de um possível adoecimento psíquico.

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

Falando com os pais do mesmo, eles relatam que já haviam se dado conta de que algo não ia bem com o filho, mas que não conseguiam convencê-lo a buscar ajuda e que ele se negava a sair do espaço protegido do acampamento para ir à cidade. A trabalhadora, apoiada pelo grupo do curso e o espaço de supervisão, passa a acompanhar terapeuticamente este rapaz. A confiança e, porque não dizer, o elo transferencial estabelecido, permite com que uma ida a unidade básica de saúde seja realizada. Neste espaço ele se encanta com uma oficina de capoeira oferecida no serviço e passa a frequentar acompanhado da At.

Com o tempo, ele aceita fazer uma visita ao CAPS para realizar uma avaliação com um psiquiatra e gradativamente se monta uma estrutura de continência, na qual o rapaz pode circular, inicialmente acompanhado de sua At até que possa se tornar possível sua circulação desacompanhado. Um trabalho que implica a experiência de outro tempo para a resolução do problema, no qual o profissional se vê convocado a suspender o desejo de que o processo acabe para que o resultado possa ser gradativamente construído, na repetição do gesto, no cotidiano. O grupo da capoeira passa a ser sua referência mais sólida e através dele ingressa em outras atividades da Unidade Básica de Saúde (UBS), como o grupo de caminhadas e até participa de algumas campanhas de vacinação. Logo passa a ser o elo entre o acampamento do Movimento dos Agricultores Sem Terra e a UBS situada na cidade, levando alguns companheiros a este espaço quando necessário. Podemos dizer que, pouco a pouco, este rapaz tímido e estranho se transformou também em um agente de saúde, ou um artesão da saúde, junto a seu coletivo. A mudança de *rol* social possibilitou a ele a construção de outra posição em seu contexto social, do estranho rapaz a um agente de saúde.

Outro exemplo conta a história de um dos muitos municípios do Estado, que através do percurso de três auxiliares de saúde passam a realizar um trabalho no âmbito do acompanhamento terapêutico, criando assim um suporte em saúde mental para as pessoas deste município. As três trabalhavam na atenção básica neste município e começaram a realizar um trabalho de articulação entre a atenção básica e a rede especializada de saúde mental. Nesta perspectiva, buscavam garantir o fluxo, referência e contra-referência do sistema, evitando as internações psiquiátricas, fazendo um trabalho junto à comunidade, acompanhando cotidianamente pessoas com sofrimento psíquico grave.

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

> Na medida em que a dinâmica do curso, mantendo-se atenta às sensibilidades singulares, disponibilizava as ferramentas conceituais adequadas e possibilitava a reelaboração de suas histórias profissionais através da narração, no espaço de supervisão, desse novo fazer em que se lançavam, foi possível acompanhar a transformação operada por essas três trabalhadoras em seu labor em saúde mental. Uma transformação que beneficiava não apenas os usuários por elas atendidos, mas também a si mesmas, significando cuidado com o cuidador; as angústias decorrentes de seu trabalho já não mais as paralisavam, mas eram usadas como material clínico, entendidas como parte do processo transferencial em jogo na relação terapêutica estabelecida entre acompanhante e acompanhado. (CABRAL & BELLOC, 2004: 120-121)

Neste município, as três trabalhadoras são a referência em saúde mental e desempenham todas as ações que se relacionam com o tema. Fazendo a articulação entre o sistema, elas assumem o papel de negociar ações em saúde em sua cidade. Desde esta posição quebram com o modelo de dominação *psi* e, portanto, com o *rol* previamente determinado das hierarquias em saúde. Tudo isto se dá pelo simples fato de encontrarem um espaço para suas narrativas e para o compartilhamento e, com isto, perceberem que desempenham um trabalho que é clínico e autorizarem-se a desempenhá-lo.

Clara era outra das alunas do curso que nos traz um rico exemplo a respeito das relações de saber. No local no qual trabalhava se deparou com uma situação de acompanhar um rapaz que se negava a tomar a medicação injetável e alegava ao médico que lhe fazia muito mal. O médico insistia que, para o diagnóstico dele e com seu histórico, não via outra saída. Clara começa a frequentar a casa desta pessoa e ver

o ambiente no qual ele convive e percebe que muitas das pessoas adoecidas em seu entorno são dependentes de drogas e alguns fazem uso de injetável, um deles é irmão do rapaz em questão. Logo Clara se dá conta do que significava na história dele ter que injetar-se uma droga e o peso que isto produzia em sua família. Resolve comentar isto ao médico, que, por não sair de seu consultório e por não escutar seu paciente, não tinha nem idéia do que lhe passava.

Mas a esperança de Clara acaba logo, pois o médico afirma que esta constitui mais uma razão para que o paciente se medique desta foram, pois afinal nesta família de viciados quem poderia cuidar e responsabilizar-se de que o paciente tome a medicação cada dia? Clara busca apoio na equipe explicando, na reunião clínica, que o problema de adesão do rapaz ao medicamento era a forma com este lhe era administrado e não uma resistência ao tratamento em si. Propõe à equipe que se faça uma mudança e se dispõe a acompanhá-la.

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

A auxiliar de enfermagem que se depara e se identifica com o fazer cristalizado das práticas do manicômio através do filme, a trabalhadora que via o movimento social pode acompanhar um rapaz que aparentemente estava adoecendo psiquicamente e ajudá-lo a reinserir-se em sua comunidade local, inclusive passando a ser um elo entre unidade de saúde e o acampamento do Movimento dos Sem Terra,

as três mulheres que passam a ser a referência para as questões relacionadas à saúde mental em seu município e Clara que consegue ter voz desde o lugar de auxiliar de enfermagem em uma equipe de especialistas e ajudá-los a trabalhar em equipe multiprofissional e cooperativamente, atestam que investir em política de educação permanente como forma de alterar modos de trabalho, de definir novas linhas de cuidado podem ser promotoras de transformações significativas nos processos de cuidado em saúde.

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

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

A assessoria ao Hospital Psiquiátrico São Pedro ocorreu nos anos de 2001/2002, atendendo aos trabalhadores de nível médio, técnico e superior[36] que, através de edital, haviam se candidatado a trabalhar no Serviço Residencial Morada São Pedro. Tal projeto foi concebido buscando minimizar duas formas de exclusão, a saber: a que obriga milhões de pessoas a morar nas cidades sem acesso à legalização da terra, infra-estrutura e serviços, e a que confina nos hospitais psiquiátricos os portadores de sofrimento psíquico. Através da conjugação de esforços dos programas da Secretaria da Saúde, Secretaria da Habitação e Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, tornou-se possível a promoção de uma série de ações (entre elas podemos destacar a oficina de geração de renda, os coletivos de trabalho, alfabetização de adultos, etc.), que viabilizaram a concretização do Projeto Morada São Pedro, permitindo a ex-moradores do Hospital voltar a habitar a cidade.

No processo de formação destes trabalhadores, muitos deles com mais de vinte anos de serviço, prestados ao estado, dentro de uma estrutura manicomial, nos parecia fundamental constituir um espaço de acolhimento às ansiedades geradas com a perspectiva de uma mudança de modelo na forma de cuidado. Até porque se tratava

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Frases como essas, ditas por diferentes trabalhadores durante o processo de assessória, nos indicavam o quanto teríamos que trabalhar com este coletivo para desfazer o lugar de paciente e transformar cada um daqueles usuários em sujeitos, em seres humanos com capacidade de decisão, com potência. Que talvez nossa experiência pessoal tampouco fosse o modelo buscado por qualquer um deles e que teríamos que suportar a idéia de não saber, de não ter o controle da situação e de que aprenderíamos juntos a buscar soluções para os problemas que aparecessem, sem ter que ter fórmulas prontas ou respostas para todas as questões. E que muitas das indagações ali apresentadas talvez só pudessem ser respondidas pelos próprios usuários a partir de seu próprio desejo. Que teríamos que nos dispor a acompanhar os

processos de vida de cada um deles e conjuntamente encontrar soluções para os impasses que o próprio cotidiano nos fosse colocando, nos apresentando.

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

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

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

1) Municipalização do projeto;
2) Constituição de equipe de saúde comunitária (PSF);
3) Garantir a possibilidade de crescimento contínuo da coletividade envolvida no projeto (Moradores e trabalhadores);
4) Desconstrução progressiva da identidade de "paciente";
5) Apropriação (advocacia) do projeto pelos movimentos sociais;
6) Construção da identidade de sujeito/cidadão capaz de autonomia e autoria;
7) Apropriação (advocacia) do projeto pelos trabalhadores e moradores (O projeto como conquista e não como perda);
8) Estabelecimento de parceria com o sistema judiciário e Ministério Público;
9) Sensibilização da comunidade em geral com respeito ao projeto;
10) Construção do sujeito do uso do dinheiro;

Metas que atestavam que o fato do projeto ser uma prioridade política de governo não garantia que tudo estava dado, mas que precisava ser trabalhado. Era preciso primeiramente descentralizar a atenção municipalizando o projeto, pois assim estaríamos em consonância com o SUS e suas diretrizes. Para que o município recebesse tal demanda necessitava ser aprimorada uma rede de atenção e uma das ferramentas utilizadas poderia ser a equipe da saúde da família (PSF), já que era um instrumento que estava à disposição, pois haviam investido bastante na formação

destas equipes a nível federal. Trabalhar a desconstrução progressiva da identidade do paciente significava trabalhar duramente no processo de reinserção social e auxiliar nos processos de ressingularização de cada um dos envolvidos, para que de fato deixassem de possuir o *rol* de paciente, trabalho que seria realizado utilizando também a ferramenta do acompanhamento terapêutico. Construção e ampliação de redes sociais de sustentação para o projeto, via o movimento social, mas também via poder judiciário e sensibilização da comunidade em geral, já que por anos a referência para o tratamento das ditas enfermidades mentais tinha sido o HPSP, que mais que um hospital é um símbolo para a cidade.

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

Visão 1: Condomínio;

Visão 2: Residencial Terapêutico;

Visão 3: vida em um espaço de Moradia;

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

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

Assim como parte dos envolvidos conseguia ver o residencial como um bairro a mais na cidade, como atesta a visão da equipe diretiva, bem como algumas outras, também fica claro que o aspecto terapêutico está fortemente marcado neste território. Questão fundamental, já que estamos falando de inserção. Os Serviços Residencias Terapêuticos (SRT) nascem como política pública para garantir a passagem sistemática de internos de longa permanência em grandes hospícios para o território das cidades, em espaço aberto e em constante fluxo com o mesmo. Paradoxalmente, a moradias que se criam não são somente casas na comunidade, mas sim casas terapêuticas. Fazem parte da rede de serviço e como tais possuem normativas que geram impasses sobre o morar nestes espaços, já que é um morar cuidado, com o sempre presente risco de ser vigiado por alguém, no caso, o trabalhador da saúde. Posição esta que pode fazer com que o trabalhador de saúde recaia na velha e conhecida posição tutelar. Risco devidamente apontado por distintas pesquisas entre elas as de Baptista (2005) que questionam até que ponto o local de moradia pode ser terapêutico e se tal proposição não implicaria no risco de psicologizar e medicalizar o cotidiano destas pessoas, mantendo, portanto a marca de pacientes que tanto queríamos destruir.

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

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

Forças propulsoras	Forças restritivas
Liberação gradativa dos auxiliares	Falta de flexibilização nos horários de trabalho já estabelecidos
Vontade de mudança	Turno da noite
Assessorias continuadas	Modelo internalizado do hospital/ma-nicômio (lógica da obediência)
Capacitações em parceria com a Escola de Saúde Pública	Corporativismo
Pluralidade entre os integrantes da equipe	Falta de visão e articulação com o espaço externo
Entendimento e aceitação do projeto	Sentimento de desamparo e perda quanto à situação funcional
Destinação de recursos por parte do governo	Diferença entre trabalhadores de nível técnico e médio (competências e reconhecimento)
	Falta de articulação com as equipes internas ao hospital (incluindo residentes e estagiários)

Por um lado, o compromisso do governo estadual de direcionar recursos e, mais do que isso, de transformar o Projeto São Pedro Cidadão em uma política de governo de prioridade máxima, dava respaldo à equipe diretiva de liberar gradativamente os trabalhadores de suas funções dentro das unidades do hospital para que se envolvessem com as atividades necessárias no território da cidade,

viabilizando a articulação da rede, tais como: visitas às unidades de saúde buscando construir uma parceria de trabalho que permitisse o encaminhamento dos usuários a estes espaços no caso de adoecimento; reuniões com a comunidade já moradora da vila que abrigaria o residencial, na perspectiva de estreitar vínculos entre os futuros vizinhos; participação de trabalhadores na reunião do Conselho de Saúde Estadual e Municipal, procurando envolver e divulgar nestes espaços as ações desencadeadas pelo Projeto São Pedro Cidadão e dando visibilidade ao mesmo nos diferentes espaços sociais, etc. Por outro lado, as chefias das unidades muitas vezes, frente à figura do diretor afirmavam tal compromisso de liberação, mas na prática impossibilitavam a real presença do trabalhador em algumas atividades fora do hospital, não flexibilizando o horário de trabalho já estabelecidos, boicotando, assim, de modo velado ou explícito, a articulação e o envolvimento necessário de cada um dos atores desta complexa trama.

Esse problema se acirrava quando os envolvidos pertenciam ao chamado turno da noite, por exemplo, que se viam impossibilitados de comparecer na maioria das ações desencadeadas, por falta de liberação e de substituição. Neste aspecto, o grupo do turno da noite ressaltava que historicamente estavam apartados, já que pareciam contar apenas como vigilantes noturnos para zelar pelo bom sono dos pacientes.

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

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

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

Tanto que, neste período, pela necessidade do grupo de alguma materialização, trabalhamos com pequenas casas de papelão que eram distribuídas em cima de um cenário de cidade, colocado no chão do auditório no qual os encontros ocorriam. Nestas casinhas de papelão depositávamos nomes de possíveis moradores, discutíamos a melhor configuração do grupo a partir do desejo e das possibilidades dos próprios usuários. Assim, sonhávamos um futuro próximo. Ali não eram depositados apenas nomes, mas a esperança de outra história de vida para estas pessoas já tão marcadas pelos anos de institucionalização, cristalização, invisibilidade e abandono. Queríamos fazer o resgate de uma dívida histórica com estes seres humanos, devolvendo-lhes a possibilidade de um exercício de cidadania fora da "casa dos loucos". Lembramos bem dos nomes escritos a mão em pedaços de papel amarelo que eram colocados dentro das casas de papel, cada nome uma história, uma aposta e um desafio. Alguns dos moradores citados ali estavam a tantos anos no hospital, que o mesmo era sua única referência de vida, sua única lembrança. Alguns possuíam como sobrenome o nome da unidade na qual haviam ingressado como a Maria da Morel, o Pedro da Pinel, etc.

Havia uma das moradoras, que chamaremos aqui de Áurea, que participava de todas às reuniões, assembléias e que todo o grupo indicava que ela fosse para o residencial, mas ela se negava, dizendo que se era pra morar em uma vila[37] ela preferia permanecer ali, entre seus escritos, suas bijuterias e todas as lembranças de uma vida. Outro morador bastante independente, que chamarei Aurélio, e que o grupo via com plena condição de fazer a passagem ao residencial também se negava, argumentando que estava bem ali, que vivia uma vida tranquila e que era melhor não mexer em time que estava ganhando, segundo suas próprias palavras. Estes moradores, avaliados pela equipe como pessoas com autonomia, e que teriam um benefício imediato de ir ao residencial, inicialmente não manifestavam desejo de fazê-lo, e a equipe teve que lidar com a frustração de esperar que tal desejo se constituísse e com ele uma possibilidade da efetivação desta passagem, como no caso

[37] Em Porto Alegre, uma "vila" é o mesmo que uma favela, ou seja, uma área de moradia não regulamentada, sem infraestrutura básica, normalmente descriminada.

do artesão que tem que trabalhar muito sobre sua matéria aprendendo a suspender o desejo de concluir uma obra para encontrar o resultado que esperava. Cabe ressaltar que Aurélio foi o primeiro a fazer as malas quando o residencial ficou pronto e aceitou o convite de habitar uma das casas do residencial junto a outros usuários. Já Áurea levou alguns anos para aceitar, seguiu sendo trabalhada pela equipe, ou seja, a equipe pode não desistir dela e acabou passando a outro residencial que se encontra em um município vizinho. Tivemos o prazer de encontrá-la neste ambiente e expressar nossa felicidade ao vê-la sentada muito contente no avarandado de uma das casas tomando o sol da manhã, ao que ela prontamente me respondeu: "E a senhora imagine a minha felicidade!!!"

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

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

Com o tempo e a materialização do projeto, na concretude das casas e ruas de acesso da Vila São Pedro, podemos abandonar as casinhas de papel e os nomes em folhinhas e acompanhar a ocupação das casas de concreto pelos moradores. Mas exatamente neste ponto da trajetória deste grupo, passamos por uma mudança de cenário político. A obra foi entregue dias antes de um novo governo assumir o Estado, em função do processo eleitoral ocorrido. Com isso haveria uma troca da equipe gestora do HPSP que, até então, havia conduzido este processo bem de perto,

apostando em cada trabalhador e em cada usuário, bancando, investindo e vibrando com cada conquista, assim como auxiliando e amparando em cada momento de frustração ou estagnação.

Outras trocas ocorreriam no nível político que certamente teriam repercussão no cotidiano do Residencial, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Este fato foi gerador de muitas inseguranças no grupo. Durante todo o processo de idealização, o projeto fazia parte das políticas de governo estaduais e era a menina dos olhos da saúde. E agora? O que aconteceria? A tensão estava instalada na equipe. Muitos desistiram, outros adoeceram, todos nós estávamos ansiosos, mas foram os moradores que com sua determinação nos convocaram a resistir e seguir acreditando em nossos sonhos.

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

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

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

Sabedor desta tentativa, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental aciona os diferentes atores e militantes da luta antimanicomial e coloca como pauta de máxima urgência tal discussão na agenda do Conselho Estadual de Saúde, marcando uma assembléia extraordinária na Assembléia Legislativa só para tratar deste fato. Tal encontro

marcou o debate entre a atual gestão do HPSP e o governo que eles representavam e o coletivo de atores sociais que repudiavam tal proposta de retrocesso.

Muitos pronunciamentos de acadêmicos, de políticos sustentaram teoricamente e propuseram argumentos legais que mostravam a incoerência de tal proposta, mas sem dúvida, o mais bonito de ver foram as falas dos próprios usuários, defendendo suas conquistas e o espaço no qual moravam. Falas profanas que saíam da boca de gente comum, gente do povo, mas que possuíam a verdade de suas vivências.

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

Falas que fizeram calar a assistência ali presente, mesmo aquelas pessoas que, em nome de um suposto saber, acreditavam estar oferecendo a melhor saída a uma comunidade tão doente e sem perspectivas, como afirmou o diretor do HPSP em seu pronunciamento de justificativa da sua simplista e ilegal proposta. Esse episódio, um dos muitos que aconteceram e que certamente vão continuar acontecendo no contínuo tensionamento entre sociedade e loucura, fazem parte da história da implementação dos Serviços Residências Terapêuticos no Rio Grande do Sul, que por ser pioneiro e vinculado à história do grande manicômio deste estado tiveram múltiplas repercussões e foram contados de diferentes formas por muitos dos envolvidos[38].

No ano de 2004, o município de Porto Alegre oferece assessoria à equipe do Morada São Pedro. Tal iniciativa surge após muitos pedidos de ajuda do grupo de trabalhadores que havia passado o último ano sustentando o espaço com o seu trabalho, com sua luta diária e com uma direção que lhes desamparava e lhes boicotava toda e qualquer iniciativa. O grupo de trabalhadores via-se desamparado em seu cotidiano e sem forças pra seguir trabalhando. Neste momento, reconfigura-se

---

[38] Para maiores informações sobre os temas de saúde mental e políticas públicas no Rio Grande do Sul ver, Fagundes (2006), Silva (2008) e Frichenbruder (2009).

uma assessoria formal, bancada pelo município pra garantir um suporte à continuidade do trabalho no Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Neste espaço, que na época nomeamos como encontros de discussão clínica sobre o fazer em um residencial terapêutico, muitas outras histórias puderam ser partilhadas.

Como aponta Benjamin em seu texto *O narrador* (1936), este grupo carecia de um espaço para a recuperação de suas capacidades narrativas. Este autor aponta o declínio da capacidade de trocar experiências a partir do exemplo de emudecimento dos soldados que voltavam da primeira guerra mundial. Argumenta que estes voltavam empobrecidos no que se refere à capacidade de comunicar sua experiência. Como apontamos em um texto:

> Na condução de nosso trabalho, no curso e na assessoria, também deparamo-nos com a enorme dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em produzir uma narrativa, comunicar uma experiência. Não estamos nos referindo a algo como a incapacidade de falar sobre seu sofrimento no trabalho, informando sobre os singulares obstáculos, impasses e percalços de cada um ou os de todos vinculados a esse contexto. Para tanto, era suficiente oferecer-lhes o espaço apropriado, do qual, em geral, mostravam-se carentes. A dificuldade a que nos referimos diz respeito ao que se manifestava como impossibilidade de construir uma narrativa em que se incluíssem como sujeitos do processo de mudança, em que pese à vontade expressa de fazê-lo. Tampouco os usuários dos serviços eram capazes de exercitar esse lugar de sujeito. Enclausurados na instituição Manicômio, que transcende as paredes dos hospitais psiquiátricos e alcança a rua, constituindo o silencioso – por vezes não tão silencioso assim – do discurso cultural, tanto aquele que há muito tempo chamava o hospício de casa quanto o que frequentava um serviço aberto sem nunca ter-se submetido à internação sofriam profundamente os efeitos de uma alienação extrínseca à sua condição psíquica. (CABRAL e BELLOC, 2008:114-115)

Uma das trabalhadoras começa a contar de como foi o processo de acompanhar os usuários da casa na qual ela era referência. O Estado havia oferecido junto com a estrutura da casa todas as coisas básicas que permitiam viver neste espaço, como camas, geladeira, fogão, pia, etc. Mas se fazia necessário comprar panelas, roupa de cama, pratos, etc. Isto se faria possível com o benefício e com uma bolsa criada pelo governo federal chamada De volta pra Casa[39], que justamente era um benefício para internos em hospitais psiquiátricos de longa permanência que desejassem voltar para sua casa ou constituir uma na comunidade, como era o caso deste coletivo. Aliás, o acesso a esta bolsa teve desdobramentos muito interessantes neste coletivo que permitiu a abertura de contas bancárias, o acesso ao cartão do banco para retirada do

[39] O "De volta pra casa" é um programa do Governo Federal, criado pelo Ministério da Saúde, lançado em 2003 com estatuto de lei federal nº10708. É um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento de auxílio reabilitação psicossocial.

dinheiro, que pela primeira vez na vida destas pessoas não precisavam ter que justificar cada gasto como ocorre com o benefício de prestação continuada. Mas isso já é outra história.

Essa trabalhadora, então, relata uma das saídas para aquisição de utensílios para a casa que havia feito com uma das moradoras, que aqui nomearemos de Marina e seu marido. Antes de sair fizeram conjuntamente uma lista e ficou decidido que comprariam as coisas de maior necessidade para a casa. Em meio às muitas ofertas do mercado eles procuravam encontrar nas prateleiras do hipermercado o que de fato necessitavam e foram fiéis a sua proposta inicial. Quando estavam se dirigindo ao caixa do estabelecimento passaram por uma sessão de utensílios de mesa e a moradora fica parada admirando uma prateleira de taças de vidro. Chama a referente e mostra as lindas taças de vidro que ali encontrou. A trabalhadora concorda que são muito bonitas e a usuária diz que deseja comprar as mesmas. A trabalhadora ainda argumenta que não fazem parte da lista, que talvez fosse o caso de esperar pelo outro mês para comprá-las, mas a usuária lhe argumenta de forma tão contundente que a compra é realizada, até porque o dinheiro é da moradora e a decisão final sobre comprar ou não comprar também.

No caminho para a casa ela comenta que depois de tantos anos tomando todas as bebidas que lhe ofereciam em uma caneca de plástico azul dentro do HPSP, ela gostaria de tomar, nem que fosse água, nestas lindas taças transparentes de vidro. Argumento incontestável. No espaço do manicômio tudo é pensado para a praticidade e a durabilidade, não há espaço para a leveza e o efêmero. Plástico e vidro, permanência versus impermanência. O plástico com sua dureza revela uma pertinência levada a máxima potência, refletida na sua durabilidade quase eterna, já o vidro na sua leveza e transparência revela o efêmero da vida, a arte milenar que pode romper-se com uma simples queda, a impermanência.

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

Podemos pensar que analogamente ocorre o mesmo com as pessoas que estão internadas no hospital psiquiátrico, passam a fazer parte do patrimônio público, estão

devidamente fichadas, catalogadas e sob a tutela do Estado. Além de tudo, cabe lembrar, que o risco sempre eminente no pensamento dos técnicos de uma crise, de um descontrole e, portanto, de algum ato de agressividade, não combina com copos de vidro. Durante muitos anos os garfos estiveram proibidos no São Pedro e as pessoas eram obrigadas a comer de colher qualquer tido de alimento. Facas, então, nem pensar. Também o fato de não serem comemoradas as datas festivas parece-nos um reflexo desta permanência, todos os dias são iguais, uma repetição do mesmo. Nada de balões murchos ou restos de uma festa comemorada, nada de impermanência.

Um texto que também pode nos ajudar a pensar esta questão é o escrito por Freud (1915)[40] sobre a Transitoriedade. Freud conta que numa bela tarde primaveril, passeava com um jovem poeta pelos jardins de Viena. Sabemos, não pela letra freudiana, que este jovem poeta era Ranier Maria Rilke. Em dado momento, Rilke melancolicamente comenta com seu companheiro de passeio sobre a tristeza que emanava daquela bela paisagem, pois todo o esplendor floril ali presente logo murcharia, logo deixaria passo a secura e ao monocromatismo. Freud o contesta, argumentando que o verdadeiramente belo daquelas cores e aromas é justamente a sua transitoriedade, sua impermanência. Marina, com suas taças de vidro, nos recorda o mesmo.

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

> Em 1998 seis alunos do curso de psicologia da UFRGS deram início à parceria, realizando atividades de AT junto a três serviços da rede de saúde mental de Porto Alegre. O programa teve seguimento em 1999, através do curso de extensão, com vinte e dois participantes, entre estudantes e

[40] "O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo." (FREUD, 1915:345)

> profissionais de diversas áreas, que estendeu a proposta do AT também ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. (PALOMBINI, 2004: 18)

Nos anos posteriores, o Programa de Extensão e Pesquisa[41] ampliou sua rede desenvolvendo novas parcerias com distintos serviços públicos. O que nos faz salientar neste escrito as atividades e parcerias do Programa de Extensão e Pesquisa em AT é a possibilidade de se explicitar o quanto ano após ano esta prática vai se difundindo e ganhando o território da(s) cidade(s) através dos diferentes serviços de saúde, sejam eles da rede especializada, da atenção básica, ou no nível mais complexo do sistema, o chamado nível terciário, no caso a rede hospitalar e também na rede de educação via as escolas especiais. Atraindo e envolvendo diversos profissionais de saúde e mesmo alunos de outras universidades e até pessoal já graduado. A diversidade de equipamentos atingidos nos apresenta um panorama de real inserção da figura do acompanhante terapêutico nas equipes de trabalho de serviços públicos tanto da cidade de Porto Alegre, quanto do Estado do Rio Grande do Sul.

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

Se analisamos os muitos processos desencadeados por este programa, e já se vão mais de dez anos de trabalho, podemos perceber o quanto o papel dos acompanhantes terapêuticos promove uma reformulação no fazer das equipes pelas quais passaram. Primeiro gostaríamos de esclarecer o lugar destes acompanhantes

---

[41] Em 2000, dez alunos trabalharam junto a serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Clínica da UFRGS. Em 2001 as atividades se estenderam também ao Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em 2002 foram agregadas as Escolas Especiais da Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, através de um projeto de estágio integrado. Em 2003 e 2004 segue a parceria com as escolas especiais e a rede de Porto Alegre, bem como o Hospital de Clínicas e a Clínica da UFRGS. Em 2005 inicia-se uma parceria com o Estado do Rio Grande do Sul envolvendo os equipamentos de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) como campo de estágio. Em 2006, através de uma parceria com o município de Novo Hamburgo (SMS/PMNH), passamos a ter estagiários no Centro de Atenção Psicossocial deste município e também junto ao Centro Integral de Atenção Psicossocial (CIAPS) do HPSP. Em 2007 além da rede substitutiva de Porto Alegre, o Residencial Morada Viamão passa a fazer parte como campo de estágio, juntamente com o CIAPS. Em 2008 se soma a este campo a Equipe de Saúde Mental da Unidade Básica da Lomba do Pinheiro e a Unidade Básica do Grupo Hospitalar Conceição, bem como o Instituto Nazareth (ligado a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE) e o PAIF Restinga. Em 2009 a novidade é o aparecimento de extensionistas, alguns inclusive já formados, provenientes de outras universidades que buscam o programa e a disciplina do Acompanhamento Terapêutico como forma de realizarem uma prática neste sentido.

nestas equipes. Eram alunos da universidade fazendo suas práticas supervisionadas em distintos locais. Esta posição lhes garantia fazer parte da equipe sem estar dentro dela. Era como se o acompanhante mantivesse um pé dentro da instituição e o outro fora. Tal posição permitia que a figura do próprio acompanhante fizesse questão ao serviço e sua equipe permanente, questionando-os. Poderíamos dizer que esta posição de dentro e logo fora arejava o espaço, como uma porta aberta à cidade. Esta porosidade permitia o questionamento de saberes e fazeres que de alguma forma já estivessem instituídos nestes espaços. O At como alguém que habita as fronteiras, trabalhando na margem, alguém que faz, através de sua prática, o dentro escorrer para fora e vice-versa.

Foram muitas as histórias vividas e compartilhadas nos anos que tivemos o privilégio de acompanhar os grupos de supervisão deste programa. Difícil destacar algumas das narrativas dentro de tantos processos de vida. Passagens que também atestam de um crescimento e da história de vida dos próprios alunos.

Como uma jovem estudante que entra em uma equipe de saúde de um CAPS muito idealizada por ela e que inicialmente se vê impedida de qualquer movimento, pois não se vê a altura deste grupo de especialistas, porque não acredita que possui um saber que possa valer tanto quanto o dos especialistas. No momento que lhe indicam a pessoa que vai acompanhar escuta de sua supervisora que escolheram este usuário difícil pelas qualidades que ela possuía de poder escutar, de ser muito serena, de ter um ótimo relacionamento com os usuários e de como tinha reagido bem no espaço de CAD (Centro de Atenção Diária) às crises que tinha acompanhado. A partir do olhar do outro, pôde então passar a acreditar em seu fazer, em suas possibilidades e de quem sabe também poder vir a ser uma "boa especialista" como os membros desta equipe. O reconhecimento do seu próprio saber, ou da possibilidade de ter um saber, coloca em movimento a At. Daí a importância de haver um espaço nas equipes para que os distintos saberes aflorem, não só dos diferentes profissionais, mas também dos usuários e seus familiares.

Outra aluna que realiza suas práticas no Serviço Residencial Terapêutico passa a acompanhar uma moradora que se comunica muito pouco e de forma muito caótica e que passa os dias a fumar. Tal situação, mobiliza-lhe no início das práticas uma sensação de não fazer nada, de não conseguir ajudar esta mulher. Não compreende o que ela fala e fica muito angustiada com isso e nervosa acende seu cigarro e se vê fumando como a moradora, sentadas na porta da casa.

Os dias passam e os encontros não se alteram. A aluna fica cada dia mais angustiada, porque a supervisora local e a trabalhadora que é referente lhe olham quando passam pela casa e ela sente neste olhar um questionamento sobre o seu fazer,

ou melhor, sua sensação de não fazer. Passa a questionar-se se não está ficando paranóica com tal situação.

Na supervisão clínica da universidade tentamos dar espaço e continência a seu sofrimento, suas questões e lhe afirmamos a todo o momento que acompanhar muitas vezes é estar ao lado, não um passo adiante e nem um passo atrás, é aceitar o convite proposto, é fazer junto e não fazer pela pessoa, é poder suportar esta inércia vinda do corpo do acompanhado, para apostar em possibilidades futuras, mas que precisam passar por estes momentos para que possam se construir. Oferecemos-lhe material técnico que apresentam casos semelhantes ao seu e juntos debatemos. Muitas vezes, ela se tranquiliza com isto durante o espaço da supervisão e chega a comentar estas sensações também em sala de aula[42], mas basta um novo enfrentamento com o campo de estágio para que ela volte a sentir-se mal. Novamente a sensação de inércia vence a batalha neste processo de acompanhamento.

Até que um dia ela chega à supervisão com um brilho no olhar e uma postura mais relaxada, mais tranquila, de quem finalmente pode respirar com mais facilidade. Conta que, como habitualmente, chegou à casa da moradora que acompanha e a mesma já estava lá sentada ao lado da porta com seu cigarro entre os lábios e ao seu lado a cadeira para a At. Entre elas, depositado no chão, o cinzeiro que recebia as cinzas e baganas de cigarro. Ela se senta e acende seu cigarro, pensando que será mais um dia como tantos outros e é surpreendida com a clareza da fala de sua companheira, que lhe afirma da importância que tem pra ela diariamente sua presença. De como se põe contente quando divisa sua silueta magrinha caminhando pela rua que dá acesso a sua casa, de que, desde que era menina e sentava no canavial com a avó pra fumar um cigarrinho e descansar do trabalho pesado, não sentia aquela sensação tão prazerosa de estar acompanhada, de compartilhar com alguém um verdadeiro momento de relaxamento, confiança e paz.

E a partir deste dia cada novo acompanhamento é uma surpresa, um desenrolar de cenas e histórias que esta moradora nunca tinha contado para ninguém. Tanto a supervisora local quanto a trabalhadora que era referente se encantam e se surpreendem com todo o discurso que esta moradora passa a desenvolver. Um verdadeiro resgate da capacidade narrativa se processa aqui. Talvez, lá no início de sua internação no HPSP ela tenha tentado contar alguns destes fatos para seus muitos doutores e doutoras, já que posteriormente encontramos fragmentos destes relatos, apontados em prontuários antigos que buscamos no arquivo do hospital, mas que tinham sido ignorados e sistematicamente negados, que tinham se perdido ao longo

---

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

de muitos anos de internação. Só então, autorizada pela própria acompanhada, é que a acompanhante pode reconhecer seu ato de acompanhar terapeuticamente. Neste caso, fica claro o quanto o acompanhamento da acompanhada por um grupo lhe auxiliou a suspender o desejo e poder, ainda que com sofrimento, suportar as horas de inércia e silêncio ao lado de sua companheira até que esta pudesse de fato falar. Claro também está o quanto o hospital, no seu modelo de atenção, nega ou coloca em segundo plano a história desta mulher, por não reconhecer como importante para seu tratamento o conhecimento da mesma e o quanto este tipo de conduta aniquila o sujeito do desejo, fazendo advir em seu lugar o sujeito da inércia, ou melhor, um sujeito assujeitado.

Passamos agora a apresentar a quarta experiência de educação permanente desenvolvida no Rio Grande do Sul que nasce a partir da parceria estabelecida inicialmente entre o Ministério da Saúde brasileiro, a Universidade de Rovira i Virgili de Tarragona, Espanha, e a rede de serviços do município de Porto Alegre. Em sua primeira versão, recebeu o nome de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde na modalidade de treinamento em serviço e foi planejado e executado por um grupo de trabalhadores[43], em conjunto com as equipes dos serviços, de alguns membros da Escola de Saúde Pública e da Universidade de Rovira i Virgili, bem como em parceria com outros profissionais do país.

Este coletivo propositor, todos eles com larga experiência em saúde mental coletiva, tinham muito claro que era preciso modificar a lógica de pensamento unidimensional presente no modelo manicomial e que, para tanto, se fazia necessário investir em espaços de formação de profissionais ligados a área da saúde, fazendo circular os diferentes olhares e saberes (equipe multidisciplinar) para gradativamente substituir o modelo proposto pelo hospital psiquiátrico por uma rede de serviços, um olhar em rede, um acolher em rede, um trabalhar em rede na comunidade.

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

Na palavra dos seus elaboradores e posteriormente executores, o objetivo geral desta residência multiprofissional era de proporcionar a formação de profissionais

---

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

com elevado grau de eficiência técnica, através da modalidade de ensino em serviço e com o território de referência como palco das ações. Seguindo as premissas da reforma psiquiátrica, visavam a integralidade das ações, redirecionando o modelo assistencial à comunidade, valorizando e respeitando os direitos humanos, o acolhimento, o vínculo e incentivando o exercício da cidadania ativa e o controle social.

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

O programa de disciplinas contava com uma série de fundamentações teórico práticas que puderam ser imediatamente experimentadas no campo de estágio. Iniciando com a constituição do campo da saúde mental no âmbito das políticas públicas, os fundamentos da atenção psicossocial, o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em grupo, o cuidado a grupos prioritários, as diferentes metodologias de pesquisa, bem como tópicos especiais que englobavam o campo da justiça, direitos humanos e legislação, bioética e saúde mental, trabalho e saúde.

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

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

Em meio a este arsenal teórico prático emergem os dispositivos aos quais gostaríamos de dar destaque: a saber, o acompanhamento terapêutico (AT) e a rádio. No primeiro ano do curso ocupamos a rede de serviços de Porto Alegre, na qual a prática de AT já estava bastante desenvolvida e as residentes puderam acompanhar muitos processos de usuários através desta modalidade durante este primeiro período.

No verão deste primeiro ano, fazemos uma transição, passando por um período de dois meses no qual o trabalho se desenvolve no Residencial Morada São Pedro, local no qual emerge o projeto de fazer rádio. Durante a realização das aulas do segundo ano do aperfeiçoamento especializado em saúde, fazemos uma troca de campo de estágios e passamos a trabalhar com os serviços da rede de Novo Hamburgo, uma cidade com um histórico singular na implementação das premissas da Reforma psiquiátrica em nosso Estado, próxima a capital.

Em novo Hamburgo já fazia tempo que a figura dos acompanhantes terapêuticos havia sido incorporada nas equipes de trabalho. Quando o grupo de residentes chega ao campo já havia uma demanda considerável de encaminhamentos para esta prática. Foram muitos os processo acompanhados, mas gostaríamos de destacar um em especial, realizado por uma das residentes.

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

Em uma reunião de equipe do CAPS é proposto o acompanhamento terapêutico para Alfredo e uma das residentes se encarrega de começar uma aproximação. Primeiro dentro do serviço, com muito cuidado, muita calma. Um dia aproxima-se com dois copos de café na mão e lhe convida a tomar um cafezinho. Ele fica surpreso, mas aceita. A residente senta-se ao lado dele e juntos bebem um café, enquanto observam o grupo realizar uma oficina no pátio do serviço. A residente se mantém calada, lhe olha e sorri, mas não fala nada, não lhe demanda. O café acaba e eles ainda ficam um tempo ali, sentados lado a lado, sem trocar nenhuma palavra, mas com certa sensação de bem-estar, seguem observando o grupo realizar suas proezas pelo pátio. Algumas vezes trocam olhares cúmplices sobre o que vêem e por fim a residente se levanta, lhe pergunta se ele quer mais café, e ele reponde que não, que já está bem e ela lhe agradece a companhia e se afasta.

Esta atitude será repetida de tempos em tempos pela residente que vai buscar uma aproximação com Alfredo, gradativamente, sempre munida de um café, um chá ou um mate para compartilharem juntos. Tal atitude, que se repete garante que rapidamente Alfredo comece a falar. Inicialmente assuntos diversos, bem gerais, nada pessoais, até que pouco a pouco ele comece a falar de sua vida e com isso vem à tona seu sofrimento no momento. Conta que faz anos que vive sozinho em uma casa, que antes morava com o pai, mas eles brigavam muito quando estavam juntos. É o pai que propõe uma separação para que possam viver melhor. Alfredo no início reluta, mas acaba aceitando, embora neste período passe por uma crise bastante forte que lhe desestabilizou a tal ponto que acabou sendo internado. Durante todo este período, esteve vinculado ao CAPS e com ajuda, tanto do pai quanto dos trabalhadores do serviço, pôde reagir e voltar a ficar bem. No início, a assistente social lhe visitava semanalmente e lhe auxiliou em muitas coisas, comenta ele a residente. Logo começou a vir o agente comunitário, que era bem bacana, segundo suas palavras, e que também lhe ajudou a tomar posse concretamente de seu espaço e viver bem em sua casa. Desenvolveram uma amizade bastante forte e assistiam juntos as partidas de futebol de sua equipe do coração. Durante um bom tempo, esteve muito bem em sua casa, visitava o pai constantemente, às vezes até dormia em sua casa e a relação parecia ter ganhado um novo rumo, uma nova possibilidade.

A residente acaba sendo convidada a ir à casa de Alfredo e lá vão passar algumas tardes de verão tomando mate e contando causos, como se diz no sul do Brasil. Nestas conversas, Alfredo conta de sua preocupação, pois além de relatar ter perdido o contato com o agente comunitário[44] que, a estas alturas, já era um amigo, pois este foi viver em outra cidade e, portanto, já não trabalhava mais junto ao CAPS, sentia-se assustado porque o pai havia encontrado uma namorada e ele temia perder espaço na relação com o mesmo. Com isso tinha assumido uma posição de retraimento, de isolamento de tudo e de todos. Conta que nem atendia o telefone e que muitas vezes quando alguém do CAPS vinha fazer uma visita domiciliar, sabia, pois estava dentro de casa, mas ficava bem quietinho para não ser encontrado. Com isso Alfredo dá mostras de que teme ser abandonado, que lhe custa neste momento fazer vínculos com as pessoas, pois elas podem ir embora de uma hora para outra como aconteceu com o agente comunitário seu amigo.

Quanto ao pai, ele afirma estar fazendo o mesmo, nem atende ao telefone para não ter que falar com ele. Quando seu pai se dirige a sua casa para fazer uma visita, fica bem quietinho dentro de casa, em silêncio até que o pai desiste e vai embora. Às

---

[44] A figura do agente comunitário de saúde no Brasil foi criada por lei em 2002, está vinculado ao Programa da Saúde da Família e sempre devem ser pessoas da própria comunidade, o que facilita o acesso ao mesmo, o vínculo e o conhecimento do mesmo sobre sua área de trabalho.

vezes lhe deixa um bilhete na porta falando de sua preocupação com ele, que havia passado para vê-lo uma porção de vezes, mas que nunca tem a sorte de lhe encontrar em casa.

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

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

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

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

Neste contato com o novo campo de Novo Hamburgo, surge também o pedido para uma capacitação dirigida aos trabalhadores da rede, que se vêm interessados nas práticas do acompanhamento terapêutico. Proponho que possamos montar uma formação para o município com a participação efetiva das residentes como executoras deste processo. Uma ação coletiva. Ou seja, que as mesmas residentes em processo de formação, possam ser as formadoras destes trabalhadores da rede de Novo Hamburgo.

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

Esta porosidade, esta possibilidade de outrar-se, de viver novos papéis foi bastante intensa e recompensadora para este grupo já no seu último ano de formação. Através desta experiência, pudemos acompanhar um processo de desdobramento da política de educação permanente, que, como já afirmamos, nos parecia um eixo fundamental para as transformações das formas de cuidado necessárias à implementação da reforma psiquiátrica, ocorrer *in loquo*. Oportunidade singular de poder estar em curso e criar novos percursos, executando a fundo os objetivos aos quais nos havíamos proposto quando este aperfeiçoamento era ainda um projeto, formar trabalhadores implicados com os processos da reforma psiquiátrica, capazes de executar a gestão de serviços e de implementar políticas em consonância com o SUS.

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

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

6

ARTESANIA DOS ENCONTROS: O FLUXO

Durante o ano de 2005, através do Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental, tivemos o privilégio de realizar um módulo de ensino com o professor Martín Correa Urquiza (Radio Nikosia de Barcelona) sobre o tema *Experiencias innovadoras en rehabilitación psicosocial*, no qual nos apresenta o trabalho de comunicação desenvolvido por Radio Nikosia. Neste período, fomos provocados a produzir uma experiência de rádio voltada para a saúde mental através do curso. Devidamente motivadas, em um quente verão portoalegrense, iniciamos as reuniões com o grupo de cursistas[45] ainda no campo de estágio do Residencial Terapêutico Morada São Pedro.

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

Foi necessária a passagem de alguns anos para que nos deparássemos outra vez com o dispositivo da rádio e de fato pudéssemos compreender a potência que ele representava. Ocorre que neste momento estava em uma posição muito marcada de profissional da residência multiprofissional e creio que deste lugar, imbuída de uma autoridade de professora e supervisora clínica da psicologia do curso, resultou difícil acompanhar o processo do mesmo mais de perto. Analisando o acompanhamento que na época foi possível, percebo o quanto minha entrada no início do projeto tinha muito do meu desejo de trabalhar com esta ferramenta, mas que era tomada apenas

---

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

como função profissional, já que ali era uma representante deste coletivo de formação. Posteriormente, quando o grupo de cursistas que levou todo o processo da implementação da rádio, evidentemente acompanhadas por usuários e trabalhadores além da supervisão de Rose Mayer, já se encaminhava para o final da residência, volto a aproximar-me e realizamos juntas algumas atividades.

Refletindo sobre o processo, tomada a devida distância imposta pelo tempo e por meu afastamento real, com a vinda para Nikosia, percebo com mais clareza quanto foi difícil quebrar as posições, ou melhor, o *rol* social de cada um dos envolvidos para transformarmos em redatores de rádio. Voltaremos a analisar este aspecto com a chegada ao universo Nikosia. Por hora trataremos de nos ocupar de contar o processo do Potência Mental.

Gradativamente, a proposta de fazer rádio foi tomando corpo e se configurou em um coletivo composto por cursistas, trabalhadores e usuários que se reunia semanalmente, todas as sextas-feiras. Em uma semana era realizado o planejamento do programa, em diferentes espaços da cidade: numa casa do residencial, na sede do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, na praça, etc. Na outra, o grupo se dirigia para a Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro[46] para colocar o programa no ar. Já de início a calorosa recepção do grupo da rádio comunitária e da comunidade que ouvia e participava ativamente do programa dando dicas, pedindo músicas, opinando sobre os temas discutidos, fez com que o grupo de cursistas, trabalhadores e usuários fossem ficando cada vez mais a vontade frente aos microfones.

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

Para surpresa de todos, ao chegar a casa, a partir daquele dia, ele passa a envolver-se como nunca nas atividades domésticas e passa a perguntar quando novamente vão falar na rádio para que possa contar dos seus dotes domésticos aos ouvintes da mesma. Efeitos como este começaram a pipocar no ambiente dos

---

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

Residenciais Terapêuticos e na vida dos usuários que passaram a fazer parte do projeto da rádio.

Trago como exemplos emblemáticos as histórias da Poetisa da Lomba, do Compositor, do Locutor da Voz de Trovão, do Escritor[47]. Cada uma destas pessoas em algum momento de suas vidas, por diferentes fatores, passou a fazer parte do sistema de saúde mental de nossa capital, tornando-se assim usuário desse sistema. Podemos dizer que em um dado momento de suas vidas passaram de cidadãos a enfermos mentais, a diagnosticados.

Por mais que a rede substitutiva de serviços busque alternativas que diminuam o estigma e a aridez com que estas pessoas muitas vezes são encaradas socialmente, ainda há um peso em ser usuário de saúde mental. Por isso atividades como a rádio, que abrem para a experiência do urbano, que desvinculam do serviço de saúde e criam novas redes são tão importantes para o avanço da reforma psiquiátrica e para uma inserção menos estigmatizada desta população aos diferentes espaços e possibilidades que a cidade oferece. É o que chamamos de redes sociais (Martínez-Hernáez, 1998) que, por sua natureza nas grandes cidades, possuem baixa densidade, pois nem todos conhecem a história clínica do sujeito envolvido, enquanto que as redes de serviço, por sua característica, são redes de alta densidade nas quais, grande parte dos trabalhadores de saúde envolvidos conhecem a história do sujeito, e muitas vezes, ainda que sem intenção, acabam colando o sujeito ao seu diagnóstico e hierarquizando as relações. Esta falta de simetria entre os distintos saberes gera uma serie de problemas no contexto de atendimento, que muitas vezes acabam impedindo o próprio fluxo de atendimento do serviço.

Aqui cabe ressaltar que a simetria não é boa por si mesma, ou porque possibilite outros horizontes de existência, mas especialmente porque funciona como ponto de equilíbrio para o desenvolvimento de uma determinada clínica capaz de interrogar-se: qual a validez do discurso do técnico se não pode se apoiar no diálogo com aquele que lhe demanda tratamento? A simetria como diálogo de saberes é um instrumento que equilibra um vínculo que pode se desfazer facilmente em uma postura de dominação, de vontade de poder. O que equilibra a vontade de poder do terapeuta, que sujeita suas interpretações a um mundo real e não só imaginado, que geram confiança e aliança terapêutica é a possibilidade de repensar o pensado a partir do diálogo. Se desenvolvemos com a loucura um monólogo que por si só nega a razão do supostamente afetado por uma falta de razão, não existe possibilidade terapêutica. O jogo das expectativas sociais é algo tão intenso e intangível que sem

---

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

dar-nos conta acabamos cumprindo. Abrir um diálogo é postergar as expectativas. É reconhecer que fomos treinados a ver desde um paradigma e que tal expectativa responde ao nosso desejo de saber, de não equivocar-se, de que temos algo firme que sustenta nossas práticas. Abandonar as certezas de tais paradigmas para escutar o sujeito desde sua narrativa implica assumir a incerteza e a crise de presença do profissional, o reconhecimento de suas limitações, mas também de suas capacidades. E esta perspectiva é fundamental para o artesão da saúde.

Com isso não estamos defendendo que se invalide o saber do profissional, totalmente ao contrário, apenas estamos ressaltando que, ao verticalizar as relações e desconsiderar o saber profano do usuário, estamos excluindo, ou como mínimo colocando em segundo plano, grande parte da história e da experiência do sujeito sobre seu processo, tanto de adoecimento quanto de vida.

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

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

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

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

Foram muitos dias de planejamento e discussão acalorada sobre a pauta de cada um dos programas que ia ao ar. E, a cada dia no ar, novas configurações no acerto de última hora: "pensei neste poema, olha temos que falar de tal notícia, quero falar do resultado do futebol, etc". O improviso ia sendo possível, frente à maior segurança do grupo com a parafernália de uma rádio. Rádio esta que, por ser comunitária, guardava singularidades interessantes ao trabalho, pois durante as gravações, por não haver isolamento acústico, o latido do cão atravessava o samba, o barulho do motor se incorporava ao informe, alguém gritava na calçada no meio da execução da música. Essa sonoridade da cidade, longe de atrapalhar o programa, fazia-o tornar-se ainda mais verdadeiro, ainda mais conectado com o tecido urbano, como desejávamos desde o início. Como diria Ítalo Calvino (1994) em sua obra *Marcovaldo ou as Estações da Cidade*, um fundo de rumor mais macio que o silêncio.

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

Ocorre que em 18 de maio comemoramos o dia da luta antimanicomial no Brasil e, com já é costume no Rio Grande do Sul, realiza-se um grande evento em São Lourenço do Sul chamado Mental Tchê. Fomos convidados a fazer parte do evento e a dar idéias para a programação. Entre trocas de mensagens eletrônicas e debates, Cristiane Knijnik[48] teve a idéia de propor uma intervenção da rádio durante o evento. Um novo grupo se formou junto às cursistas Deise Nunes e Simone Brito, agregando Rafael Wolsky[49] e os usuários, sendo alguns novos, além do pessoal do programa de rádio de São Lourenço, chamado Cuca Legal[50], entre outros colaboradores, que passaram a se encontrar semanalmente para montar o projeto de intervenção da rádio durante o evento. Neste período o curso da Residência

---

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

[49] Rafael Wolsky é psicólogo, coordenador do Residencial Terapêutico Morada Viamão desde agosto de 2006 e membro do grupo de rádio Coletivo Potencia Mental.

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

Multiprofissional em Saúde já havia acabado e as duas residentes que resolvem continuar colaborando com a proposta da rádio já se aproximam como duas trabalhadoras de saúde. Acredito que esta reconfiguração me permitiu ocupar um novo *rol* social junto ao grupo, o de redatora de rádio.

A idéia era aproveitar a experiência da rádio Potência Mental e do Cuca Legal, e colocar no ar um programa bem divertido, que permitisse a participação de todos os participantes presentes no evento. Mas, para tanto, precisávamos nos preparar, pois éramos um novo grupo que se formava para este evento. Instituímos o bar do Instituto de Psicologia da UFRGS como nosso ponto de encontro e, entre taças de café e muitos cigarros, fomos definindo um pouco a cara do programa. O compositor é motivado a compor uma música para o evento de São Lourenço. Com um samba na mão vamos pra um estúdio de gravação, que pagamos fazendo uma *vaquinha* entre os participantes, gravar a música de nosso redator compositor. Rafael convida uns amigos para tocarem junto. Uma vez no estúdio, o compositor não cabia em si de felicidade. Repetia a cada momento: "pô, cara, eu tô aqui meu..." Sua fala refletia a sua incredibilidade de que um dia em sua vida poderia mesmo chegar a ser um compositor de algo e a pisar em um estúdio de gravação. Ainda mais acompanhado de um grupo de cordas de primeira, como dizia ele. É ele que compõe o samba com o qual invadimos a cidade de São Lourenço para a realização de nossa rádio poste no evento do Mental Tchê.

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

Um relato emocionante foi enunciado por uma das moradoras[51] do residencial, que aqui vamos chamar de Esperança, que tomou o microfone para expressar sua alegria de estar ali e de ser uma moradora de um bairro em sua cidade, não mais uma

[51] Esta moradora faleceu días depois deste evento, de forma serena, deitada em sua cama, na sua casa. Morreu como cidadã e livre do espaço do manicômio.

doente internada em um hospício. Ela relatou que durante muitos anos esteve presa, mas que finalmente havia conseguido a liberdade. Afirma-nos, com o microfone na mão, que nada é mais importante do que ser livre, do que ter seu espaço e poder fazer as coisas do jeito que a gente quer, sem ter que estar constantemente vigiado ou tendo sua liberdade de ir e vir restringida por uma instituição.

Cabe ressaltar que esta moradora lutou muito para estar no residencial, foi das primeiras a tomar posse das casas e lá morou durante o primeiro ano sem maiores problemas. Um problema de saúde física acabou resultando em um novo ingresso para tratar de uma ferida que não cicatrizava. Uma vez dentro do HPSP, a equipe da unidade na qual convalesceu orientou pelo não retorno da mesma, já que possuía um defeito físico e consideravam impossível sua vida autônoma, mesmo frente aos argumentos dos trabalhadores do residencial de que ela havia vivido muito bem neste primeiro ano. A moradora queria voltar a viver em sua casa e foi auxiliada pela equipe do residencial, em especial pela coordenadora[52] que se responsabilizou pela ação de regresso pessoalmente frente à equipe da unidade.

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

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

Esta possibilidade de troca de experiências com usuários de diferentes países foi de extrema relevância para as cursistas e para os usuários envolvidos. Lá participaram ativamente de uma convivência com diferentes modelos de gestão desta tecnologia e perceberam que, se por um lado nossa experiência perdia em não ter um profissional especialista em comunicação no grupo, por outro ganhava em não definir

---

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

um coordenador, éramos o grupo de maior autogestão do encontro, mesmo com experiências da Argentina, Espanha, França, México, etc.

Quanto aos usuários que tiveram a oportunidade de participar, foi emocionante escutar o seu relato, pois participaram de mesas, de comissões de julgamento de curtas, cantaram, participaram de programas ao vivo, trocaram idéias e trouxeram muitas novas histórias para contar para seus familiares e amigos. Como nos ensina Calvino (1990) em seu livro *As cidades invisíveis*: "assim as suas vidas se renovam de mudança em mudança, através de cidades que pela exposição ou pela pendência ou pelos cursos de água ou pelos ventos apresentam-se com alguma diferença entre si".

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

Outro exemplo é de uma usuária que foi ao encontro de Buenos Aires e que no momento passava por um período difícil de desvincular-se do serviço que era sua referência e que, além de tudo, tem uma relação familiar bastante complexa, não conseguindo dialogar com os mesmos. Ela nos conta que sai correndo de casa para chamar a mãe e o irmão na casa ao lado para assistirem juntos ao Jornal Nacional, pois vai aparecer uma reportagem sobre a neve em Buenos Aires, já que não nevava por lá desde muito tempo. Ela conta entre sorrisos, sentada no café do Teatro Renascença, esperando o momento de premiação dos Poemas no Ônibus[53], no qual dois dos envolvidos com a rádio iriam ser premiados, que mostrou aos seus familiares a cidade que conheceu, em outro país, como era bonita e ampla e como a neve quase pegou ela por lá.

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

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

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

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

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

Com a finalização do curso e, portanto, a dispersão do grupo das residentes, já que cada uma delas vai assumir novas funções em diferentes frentes de trabalho, as emissões de programas são interrompidas. Através de alguns convites pontuais, o grupo volta a se reunir e se amplia, revivendo a experiência de emitir programas. O fato de voltarmos a utilizar a rádio como dispositivo[54] de saúde faz com que voltemos a experimentar a potência desta ferramenta e nasce o desejo de dar sequência ao trabalho.

Um novo grupo se organiza, agora contando também com a colaboração do Instituto de Psicologia da UFRGS. Cabe ressaltar que antes o nome utilizado era Potência Mental, como sugerido por um ouvinte da rádio e com a ampliação do grupo e a nova configuração se converte em Coletivo Potência Mental.

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

> A noção de coletivo vem dar conta da disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui finalidade produtiva; a noção de coletivo organizado põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda, como na já mencionada mandala. Quando nos

[54] Dispositivo aqui entendido no sentido foucaltiano do termo, ou seja, como máquinas de fazer ver e falar. Como possibilidade de ruptura.

> referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos organizados para um fim. Um coletivo organizado, entretanto, não como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção. (CECCIM, 2005:165)

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

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

Foi na perspectiva de aprender deste coletivo que saímos do nosso território bem demarcado da cidade de Porto Alegre, nossa zona de conforto, e rumamos para esta aventura além mar na Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Quando chegamos aqui corria o mês de setembro do ano de 2007 e tínhamos o claro objetivo de nos aproximarmos da experiência de Nikosia para investigar o campo, observar sua forma de atuação, suas relações internas, os temas que trabalhavam, como organizavam os programas, como emitiam, etc. Na época pensávamos que seria fácil manter a distância necessária e a tão recomendada neutralidade para investigar o campo e com isso poder desenvolver uma pesquisa etnográfica.

Ao princípio, limitávamo-nos a frequentar a rádio a cada quarta-feira, dia de emissão do programa. Nesta época, o grupo se reunia meia hora antes do programa ir ao ar para definir um pouco a organização do mesmo e, em outro dia da semana, faziam uma reunião para definição da pauta e organização do grupo para cumprir com os compromissos assumidos. Também assistimos algumas rádios abertas, modalidade através da qual o grupo de nikosianos faz intervenções radiofônicas em diferentes espaços da cidade: centros culturais, escolas, universidades, centros cívicos, etc.

Fomos capturados pela proposta e pelo coletivo com uma rapidez espantosa, logo já fazíamos parte da grande família nikosiana. Sentíamo-nos em casa, plenamente acolhidos e com muita vontade de participar mais ativamente de todo este

processo. Algo de um mal-estar reverberava no ar, mas não tínhamos clareza na época do porquê, nem de onde provinha. Sabíamos que algo se passava no ambiente da rádio que se fazia notar em seu cotidiano ainda que não se desvelasse.

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

Havia uma clara divisão de opiniões em relação à proposta feita pela multinacional. De um lado a maioria de nikosianos que não concordavam em realizar o comercial, já que consideravam a empresa em questão uma multinacional que explora seus trabalhadores e vende imagens fetiches aos seus consumidores, questões com as quais o coletivo não se identificava em nada. Do outro lado a organização Jóia e apenas três nikosianos dispostos a aceitar o convite, já que viam nele a possibilidade de apresentar o projeto para um maior número de pessoas, pois atingiria o espaço midiático internacional. Todo o mal-estar acumulado faz água e jorra em discussões acaloradas entre os que estão a favor e os que estão contra. Os detalhes do conflito não são tão interessantes quanto o que ele dispara. Apesar da dureza do enfrentamento, o conflito também pode ser imensamente produtivo e movimentar os coletivos, fazendo acionar diferentes linhas de resistência, de construção de saídas e de reavaliação do processo vivido, redefinindo rumos.

No caso, este conflito foi disparador de uma tomada de decisão, que implica o coletivo em assumir o protagonismo de suas ações, de desinstitucionalizar-se, e um processo de autogestão se desenha como saída. É neste momento que nasce a idéia de uma associação que continue trabalhando com o dispositivo da rádio, mas que amplie seu espectro de participação social, propondo outras intervenções no espaço da cidade. Uma associação autônoma formada pelo coletivo de participantes da Radio Nikosia e aberta a sociedade em geral.

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

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

A associação, como espaço aberto, recebe constantemente convites que são analisados pelo coletivo e aceitos ou não pelo mesmo. Uma nova proposta, que ainda está em fase embrionária, é a da confecção de um jornal nikosiano, e temos um grupo dedicado a tornar este projeto possível. Neste momento, desenvolvemos dois novos projetos, um deles com classes de ioga para corpos cansados ou não tanto, com a professora Irantzu Piquero, de frequência também semanal; e outro com teatro social, em parceria com o grupo *Pallapupas*, que são palhaços de hospital, com o professor Antonio R. Masegosa, com o objetivo de compormos juntos uma obra teatral. Para tanto vamos desenvolvendo um encontro semanal de duas horas para a preparação dos artistas.

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

No contexto desta associação cada um é livre para participar das atividades que queira e da maneira como possa. Cada um também é livre para propor novos projetos. Todos são protagonistas do projeto, que ainda que se constitua em um grupo unido pelo mesmo ideal, não deixa de manter o espaço para a singularidade de cada um. Funcionamos como um coletivo (Ceccim, 2005), uma multidão (Hardt e Negri, 2005). Trabalhamos de forma cooperativa (Sennett, 2009) e no formato de assembléias, o que propicia a participação de cada um com o que pode aportar ao grupo, respeitando os distintos saberes, sejam eles *profanos* ou *expertos* (Martínez,

2010). E é por isso que podemos vislumbrar nos participantes deste projeto a construção de uma postura de artesania em saúde.

Uma das redatoras de Nikosia, em uma rádio aberta em uma cidade do interior da Catalunha, relatou que o que lhe parecia mais interessante e fascinante do projeto de Nikosia era a possibilidade de cada um dizer o que pensa, ou seja, que havia possibilidade de discordar, que não era necessário entrar em um acordo sobre determinado tema, mas sim valorizar os diferentes saberes e posições frente aos temas. Justamente era esta postura de respeito à diferença que o outro provoca que vínhamos procurando nas práticas de cuidado vigentes e que nos custava encontrar em tantos espaços reformados de saúde. Fomos nos deparar com espaços de rádio, estúdios de gravação, muito mais preparados para trabalhar com a diversidade, com o estranhamento, que muitos profissionais de saúde.

Interessante ressaltar que durante estes anos de trabalho, apesar do grupo ter um gerenciamento assembleário, nunca recorremos a uma votação para resolver os impasses que enfrentamos. Todas as ações que desenvolvemos são pactuadas e trabalhadas no coletivo e até o presente momento não tivemos que recorrer ao instrumento de votação para resolver um impasse surgido. O grupo tem se mostrado aberto ao debate e chega ao consenso pela via do mesmo. Com isso não se eliminam as diferenças, pelo contrário, como fica claro no depoimento da redatora, existe espaço para que as mesmas emirjam. Assim que podemos dizer que existe espaço para o conflito[55], no sentido de que existe espaço para o embate de idéias e opiniões dos diferentes participantes.

Seguimos emitindo a cada semana um novo programa. Os temas são propostos pelos próprios participantes e, ainda que o ponto central seja a luta contra o estigma, diferentes temas são tratados como: alimentação, sistema carcerário, arte, cultura, cotidiano, cidades, fronteiras, etc. Cada programa é coordenado por um nikosiano, geralmente o proponente do tema em debate, o que permite a rotação do papel de coordenador. Todas às segundas-feiras nos reunimos para a assembléia e para organizar nossa agenda da semana. Seguimos mantendo o hábito de nos reunirmos meia hora antes do programa ir ao ar para organizar as entradas no mesmo, já que muitas vezes contamos com convidados e com as sessões mais fixas como: Correo y noticias de Adamar com Nacho de Noche; Rincón del leitor, com Dolores e Juan Lorenzo; Que venga cuento, com Jota; Cine de Barrios, com Santiago Barrios; Trucada da Txel, com Meritxel; Momento del amor correspondido, com Silvia;

---

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

Unidad móvil, com Márcio Belloc. Tentamos organizar o programa de forma a permitir que todos possam participar com suas reflexões, com poesia, com música ou mesmo apenas dando um olá pela antena.

O grupo de participantes pode variar a cada programa, ainda que tenhamos um grupo que assume o compromisso semanalmente e participa de forma mais fixa das emissões. Sempre existem pessoas novas no estúdio de gravação. Desde os convidados que entrevistamos até pessoas que vem para nos visitar de todos os cantos do planeta. Como o programa também é emitido pela internet, além de pela as ondas de 91.4 Contrabanda FM, atingimos um espectro de pessoas em âmbito internacional. Temos ouvintes nos diferentes continentes que nos escutam, nos escrevem mensagens ou acessam nossos contatos virtuais pela *home page, blogs, facebook, fórum na internet*, etc.

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

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

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

Uma das primeiras questões que nos ocupava o pensamento, já desde o Coletivo Potência Mental, e que tivemos a oportunidade de voltar a verificar no trabalho junto a Nikosia, é justamente a que diz respeito ao *rol* social dos seus participantes. Talvez pela participação mais pontual, no Potência Mental não resultava tão claro os efeitos das trocas de papéis dentro do grupo, quanto tornou-se a medida que participávamos assiduamente de Nikosia.

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

Como redatores conquistamos uma liberdade que nos afasta das amarras de nosso papel social. Somos convocados a uma nova posição no horizonte do trabalho na rádio. Posição esta mutante por natureza, que permite a invenção e construção de novos papéis sociais. Esta ruptura também nos ajuda a pensar a simetria entre os saberes profanos e especialistas neste campo de trabalho. Como redatores de rádio deixamos de ser pacientes e profissionais. Somos redatores e ponto. Participamos com reflexões, com músicas, com poesia, com idéias, com intervenções, como radialistas no exercício da sua função de comunicação. Nestes momentos, as distinções se fazem desnecessárias. Como no dia em que realizamos uma rádio aberta na tradicional *Fiesta de Gracia.* Fomos convidados pelos organizadores das atividades propostas pela *Calle Perla* para realizarmos uma intervenção na rua em meio a festa, através do dispositivo de rádio. Para tanto preparamos um programa relacionado com o tema da festa e também convidamos grupos de música para fazerem um show ao vivo. Em meio a organização e preparação da intervenção eu puxo a minha câmara de fotos caseira para registrar as fotos e Dolores me repreende dizendo: "Ai Karol tu como fotógrafa oficial de Nikosia não pode aparecer com uma câmara tão mixuruca destas. Já ta na hora de comprar uma nova." A apreciação de Dolores tem todo o sentido, pois já fazia tempo que vinha registrando em fotos todas as atividades da rádio, tanto em estúdio quanto em atividades externas, incluindo viagens, mas com certeza meu equipamento não era compatível com meu encargo. A declaração pública feita por Dolores me permite dimensionar o quanto os membros

do grupo me viam nesta função nos últimos tempos. Função nova para mim e que me ajudava a sair do *rol* de psicóloga.

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

Ao princípio, quando cheguei a Nikosia em muitos momentos me vi sem saber como agir, que posição ocupar. Já que sabia muito pouco de rádio e talvez demasiado de ser psicóloga. Percebo hoje que muitas vezes via o coletivo através das minhas grossas lentes de especialista. Como nos ensina Lacan (1985) é preciso saber retirar os óculos de dentista (que é um especialista) para poder enxergar melhor. Mas reconhecer tal necessidade não simplifica a tarefa que isto implica. Abandonar minha confortável posição de suposto saber e me aventurar em um terreno que conhecia pouco. A tudo isso podemos acrescentar ainda os distintos convites que o próprio grupo faz a ser o especialista, o que torna nossa tarefa ainda mais complexa. Como resistir a tamanha tentação? Como não ser a psicóloga de plantão para deixar comparecer uma nova possibilidade de ser dentro deste espaço?

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

Recuperamos aqui a idéia do artesão da saúde e da etnografia como dialógica para inventar este lugar de ser junto a Nikosia. Como artesãos da saúde, reconhecíamos a potencialidade de nossa matéria, mas sabíamos também do desafio que implicava abordá-la. Enfrentaríamos as resistências e ambiguidades da mesma, uma delas, justamente a do *rol* social aqui apresentado. Até porque, como já afirmamos, não se tratava de acabar com as singularidades de cada um, mas sim, como na idéia defendida de multidão, de compor com as mesmas. Seria desta composição que emergiria o novo.

O artesão da saúde, entendido como aquele que busca abordar sua matéria, sendo conhecedor de suas resistências e ambiguidades, não se esquiva de tentar tirar

dela tudo o que a mesma pode lhe oferecer. Para tanto, conta com a ajuda de um coletivo, reconhece a necessidade de compartilhar com outros pares suas inquietudes. Uma vez nestes coletivos se mescla, se deixa contagiar pela alteridade que o outro representa sem deixar de ser ele mesmo em sua singularidade. Assume de saída uma postura investigatória e reconhece o seu não saber, postura que nos aproxima muito da do antropólogo que utiliza como ferramenta a etnografia dialógica, permitindo assim a emergência de distintas discursivas, ou melhor, de distintas narrativas dentro dos espaços no qual investiga ou trabalha.

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

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

Mas nem todos os espaços sociais se apresentam assim. Na maioria dos casos o que vemos é o inverso. Ou bem nos deparamos com espaços absolutamente protetores, como é o caso do hospital psiquiátrico, que em nome de uma total proteção do sujeito aniquila o mesmo roubando-lhe a liberdade, ou com o espaço da rua como espaço totalmente livre para o *devir* e, como tal, também pode operar como aniquilador do sujeito, já que lhe joga na *urbs* sem nenhuma proteção, sem nenhum ponto de ancoragem.

Osmar frequenta a rádio Nikosia assiduamente. Ele conta sua inquietante história de cobaia da medicina. Por ter tomado durante muitos anos medicação psiquiátrica inadequada ficou com graves sequelas de efeitos extrapiramidais importantes que lhe dificultam a vida. Os especialistas resolveram aplicar a Osmar uma nova tecnologia convertendo-o em um *cyborg,* meio homem, meio máquina. Ou

como ele mesmo gosta de se apresentar como o homem de lata, aludindo ao conto do Mágico de Oz[56]. Conto que todos conhecemos, assim como as desventuras do homem de lata em busca de um coração.

Certa feita, Osmar vai a um hospital psiquiátrico de Barcelona ver se conseguia encontrar uma medicação que lhe auxilia a enfrentar os efeitos extrapiramidais, já que a tecnologia de ponta inserida no cérebro de Osmar em forma de *chip* não parecia dar conta de resolver o problema. Esta medicação saiu de circulação, mas pode ser encontrada ainda em alguns locais. Razão que faz com que nosso homem de lata inicie uma peregrinação, para além de seu serviço de referência, em busca de tal medicamento. Aqui fica claro o que Menéndez (2005) nos alerta da importância de considerar a autoatenção que a pessoa desenha como forma de cuidado e, portanto, de tentativa de buscar uma solução para seu sofrimento. Ao chegar ao dito hospital, Osmar explica sua história, que imediatamente é tomada como sem pé e nem cabeça, coisa de doido varrido e ele é internado neste local. A internação é baseada em que ele mesmo aponta seu diagnóstico quando chega, refere um aparato no cérebro comandado por um controle remoto que emite ondas que acionam o circuito de seu cérebro e ainda pede por um medicamente que saiu do mercado. Descontextualizado de sua história o relato é tomado como uma produção delirante, corroborado pelo diagnóstico facilmente comprovado pela pessoa que lhe recebe no hospital, já que o sistema de saúde em Barcelona está informatizado. Nosso homem de lata não encontra o coração que necessita.

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

---

[56] Série de quatorze livros infantis escritos por Lyman Frank Baum entre 1901 e 1911, nos Estados Unidos.

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

Assim como Osmar muitas outras pessoas que circulam pela rede de serviço da cidade chegam a Nikosia. Certo dia surge na rádio, acompanhados de uma monitora do serviço de saúde, dois irmãos. Eles vêm para o atelier livre, pois querem pintar. Vou chamá-los de João e Maria, como os dois garotinhos perdidos do conto infantil. Muito tímidos, retraídos e visivelmente fora de lugar, eles ensaiam uma aproximação auxiliados pela trabalhadora que os acompanha. Permanecem muito pouco neste primeiro dia, logo relatam a necessidade de ir embora. Ao serem questionados e convidados pelo grupo a ficarem mais, o rapaz responde que por hoje já está bom. Frase que nos faz refletir sobre o que é bom pra eles, como se sentem fora de seu ambiente, por que não se autorizam a permanecer sem a companhia da monitora. Não pintam nada, mas retornam na semana seguinte.

As aulas de desenho sempre iniciam com um exercício corporal, mas os dois irmãos observam sentados, enquanto bailamos ao som de uma música indiana. Mover o corpo, fechar os olhos, sentir, potencializar o corpo para o encontro com a folha de papel em branco, nossa matéria neste espaço de produção. Maria ri, sentada em uma cadeira, João apenas observa. Finalizamos o exercício e vamos buscar o material para trabalhar. Eles se mobilizam, caminham em direção ao armário cheio de material para pintura, são incentivados com gestos, olhares e palavras pelos demais participantes do grupo.

Começam a trabalhar, de maneira livre, espontânea, mas acompanhados de perto tanto pelo grupo quanto pela artista, que percorre a oficina falando com cada um dos participantes, auxiliando, as vezes questionando ou ajudando a solucionar impasses. Ao final do trabalho, após recolher e limpar todo o material, conversamos sobre nossa produção do dia. Apresentamos e debatemos nossa obra. João e Maria não querem falar. Limitam-se a escutar o que cada um do grupo pôde dizer sobre sua participação e produção. Ainda levaríamos alguns encontros para escutá-los.

Primeiro João, depois Maria. Lenta e timidamente. João segura o seu trabalho e apresenta para o grupo. Não fala muito, mas é seu primeiro passo, sua estréia junto a nós no mundo da comunicação verbal. Inicialmente fomos construindo outras formas de contato: pelo olhar, pelo gesto, pelas cores das tintas, pelos desenhos até chegar ao ponto dele sentir-se a vontade de expressar-se verbalmente. Neste ponto também já participa faz algum tempo do exercício corporal. Assim como Maria, que ainda olha

desconfiada o que fazem seus companheiros de grupo e ri, quando é surpreendida em um encontro de olhares. Cada um no seu ritmo, cada um como pode.

Passam a frequentar o espaço da rádio no dia de emissão do programa. Conhecem outros participantes que não fazem parte da oficina de artes visuais. Encantam-se e encantam com sua simplicidade e timidez. João já dá beijos calorosos, mais aberto, menos tímido. Maria também beija e ri. Ambos permanecem no umbral da porta do estúdio, nem querem cumprimentar os ouvintes no ar, mas sua presença é enunciada pelo coordenador do dia. João fica vermelho e Maria ri.

Com o passar o tempo, animam-se a dar um olá ao vivo. É perceptível que se sentem mais à vontade. João convida o grupo a ir assistir uma apresentação do coral do qual faz parte. Tempos depois, Maria pergunta se pode fazer seu aniversário na sede da rádio, o que é automaticamente aceito pelo grupo. Comemoramos juntos o aniversário de Maria ao som de música e da comida que ela oferece no tradicional *pica pica*.

Atualmente, os dois irmãos seguem frequentando a oficina de desenho e a rádio. Maria já lê poemas no ar. João trouxe sua namorada, que também passa a fazer parte do grupo e a vir semanalmente nas aulas de pintura e na rádio. Recentemente comemoraram seus oito anos de namoro conosco em uma festa em alto estilo no pátio do Convento de Sant Agustí, no qual realizamos a oficina de artes visuais.[57] Neste dia receberam muitos presentes, mas também deram um presente para cada um dos convidados. Destacamos este gesto, este detalhe surpreendente, pois normalmente estamos acostumados a ir em festas de aniversário e dar presentes e não receber. Mas neste dia foi diferente, todos recebemos um presente pessoal, escolhido especialmente pelo casal de namorados para cada um dos convidados da festa e seus companheiros de trabalho, tanto na rádio quanto na oficina.

O gesto de receber e dar surpreende, mas nos faz pensar. O que está posto neste gesto? O que ele atesta? Inovação, carinho? Acreditamos que este gesto revele uma faceta do trabalho da artesania do encontro que realizamos de forma cooperativa. Cotidianamente damos: nosso compromisso, colaboração, idéias, participação, mas também recebemos daqueles que se dispõe a produzir conjuntamente. É uma via de mão dupla, construída de forma coletiva, assim como o gesto do casal de namorados. E cada presente, cada matéria é singular neste espaço e afeta a cada um de nós de distintas maneiras.

Gostaria ainda de ressaltar que João e Maria podem sair do *rol* de pacientes para serem redatores de rádio, ou artistas, ou mesmo cantores de coral, porque encontram um entorno que lhes oferece a possibilidade de se experimentar em novas

---

[57] A Associación Socio Cultural Radio Nikosia possui duas sedes oficiais. Uma na praça Real, no espaço da Contrabanda FM e outra no Centro Cívico Sant Agustí, situado também na área que compõe o distrito da cidade velha.

posições e papéis sociais, uma rede social que lhes oferece espaço de ser e produzir. Um entorno que se oferece como ponto de ancoragem e, portanto, espaço protegido, ao mesmo tempo em que mantém a liberdade de circulação e participação neste espaço, aceitando o sujeito na sua diferença, sem impor limites ou normas a sua subjetividade. Um espaço espiral, em constante abertura e movimento. E é talvez neste aspecto que as redes culturais possam produzir mais saúde que o próprio sistema, por desmistificar o *rol* social dos envolvidos, não se ancorar em uma construção hierarquizada que sujeita o sujeito a uma posição de sombra e valorizar os distintos saberes, construindo cooperativamente estes espaços de encontro que tanto falávamos ao longo deste escrito.

Posição esta nada fácil de sustentar no cotidiano da rádio, pois as velhas amarras do especialismo, do *rol* social de cada envolvido, do estilo de vida e dos diagnósticos que nos atravessam a todos, já que somos produtos de um mesmo caldo cultural, insistem em se presentificar. Como também já apontamos neste escrito, somos seres em processo de subjetivação, portanto, não somos seres acabados e com respostas para todos os impasses que este trabalho nos demanda. Muitas vezes, como artesãos da saúde, temos que suspender o desejo de finalização de uma obra, de um projeto, para poder chegar a um resultado melhor, mais afim com os ideais que defendemos.

A idéia não é idealizar o espaço de rádio como idílico, mas sim reafirmar sua potência como instrumento de comunicação de outra verdade sobre a loucura, bem como um espaço possibilitador de encontros para aqueles que o frequentam. Para tanto, convocamos outro frequentador assíduo dos programas, que aqui vamos chamar de Pedro para contar-nos sua história.

Este chegou faz pouco tempo. Em um primeiro momento, tinha uma discursiva totalmente caótica e desencontrada. Poderíamos dizer eminentemente delirante. Sua presença provocava reações diversas no coletivo nikosiano. Uns se identificavam, outros rechaçavam e ainda havia aqueles que defendiam a idéia de policiar seus discursos pela antena. A perspectiva pela qual Pedro vê o mundo mobiliza o grupo. Tentávamos oferecer-lhe espaço de fala, sem com isso tolher o espaço dos demais membros. Pedro podia passar horas falando de suas idéias e tentando convencer os outros companheiros de que sua visão era válida e que deveria ser adotada pelos demais.

Tal postura faz emergir uma série de conflitos entre ele e os demais membros de Nikosia. Mas Pedro está disposto a contar sua história e a defender suas ideias, doa a quem doer. Ao fazê-lo acaba revelando componentes de sua história ao grupo que, em dado momento, passa a utilizar tal informação para explicar a situação de Pedro, algumas vezes ao seu favor outras nem tanto. São componentes que atestam

do estilo de vida que Pedro um dia levou e que fazem parte de seu passado e do estilo de vida que ele se propõe hoje, ou seja, do que ele tenta sustentar a partir de certa pregação, que é dirigida muito mais para ele mesmo do que para os demais membros de Nikosia.

Como nos aponta Menéndez (1998), colocar no estilo de vida do sujeito a responsabilidade pelo seu adoecimento é culpabilizar a própria vítima. Desde uma visão antropológica, devemos sublinhar e descrever as diferenças sócio culturais. Neste sentido, o artesão da saúde tem o seu fazer marcado por uma visão dialógica que considera a discursiva do sujeito, incluindo o mesmo, bem como sua experiência de sofrimento em suas análises. Então, o que fazer com a discursiva desconcertante de Pedro?

Retomando o conceito de desinstitucionalização, como um processo de desnaturalização das lógicas manicomiais presentes em muitos espaços sociais, sejam ele de tratamento ou não, é preciso estar sempre atento para que a intervenção que realizamos não seja manicomial. O artesão da saúde é alguém especialmente preocupado em analisar suas posturas já que é conhecedor do risco de que uma postura manicomial se configure mesmo em espaços abertos, ou como no caso da rádio, em um espaço social. Postura difícil de sustentar, uma vez que implica estar constantemente negando, superando e inventando, como nos ensina Amarante (1992).

Pedro, nestes últimos tempos, nos convocou como grupo a esta tarefa. Em suas crises, quando estava mais delirante e não se permitia escutar a ninguém que não ele mesmo, nos momentos de rádio aberta, quando tomava o microfone de assalto e monopolizava a conversa, ou mesmo quando propunha um tema para o programa de rádio, nos convocava ao difícil exercício de não ser manicomiais. Ser manicomial seria uma saída fácil: cortar-lhe a palavra, não permitir que ele fosse às rádios abertas, não o deixar propor nenhum tema até ele abandonar suas idéias delirantes, etc.

O desafio era justamente propor um ponto de ancoragem, dar continência à discursiva de Pedro, sem com isso sacrificar o grupo. Tratamos de colocar em marcha nossa capacidade inventiva. Primeiro é importante ressaltar que é um trabalho realizado pelo grupo, no qual fomos nos experimentando aleatoriamente, sem nenhuma conversa prévia. Não era algo combinado e não desenhamos nenhuma planilha de acompanhamento para Pedro. A verdade é que, devido ao peso da intervenção, fomos tratando de nos dividir nesta tarefa. Em cada atividade alguém acabava fazendo função para Pedro e também para o grupo que respirava mais aliviado.

Em alguns momentos vacilamos e acabamos caindo na armadilha do gesto manicomial, mas na grande maioria das intervenções estamos conseguindo manter

uma relativa convivência pacífica entre ele e os demais membros da rádio. Conseguimos em muitos momentos relativizar o peso provocado pela discursiva pregatória de Pedro com a ironia, com a brincadeira, com um senso de humor que se fez necessário para aliviar o peso da tensão que por vezes se insurgia. Como já dissemos, sua discursiva é um tanto pregatória, de uma religião própria, de acordo com seu olhar sobre o mundo e como ele pensa que este mundo poderá vir a funcionar melhor. Assim, Pedro repete muitas vezes algumas palavras, utilizadas em seu discurso como conceitos que, ao serem tantas vezes repetidos em distintas ocasiões, perdem a força discursiva para ganharem o amargo peso da repetição, como uma pregação de verdade.

Em algum momento, em uma dada assembléia, alguém disse a Pedro que se ele falasse outra vez a mesma palavra teria que pagar um almoço pra cada um dos componentes do grupo, ao que Pedro reagiu com uma risada. A reunião seguiu e Pedro fala outra vez a tal palavra. Alguém rapidamente gritou: "anota aí um almoço pra galera". Nova gargalhada de Pedro e de outros membros da reunião. A palavra volta a fluir e Pedro novamente fala. Alguém faz com a boca o som de uma buzina e completa: "dois almoços galera!" Pedro dá gargalhadas, enquanto outros se somam a ele na gostosa risada. A tensão se alivia, o discurso é tomado deste uma nova perspectiva. Pedro toma a palavra outra vez, mas com cuidado pra não repetir a tal palavra. Todos podemos rir juntos.

Em outros momentos, a ancoragem é oferecida de outra forma. Pedro está conosco em uma rádio aberta e monopoliza o microfone não deixando ninguém falar. Profere suas verdades e seus ideais, mas o grupo está aborrecido com sua postura. Neste dia é uma conversa ao pé do ouvido, ainda dentro da sala de conferências que tem o poder de questionar por um momento a Pedro. Já que ele fala constantemente em direitos e em vontades, é convocado a praticar o que discursa, dando espaço a seus companheiros para que também possam falar. Pedro acata se desculpando e acrescentando que às vezes não consegue dominar sua vontade de falar. Após a conferência, a conversa entre Pedro e o seu interventor neste dia segue de forma a questioná-lo sobre como defender suas idéias respeitando as dos demais, além de oferecer um espaço de escuta a suas questões.

O desafio proposto por Pedro e tantos outros é de como manter-se como um espaço aberto e democrático sem ferir a liberdade e as possibilidades do grupo de nikosianos. Sabemos que a face dura da crise provoca distintas reações e por que não dizer identificações naqueles que lhe olham nos olhos. Neste ponto convocamos outro dos nikosianos a nos ajudar a manter a autocrítica necessária a este trabalho ao qual nos propomos. Advertimos de saída ao nosso leitor que assumir tal postura

implicava alguns riscos e vertigens. Que fale por ele mesmo nosso companheiro Profeta.

Profeta vinha frequentando à rádio de maneira assídua. Sua adesão foi rápida e desde sempre muito ativa. Chegou ao primeiro dia já com um violão embaixo do braço, cantou, falou e encantou. Rapaz inteligente, mostrava sua erudição em suas intervenções e também seu talento tocando as cordas do violão. Rapidamente se incorporou ao grupo em uma velocidade estonteante. Sempre simpático e sorridente, passou a ser cada vez mais solicitado pelo grupo para realização de distintas tarefas da rádio. Ele respondia sempre positivamente aos convites e desempenhava muito bem seu papel de redator de rádio, apesar do pouco tempo de participação.

O verão chegou e os nikosianos se espalharam pelo mundo para suas merecidas férias. Uns buscaram o frescor das montanhas, outros as cálidas areias da costa espanhola, outros voltaram a suas cidades natais e outros seguiram por aqui, curtindo a Barcelona em férias. Retomamos o ritmo normal de trabalho e sentimos falta de Profeta que não se juntou a nós com o final das férias. Ninguém sabia dele. Uns começaram a comentar que deveria estar internado, outros que teria prolongado suas férias, mas ninguém tinha certeza de nada. As pessoas que tinham maior contato com ele fora da rádio também não sabiam nada dele. Profeta havia simplesmente desaparecido no ar.

Estávamos todos imersos em uma reunião de assembléia pesada com uma pauta imensa e cheios de questões para encaminhar, quando Profeta irrompe na sala com seus trajes coloridos. A reunião pára com a sua entrada e muitos beijos e saudações são trocados até voltarmos a nossa tarefa. Ele senta, puxa um caderno e começa a fazer anotações enquanto o grupo debate. De repente ele fala. Todos se giram para escutá-lo, sua colaboração é sempre bem-vinda. Ele comenta que o espaço não lhe parece nada democrático e que em verdade ninguém se escuta. O grupo se paralisa entre chocado e sem saber como reagir, Profeta segue com seu discurso pouco amistoso e acusatório de falta de escuta, de pouco diálogo, de olhar-se nos olhos e de uma real liberdade de expressão.

Alguns comentam e tentam explicar a Profeta que o momento da assembléia é mais objetivo que o da rádio, porque neste espaço temos que encaminhar todas as questões de agenda, de atividades, mas que há liberdade de opiniões, que talvez ele não esteja acostumado, pois antes sempre frequentava a rádio e suas atividades, mas nunca comparecia nas assembléias. Resposta que não convence a Profeta que volta a acusar o grupo de não serem democráticos, de não escutarem verdadeiramente, de não olharem nos olhos de seu interlocutor.

O grupo paralisado não sabe como reagir à provocação de Profeta. Antes de sua chegada, justamente estávamos debatendo sobre estas questões e nos

encontrávamos frente ao difícil exercício da democracia. A chegada de Profeta nos dando este *feedback* nos deixa perplexos. Olhar-se neste espelho não é tarefa fácil. A reunião acaba, voltaremos a nos deparar com isso na quarta-feira, dia de programa.

A quarta-feira chega e com ela o dia do programa de Nikosia. Profeta vem ao estúdio, está visivelmente desorganizado, sua discursiva ininterrupta nos atesta do atravessamento de uma crise. Atrás de Profeta vem seu pai sem saber como lidar com ele. Pensou em internar, mas o filho não concorda. Já não sabe como agir e nos pede socorro. Também estamos confusos, também vacilamos em como conviver com a crise de Profeta e ainda assim emitir um programa e dar suporte aos demais colegas que se afetam com o que está passando. Na verdade, todos estamos afetados. Sabemos o que não queremos que ocorra. Temos claro que a presença de Profeta deve ser garantida, que é preciso dar-lhe espaço de fala e de escuta, pois é justamente isto que ele está reivindicando em sua discursiva, e pouco importa se ela emerge de forma delirante, pois é esta também nossa reivindicação a cada dia, a cada programa. Mas como armar este espaço de contingência e livre expressão que reivindica Profeta e ao mesmo tempo manter o espaço dos demais? Já que, e aqui sim, temos que marcar esta diferença, em meio a seu processo de crise, a narrativa de Profeta tentava suplantar todas as outras? Como compor? Como garantir este espaço e sustentá-lo?

Com a ajuda de colaboradores[58] podemos dividir a processo de acompanhar a Profeta com outros colegas, que desde fora, desde uma posição de alteridade, puderam garantir a ancoragem necessária para tentar auxiliar Profeta e sua família nesta travessia. Já afirmamos aqui que o papel da rádio é o de comunicação e não de um espaço terapêutico, ainda que, possa resultar terapêutico para seus frequentadores. Mas a idéia não é transformar a rádio em um serviço de saúde. Por outro lado, não podemos fechar os olhos à crise neste momento vivida por Profeta e temos que encarar o desafio de contingência desde um outro lugar, um espaço de rádio. A crise vivida por Profeta nos alerta do conflito vigente nestes espaços abertos e de livre expressão. A crise de Profeta é a nossa crise.

As mesmas vozes que se erguem contra o estigma começam a falar em internação, em medicar, em conter, pois falam do insuportável que resulta o enfrentamento com o avesso do outro representado pela crise. O discurso de Profeta, afinal, não era tão bem-vindo.

O grupo nos cobra um posicionamento, nos instiga a pensar saídas ao impasse. Profeta em meio a sua travessia também. Que fazer? Tratamos outra vez de nos ocupar de oferecer borda, agora a Profeta. Escutá-lo em sua verdade e depararmos

---

[58] Nikosia conta com a ajuda de alguns profissionais, que desde fora do sistema público de saúde nos auxiliam a resolver determinados impasses. Já que em muitas das situações que enfrentamos recebemos pessoas com certa resistência a frequentar a rede de serviço em função de alguma má experiência junto a mesma.

com a cruel realidade que ele nos aponta. Como um bufão que frente ao rei debocha descaradamente dos seus defeitos, mas longe de fazer rir, Profeta nos faz pensar, refletir. Somos capazes agora frente o real da crise de acolher esta pessoa, propondo outra intervenção que não seja a internação? Buscar os colaboradores é compartilhar a tarefa ou encaminhar a demanda para se livrar dela? Microfones abertos à verdade delirante ou exercício de censura?

Neste justo momento vivemos esta situação, atravessamos esta crise, que é nossa como espaço que se reafirma e se reinventa como rádio a cada novo programa. A travessia é dura, complexa, muitas demandas emergem no horizonte de Nikosia. Profeta encarna em sua crise o nosso maior desafio, sustentar práticas de saúde inclusivas e que tenham a capacidade de enfrentar e acolher a crise, pois bem sabemos que, como nos ensina Freud (1911), o delírio já é uma tentativa do sujeito de organizar a experiência traumática da alucinação, e, portanto, deve ser acolhido e não negado. Quando afirmamos que a crise de Profeta é a nossa crise, não é apenas uma metáfora, mas sim o real desafio de propostas inovadoras em tentar produzir espaços realmente democráticos e inclusivos.

Quando o grupo nos cobra como agir com Profeta, refaz o *rol* social dos trabalhadores e usuários. Isso implica em não cair na armadilha de que os especialistas têm a resposta para a questão, e tensionamos o grupo a propor juntos uma intervenção, como fizemos com Pedro. Assumimos uma postura questionadora e crítica frente às propostas que vão surgindo: internar, medicar, obrigar a ir ao médico. Os nikosianos visivelmente atravessados pelo que se passava com Profeta, já que tal crise também atestava de nossas crises como espaço de rádio, pois era analisador desta difícil missão de composição e participação, chegaram a propor exatamente tudo o que sistematicamente negamos no ar a cada programa e o fazemos com convicção.

Ao retornar para o grupo o que estavam propondo, ao questionar tais idéias, o grupo pôde perceber o quanto tal postura era manicomial. Ao demonstrar que a dadas pessoas supostamente especialistas se estava cobrando uma solução da crise, o grupo pôde se dar conta de que refazia o *rol* social e com ele as hierarquias que lutamos tanto para desfazer. Com isso, o grupo pode parar, sair da crise para olhar desde outra perspectiva, e pôde voltar a ser propositivo e inventivo na perspectiva de enfrentar a crise. E nisto estamos[59], mas convencidos de que a crise deve ser vivida e atravessada e que poderemos sair dela melhores do que quando entramos, pois atesta de conflitos que são positivos para o crescimento do coletivo, bem como de encontros próprios da vida.

---

[59] Enquanto redatávamos as linhas finais deste escrito Profeta foi internado, mas o analisador que ele dispara segue ecoando no ambiente da rádio.

Questionamos aqui também se buscar a ajuda externa não seria uma forma de encaminhar a demanda e livrar-se dela. Acreditamos realmente que é sumariamente importante que a rede dialogue com outras redes sociais, só assim garantiremos a abertura para o fora e o reconhecimento de que sozinhos podemos muito pouco. Faz-se necessário um envolvimento de diferentes atores sociais e a utilização dos espaços da cidade em toda sua potência, pois só assim atingiremos a tão almejada forma espiral, que além de atestar de uma eterna abertura, atesta de eternos fluxos e atravessamentos. Atesta de subjetividades que se constroem nestes fluxos. Aqui a idéia de cooperação ganha um contorno especial para que o grupo possa seguir em frente e desenvolver seu trabalho.

Esta situação fica clara quando nos deparamos com os espaços de ancoragem que Nikosia pôde ir abrindo ao longo deste período. Vamos relatar aqui alguns fragmentos do recém iniciado espaço de teatro. Neste espaço, através da consigna de fazer teatro, estamos trabalhando muitas coisas que emergem do coletivo da rádio e oferecendo outro ponto de ancoragem e outras possibilidades de acompanhamento, além de outros olhares, como no caso do professor[60] de teatro social que atualmente nos acompanha nesta atividade.

Faz pouco tempo que estamos realizando a oficina de teatro, mas gostaríamos de recortar algumas das experiências vividas neste espaço para atestar da importância de aberturas de outras redes sociais dentro da rede Nikosia. Antonio nos propõe uma série de exercício já no primeiro dia. Um deles, que realizamos ao final de uma classe de duas horas, consistia em caminhar juntos, estando o grupo posicionado lado a lado, ombro com ombro, sem, no entanto, utilizarmos a palavra para realizar a tarefa. Tratava-se de sentir no corpo, falar com o corpo para desencadear o movimento coletivamente. Enquanto um grupo de sete pessoas tentava realizar a consigna proposta, outro ficava observando. Depois de várias tentativas os grupos trocam de posição.

O grupo do qual tomo parte é o primeiro a fazer as tentativas de caminhar juntos, mas não conseguimos realizar a tarefa, ainda que à medida que tentávamos uma e outra vez, íamos nos aproximando mais de conseguir. Todas as tentativas foram acompanhadas pelas palavras do professor que nos ajudava a perceber o que estávamos produzindo. Ele interrompia o movimento do grupo e nos convidava a falar sobre o que estava passando e porque não conseguíamos finalizar a tarefa com êxito. Primeiro nos ajudou a perceber a presença dos líderes, os que sempre acabavam puxando o grupo para o movimento e nos convoca a abrir mão desta

---

[60] Antonio R. Masegosa, através do retorno que nos dá em determinados exercícios de teatro durante a oficina, tem nos feito pensar e refletir sobre nossa forma de inserção e nossa postura em Nikosia. Estes *feedbacks* tem sido muito importantes para a reflexão coletiva.

posição. Alertava-nos da importância de escutar e sentir o corpo para, então, conseguir produzir um movimento coletivo, sem uma liderança, ou seja, realmente uma atitude de movimento que nascesse do coletivo. Oferece-nos a dica de sintonizar a respiração. Depois nos apontou o quanto não estávamos nos escutando, nos percebendo. Entre as muitas tentativas, foi apontando quanto somos dependentes de uma palavra, de uma ordem, de alguém que tome a dianteira, que seja mais propositivo, como temos dificuldade de verdadeiramente escutar e produzir coisas juntos, mas ressalta o grau de dificuldade do exercício e nos oferece um caloroso aplauso pelas tentativas.

Somos convidados a mudar de posição e observar o outro grupo na tentativa de realizar a tarefa. Sentamo-nos e observamos o novo grupo que se forma tentar executar o exercício. O grupo já acumulou a experiência de nos observar e também pôde escutar e refletir sobre tudo o que Antônio foi apontando ao longo do exercício, inclusive dando opiniões, apontando os líderes que se apresentaram para tentar compor o movimento, onde falhávamos, etc. Na quarta tentativa o grupo consegue caminhar coletivamente e todos começam a aplaudir. Antônio também. O grupo volta a tentar produzir novamente o processo e não consegue. Frustram-se, pois haviam conseguido tão rápido e logo já não podiam mais repeti-lo. Antonio, como sempre, vai comentando coisas, enquanto o grupo realiza a tarefa. Ele nos ajuda a ver que, como nos afobamos e perdemos a concentração por ter conseguido tão rápido realizar a tarefa, não fomos capazes de repeti-la. Que para a realização de tarefas coletivas é preciso ter calma, realmente compor sentindo o outro.

Impossível não comparar a experiência vivida na aula de teatro com o que vivíamos na rádio naquele momento de enfrentamento com a crise de Profeta. Apesar de nunca termos comentado nada na aula sobre o que passava na rádio e de que alguns componentes não fazem parte dos dois grupos, fica tangível a matiz que perpassa as duas atividades. A importância de produzirmos conjuntamente e de forma cooperativa e não de buscar líderes, ou coordenadores; a importância de verdadeiramente nos escutarmos, para além da palavra dita, tentando senti-la; de como tal tarefa exige concentração, tempo, humildade e a repetição incessante do gesto para que se possa atingir o que se almeja, para realmente ocupar uma posição de artesãos da saúde.

Em outro encontro, Antônio nos propõe um exercício que consistia em repetir o gesto iniciado por alguém e acrescentar algo novo a ele. O próximo a executar o gesto repetiria o que já havia sido realizado e acrescentaria algo novo e assim sucessivamente. Iniciamos o exercício, mas rapidamente interrompemos, pois parece que o grupo não havia compreendido a consigna. Voltamos a tentar e o exercício não sai como deveria. Antônio convoca o grupo a pensar o que pode estar acontecendo

para não conseguirmos cumprir com a consigna demandada. Voltamos a tentar e nada. Antônio nos convida a refletir sobre o que isto revela. Analisando o processo vivenciado, vamos nos dando conta que cada novo participante faz outra coisa totalmente diferente ao gesto anterior, não respeitando a idéia proposta e percebemos o quanto cada um quer ser o protagonista mais inovador, mais divertido e criativo do grupo. Com tal atitude, o gesto emitido pelo outro acaba sendo desconsiderado. Também percebemos como a pressa em realizar a tarefa nos impede justamente de fazê-la. Retomamos a proposta do exercício e por fim podemos realizar a tarefa.

Trazemos este exemplo, deste outro encontro, para comentar dois pontos que nos parecem fundamentais e que podem ser geradores de impasses dentro do ambiente da rádio, a saber, o protagonismo e a possibilidade de suspensão do desejo, já apontados neste escrito. No trabalho de rádio e mesmo na fundação da associação lutamos para que cada membro da rádio pudesse assumir o protagonismo de suas ações, ou seja, tomar parte na produção efetiva dos programas e da gestão do espaço. Com isso, sem dúvida, estamos valorizando a posição de cada um, mas sem com isso incentivar um individualismo que tente sobrepor-se ao grupo. Importante retomar a idéia de multidão, no sentido de garantia das singularidades, mas sempre em composição com o coletivo, já que, como afirmamos, a artesania é um trabalho realizado em cooperação.

Neste ponto voltamos a pensar na armadilha da oficina medieval, que jogava no mestre a responsabilidade e também o poder deste protagonismo. O que definitivamente não queremos é uma reprodução deste mestre, uma exacerbação do indivíduo como uno, como potente em si mesmo, de forma totalmente narcísica. Cada um é um e deve contar como tal neste universo Nikosia, mas ninguém é mais ou melhor que o outro, ninguém é mestre. Somos melhores justamente quando somos capazes de compor com o outro de forma coletiva. Podemos comprová-lo tanto nas emissões dos programas quanto nas classes de teatro, pois as ações desenhadas pelo compromisso coletivo tendem a ter muito mais potência do que o aparecimento de uma estrela.

O outro ponto se refere à suspensão do desejo para concluir a obra, que desde nosso ponto de vista, tem-se mostrado frequentemente no exercício de fazer teatro. Como em muitos momentos, temos que repetir várias vezes um gesto, como já citado nos dois exemplos aqui trabalhados, temos que aprender a lidar com a suspensão do desejo de finalização. Exercício penoso e difícil, que exige de cada um de nós um esforço de superação e a adoção de um tempo outro, de uma lentidão que permita a análise e o redesenho de cada gesto quantas vezes se faça necessário, e que também nos leva a admitir nossa imperfeição e nossas fragilidades. Postura defendida por aquele que se propõe um artesão da saúde. No início deste escrito, salientamos que a

força está no coletivo. Valorizar este coletivo é fundamental para garantir um espaço verdadeiramente promotor de políticas de encontro.

Como dizemos a cada dia na abertura e no fechamento do programa de rádio que produzimos semanalmente: "Nikosia era a última cidade dividida por muralhas, idéias, religiões e um suposto abismo cultural. Acreditamos que de uma ou outra maneira todos levamos certa Nikosia dentro da geografia do corpo e da mente. Alguém separou em dois Nikosia, mas nós viajamos constantemente de um lado a outro desta fronteira. E é desde este dualismo, desde este vai-vem que vamos aqui a contar nossa história que é tão real e legítima como qualquer outra."

Este parágrafo alude à questão das fronteiras que já problematizamos neste escrito, das divisões, do dentro e o fora, do normal ou patológico, desfazendo certezas, explicitando que todos nós levamos uma geografia nikosiana dentro do corpo e da mente. Somos seres que viajamos de um lado ao outro das fronteiras, nos contaminamos, nos encontramos com a diferença e saímos deste encontro alterados, diferentes, já não somos mais os mesmos que no início do processo. Somos seres em processo de subjetivação, ou como aqui neste escrito defendemos, somos artesãos da saúde. A riqueza deste mosaico está na multiplicidade de histórias e de possibilidades que podem advir do mesmo.

Não podemos concluir este capítulo sem acrescentar uma experiência recente de encontro entre os dois grupos aqui citados do Coletivo Potencia Mental e a Rádio Nikosia, viabilizado pelo 9º Congresso da Rede Unida, realizado na cidade de Porto Alegre, Brasil, em julho do corrente ano. As fronteiras bem separadas e delimitadas pelo Oceano Atlântico foram vencidas num vôo que permite o encontro dos dois grupos. As barreiras da língua foram desmanchadas nas trocas de olhares, na cumplicidade dos gestos, na afirmação dos projetos em comum. O dentro virou fora e o fora virou dentro no contágio entre brasileiros e europeus, ou gaúchos e catalães.

Durante o congresso, realizamos uma rádio aberta e participamos da emissão de um programa na Lomba do Pinheiro, coroado por um almoço de confraternização na casa da Solange com um excelente carreteiro de charque. Europeus na Lomba. Este encontro de gente aparentemente tão diferente produziu uma mistura entre o mediterrâneo e o sul-americano, entre os temperos e cheiros de cada região, produzindo algo novo, com novo sabor. Já não éramos mais o Potência e a Nikosia, se não que um novo grupo que se monta deste encontro, destes vôos, destes contágios, destas diferenças. Destes temperos que juntos constituem o novo, o singular que atesta deste encontro, desta produção conjunta realizada em cooperação, motivados pelo mesmo ideal de fazer rádio.

7

A CIDADE COMO OFICINA DO ARTESÃO DA SAÚDE

Ao longo deste escrito, trabalhamos com a idéia de que qualquer pessoa possa ser um artesão, no sentido de que possa desenvolver habilidades em um espaço que privilegie o desenvolvimento das mesmas, facilitando o encontro com o outro em sua alteridade, promovendo contágios. Neste processo, defendemos uma política de educação permanente que, além de buscar o encontro, possa valorizar os saberes locais, os chamados saberes práticos que nascem das vivências e que, uma vez interrogadas e partilhadas, possam ser comunicáveis ao outro e por isso ganhem o estatuto de experiência. Por isso, este processo de educação pode dar-se em tantos espaços distintos, desde a tradicional sala de aula até um simples percurso pelas ruas de uma dada cidade.

Propomos que, por excelência, o espaço privilegiado para a ação do artesão da saúde seja a cidade, a pólis, a *urbs* como diria Pesavento (2001), ou melhor, o espaço urbano (Delgado, 1999). A cidade é a oficina do artesão da saúde, nela se dão os encontros e desencontros, ela é o terreno do acaso e do acontecimento, por isso espaço potente. Nosso artesão é o homem da multidão, no sentido em que busca agrupamentos, faz associações, trabalha em cooperação, defendendo um mesmo projeto, mas sem perder aquilo que lhe individualiza, sua singularidade. É justo o que lhe singulariza, que possui espaço de expressão nestes grupos, que faz a força deste coletivo, que o transforma em multidão, que toma, invade, ocupa e utiliza o tecido urbano como oficina para sua obra: uma artesania da saúde.

Mas não podemos abordar a cidade e tomá-la de maneira inocente ou romântica, como nos adverte Baptista (1999). Se a cidade pode ser o espaço dos encontros, dos contágios e dos acontecimentos, ela também pode ser o espaço da segregação e da impossibilidade do encontro. Na verdade, nas sociedades modernas cada vez se observa mais uma política de construção urbanística, que não privilegia o encontro, pelo contrário, desmobiliza a possibilidade de que estes ocorram. Mas em cada cidade existem múltiplas cidades, os territórios resistem, se arranjam e se desfazem. A cidade é uma rede muito oxigenada e encontra brechas para escapar à clausura imposta pelos planos de dominação e segregação modernos. A cidade é rebelde e reclama sua cacofonia, seu caos, sua porosidade. É esta cidade que buscamos dentro das cidades, é este o nosso território do acaso/acontecimento, é ela que tem a potência de ser oficina do nosso artesão da saúde. É nela e com ela que vamos trabalhar.

Na perspectiva de invadir a *urbs* e tomá-la como nossa oficina, precisamos tentar definir que território estamos habitando. Como encontrar a cidade que resiste dentro das cidades que se entregam ao movimento global de despersonalização do espaço e que faz com que todos os lugares pareçam o mesmo, com as mesmas fachadas, e que percam justamente sua beleza mais profunda, por abandonar a

estética que lhe faz singular em prol de uma aparência do que se entende por urbano. O que é a cidade? Com qual noção de espaço trabalhamos? Qual seria a cidade dentro das cidades que buscamos habitar? Como ela resiste? O que é para nós o acaso/ acontecimento? Como a cidade pode ser o espaço do encontro e por isso o território privilegiado, ou melhor, a oficina do artesão da saúde? Para responder estas perguntas, convidamos o leitor que nos acompanhou até aqui para refletir acompanhado de alguns autores que debatem estes temas.

Para Bauman (2006) a cidade tem o poder de seduzir seus ocupantes e de convocação àqueles que nela não habitam de conhecê-la. Em seu caleidoscópio de surpresas e novidades, a cidade enfeitiça o homem e gera sentimentos contraditórios de atração e repulsão ao mesmo tempo. Para este autor, as principais atrações de uma cidade são sua flexibilidade, espontaneidade e sua capacidade de surpreender e oferecer aventura àqueles que a habitam ou frequentam, o que faz com que o ar da cidade seja considerado um ar liberador.

Delgado (1999) nos apresenta uma importante diferenciação entre a idéia de cidade é o que se entende por urbano. Ele argumenta que a cidade é um grande assentamento de construções estáveis, habitado por uma população densa e numerosa. Já a urbanidade é um tipo de sociedade que pode surgir em uma cidade ou não, tendo em vista que o urbano pode ter lugar em muitos outros contextos que transcendem os limites da cidade enquanto território. Para o autor, a urbanidade se caracteriza justamente pela mobilidade, pelo equilíbrio precário das relações humanas, a agitação social, o que permite distintas formações que têm por tendência dissolverem-se com a mesma rapidez com que se geraram. Aludimos, portanto, a um processo que é efêmero.

Interessa-nos ressaltar esta idéia de sociedades instantâneas que se configuram e se desconfiguram na vivência pública. Estes coágulos que se armam para logo dissolverem-se demarcam a possibilidade deste território em que ocorrem cenas pontuais, que, com muita probabilidade, não voltarão a ocorrer e que por isso permitem que os acasos/acontecimentos deixem sua marca. Para este autor, os praticantes do urbano são desconhecidos, de quem não sabemos nada ou quase nada. Geralmente ocultam sua real identidade, justamente pelo sentimento de vulnerabilidade que se apodera do transeunte, uma vez instalado na circulação urbana. Ele pode disfarçar sua real identidade, dar falsos sinais ou até engendrar um personagem. Tal situação permite certo anonimato para estes atores do urbano. Protegidos por esta invisibilidade, tais atores se permitem, em muitos casos, desempenhar novos papéis, na maioria das vezes diametralmente opostos aos que desempenham em suas vidas cotidianas. Por isso, a cidade pode funcionar como espaço privilegiado para o exercício desta possibilidade de viver o inusitado.

Para Bauman (2006) "[…] las ciudades son lugares repletos de desconocidos que conviven en estrecha proximidad." (BAUMAN, 2006: 26). E é no encontro destes desconhecidos que deambulam pelas ruas de uma cidade que nasce a possibilidade de acasos/acontecimentos tornarem-se realidades no cotidiano dos espaços públicos. Estas configurações humanas criam-se por instantes e se desfazem em seguida, voltando a circular. Cada qual de seus praticantes seguindo seu caminho, voltando para seu cotidiano, permite a emergência destes encontros fortuitos. Ao mesmo tempo, encontros de grande força de significação para aqueles que por ali transitam. Ainda que projetos urbanísticos tentem criar regramentos de controle para este espaço, o urbano continua sendo o lugar por excelência no qual se possibilitam os olhares e as exposições.

Delgado (2007), em consonância com Bauman (2006) e Sennett (2009), aponta que nos espaços urbanos extremamente planejados, submetidos a um projeto urbanístico com interesses claros de controle, parece não haver espaço para a sociabilização. Como se o projeto desenhado no papel não tivesse capacidade de suportar, tampouco supor, o peso das vidas em relação, que ocuparão tal espaço. Neste sentido, constrói-se uma divisão que aponta para a concepção de supostos perigos do público e segurança do privado.

Neste ponto nos parece importante ressaltar a idéia de público e privado. Como já nos ensinou Baptista (2005), a casa burguesa é o espaço por excelência do privado, do dentro, do protegido pelas quatro paredes que compõem a atmosfera segura do lar. Projeto amplamente vendido e consumido pelo homem como espaço íntimo, de proteção e de amparo. Lugar no qual se refugiar do espaço hostil e ruidoso do fora, do externo, do atroz e inumano do espaço da rua, do espaço urbano. Esta dicotomia dentro e fora, privado e público, arrasta-nos outra vez à idéia de fronteiras, sendo o público aquilo que se mostra, o que pode ser oferecido ao olhar do outro, enquanto que o privado é justamente o que não se mostra ao exterior, o que se esconde, o opaco.

Para Delgado, tanto o dentro como o fora são espaços de mobilidade, que não necessariamente tem que coincidir com espaços físicos concretos. Ele argumenta que o dentro está associado com o espaço construído e habitável, os quais na maioria dos casos estão regidos por princípios de convivência baseados na franqueza e na previsibilidade. É um espaço de relações estabilizadas. Normalmente as pessoas que circulam por estes espaços têm uma posição bastante definida e clara em um organograma que define pontos fixos (pai de família, chefe da sessão, professor, etc.).

Já o fora estaria associado ao espaço não construído e, portanto, não habitável. Neste espaço a organização social é instável, sendo a rua e a praça seu exemplo mais contundente. As atividades aí desenvolvidas são pouco fixas, no sentido em que o

espaço permite múltiplas configurações distintas para os seus múltiplos transeuntes, na qual a causalidade e a indeterminação têm um papel de relevância. Aqueles que aí protagonizam algo não tem posto fixo, são pura mobilidade, transeuntes, passantes, sem raízes, seres deambulantes. Justamente por esta característica, as relações que podem se montar ou se desfazer neste espaço têm como característica a transitoriedade, a debilidade própria do efêmero, momentâneo.

É por estes motivos que o autor considera o fora como espaço inabitável, ou seja, local no qual não se pode morar, uma vez que o fora é sempre um fora de lugar, como um estar fora de si. Lugar para deslizar-se, no qual a vida social pode operar seu baile ou suas dramaturgias baseadas na visibilidade, no qual não se requer nenhum requisito de autenticidade, onde cada qual poderá atuar a sua maneira no intuito de conduzir-se com destreza entre desconhecidos.

> El espacio es público siempre y cuando los hombres y las mujeres puedan acceder a él, y es probable que lo hagan, sin selección previa. No se requieren permisos, ni un registro de los que llegan y de los que se van. Así pues, la presencia en el espacio público debe ser anónima, por lo que, inevitablemente, las personas que hay en él no se conocen entre sí ni son conocidas por encargados del espacio en cuestión. Los espacios son lugares donde los desconocidos coinciden y, por tanto, condensan y compendian los rasgos característicos de la vida urbana. Es en los espacios públicos donde la vida urbana, y todo lo que la diferencia de otras clases de colectividad, alcanza su máxima expresión, junto con sus proverbiales alegrías y tristezas, premoniciones y esperanzas. (BAUMAN, 2006: 55-56)

É neste espaço prenhe de possibilidades de encontro que nosso transeunte, o artesão da saúde, se sente em casa. Esta é sua oficina, daí retira muita matéria com a qual trabalhar. Neste espaço é o *flâneur* como diria Benjamin (1994) que deambula, ou o repórter ávido por notícias segundo Delgado (1999) que espera pacientemente como o naturalista que algo significativo aconteça.

> En el exterior se extiende en todas direcciones el imperio infinito de las escapatorias y las deserciones, de los encuentros casuales y de las posibilidades de emancipación. Si el dentro es el espacio de la estructura, el afuera lo es del acontecimiento." (DELGADO, 2007: 29)

Bauman (2006) nos alerta com precisão do que estamos falando quando apontamos a potência do espaço público. Para este autor o espaço público por excelência é aquele no qual pode prosperar a diversidade e o reconhecimento de seu valor e possibilitar o encontro.

Entretanto, em nossa sociedade, o que encontramos em grande medida é o desarme do espaço urbano em prol de ilhas da fantasia, verdadeiros espaços fechados ao convívio com a diferença que vendem a idéia do paraíso na terra, frente aos prováveis e irrefutáveis problemas do urbano. Nestes espaços, alimentados pelo medo

à diferença e aos contágios que o urbano inevitavelmente causará, se escondem ou se protegem muitos seres humanos, capturados pela idéia vendida amplamente pela mídia de que o outro que não é semelhante a mim é o agressor, seja ele estrangeiro, de outra classe social, de outra religião, louco, com hábitos diferentes, etc.

Esta necessidade de afastar-se das diferenças, que vemos acirradas em nossas cidades, cria guetos involuntários, de evitação ao contágio, de desarme do espaço público, no afã de segurança e proteção. O medo é a raiz que dá sustentação a esta situação. Medo este que é vendido à população e que retroalimenta toda uma indústria dita de segurança, além de despotencializar o encontro e desativar o próprio do humano. Estas fronteiras são as que nos impedem o convívio com a diferença radical que o outro representa:

> Por mucho que busquemos no encontraremos a nadie que sea exactamente igual a uno mismo. Todos y cada uno de nosotros estamos hechos tan solo de diferencias. […] Existimos porque somos diferentes, porque tenemos diferencias, y sin embargo, algunas de estas diferencias nos molestan y nos impiden interactuar, ser amistosos, demonstrar interés por los demás, preocuparnos el uno por el otro. Ayudarnos; y, sean cuales sean, lo que las determina es la naturaleza de las fronteras que hemos trazado. Cada frontera crea sus propias diferencias, que son consistentes e relevantes. (BAUMAN, 2006: 62)

Como seres humanos temos consciência de que ninguém é igual a outro, que somos diferentes em nossas singularidades. Como se costuma dizer, cada ser humano é um mundo. Entretanto, o que vemos desdobrar-se no cenário atual é de que cada um de nós habite o seu mundo, viva na sua bolha, se preocupe com o seu microespaço. Tendência esta que muitos autores apontam como o individualismo decorrente do sistema capitalista em que vivemos. Se acreditarmos na idéia de que o outro é o invasor, o agressor, porque teríamos que nos preocupar com ele? Esse discurso hegemônico aponta para um individualismo, levado às raias da negação à realidade do outro, e não faz mais do que nos prender neste circuito enganoso que nos oferece como salvação.

Desabitados da radical diferença que o outro nos apresenta, não somos mais capazes de aprender com ela. Não ocorrem os contágios e os encontros. Esvaziamo-nos do outro em tal dimensão que deixamos de acreditar no mesmo. É como se não mais existissem. Já não passam de uma pálida lembrança em nossos cotidianos. É neste ponto que somos vencidos pelo discurso hegemônico e nos vemos capturados na falácia desta proposta que desativa a possibilidade de sermos multidão:

> Al permitir que prospere la diversidad (de personas, actividades y credos), el espacio público posibilita la integración (o la reintegración) sin destruir las diferencias; en realidad las celebra. El miedo e la inseguridad se van

> calmando gracias a la preservación de la diferencia y al hecho de poder moverse uno a sus anchas por la ciudad. La tendencia a abandonar lugares públicos y recluirse en islas de iguales es lo que termina siendo el principal impedimento para convivir con la diferencia, puesto que hace languidecer, hasta suprimirla, la capacidad para el diálogo y la negociación. El trato con la diferencia, sin embargo, se convierte con el tiempo en el factor primordial para una coexistencia agradable, puesto que hace languidecer y suprime las raíces urbanas del miedo. (BAUMAN, 2006: 57)

Em consonância com este autor, é a diversidade que nos faz aprender e evoluir como seres humanos. É através dela e em contato com ela que vamos superar os obstáculos que se impõem e que vamos poder praticar um convívio agradável. Através do convívio, portanto, de certa repetição de um gesto cotidiano de conviver, é que seremos capazes de aprender com as diferenças e nos enriquecermos como pessoas. A falta de prática nos faz reticentes ao outro. E aqui podemos lembrar o gesto do artesão que aborda cotidianamente sua matéria, repetindo processos.

Diálogo, cooperação, encontro com a diversidade, possibilidades reais para o sujeito moderno ou um delírio constituído por aqueles que querem insistir que um outro mundo é possível? Discurso cansado de uma esquerda devassada pela fúria individualista do capitalismo selvagem, utopia *hippie* dos anos 70? É o mesmo Bauman que nos alerta que as cidades acabaram se convertendo em um verdadeiro depósito dos problemas mundiais e são seus habitantes e governantes que são chamados a responder a estes problemas. A questão é que são convocados a resolver problemas que transcendem as questões locais, já que de ordem global. Frente a estes problemas muitas vezes o cidadão e o governante se vêem sem resposta para enfrentar os desafios postos na mesa de negociação.

O efeito da globalização cria situações de espectro mundial para problemas que emergem no campo das cidades, que clamam por soluções no nosso dia a dia. Situação que gera impotência frente à dificuldade de desenhar soluções locais para problemas globais. Mas este mesmo discurso pode ser o desativador dos focos de resistência que se multiplicam nas cidades, já que desativa a capacidade do homem comum de encontrar soluções criativas para os impasses do mundo onde vive. Novamente, a falta de prática impede o enfrentamento da tarefa. Como já afirmamos, captura o cidadão na posição passiva e frustrada de que nada podemos frente a tal realidade. Desativados de nossas esperanças enquanto seres humanos, somos a presa fácil do discurso hegemônico que nos engole e elimina qualquer capacidade de reação, de organização cidadã, de clamor do movimento social, de articulação da multidão como potência de resistência a este domínio. Como nos aponta Santos (2004), o espaço é o lugar das relações, ele é a dimensão ativa do devenir das

sociedades, capaz de produzir, transformar, mas também reproduzir os modos de produção.

Os exemplos que trabalhamos neste escrito atestam o quanto as forças de resistências podem fazer pressão ao hegemônico e mobilizar a multidão, criando outras possibilidades para o humano. Delgado (2007) nos aponta que a multidão que se agita pelas ruas pode gerar uma maior estupefação e energia, quando consegue passar de seu estado de difusão a outro estado que ele chama de fusional, no qual esta multidão por alguns instantes se coagula em uma grande reunião de estranhos, que coincidem em um mesmo local e hora, para levar a cabo uma mesma ação de forma conjunta. Provavelmente tal coágulo não voltará a reunir-se outra vez, mas deixa seu efeito que é este instante no qual a fusão fez possível a realização de uma dada ação. A emergência de um acaso/acontecimento que tem a capacidade desruptora de produzir marcas singulares naqueles que vivem este processo e alterar seus rumos, definindo novos nortes para seus protagonistas.

Os redatores de rádio, os trabalhadores e estudantes e mesmo o cidadão comum que exerce o controle social atestam desta possibilidade. Joana, Núria, João e Maria também. São narrativas que nos fazem acreditar na possibilidade de mudanças, que podemos escrever outros finais para as histórias que vivemos. Histórias que se entrecruzam que se encontram, que fazem eco dos mesmos problemas e ambiguidades que vivemos, sejam em Porto Alegre ou em Barcelona. É no movimento de fluxo destas narrativas, destas vidas, que encontramos o subsídio para seguir acreditando que toda esta potência é possível, porque existe uma cidade que resiste dentro da cidade. Um espaço urbano que foge ao controle dos vigilantes de plantão e que possibilita acasos/acontecimentos e que engendra multidões. Espaços estes ricos em possibilidades porque permitem a construção de novas posições sociais para aqueles que circulam pelo tecido urbano: redator, cantor de coral, aluno, professor, acompanhante ou acompanhado. Nesta mistura que se configura, podemos ocupar distintas posições e experimentar-nos em diferentes formas de atuar. Por isso, este baile urbano pode ser tão interessante ao artesão da saúde. É um espaço no qual a simetria de saberes pode ser vislumbrada justamente porque este trânsito entre as distintas posições sociais se faz possível, mesmo quando seja o lugar do outro que provoca a mudança de posição. E é justo por toda esta trama que acasos/ acontecimentos podem advir.

Já trabalhamos esta idéia/conceito em outro escrito (Cabral, 2005) e gostaríamos de resgatá-la neste trabalho. Propomos tomar a idéia do acaso/ acontecimento como a regra fundamental do acompanhamento terapêutico, baseados na idéia de diferentes autores (Valadares, 2003; Rajchman, 1991; Passerone, 1991). Como já afirmamos, o AT é um dispositivo utilizado em saúde que ao circular com o

acompanhado pelo espaço urbano favorece a experiência do encontro com o outro, com a alteridade, com o inusitado que só a polifonia e o caos urbanos podem nos garantir. Justamente por habitar estas zonas é que nosso transeunte em seu contínuo movimento poderá se beneficiar destes contágios. O contexto social, ou a cidade, produzem efeitos sobre o sujeito acompanhado que redimensionam o tratamento a tal ponto que nos permite levantar a hipótese de que, analogamente à associação livre para o método psicanalítico, o acaso/acontecimento possa ser tomado como regra fundamental para o AT.

Defendemos a idéia de que o acompanhamento terapêutico, por utilizar a rua como espaço clínico, ou como nos ensina Palombini (2007), por configarar-se como uma psicanálise a céu aberto, por estar imerso neste tecido urbano, jogado na *urbs,* pode vir a ser um dispositivo da reforma psiquiátrica, já que habita o caótico do espaço urbano e trabalha como um facilitador destes encontros. Acompanhando de perto seu acompanhado, auxiliando quando se faça necessário, agindo junto com ele. Palavra e ação realizadas no mesmo ato de acompanhar alguém em seu cotidiano, buscando resgatar ou mesmo construir uma história junto a este sujeito. Trabalhando com os detalhes, com o resto, com o muitas vezes desprestigiado pelos demais. Sendo capazes de suportar e tirar proveito do inusitado que o espaço urbano desperta. Sendo capazes de acompanhar a carreira do usuário, onde quer que ela possa nos levar: a buscar junto ao poder jurídico um advogado por um caso de pensão, a tencionar junto ao Estado para garantir a vida em comunidade, ao acompanhar a busca de uma medicação que saiu de linha, ao fazer programas de rádio. Uma vez que todos estes gestos e percursos desenhados por aquele que sofre, falam de sua tentativa de encontrar soluções para seu padecimento, configuram-se como o que Menéndez (2005) denomina autoatenção. É nesse sentido, então, que propomos: se para a psicanálise a regra fundamental proposta por Freud é a da associação livre, visto que a partir dela podemos acessar o inconsciente, trazer a tona o recalcado a partir do discurso produzido pelo sujeito, para o AT, a associação livre também é um instrumento, mas junto a ela, em função do uso do espaço social, o acaso/ acontecimento se coloca como regra fundamental a emergir deste encontro com o outro, com a cultura da qual a cidade é potenciliadora.

O acompanhante pode fazer as vezes do observador e espreitar a cidade em busca de perceber acasos/acontecimentos, que possam cruzar a cena do AT e utilizá-los para o exercício de uma terapêutica. Aqui resgatamos tal idéia para defendê-la como uma postura do artesão da saúde, seja ele um acompanhante terapêutico, um redator de rádio ou um agente do controle social. É alguém definitivamente disposto ao encontro e contágio que a diversidade do outro representa. Alguém que é um

caçador furtivo que se dispõe ao trânsito pelo espaço urbano em busca justamente destes acontecimentos.

Estas furtivas cenas que se processam a cada instante, mas que por seu caráter efêmero, se desfazem com a mesma velocidade com que se montam. É neste interstício que nosso homem da multidão, o artesão da saúde trabalha. Alimenta-se deste furtivo, espera que ele aconteça, mas também trabalha para fazer desta possibilidade uma realidade. O movimento tem com ele uma singular cumplicidade, quanto mais se move pelo urbano, mais possibilidades têm de se deparar com acasos, com os acontecimentos. Aí tece distintas redes. Ele sabe também que a cidade pode converter-se em território de estagnação, que pode reproduzir o mesmo sem qualquer crítica ou potência, mas não desiste de buscar dentro das cidades os espaços urbanos que resistem, que se rebelam e criam o inusitado, fugindo ao rígido controle social imposto. Sabe também que existem fronteiras, mas acredita que o grande paradoxo que elas representam é que, ao tentar separar, acabam unindo o que tentam dividir, fazendo da fronteira um lugar de passagem que não tem dono, um vazio concebido para os encontros, intercâmbios e contrabandos (Delgado, 1999).

> "El no-lugar es negación del lugar, deslocalización. No 'utopia' – lugar en ningún sitio – sino a-lugar. Tampoco anti-lugar, no sitio contrario, ni siquiera otro sitio, sino lugar 0, vacío de lugar, lugar que se ha esfumado para dar paso a pura posibilidad de lugar y que se identifica con la calle, con el espacio público, aquel territorio todo él frontera, cuyo protagonista es el individuo ordinario, diseminado, innumerable, (…) alguien; o bien uno, un tipo, un tío, una tía…, única fórmula para expresar el no-nombre, un nombre en blanco, el de un ser sin atributos o, si se prefiere, con atributos cualesquiera. Este antihéroe es 'nada', personaje general, universal abstracto, un 'productor desconocido, poeta de sus asuntos, inventor de senderos en las junglas de la racionalidad funcionalista', que se dedica a trazar trayectorias indeterminadas, en apariencia insensatas porque no son coherentes con el espacio construido, escrito y prefabricado por el que se desplazan." (DELGADO, 1999: 123)

Neste lugar de vazios, lugar zero e, portanto, repleto de possibilidades, nosso artesão da saúde pode movimentar-se com grande destreza. Pode habitar junto àquele que acompanha este espaço de possibilidades, e juntos podem construir a palavra e a ação necessárias ao nosso trabalho. Podem fabricar máscaras para as mais distintas ocasiões, podem ser heróis ou vilões, podem experimentar as possibilidades de encontros e desencontros que a vida oferece. Sabem que o instante é efêmero, mas acreditam nas marcas que se configuram e que os transformam, decorrentes de cada acaso, de cada acontecimento que se propicia nestes espaços. Apostam que estas marcas possam fazer borda, propor recheios, desenhar novos contornos e configurar o novo. Porque somos seres humanos, seres em constante subjetivação decorrente dos

encontros e dos contágios com o outro que representa a radical diferença e ao mesmo tempo o íntimo estranhamento que nos aponta Freud (1919).

É aqui que o artesão vai se deparar com a matéria bruta com a qual pode trabalhar. Desde este ponto imerso no caldo cultural que constitui o urbano é que o artesão poderá trabalhar as ambiguidades e resistências que apresentam sua matéria. Neste espaço, ao mesmo tempo em que vive, poderá experimentar novas ferramentas, criar novas saídas para velhos impasses, aproveitando-se dos acasos/acontecimentos que se montam e se desmontam no tecido urbano.

Nosso artesão não precisa trabalhar sozinho. Poderá encontrar no outro da multidão seu aliado e cúmplice em seu processo. Buscará a cooperação, o diálogo, o encontro e os contágios e saberá que destes fatores, por mais ambíguos e resistentes que sejam, é que poderá emergir algo de realmente novo e criativo. Será suficientemente humilde para aprender com seus erros, a ter a paciência necessária para observar e refletir. Através da reflexão e da escuta poderá captar os distintos saberes que compõe o discurso daqueles que acompanha. Saberá suspender o desejo de concluir um projeto e prol de garantir um melhor resultado para o mesmo. Em seus movimentos de espiral buscará as saídas na coletividade e, portanto, na contramão do imperativo atual. Por isso muitas vezes poderá estar associado ao *outsider,* ao desviante, ao estranho.

A ação desenvolvida por Paulo pode ser um bom exemplo de como o entorno social influi e participa na construção de tais saídas. Recordemos que, ao princípio, Paulo se via aprisionado em seu próprio corpo paralisado pelo gesto sintomático. Com o tempo ele se dá conta de o quanto a música se faz importante em sua vida e resolve compilar material para presentear a seus amigos e ofertar ao outro o bem-estar que sente ao escutá-las. Ao desenhar tal ação Paulo se vê impelido a percorrer um largo caminho de produção de sua obra. Ele precisa escutar os CDs, trabalhar a edição no computador e gravar. Esta ação o leva necessariamente para fora, mas não só do aprisionamento em sua própria pele, senão que para a rua, para a cidade. Ele precisa comprar papel para a edição, comprar CDs, pastas, precisa buscar o melhor preço para as impressões. Ele começa a acionar este tecido social desde um outro lugar, a saber, o de produtor musical. Suas andanças vão desenhando novos caminhos no intuito de realizar sua tarefa. Em tal percorrido, depara-se com acasos/ acontecimentos, como o encontro com o coletivo de Nikosia. Na rádio chega com sua música e com o desejo de compartilhar com outros. Neste espaço sua rede de relações se amplia. Com isso ele entra em relação com muitas pessoas, que passam a fazer parte do universo de seu projeto. Outras peles. Encontra-se com o destinatário final de sua obra, seu público, que inicia com uma rede de amigos mais próximos, mas logo se estenderá a uma coletividade que se engendra em um formato espiral, pois

sempre poderá aparecer um novo personagem em tal rede. Isto porque Paulo está aberto ao encontro, a tropeçar em acasos/acontecimentos que se dão no espaço urbano que agora ele pode habitar. E Paulo não vai só, vai acompanhado da multidão de anônimos que compõem o universo de Nikosia, desde seus companheiros de rádio a uma infinidade de ouvintes.

8

CONCLUSÃO

Nesse escrito procuramos demonstrar algumas ações desencadeadas no processo da reforma psiquiátrica que acreditamos tiveram a capacidade de desmontar a solução problema, configurada para a loucura e redimensionar o lugar da mesma em nossa sociedade. Sabemos que a história que aqui contamos é apenas uma pequena parte de toda a complexa trama que se desenvolve neste setor e que ainda seguirá se desenrolando. Porque a reforma é processo e não se encerra a partir de alguns atos, ainda que disparar tais ações seja imperativo para que o movimento prossiga e persista. Partimos de algumas ações deflagradoras, desenhadas em solo gaúcho para aportar em terras longínquas da cidade de Barcelona, de um país chamado Catalunha. Ações essas que elevamos ao estatuto de dispositivo pela força desruptora de desarmar, de romper com o instituído e de criar algo novo.

As ações de participar do controle social via o Conselho Municipal de Saúde, de utilizar o acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica em distintos espaços de educação permanente e o trabalho com rádios como forma de participação e envolvimento de diferentes atores sociais, sejam eles usuários, familiares, trabalhadores, estudantes ou qualquer cidadão comum, nos jogaram inexoravelmente no território das cidades, do espaço urbano, no qual o artesão da saúde faz sua oficina e enfrenta-se com as vicissitudes das resistências e ambiguidades de sua matéria, porque acredita que este seja o espaço do acaso/ acontecimento. E neste ponto nossa tessitura viaja do cálido conforto da pátria mãe e se depara com as vicissitudes de ser estrangeiro. Saímos do território bem demarcado de nossas práticas cotidianas como profissionais de saúde, como estudantes, como cidadãos, para ser alguém anônimo em um país estrangeiro. Alguém de quem muito poucos têm notícia de quem são o que fazem e porque fazem.

Viver esta posição de desconforto, de não pertencimento, não ter referências claras e de sentir-se a deriva em um entorno que não se deixa ler, talvez tenha sido das experiências mais dilacerantes pelas quais tenhamos passado em nossa trajetória. Ao mesmo tempo, tal nível de incômodo, de sensação de não ter lugar, tenha também sido a mais rica das experiências vividas até o presente momento, tanto no campo pessoal como profissional. Poder habitar este mundo que não te pertence, sentir-se fora, virado do avesso, deslocado sempre, nos ensinou profundamente sobre a experiência do sofrimento mental. E de uma maneira inédita, vivendo na pele a sensação mesma de não pertencimento. Nunca havíamos compreendido de modo tão claro a fala de um dos acompanhados que sempre nos dizia que seu problema na vida era de que havia nascido com dois pés esquerdos. Aqui, no lugar do estrangeiro, foi possível ter os dois pés esquerdos e compreender vivendo o que ele havia tentado nos ensinar já há alguns anos. Sabias palavras de quem habita um mundo que de saída lhe

estigmatiza, diagnostica e determina seu futuro para toda a vida, amarrando-o para todo o sempre no circuito vicioso da doença mental.

Vivemos tempos de uma pós-modernidade que nos devora, que aniquila o que é singular do humano em prol de um discurso homogêneo que garanta a manutenção do *status quo* vigente. Na pós-modernidade observamos o discurso da ciência assumir o lugar de uma nova religião. A psicanálise, por sua vez, sustenta que existem questões humanas que escapam ao plano orgânico, que aí não encontram respostas. Inclusive não podem ser demonstradas fenomenologicamente e tampouco quantitativamente. A antropologia, na forma do modelo de uma etnografia dialógica, convida-nos a escutar os distintos saberes tomando-os de forma simétrica, valorizando a experiência do sujeito que atravessa um sofrimento, apostando na escuta e no reconhecimento da história do sujeito, valorizando seu itinerário terapêutico e todas as tentativas que este desenvolve em busca de solucionar seu problema.

Mas o discurso desta ciência imperativa, que aqui pode ser traduzido pelo discurso do modelo médico hegemônico, que assume sua mais dura face através do discurso biomédico, luta com todas as suas armas tentando padronizar e colonizar o pensamento de todos aqueles que se atrevem a questionar sua verdade. São talvez ainda muito mais dogmáticos que os discursos religiosos, pois imprimem um suposto rigor científico para justificar todos os seus atos. Sua bíblia, são os manuais psiquiátricos e sua hóstia a medicação. A bata branca e imaculada é a vestimenta que garante o status de tal purificação. São os escolhidos, os eleitos e, como tal, devem cuidar de seu frágil rebanho. Qualquer discurso que ouse questionar, problematizar ou colocar em cheque ditas verdades será imediatamente rechaçado e desacreditado socialmente pelos defensores de plantão do suposto saber técnico deste discurso.

Ao longo dos anos, vimos um sem número de atrocidades serem cometidas em nome da ciência, assim como outra série de imprudências e equívocos foi produzida, em outros tempos, em nome das religiões. Não queremos aqui atacar deliberadamente as religiões e nem afirmar que toda a ciência está equivocada, mas a analogia entre ciência e religião, quando ambas se aferram em posições dogmáticas e inquestionáveis, é extremamente rica para demonstrarmos o discurso que, esse sim, nos interessa atacar, a saber, o discurso biomédico em seu modelo hegemônico. Um discurso que inaugura uma verdade única sobre o sujeito, transformando-o em um esboço de sujeito, mais bem será uma ovelha do rebanho pastando tranquilamente pelas planícies da vida.

> La finalidad de la tarea científica es conocer las cosas que están o que suceden; la del saber es simplificarlas, esquematizarlas, someterlas a todo tipo de encorsetamientos y jerarquías que han exiliado de sus explicaciones

> buena parte de lo percibido: todo lo que se resistiese a la reducción, es decir a la representación. Los saberes – incluyendo la antropología cuando ha devenido tal – han asumido la función no de estudiar el mundo, sino de inventarlo a imagen y semejanza de sus patrocinadores sociales, consiguiendo además hacer pasar por incontestablemente reales sus propios artificios categoriales, distribuyendo normas y protegiendo del azar, filtrando la realidad, rescatándola de la multidimensionalidad en que se agita. En otras palabras, los saberes científicos – que no las ciencias – han acabado convirtiéndose en gestores de la misma realidad que previamente habían recibido el encargo de generar. (DELGADO, 2007: 124)

A crítica de Delgado nos aponta com clareza o risco que todos corremos de ser capturados por verdades fabricadas, já que se apresentam como científicas. No caso específico da saúde mental, como já afirmamos, o *lobby* fortíssimo exercido pela poderosa indústria farmacêutica que fabrica novos diagnósticos *pretaporte,* que são imediatamente consumidos pela sociedade pós-moderna, é o mais claro exemplo do que queremos demonstrar. Vivemos em uma sociedade psiquiatrizada na qual o discurso vigente e o imperativo da felicidade nos levam a consumir "saúde" em doses diárias. As pílulas da felicidade com seus anúncios chamativos e de *design* nos fazem querer acreditar que basta engoli-las para ingressar em um paraíso mágico no qual reina a felicidade eterna. Assim, como todas as estratégias criadas pela indústria publicitária, que nos faz consumir carros, casas, roupas, acessórios com a mesma promessa de felicidade total. A criatividade deste mercado capitalista nos faz consumir o *prozac* ou uma casa na montanha ou qualquer outro artifício que nos impeça de pensar, refletir e questionar as estruturas vigentes com a mesma facilidade.

Como já afirmamos ao longo deste escrito, partindo das idéias de Menéndez (2005), o modelo médico hegemônico exclui ou coloca em segundo plano os processos históricos e as condições sociais, econômicas, culturais e ideológicas a respeito das causas e do desenvolvimento dos processos de adoecimento. Em muitos momentos, a biomedicina chegou a considerar tais aspectos negativos, já que acreditava que ao proceder desta maneira rechaçava um discurso proveniente de determinados setores sociais subalternos a ela, pois estes setores poderiam colocar-se como obstáculos ao desenvolvimento da mesma. Outra razão seria a de que percebiam a dimensão ideológica e cultural como exclusiva dos conjuntos sociais e a cientificidade como própria da biomedicina.

O ser humano em meio ao caos pós-moderno encontra-se a mercê e refém deste consumismo desenfreado de "bens", que se oferecem como roupagem, como forma de fazer recheio, garantir o estofo do sujeito pós-moderno. Enjaulado em sua ilha de suposta total segurança, submergido em seu consumo desenfreado, circulando em carros blindados e navegando no virtual das atuais redes sociais, o sujeito pós-

moderno não passa de um cordeirinho no rebanho do consumo globalizado. Sendo ele mesmo bem de consumo nesta mortífera armadilha da pós-modernidade.

Neste ponto, cabe ressaltar que a saúde também é capturada nesta armadilha e o modelo biomédico é o modelo hegemônico que tenta ofertar saúde em cápsulas. O mercantilismo deste modelo é parte do desenvolvimento capitalista que considera todo o bem de consumo, incluindo a saúde e a doença, como valor de troca.

Para escapar a esta armadilha e recuperar a capacidade de reflexão e de narrativa, ou seja, ser capaz de refletir, de questionar, de desacomodar, o sujeito necessita sair da posição passiva ou queixosa de cordeiro e assumir uma posição ativa e participativa em nossa sociedade. Em psicanálise, para que uma pessoa chegue a ser um sujeito, é obra do desejo e do discurso. Portanto, se faz necessário recuperar a condição de sujeito desejante.

O vivido, antes de aceder ao status de experiência comunicável, se incorpora em um sistema de consumo e como coisa é vendido e consumido sem chegar a ser compartilhado. Nesta esteira, como já nos advertia Marx em o Capital, o sujeito também é coisificado. Para fugir da coisificação é preciso analisar outros fatores que dizem do padecimento humano e que perpassam o plano biológico, mas não se encerram aí. Como nos ensina Menéndez (2003), saúde/doença/atenção são resultados das condições de vida e de trabalho e devem implicar a todos os conjuntos sociais em sua análise. O saber médico, ao reduzir seu olhar sobre a doença em si, acaba por excluir toda uma rede de relações sociais e culturais que o sujeito desenha e que intervêm diretamente sobre os processos de saúde/doença/atenção das pessoas.

O que percebemos também é que as instituições biomédicas, através de atividades de atenção, de hospitalização e de prevenção, têm aplicado mecanismos de controle como forma de suas ações técnicas com o objetivo de solucionar os problemas do paciente, mas também para assegurar o funcionamento de suas próprias instituições biomédicas, o que acaba contribuindo para um determinado tipo de funcionamento social como nos aponta Goffman (1970). Estas ditas ações de controle planificadas através de formas centralizadas ou não de operação são um produto normal do desenvolvimento capitalista, com o intuito de assegurar dada proteção e a salubridade da população.

Só as forças sociais têm o poder de operar e reorientar as forças de controle, desde que se organizem para tal pela via da participação cidadã. Como apontamos neste escrito, a organização social pode redefinir os rumos e as práticas em saúde, desde que assuma sua posição na democracia participativa de sua cidade. Se uma parte da população não delega ao governo, ou ao setor de saúde, totalmente seu processo de tratamento, por que de algum modo participam do mesmo realizando ações de autoatenção, cumprindo parte dele, mas também buscando novas formas de

solução de seus problemas, inclusive em outras áreas, vemo-nos obrigados a reconhecer que as explicações e as ações sobre o processo de saúde/doença/atenção não só incluem o pessoal de saúde. Também os grupos sociais são acionados, possibilitando a legitimação de uma visão não profissional da doença. Se esta visão é possível no espaço de relação entre médico e paciente, ou seja, através deste micropoder que aí se estabelece, podemos acreditar que esta força desruptora, este saber sobre si que o sujeito desempenha nesta relação dual, poderá vir a ser desenvolvida em qualquer outro espaço social. Como, por exemplo, o do conselho de saúde ou qualquer outro espaço institucional que possa vir a ser fundado para o exercício e o aparecimento destes conflitos sobre o que é o cuidar. Nesses espaços os distintos saberes podem comparecer e ser devidamente valorizados. É nesta perspectiva que a narração em primeira pessoa se constitui como um elemento chave da participação.

A narrativa em seu aspecto sensível não é um produto exclusivo da voz, como nos ensina Benjamin, pois nela intervém o gesto, ou seja, o que é próprio do humano, o que nos faz singulares. É no resgate desta singularidade própria do humano, que não o faz melhor ou pior, mas sim singulares, que trabalhamos e pela qual lutamos, como buscamos demonstrar através das ações apresentadas neste escrito. Ações desenhadas por artesãos da saúde que, acima de tudo, buscavam o encontro com estas narrativas perdidas, capazes de dar voz às singularidades de cada um. Capazes de suportar o convívio com a diferença, de aprenderem e de se transformarem com os contágios que a alteridade representa. Outrar-se de verdade. Ações que não tem a pretensão de servir como um guia, mas sim de inspirar novas posturas e novas ações.

Acreditamos que a clínica, por concepção, deve anunciar a possibilidade de um encontro. Uma vez que ela tem a pretensão de atestar sobre a verdade do discurso do sujeito, ela reivindica esta posição de singularidade, este único, isto que é particular de cada um e que, através da narrativa que empreende o sujeito sobre o seu próprio viver, pode ser enunciado. Neste sentido, a psicanálise pode ser um instrumento interessante que auxilie o sujeito a contar e se haver com sua verdade, escapando assim da captura totalizante produzida pelo discurso hegemônico. E é neste sentido também que a psicanálise pode ser desruptora.

É nesta perspectiva que defendemos uma artesania da saúde, aqui demonstrada como a possibilidade do sujeito de abordar sua matéria, de trabalhá-la e de retirar dela tudo o que ela possa lhe oferecer. Já explicitamos que o artesão da saúde é o homem da multidão e que seu território, sua oficina, é o espaço urbano por excelência. Nele circula a procura de deparar-se com acasos/acontecimentos que lhe auxiliem em seu trabalho. Seu deambular é como o do *flâneur*, que desliza pelo tecido urbano. Ele habita a cidade e deixa que a cidade o habite. Ele se oferece aos

contágios, se expõe aos mesmos, e deles se alimenta, pois acredita que nestes efêmeros encontros fortuitos, possibilitados pelo fora, pela rua, encontrará uma potência única capaz de descristalizar velhas verdades e posições.

> Ese espacio que al mismo tiempo recorren y generan es al fin y al cabo una pura potencialidad, una virtualidad disponible de ser cualquier cosa y que existe sólo cuando esa cualquier cosa se produce. Patria absoluta del acontecimiento, su protagonista es un personaje al mismo tiempo vulgar y enigmático: el peatón, el transeúnte, que de pronto decide usar radicalmente la calle, actuarla, decirla diciéndose y que, haciéndolo, se apropia de ella. Aunque acaso fuera mejor decir que, sencillamente, la recupera." (DELGADO, 2007: 181)

Investir no espaço público como espaço produtor de acasos/acontecimentos capazes de romper com o instituído é tarefa cotidiana do artesão da saúde, que sabe que aí, neste campo de encontros e desencontros fortuitos e efêmeros, poderá se deparar com a matéria mais nobre para o seu fazer. Um fazer que exige um tempo outro na contramão da velocidade contemporânea, que implica uma necessária suspensão do desejo de finalizar a tarefa para executá-la. Um fazer que implica o encontro com o outro, com a alteridade, para que possam se estabelecer os contágios. O artesão da saúde utiliza sua imaginação e seu desejo de realizar sua tarefa, enfrentando as diversidades que o campo lhe oferece e até tirando proveito das mesmas. Sabe que irá se deparar com resistências e ambiguidades, sabe também do efêmero dos acasos/acontecimentos que se desenham no tecido urbano, mas trabalha com isso e não contra isso. Aceita as imperfeições da vida, como o *orfebre* aceita as imperfeições da matéria. Ele busca a cooperação, estabelecendo comunicação com os demais, com o sensível, com tudo aquilo e aqueles que lhe rodeiam. Ele busca as redes sociais como forma de ancoragem para seus passeios urbanos.

E é nesta perspectiva que defendemos a idéia de que a cidade é seu espaço de trabalho por excelência. É no caos urbano que poderá encontrar as ferramentas para trabalhar verdadeiros processos de inclusão social. Utiliza as redes que em seu deambular encontra. Mas parte da história do sujeito ou coletivo que acompanha para desenharem juntos, tal rede. Ela pode ser a rede de saúde, mas também pode ser tantas outras redes disponíveis na cidade, da arte, da cultura, do esporte, do ócio, da formação. Pode ser inclusive um emaranhado de muitas das redes existentes, com pontos de ancoragem em diferentes setores. Por isso cada rede terá seu próprio desenho, sua singularidade, sua própria tessitura.

O artesão da saúde é um artista da vida, um criador de possibilidades. Inquieto, inventivo, desacomodado. Tem motivação e entusiasmo porque acredita que a potência dos encontros pode ser desruptora de novos processos. Trabalha construindo e perambulando pelas redes sociais, buscando desenhar espirais de cuidado, sempre

abertas a novas intervenções, sempre referendadas na palavra e na ação. Em sua simplicidade de andarilho é promotor de resistência buscando pares, coletivos com os quais possa ser multidão. Mara, Marina, Maria, João, Áurea, Nuria, Pedro, Osmar, Profeta, Coletivo Potência Mental e Asociación Socio Cultural Radio Nikosia são verdadeiros artesãos da saúde. Gentes anônimas, com seus cotidianos próprios, mas que, ao buscarem coletivos com os quais possam compartilhar suas histórias e produzirem juntos, acabam se tornando multidão. Na sua potência nos arrastam pelo baile urbano fazendo-nos continuar a crer que um outro mundo é possível.

9

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C.; LUCCHESE, Patrícia (2000) *Investigando o Sistema de Saúde no Brasil*. Em: HEIMANN, L.S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.

ALVES, S. L. (2001) *Neurociência e Psicanálise.* Em: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

ALVES, M. C.; MALAVOLTA, M. A. (2002) *Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro.* In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Dacasa.

ALYS, F. (2003) *Sapatos Magnéticos.* Em: Curadoria Educativa para Formação de Professores da IV Bienal do Mercosul. Porto Alegre: IV Bienal do Mercosul.

AMARANTE, P. (org) (1992) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

ARENDT, H. (2003) *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

BAPTISTA, L. A. (1999) *Acidade dos sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus.

BAPTISTA, L. A. (2003) *A ética da conquista: a contribuição de Cristóvão Colombo para a reforma psiquiátrica*. Em: Conselho Federal de Psicologia (org.) Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BAPTISTA, L. A. et al. (2003) *A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais da saúde mental em questão.* Em: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (orgs.) Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividade. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: FAPERJ.

BAPTISTA, L. A. (2005) *Dispositivos Residenciais e As Máquinas do Morar*. Em: JACÓ-VILELA, A.M. et all. IV Encontro Clio-Psyché – História e Memória. Juiz de Fora: Clioedel.

BAPTISTA, L. A.; ENGEL, M. G. *A desconstrução do manicômio e as interpelações da história.* In: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *Foucault – 40 anos de História da Loucura.* Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13, nº 1, 2001.

BAPTISTA, L. A. (2009) *O Veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole*. Niterói: EdUFF.

BAUMAN, Z. (2006) *Confianza y temor en la ciudad: vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. (2003) *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. Rio de Janeiro:

BENJAMIN, W. (1994) *Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense

BEZERRA, B. *De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80.* In GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BIRMAN, J. (2003) *Loucura, singularidade, subjetividade.* Em: Conselho Federal de Psicologia (org.) Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BIRMAN, J. (2001) *Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje.* Em: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

BIRMAN, J. (2003) *Loucura, singularidade, subjetividade.* In: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

CABRAL, K. et al. (Org.) (1998) *Cadernos de AT: Uma clínica itinerante.* Porto Alegre: Fundec.

CABRAL, K.; BELLOC, M. (2004). *O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: Duas experiências em saúde mental coletiva.* In: PALOMBINI, A. (org) *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.* Porto Alegre: Editora da UFRGS.

CABRAL, K. (2005) *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS.

CALVINO, I. (1990) *As Cidades Invisíveis.* 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.

CALVINO, I. (1994) *Marcovaldo*. São Paulo: Companhia das Letras.

CASSIRER, E. *Antropologia Filosófica: Introducción a uma filosofia de la cultura.* 2ª Ed. México: Colección Popular, 1992.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. (2004) *Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação.* Em: Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec.

CECCIM, R. B. (2004) *Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos*. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: As fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec.

CECCIM, R. B. (2005) *Onde se lê "recursos humanos da saúde", leia-se "Coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação*. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, Abrasco.

CECCIM, R. B.; SILVA, M. C. (2009) *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. Em: portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/educacaodolugar.pdf

CECCIM, R. B. *A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental.* Palestra apresentada em 28/05/2009 à mesa redonda: A formação em saúde mental: questões permantes, durante o Seminário Nacional de Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

COMELLES, J. M. (2006) *Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Editorial Milenio.

CORREA, M. V. (2000) *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

COSTA, C. M. (2005) *Sobremargem: ações e revelações em território demarcado*. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) Programa de Pós Graduação em Artes Visuais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, URGS, Porto Alegre.

DELGADO, M. (1999) *El animal público*. Editorial Anagrama: Barcelona.

DELGADO, M. (2007) *Sociedades movedizas: pasos hacia una antropología de las calles*. Editorial Anagrama: Barcelona.

DELGADO, M. (2010) *La ciudad mentirosa: fraude y miseria del modelo Barcelona*. Catarata: Barcelona.

DELEUZE, G. (1988) *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.

DELEUZE, G. (1990) *¿Qué es un dispositivo?* Barcelona: Gedisa.

DIAS, M. T. G.; REVERBEL, C. M. S.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S.; RAMMINGER, T.; WAGNE, L. C. (2002= *Segmento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro.* In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Dacasa.

FAGUNDES, S. M. S. (2006) *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre: UFRGS.

FOUCAULT, M. (1991) *História da loucura na idade clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva.

FOUCAULT, M. (2002) *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.* 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, M. (2003) *Microfísica do Poder.* 18ª Ed. Rio de Janeiro: Edição Graal.

FOUCAULT, M. (2004) *Nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Edição Graal.

FREUD, S. (1905 [1901]) *Fragmento da análise de um caso de histeria.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.

FREUD, S. (1904 [1903]). *Meto psicanalítico de Freud.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 7.

FREUD, S. (1910 [1909]). *Cinco lições de psicanálise.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 11.

FREUD, S. (1911) *Notas psicanalíticas sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides).* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

FREUD, S. (1912) *A dinâmica da transferência.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

FREUD, S. (1913). *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações osbre a técnica da psicanálise I).* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 12.

FREUD, S. (1915) Sobre a transitoriedade. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 13.

FREUD, S. (1919 [1918]) *Linhas de progresso na terapia psicanalítica.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 17.

FREUD, S. (1924) *Neurose e Psicose.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.

FREUD, S. (1924) *A perda da realidade na neurose e na psicose.* Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 19.

FREUD. S. (1940 [1938]) *O esboço de psicanálise*. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v. 23.

FRICHENBRUDER, S. C. (2009) *Os (des)encontros da loucura com as cidades: Serviços Residenciais Terapêuticos – Narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro*. Tese de doutorado em Educação. Porto Alegre: UFRGS.

FRICHENBRUDER, S. C. et al (2003). *Projeto: Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental.* Ministério da Saúde do Brasil.

GARCÍA, R. (1995) *Historia de una ruptura: el ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus Editorial.

GOFFMAN, E. (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

GOFFMAN, E. (2001) *Estigma: Le identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

HARDT, M.; NEGRI, A. (2005) *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Rio de Janeiro: Record.

HERMANN, M. (2006) Resenha: Palombini, Analice de Lima et all. Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Em: Revista Psichê, nº18 – AT. São Paulo: Livraria Resposta.

KAPOOR, A. (2006) Ascensión (catálogo) Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil.

LACAN, J. (1951) *Intervenção sobre a transferência.* Em: *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. (1985) O seminário – Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

LACAN, J. (2002) *O Seminário – Livro 3: As Psicoses.* (1955-1956) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LACAN, J. (1956) *De uma questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose.* Em: *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. (1958) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder.* Em: *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. (1992) *O Seminário – Livro 8: A Transferência.* (1960-1961) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

LACAN, J. (1988) *O Seminário – Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LACAN, J. (1987) *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade, seguido de primeiros escritos sobre a paranóia.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

LUCCHESE, P. (2004) *Introdução: políticas públicas em saúde.* Em: www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia (Estudis d'antropologia social i cultural; 4).* Barcelona, Ediciones Gràficas Rey.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000) *What's behind the symptom?* London: Routledge.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2008) *Antropología Médica: teorias sobre la cultura, El poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial: Barcelona.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2010) *La etnografia como dialógica: hacia um modelo intercultural em las políticas sanitárias.* Editorial Icaria: Barcelona.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A e CECCIM, R. (2010) *Nós nunca nos realizamos: Invisibilidade, incompletudes, encruzilhadas.* (no prelo)

MELUCCI, A. (2001) *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Vozes.

MENEGASSI, J.; FISCHER, M. F. B.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. (2002) *São Pedro Cidadão: Reconstrução da esperança.* Em: SOARES, L.T (org) Tempo de desafios: a política social democrática e popular do Rio Grande do Sul. Petrópolis, RJ, Vozes; Rio de Janeiro, LPP; Buenos Aires: CLACSO.

MENÉNDEZ, L. E. (1998) *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes.* Estudios sociológicos, vol.16, nº 46.

MENÉNDEZ, L. E. (2005) *El modelo médico y la salud de los trabajadores.* Salud Colectiva, vol1, nº1. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.

MENÉNDEZ, L. E. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciência & saúde coletiva, vol8,nº1. Rio de Janeiro: Abrasco.

MENÉNDEZ, L. E. (2005) *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. Revista de Antropología social, vol. 14. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

MENÉNDEZ, L. E. (1999) *Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?* Alteridades, vol.9, nº.17. Ciudad del México, Univesidad Autonoma Metropolitana – Iztapalapa.

MILLS, C. W. (1973) *White-collar. Las clases medias en norteamerica*. Madrid, Aguilar.

MENEGASSI, J.; FISCHER, M. F. B.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICHEMBRUDER, S. (2002) *São Pedro Cidadão: Reconstrução da esperança.* Em: SOARES, L.T (org) *Tempo de desafios: a política social democrática e popular do Rio Grande do Sul.* Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: LPP; Buenos Aires: CLACSO.

MONTEIRO, J. R.; DIAS, M. T. G.; CRUZ, R. A. C.; FRICEMBRUDER, S. *Projeto Morada São Pedro.* (2002) Em: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.) *O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Dacasa, 2002.

PALOMBINI, A. L. (2004) *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.* Porto Alegre: Editora da UFRGS.

PALOMBINI, A. L. (2007) *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico a clínica da reforma psiquiátrica.* (Tese de doutorado) Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicinal Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PASSERONE, G. (1991) *O último curso?* Em: ESCOBAR, C. H. (org.) Dossier Deleuze. Rio de Janeiro: Hólon Editorial.

PASSOS, E.; BARROS, R. B.. (2001) *Clínica e biopolítica na experiência do contemporêneo.* Rio de Janeiro: PUC –RJ.

PESAVENTO, S. J. (2001) *Uma outra cidade: O mundo dos excluídos no final do século XIX.* São Paulo: Companhia Editora Nacional.

PINHEIRO, R. CECCIM, R. B. (2006) *Experienciação, Formação, Cuidado e Conhecimento em Saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade.* Em: PINHEIRO, R. et al. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro, Lappis.

PESSOTTI, I. (1995) *A loucura e as épocas.* 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora 34.

PESSOTTI, I. (1996) *O século dos manicômios.* Rio de Janeiro: Editora 34.

PESSOTTI, I. (1999) *Os nomes da loucura.* Rio de Janeiro: Editora 34.

QUINET, A. (2001) *Como se diagnostica hoje?* Em: *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

RADIO NIKOSIA. (2005) *El libro de radio Nikosia: voces que hablan desde la locura.* Barcelona: Gedisa Editorail.

RAJCHMAN, J. (1991) *Lógica do sentido, ética do acontecimento.* Em: ESCOBAR, C. H. (org.) Dossier Deleuze. Rio de Janeiro, Hólon Editorial.

RESENDE, H. (1992) Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes.

RIECHMANN, J., BUEY, F. F. (1994) *Redes que dan liberdad: introducción a los nuevos movimientos sociales.* Paidós, Barcelona.

ROSA, J. G. (2001) *Primeiras estórias.* Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (1990) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec.

RAJCHMAN, J. *Lógica do sentido, ética do acontecimento.* In: ESCOBAR, C. H. (org.) *Dossier Deleuze.* Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

RESENDE, H. *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica.* In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.* 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucipec, 1990.

SENNETT, R. *Carne e Pedra: O corpo e a cidade na civilização ocidental.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SENNETT, R. (2009) *El artesano*. Barcelona: Anagrama.

SANT'ANA, D. (2001) *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea.* São Paulo: Estação Liberdade.

SANTOS, M. (2004) *Pensando o espaço do homem*. 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP.

SECERETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. (2000) Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde.

SENNETT, R. (2009) *El artesano*. Barcelona: Editorial Anagrama.

SEPPILLI, T. et al. (2005) *Debates, informes y entrevistas. Notícia de investigación. Health for all in Latin America. Noticia de um proyecto de investigación/acción/participación de antropologia médica, atención primaria de salud y nuevas tecnologías*. Revista de Antropologia social.

SILVA, M. C. C. (2008) *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, M. (2004) *Pensando o espaço do homem.* 5ª Ed. São Paulo: Editora da USP.

SECERETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2000.

VALADARES, J. C. (2000) *Qualidade do espaço e habitação humana.* Em: Revista Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, nº 1. Rio de Janeiro: Fiocruz.

VALADARES, J. C. (2003) *Clínica psicanalítica e modernidade*. Em: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. Vida. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.15, nº 1.

VALADARES, J. C. (2002) *A arte é um espaço de invenções, de vida a procurar pelo avesso do sintoma.* Em: CORREIO DA APPOA. Utopia e a função social da arte. Nº 108, ano IX. Porto Alegre, Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

VILLASANTE, T. R (2000) *Porto alegre sin exotismo.* Em GENRO, T., Souza, U., Presupuesto Participativo: la experiência de Porto Alegre. Ediciones del Serbal, Barcelona.

VALADARES, J. C. (2003) *Clínica psicanalítica e modernidade.* In: REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA. *Vida.* Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.15, nº 1.

VÍCTORA, C. G. et alli. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.* Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WADI, Y. M. (2002) *Palácio para guardar doidos: uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS..

KÁROL VEIGA CABRAL

Psicóloga de formação, Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili (URV), validado nacionalmente como Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS); Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Tem experiência em gestão, atenção e participação no âmbito da saúde mental no Sistema Único de Saúde. Professora e pesquisadora em saúde mental coletiva, psicanálise, reforma psiquiátrica, acompanhamento terapêutico e experiência urbana. Membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM/RS) e da Asociación Socio Cultural Radio Nikosia de Barcelona/Espanha.

editora redeunida

SÉRIE SAÚDE MENTAL COLETIVA

A Série Saúde Mental Coletiva é composta por livros e coletâneas, organizadas a partir do resultado de pesquisas empíricas e teóricas, dialogando pari passu com os eixos da saúde coletiva, em especial, com as ciências sociais, o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde e a produção da clínica de base territorial. A série busca fazer circular a vasta produção no campo nacional da saúde mental coletiva, em diálogo permanente com os maiores centros de investigação internacional sobre o tema.

A tradição brasileira na atuação em saúde pública, reconhecida internacionalmente, tem o foco direcionado para as produções no campo da saúde mental coletiva, conceito forjado no território nacional, mas internacionalizado a partir do forte diálogo estabelecido com os grupos de pesquisa internacionais, em especial de Espanha e Itália. Cumpre assim a importante missão de apresentar o diálogo entre as práticas de saúde desenvolvidas no território, partindo de uma compreensão da saúde mental coletiva como um processo construtor de sujeitos sociais, disparadores de transformações nos modos de pensar, sentir, fazer política, ciência e gestão, implicados com projetos de vida.

Os originais são submetidos a um Conselho Editorial da Editora da Rede Unida, acompanhados de pareceres escritos por profissionais de notório saber na área, cujo processo de avaliação procura respeitar o sistema duplo cago, preservando a identidade do autor e do avaliador.

ISBN 978-65-87180-57-1