

CLÍNICA E CRIAÇÃO:

um estudo sobre o lugar das atividades nas práticas em saúde mental

ELIZABETH ARAÚJO LIMA

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luis Cláudio Figueiredo, que orientou este trabalho, pela sua relação generosa com a escrita, que me possibilitou a construção de um texto próprio;

aos colegas e professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP e aos alunos e professores do Curso de Terapia Ocupacional da USP, meus companheiros na instigante tarefa de produção de saberes e práticas múltiplas e transdisciplinares;

aos amigos do CAPS e do HD da Mooca com os quais compartilhei tantas aventuras; às pessoas que atendi nessas duas instituições, pelos encontros que fecundaram em mim centelhas de vida;

à minha mãe, Marise, que, com sua fluidez, me ensinou a viajar; ao meu pai, Roberto, com quem aprendi a construir os portos onde desembarcar ao fim das viagens; ao meu irmão, Álvaro, companheiro no desafio de conjugar esses dois conhecimentos;

a Duto e Julia, pela ajuda no trabalho, pelo companheirismo na vida, pelos afetos intensivos que compartilhamos; para eles me faltam palavras; a eles dedico este livro.

...o que chamamos de estilo é, a rigor, o regime de funcionamento da “máquina livro”, seu movimento, sua velocidade, sua longitude e latitude, sua densidade, sua intensidade, que lhe permite, ou não, contribuir para inventar mundos.

Estes mundos podem ser relatados por espécies de “Diários de Bordo” teóricos, que não são exatamente *mapas*. Melhor dito, são *Cartografias*. É sabido que uma carta de navegação é um *mapa relato*, que só serve para uma viagem, que só expressa a singularidade única e irrepetível dessa viagem, o que não impede que outros viajantes dele se sirvam para construir sua própria trajetória, sempre experimental, sempre aventureira.

GREGÓRIO BAREMBLITT

ÍNDICE

I.	APRESENTAÇÃO	6
1.	Um mapa de viagem	6
2.	O estranhamento que produz questões	8
II.	MAPEANDO: TERRENO E TRAJETÓRIA	12
1.	O terreno e seu solo fértil	12
2.	A trajetória no terreno	17
III.	DOIS LABORATÓRIOS DE CRIAÇÃO DE MUNDOS	26
1.	Considerações Iniciais	26
2.	O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira	29
3.	O Hospital-Dia Infantil em Saúde Mental da Móoca	41
4.	Habitando um Paradoxo	49

IV. BRINCAR, CRIAR, CONSTRUIR, ENCONTRAR	56
FRAGMENTOS DE UMA CLÍNICA MULTIFACETADA	
1. Considerações Iniciais	56
2. Será Arte?	73
3. Um Grupo de Terapia Ocupacional	89
4. Duas Crianças, Duas Histórias	119
5. Uma Experiência de Atividade Cultural	140
V. UMA MOLDURA PARA A ERRÂNCIA DA AVENTURA	146
1. O Enigma de Kasper Hauser: Uma Metáfora	146
2. Processos de Subjetivação: instalações do humano	152
3. Uma Fissura Abrindo a Possibilidade da Criação e o Risco da Loucura	157
4. Uma Clínica Construtiva	162
VI. ALGUMAS PALAVRAS FINAIS	169
BIBLIOGRAFIA	185

I. APRESENTAÇÃO

1. Um mapa de viagem

Este livro foi concebido inicialmente como dissertação de mestrado em Psicologia Clínica¹. Construída na forma de um “mapa-relato”, essa dissertação buscou preservar e respeitar a singularidade de uma dada viagem, seus encontros e acontecimentos, e registrar, assim, uma experiência de criação de mundos que não pode ser reproduzida, mas que pode vir a fecundar novas aventuras.

Esta viagem começou em vários pontos, às vezes mesmo muito antes de que eu me desse conta de que a estava empreendendo, e se desenrola por caminhos nem sempre lineares. Por isso também os relatos, realizados contemporaneamente às experiências ou muito tempo depois, foram aqui reorganizados e costurados em novas composições, fazendo com que as notas ganhassem vida pela força das marcas produzidas então, e que se reatualizavam enquanto eu escrevia.

Grande parte dessa viagem aconteceu entre os anos de 1988 e 1993, em duas instituições de saúde mental que procuraram se constituir numa alternativa concreta às instituições psiquiátricas fechadas: O Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS) e o Hospital-dia Infantil em Saúde Mental da Mooca (HD).

Nestes espaços buscou-se inventar novas respostas ao sofrimento psíquico e às questões que a loucura coloca para o conjunto do corpo social, com a criação de um conjunto diversificado e rico de práticas, no qual diferentes atividades desempenhavam um papel fundamental como ferramenta do trabalho clínico.

¹ *Clínica e Criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental*, defendida em 1997 junto ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, sob orientação do prof. Dr. Luis Claudio Figueiredo.

As experiências múltiplas e únicas que se deram nessas duas instituições são a matéria prima desse trabalho, a massa informe de acontecimentos a partir da qual busquei esculpir uma forma, introduzir a experiência na linguagem para que pudesse ser compartilhada.

Mas a viagem pode ter começado antes. Nas vivências que se deram no período em que me graduava no curso de Terapia Ocupacional (estágio no Instituto de Psiquiatria do HC da FMUSP e no Hospital Psiquiátrico do Juqueri) ou logo depois de formada (estágio no Serviço de Saúde Mental de Trieste, na Itália); na trajetória teórica que foi sendo trilhada durante todo esse período: Curso sobre Grupos e Instituições, promovido pelo Instituto 'A Casa', Grupo de Estudo sobre Psicose, Curso sobre as Relações entre Instituição Psiquiátrica e Ocupação e Curso de Psicanálise, ambos promovidos pelo Instituto Sedes Sapientiae.

Trata-se, por tanto, de uma viagem longa que diz de uma questão com a qual estou implicada profundamente e que me tem acompanhado por quase 15 anos.

Além disso, as duas instituições, às quais me refiro diretamente, estavam ligadas a vários outros projetos fecundos, que se desenvolviam simultaneamente (cada um com suas particularidades). Faziam parte de um movimento efervescente e produtivo que se deu, em São Paulo, a partir da abertura democrática no início dos anos 80. Como nos diz Ana Pitta: *"há no ar clínicas e teorias novas, paridas justo da experiência de trabalhos concretos"*. (Goldberg, 1994; 167)

Mas a viagem começou também quando surgiu necessidade de pensar o lugar das atividades na clínica em saúde mental, questão que me levou ao mestrado. Isso por que, tanto nas duas Instituições nas quais eu havia trabalhado como em várias outras com as quais tive contado, e que se propunham a construir alternativas ao modelo

hospitalocêntrico de atenção, as atividades desempenhavam um papel fundamental de eixo estruturador do cotidiano e da clínica.

2. Um estranhamento produzindo questões

A questão mobilizadora e que vem dar sentido a uma trajetória que já vinha sendo trilhada, surge, portanto, de uma experiência; essa experiência nos diz de um modo de ser no mundo, na sua dimensão pragmática - nós somos no mundo fazendo coisas. Estamos no mundo pragmático, nos utilizando de utensílios e ferramentas (no caso as atividades como ferramenta clínica) e aprendendo a usá-los. A percepção da ferramenta se sustenta a partir de um uso, de um manuseio, de uma prática. Mas por que a utilização de atividades torna-se para mim uma questão?

Paramos para refletir e nos perguntar sobre nossa prática e nossas ferramentas quando ocorrem desequilíbrios no sistema de significância produzindo inquietações: que sentido tem isso? por que fazemos hoje desse jeito? o que provocou esse efeito? Um certo estranhamento estava introduzindo brechas de sentido em minha prática, detendo minha atenção e induzindo à atividade do pensamento e à reflexão teórica, o que me possibilitou delinear três ordens de questões.

Em primeiro lugar, parecia estranho que as atividades, ferramentas privilegiadas da Terapia Ocupacional - um campo de saberes e práticas que não tinha o poder da psiquiatria nem o *glamour* da psicanálise - constituísse o eixo organizador das novas instituições de saúde mental, participando ativamente da construção das mesmas e dos processos de desmontagem dos manicômios.

Maior estranhamento me causava pensar que esta ferramenta havia surgido com a psiquiatria, e havia funcionamento como base da organização asilar, considerada de grande valor terapêutico no trato com doentes mentais. O que há de comum entre o séc.XVIII e o contexto atual? O que há de radicalmente heterogêneo entre o tratamento moral e a clínica na qual atividades expressivas, criativas e produtivas, associadas a abordagens psicodinâmicas e sociais, são chamadas a participar de um processo de transformação das instituições psiquiátricas e de questionamento e redefinição do *lugar* da loucura?

Uma Segunda ordem de questão surgia quando eu me deparava com a cisão, muito comum em equipes de saúde mental, entre prática clínica e prática social. Por muito tempo me senti como se tivesse que escolher uma teoria ou me encaixar em uma disciplina. Ou era uma trabalhadora da saúde mental, ou era uma psicoterapeuta; ou integrava um movimento militante pela cidadania do louco, ajudando a construir para ele um espaço social possível, ou me dedicava ao estudo da psicanálise e desenvolvia uma prática clínica nos moldes tradicionais; ou lidava com loucos ou tratava de psicóticos. Prática clínica e prática social estavam assim cindidas de forma excludente. No entanto o trabalho com atividades na instituição me inseria nesses dois campos; essa ferramenta estava presente tanto em atendimentos clínicos *sensu strictum*, como em projetos de reinserção e de intervenção no espaço social. Eu e meus colegas estávamos criando uma nova clínica que se poderia dizer *ampliada*, uma clínica que compreendia também o social.

Por fim, uma questão que emergia da intrigante relação entre loucura e criação. Se no cotidiano do trabalho estávamos habituados a presenciar os usuários dos serviços em atividades produtivas e criativas, a aparente naturalidade deste dado era colocada em

cheque pela assertiva de Foucault de que a loucura seria a ruptura absoluta da obra, a ausência mesma de obra. Como, então, a terapia ocupacional, com sua proposta de tratar através da realização de Atividades, poderia ter tanto espaço nas práticas em saúde mental?

A intrincada rede produzida pela articulação dessas questões me levou a este trabalho. A forma que encontrei para realizá-lo foi transformar o campo da experiência em campo de pesquisa: construir um relato da prática, ampliando-a, buscando ressonâncias e produzindo um pensamento sobre ela, no sentido de criar plano de consistência que a sustentasse.

Procurei, assim, produzir um registro e inserir essas experiências num diálogo com outras afins, na tentativa de fortalecer e consolidar algumas práticas que, já se pode afirmar, são passíveis de produzir efeitos muito interessantes. Mas, para além do registro da experiência, o trabalho se propõe a enfrentar as questões explicitadas acima, buscando constituir-se numa reflexão sobre a terapia ocupacional em saúde mental.

A opção por tomar como campo de pesquisa várias experiências em duas instituições diferentes, permitiu apresentar o caráter múltiplo e heterogêneo, que, a meu ver, é a riqueza maior desses projetos, bem como a versatilidade da ferramenta com a qual estamos lidando.

O intuito não é propor um modelo de atenção a ser adaptado a diferentes situações, mas, ao contrário, mostrar que não há nenhum modelo pronto, que as possibilidades são infinitas. Se queremos realmente enfrentar a questão da loucura, sem destruir sua força disruptiva, devemos procurar transitar pela inventividade e criação, sempre atentos ao risco de se fechar novamente num modelo de tratamento que impeça

o movimento e a emergência do novo. Como nos ensina Guattari (1992; 203), “a perspectiva ideal seria que não existissem duas instituições semelhantes e que a mesma instituição não cessasse de evoluir ao longo do tempo.”

Percorreremos um caminho que parte do mapeamento do terreno no qual essas questões surgiram e que é também o solo fértil onde germinaram e fecundaram os projetos do CAPS e do HD da Mooca, para em seguida, apresentar essas duas instituições e focar, no interior delas, a presença de atividades, em situações diversificadas: atendimentos individuais, grupos de terapia ocupacional, ateliê de música, modelagem, teatro. As atividades são vistas como ferramentas privilegiadas na construção de uma *outra* clínica, aqui chamada clínica construtiva, contribuição singular da terapia ocupacional ao campo da saúde mental.

Por fim, essas experiências foram tomadas como subsídio para se pensar as questões que são o motor deste trabalho e que o atravessam por todos os lados: que cosmovisão e que concepção de subjetividade podem estar articuladas a uma clínica em permanente criação?

Talvez eu possa aqui, como num trabalho de colagem, apresentar um panorama onde se somem e se sobreponham várias imagens, várias perspectivas, vários ângulos de visão, formando um quadro, não linear, não coerente. Um quadro que demanda, a quem olha ou lê, um trabalho de criação de figuras.

II. MAPEANDO: TERRENO E TRAJETÓRIA

...e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes.
CLARICE LISPECTOR

1. O terreno e seu solo fértil

... e, de repente, a loucura invade a cena, ocupa o palco e toma o público de assalto. Invade salas de cinema e teatro aproveitando-se do escuro para surpreender a platéia; insinua-se na literatura tanto nos enredos quanto nas formas e estilos da escrita; mescla-se e espalha-se nas telas, dando formas loucas à matéria inerte.

Não que ela tenha ocupado o centro, como outrora fizera a razão, pois o que ela põe em jogo não é a questão da centralidade, mas do descentramento, emblemática, que é, de tudo que é estrangeiro e excentrado e que fora expurgado pelo ideal do sujeito moderno.

Claro está que o que parece irromper subitamente já estava sendo gestado há muito tempo. Os fracassos reiterados do projeto moderno atestam este movimento.²

Assistimos, assim, a uma cada vez mais intensa profusão de experiências e discursos produzidos com, sobre, na, pela loucura. São experiências que brotam em vários lugares, em diversos momentos, se afetando umas às outras, fazendo interferências. Provavelmente se alimentam do mesmo solo, a derrocada, a perda de sentido de um modo de subjetivação, o moderno, e sua relação central com a razão.

² A esse respeito ver Figueiredo (1992). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo, Escuta/Educ.

A loucura é uma experiência que tem acompanhado o homem ao longo da história; é uma dimensão essencial da experiência humana e que marca aquilo que uma cultura enxerga como seu *outro*. Cada organização social e contexto cultural relaciona-se com ela e a representa de forma particular. Antes que o modo de subjetivação moderno se instalasse e se tornasse hegemônico, houve um momento em que a loucura emergiu com força, integrando-se a toda a paisagem cultural. Foucault (1991; 77) nos conta que, ao final do séc. XV e durante todo o renascimento, *“a loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar... Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência.”*

No entanto, em meados do séc. XVII, a modernidade passou a estabelecer com a loucura uma relação pautada pela exclusão. No período em que o modo de subjetivação moderno reinou, a loucura foi isolada, estudada, explicada, destrinchada; passou a ser vista como doença, inicialmente moral, depois orgânica. Doença pede cura, era necessário combater o mal, mesmo que neste processo se perdesse o sujeito que adoeceu.

Se o mal era moral, o remédio era o castigo e a reeducação; era necessário aprender a controlar os impulsos e as paixões. Quando torna-se orgânico, faz-se necessários tratamentos químicos, físicos e até cirúrgicos; o mal deveria ser extirpado, ao preço até de se extrair pedaços do corpo do sujeito.

A doença era coisa a ser tratada por especialistas e, assim, todos esses procedimentos disciplinadores estavam enclausurados, como a própria loucura, em

disciplinas e em instituições de reclusão e exclusão. Tais eram as condições para a manutenção do sujeito soberano e seu projeto moderno.

Mas, por que precisou a modernidade, para se instalar, isolar e excluir, de forma tão absoluta e violenta, a loucura? Talvez porque, como nos ensina Foucault (1985; 392), a experiência moderna da loucura vê, nessa figura estranha a tudo o que podemos experimentar, "*surgir o que nos é perigosamente o mais próximo - como se subitamente se perfilasse, em relevo, o recôncavo mesmo de nossa experiência*".

Segundo Luís Cláudio Figueiredo (1994b), duas formas de reagir a essa sinistra experiência de proximidade absoluta da alteridade podem aflorar: repudiar o estranho, como se não nos dissesse respeito, afastando-o ao máximo e ampliando nossas diferenças com relação a ele; ou transformá-lo em igual, reduzindo-o a classificações e representações para nós inteligíveis, ou mesmo anulando *à força* as diferenças.

A modernidade articulou essas duas formas na construção de uma estratégia para lidar com a loucura. Ao transformá-la em doença passível de ser estudada, conhecida, classificada, representada e *curada*, trata-a de forma a tentar apagar tudo que ela provoca de incômodo e desestabilização. Mas, como esse procedimento não parece suficiente, por via das dúvidas, é melhor deixá-la bem longe de nós.

A loucura é, portanto, silenciada. Fala-se muito dela, mas ela não pode falar de si mesma ou por si mesma. Porém, a loucura não se deixa aprisionar, algo sempre escapa, sobra. E eis que todo o esforço na tentativa de afastá-la, paradoxalmente, a traz cada vez mais para perto. O *recalcado* retorna uma e outra vez, insiste e pede passagem.

Alguns autores, poetas, artistas, criadores de todos os gêneros, no século passado e início deste século, abriram-se e, deixando-se desestabilizar pela irrupção de

diferenças, criaram figuras e conceitos para pensá-las. Foucault nos fala de alguns deles na *História da Loucura*: Nietzsche, Artaud, Van Gogh e Freud.³

Em *Doença mental e psicologia* Foucault nos diz que é Freud que, pioneiro, reabre a possibilidade de um diálogo entre razão e desrazão. Disposto a uma escuta que atesta um respeito absurdo por tudo aquilo que ainda não faz sentido, que ainda não gerou formas na realidade compartilhada, demonstra sua contemporaneidade, sua profunda inserção no seu tempo. No entanto este diálogo se dá "*no perigo de uma linguagem comum, sempre prestes a romper-se e a desfazer-se no inacessível.*"

Para Derrida (1994), Freud desempenha o papel ambíguo de um "porteiro": ao mesmo tempo que representa uma época que se encerra com ele (a idade Clássica da qual a *História da Loucura* trata), abre as portas para a nossa época (aquele na qual é escrito o livro de Foucault).

Ao abrir a possibilidade de um diálogo com a loucura, Freud faz, de certa forma, um retorno em direção ao momento, anterior à época clássica, em que a loucura tinha poderes de linguagem, aproximando a nossa época daquela. A partir desse pensamento, que marcou profundamente o séc. XX, e da possibilidade que ele instaurou de uma escuta da fala louca, alguns sujeitos se deixaram afetar pelos sons e ruídos que ela produz.

³ No texto *Fazer justiça a Freud: a história da loucura na era da psicanálise*, Derrida (1994) faz uma análise do papel ocupado por Freud na obra de Foucault, apontando que o inventor da psicanálise e sua criação ficam duplamente situados nesta obra, aparecendo ora associados, ora em oposição, às grandes testemunhas da loucura e da desrazão (Nietzsche, Artaud, Van Gogh...)

Muitos deles eram profissionais, especialistas autorizados a desenvolver saberes e práticas sobre a loucura e encarregados de escondê-la, suprimi-la ou modelá-la, mas que, no contato cotidiano com ela foram de alguma forma afetados. Começaram a pensar sobre o espaço de contradição que ocupavam entre uma função terapêutica, de um lado, e uma função de controle social de outro e a perceber que também eles eram prisioneiros, enclausurados que estavam, junto com *seus* loucos dentro dos muros do manicômio.

As primeiras propostas construídas no interior do campo psiquiátrico e que tentavam rediscutir o status e o lugar da loucura, investiram inicialmente no enfrentamento e na superação da instituição psiquiátrica e seus muros, símbolo e paradigma da clausura impingida à loucura e aos seus especialistas.

Essas propostas surgiram no momento do pós-guerra, quando os países europeus se reorganizavam. Neste contexto, a situação dos hospitais psiquiátricos causou incômodos e pediu transformações. Um debate intenso de redefinição ética levou ao desenvolvimento de diferentes experiências em resposta a essas questões. Na Inglaterra, as comunidades terapêuticas, com pressupostos fundamentalmente sociológicos, e as experiências antipsiquiátricas; na França, a psicoterapia Institucional, primeira tentativa de pensar psicanaliticamente grupos e instituições, e a psiquiatria de setor.

Essas experiências foram desenvolvidas, implementadas e aprofundadas pelas discussões sobre instituições, poder e violência que tomou a Europa de assalto no final dos anos 60.

É nesse contexto que se desenvolveu o movimento da psiquiatria democrática na Itália, tardio em relação aos outros países europeus, cujo mote era a desinstitucionalização e que culminou com a aprovação da Lei no. 180. Esta lei prevê o

esvaziamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a constituição de serviços territoriais responsáveis pela assistência; proíbe a construção de novos hospitais e abole o estatuto de periculosidade do doente mental, que torna-se, assim, cidadão pleno.⁴

2. A trajetória no terreno

Neste ponto do trabalho, talvez seja preciso falar onde minha trajetória encontrou a *trajetória da loucura* e para isso retomo o caminho prático e reflexivo por mim trilhado.

Formei-me em terapia ocupacional e, logo após formada, passei a atuar no campo da saúde mental. A escolha mesma desta profissão *marginal*, cuja população alvo é constituída fundamentalmente por sujeitos de alguma forma excluídos do processo produtivo e que habitam as *margens* da nossa organização social (velhos, crianças abandonadas, portadores de deficiência física, sensorial ou mental, loucos, etc.), já indica uma opção por *transitar pelas bordas*.

A história da terapia ocupacional levanta outras questões a serem pensadas: fruto do processo de fragmentação do saber e de separação entre teoria e prática na área da saúde, o terapeuta ocupacional originalmente era aquele que *punha a mão na massa*, aquele que fazia, seguindo orientações de um outro que pensava.

Também faz parte desta história o movimento contemporâneo de uma parcela significativa dos terapeutas ocupacionais brasileiros, que segue na direção oposta à descrita acima. Na tentativa de produzir conhecimento para responder a questões e impasses que a nossa prática nos coloca temos buscado auxílio em diferentes campos de saber. É neste movimento que se insere o trabalho aqui apresentado.

⁴ Para mais detalhes sobre essa lei e sua aprovação ver Barros (1994) e Kinoshita (1987)

Desta forma reconheço em mim três marcas imprimidas neste caminho profissional: o transitar pelas margens, uma grande ênfase no trabalho prático, na ação, e um saber construído a partir de uma prática transdisciplinar.

Logo após me formar fiz um estágio em Trieste, na Itália, uma cidade que vive sem o manicômio. Loucos passeiam por suas ruas e praças, fazendo desta uma cidade estranha, enigmática e ao mesmo tempo cheia de conflitos, pois parte da população não aceita pacificamente esta convivência difícil. Lembro de uma cena: num ônibus enquanto um passageiro faz gestos bizarros e fala sozinho e baixinho, numa ladainha quase ininteligível, uma senhora reclama em voz alta: "esses loucos deviam estar no hospital e não aqui nos importunando desse jeito".

Estar em Trieste era experimentar o paradoxo de viver uma nova configuração sem que a anterior tivesse sido de todo abandonada. Algo de efetivamente radical e revolucionário acontecia ali: o manicômio fora aberto, mas sua real superação ainda estava por ser construída, bem como o *lugar* que a loucura ocupará para nós, contemporâneos.

Foi em Trieste que ouvi Rotelli, na época o diretor *do Servizio di Salute Mentale di Trieste*, falando que, após o momento de negar a instituição, estávamos agora no momento de inventar uma instituição.⁵

Nessa instituição, a ser inventada cotidianamente, vive-se em constante contradição; caminha-se constantemente no *fio da navalha*. Esta expressão foi utilizada

⁵ Ele se referia ao livro de Franco Basaglia, *A instituição negada*, e ao trabalho relatado no livro e que era desenvolvido, na época, em vários lugares. Esta palestra foi publicada em português (ver Rotelli, 1990).

por um dos médicos do serviço, em reunião do grupo de voluntários⁶, quando discutíamos minha primeira experiência no Centro de Saúde Mental, que relato a seguir.

Estava no Centro quando um dos enfermeiros me convidou para acompanhá-lo em uma visita domiciliar (procedimento de rotina). Tiziano, usuário do Centro, há uma semana não comparecia nem dava notícias. Fomos à sua casa e o que encontramos lá foi uma situação extremamente angustiante, que nos colocava num dilema: o que seria o melhor a fazer, qual a decisão mais acertada? Nenhum manual poderia nos ajudar.

Talvez seja mais fiel àquela vivência reproduzir minhas anotações da época:

Antonela Zeriav e seu filho Tiziano.

A contradição impera logo na chegada. Antonela não está num manicômio, mas se pode entrar em sua casa (que está uma sujeira) e lhe tirar o filho. Antonela não tem assistência porque não quer, se recusa, no entanto é uma mulher que sofre intensamente.

Antonela não está no manicômio e encarcera seu filho em casa por uma semana, sufocando-o, deixando-o quase sem respirar.

Antonela fala alto, grita, pega uma tesoura; com unhas e dentes, como uma fêmea com seus filhotes, tenta evitar que levem seu filho.

Tiziano, com o olhar fixo, espera que os dois lados em conflito decidam o seu destino. Sai da casa de sua mãe mas não parece saber bem porque ...o doutor o chamava, ...o doutor o levou. Antonela é também convidada a vir ao Centro mas prefere ficar.

Agora Tiziano está no Centro... o que temos para oferecer a ele?

Antonela está em casa como se tivessem tirado um pedaço dela.

É acompanhada por mais esta marca de uma situação dilemática, onde qualquer saída precisa ser construída ou forjada, no que parece ser um *beco-sem-saída*, que vou percorrendo minha trajetória na saúde mental.

⁶ O “voluntário” é a forma encontrada em Trieste para receber e integrar em sua paisagem a contribuição de jovens do mundo todo, de diversas formações, o questionamento que trazem da instituição e sua força inventiva.

Ao voltar ao Brasil fui trabalhar no Hospital Psiquiátrico Pinel, em São Paulo. Ao entrar no Hospital Psiquiátrico e constatar as condições sub-humanas em que viviam os internos, Basaglia propôs que se colocasse a doença entre parênteses, em oposição à *"psiquiatria que sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença"* (Basaglia, 1979; 57). Todos nós, que, em algum momento, conhecemos uma instituição psiquiátrica manicomial, sabemos o que ele quis dizer.

O Hospital Psiquiátrico Pinel ilustrava isso muito bem. Parecia-nos impossível até mesmo enxergar a doença, o que se poderia dizer então de alcançar o sujeito. Como nos diz Guattari (1992; 183), *"a psicose no contexto dos sistemas carcerários tradicionais, tem seus traços essencialmente marcados ou desfigurados"*; entre nós e aquele que queríamos tratar, havia muitos e espessos muros: a miséria, a opressão, a violência e a objetivação a que estavam submetidos, que transformavam qualquer tentativa de produzir um encontro, mesmo que fugaz, num grande esforço, que era, no final, um esforço para abalar esses muros. Esse esforço era o que dava sentido e norteava todas as nossas ações no interior dessa instituição.

No entanto, a partir da abertura e democratização da conjuntura política nacional, estando a sociedade impregnada por um desejo, por muito tempo reprimido, de exercer o direito à cidadania, começamos a assistir a tentativas, mais ou menos articuladas, de construção de alternativas ao modelo psiquiátrico hegemônico, de característica asilar.

Essas experiências tinham como referência teórico-práticas as experiências desenvolvidas na Europa após a Segunda Guerra Mundial, que foram rapidamente citadas acima. Misturavam-se, assim, na construção dessas novas práticas, os mais diversos discursos, da psiquiatria de setor à psiquiatria democrática, passando pela anti-

psiquiatria, pelas comunidades terapêuticas, pelos discursos psicanalíticos, na tentativa de construir um novo modelo de enfrentamento da questão da loucura.

Trabalhei em duas instituições nas quais os profissionais se propunham a essa aventura: o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira) e o Hospital-dia Infantil em Saúde Mental da Mooca. Estar nessas instituições significava se propor a um embate cotidiano com a loucura. Tirados os muros concretos, a violência, a objetivação dos internos, nos encontrávamos diante de sujeitos com sofrimento psíquico intenso e com poucas *ferramentas* para lidar com a situação. Mas havia uma disposição, por parte das pessoas que compunham essas duas equipes, de tentar manter-se numa posição de abertura para esses sujeitos, em sua radical alteridade, oferecendo-lhes acolhimento.

Sentíamos-nos o tempo todo em uma *corda bamba*. Não queríamos repetir o movimento de aprisionamento em representações que a psiquiatria teve em relação à loucura, sabíamos que era preciso manter-nos abertos para o estranhamento. No entanto, o corpo a corpo com loucos era de uma intensidade tal, que nos desterritorializava o tempo todo, tirando-nos o chão. A loucura, como um buraco negro, nos sugando constantemente para a experiência da falta de sentido. Era preciso investir maciçamente na construção de *cartografias* que fizessem sentido para o coletivo, e que acompanhassem a construção de mundos e territórios que deviam mapear.

Sendo assim, nosso primeiro movimento se deu na tentativa de buscar e construir conjuntamente essas cartografias. Para construí-las precisávamos de ferramentas teóricas. No entanto íamos percebendo que nenhuma teoria dava conta do fenômeno com o qual estávamos lidando (aliás, nenhuma teoria vai dar conta da questão da existência). As teorias serviam para nortear o caminho, mas nós tínhamos que, a

partir delas, inventar, sabendo que aquilo que criaríamos, fosse em termos de entendimento, fosse em termos de ação, seria sempre datado, fazendo sentido naquele momento para aquele grupo.

O problema que nos propúnhamos a enfrentar era complexo e nos colocava várias frentes de batalha. Vivemos em uma sociedade que não tem nenhuma continência para certas experiências do existir e o sofrimento psíquico que nossos pacientes experimentavam, tinham pouquíssima probabilidade de ser elaborado juntamente com o grupo ou coletivo do qual faziam parte.

Era necessário criar uma instituição que pudesse ser uma alternativa ao tratamento asilar; que, ao mesmo tempo que respondesse de alguma forma às demandas sociais, fosse desestabilizante em relação a este mesmo social, mas, sobretudo, que pudesse se constituir num espaço de continência, de uma escuta interessada para essas formas de existência dissidentes.

Era uma tarefa paradoxal: criar um lugar para acolher a experiência mesma da falta de lugar, da desterritorialização. Tratava-se de inventar uma nova clínica. Inventar a possibilidade de encontro. E, a partir dessa possibilidade de encontro entre sujeitos e entre subjetividades, nosso objeto de intervenção foi se transformando; deixando de ser a doença, a violência da instituição, para se tornar a existência complexa do sujeito, seu sofrimento, suas experiências alucinatórias, seu discurso, seus sintomas, sua relação com o grupo familiar, o desenvolvimento de suas próprias possibilidades de relação, criatividade e produção.⁷

⁷ Este objeto outro é apresentado por Rotelli (1990; 90), numa outra construção: *"A nosso ver, o objeto da psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a 'existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social'".*

A visão deste novo objeto alargou para além das fronteiras da instituição as necessidades e possibilidades de intervenção e propiciou um solo fértil para a invenção de novas práticas. Organizou-se um conjunto de atividades e formas de atenção, muitas vezes conflitantes, buscando oferecer uma estrutura na qual o usuário pudesse participar ativamente do seu processo terapêutico.

No interior desse conjunto de novas práticas as atividades ganharam um papel central. O cotidiano institucional passou a ser organizado em torno de propostas que incluíam atividades expressivas e artísticas, atividades do cotidiano e o trabalho produtivo.

Obviamente não há nenhuma novidade nisto. Ocupação e instituição psiquiátrica têm andado juntas desde que esta última se constituiu, quando Pinel separou os pobres e mendigos dos loucos, agora doentes mentais, no grande asilo do final séc. XVIII. Este é também o momento inaugural, na modernidade, de uma prática que viria a se constituir como profissão somente no Séc. XX, a terapia ocupacional.

A experiência e teorização de Pinel transformou o trabalho na base do funcionamento asilar, portador de grande valor terapêutico, "*o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção de saúde, da ordem e dos bons costumes.*" (Birman, 1978; 410)

O entendimento e a utilização de Atividades foi se transformando, acompanhando as transformações da psiquiatria. Assim, quando, no século XIX, o hospital psiquiátrico tornou-se lugar de diagnóstico e classificação, as atividades passaram a ser utilizadas em procedimentos diagnósticos e a ser indicadas no tratamento de acordo com o diagnóstico dado ao paciente.

Retomaremos o tema das relações entre instituição psiquiátrica e ocupação, no capítulo IV. Desde já, no entanto, podemos apontar para a relação que se estabelece entre as representações que constituem a ideologia e a ética de cada momento histórico, a organização que toma a psiquiatria a partir daí e o entendimento das atividades como ferramenta clínica.

Sendo assim, podemos pensar que o lugar que as atividades ocupam hoje nas novas instituições de saúde mental está intimamente ligado a toda uma concepção de mundo e de processo de subjetivação, e expressa, de certa forma, a organização atual da terapia ocupacional.

Buscar explicitar essas concepções de mundo e as perspectivas teóricas que sustentam a presença de atividades como ferramenta de uma nova clínica que está sendo engendrada é a intenção deste trabalho. Devemos considerar, no entanto, que estarão em jogo diferentes perspectivas que, ora se sobrepõem, ora se articulam, ora se complementam, ora se contrapõem e ora parecem excluir-se umas às outras.

Isto, no entanto, não é visto como um problema. A criação e invenção de práticas que se utilizam de diversos pressupostos teóricos já aponta para uma posição no campo dos saberes e das práticas, indicando que estamos nos distanciando de paradigmas científicos para ir em direção a paradigmas ético-estéticos, como nos propõe Guattari, o que parece apropriado para se pensar a produção de conhecimento no campo da terapia ocupacional.

Dessa forma, aceitei o desafio de habitar aquela *borda*, que já me interessava desde a escolha da profissão, bem como transitar pelos saberes, sem buscar uma identidade que me fixe ou fixe as práticas das quais estarei falando. Pretendo falar da singularidade desses processos que, juntamente com um grupo de pessoas, fui produzindo e vivenciando.

Vamos, então, conhecer mais de perto essas duas instituições que são verdadeiros laboratórios de criação de mundos.

III. DOIS LABORATÓRIOS DE CRIAÇÃO DE MUNDO

1. Considerações Iniciais

*Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU,
mas ao ponto em que já não tem qualquer
importância dizer ou não dizer EU.
Não somos mais nós mesmos.
Cada um reconhecerá os seus.
Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.*

GILLES DELEUZE & FÉLIX GUATTARI

Escrevo sobre essas duas instituições nas quais trabalhei com um certo distanciamento, pois já não estou mais vinculada a elas. As histórias que contarei são coletivas e a cada momento me vem um rosto, um nome... Para escrever, retorno às anotações guardadas sobre o trabalho, apresentações feitas em outros locais, diários de atividades. Tudo isso me traz de volta vivências, cheiros, cores, gestos, imagens, enfim, afetos e marcas que se reatualizam e que demandam uma elaboração.

Esta é a elaboração que me foi possível, a partir de uma vivência em grupo; outros de nós já construíram sua própria rede de significados. De qualquer forma, o que vivemos ali juntos é muito mais intenso e disruptor do que qualquer organização que tentemos construir.

Além de terem sido construídas por um coletivo, essas duas experiências estão inseridas num coletivo maior, daqueles que se propuseram a pensar e construir experiências alternativas com a loucura. No campo da saúde mental, foram muitas as experiências institucionais e com todas elas estamos ligados numa rede *subterrânea*.

Muitas dessas experiências já não existem mais, foram destruídas ou se transformaram em outra coisa.

É importante neste ponto salientar que a dependência dessas experiências em relação às flutuações do serviço público é lamentável e nos deixa indignados. Tem ocorrido, quase com a mesma frequência com que mudam os governos, que projetos, que levam meses ou anos para se estruturar minimamente, são destruídos em dias ou semanas. Não posso deixar de mencionar, aqui, a atuação grotesca da prefeitura de São Paulo, ao implantar, em 1996, seu projeto privatizante para a Saúde, o PAS: os trabalhadores chegavam ao seu local de trabalho e eram impedidos de entrar por guardas colocados à porta; não tiveram nem a oportunidade de despedir-se de seus pacientes. As equipes foram, assim, desmontadas (cada qual foi enviado para uma região diferente) e o trabalho, arduamente construído, desfeito.

Como nos diz Guattari (1992; 197), voltamos sempre *“a esse terrível peso do Estado, que incide sobre as estruturas de tratamento e de assistência. As instituições vivas e criativas levam um bom tempo para serem instaladas; implicam a constituição de equipes dinâmicas que se conheçam bem, que tenham uma história comum, tantos dados que não podem ser regidos por meio de circulares administrativas.(...) É toda uma concepção do 'serviço público' que se deve aqui rever.”*

No que pese tantas perdas de grande significado, o importante é que todas essas experiências geraram frutos, germinaram novos projetos ou foram para eles nutrientes.

Quando pensava na relação entre esses vários projetos me veio à mente uma recordação de infância: uma árvore, que existe em Natal e que é apresentada a todos que passam como o *maior cajueiro do mundo*. Ele é enorme e já não se acha mais o tronco principal; os galhos retornam ao chão se enraizando e daí brotam novos troncos, todos

interligados. Talvez seja uma boa metáfora para pensar esse processo produtivo de novas instituições. O nosso solo comum, bastante rico e heterogêneo, é composto de vários nutrientes: o momento histórico-cultural que habitamos, o desejo de experimentar e criar novas formas de interagir com a loucura; o desejo de transformação sócio-cultural; o desejo de produzir uma clínica *nova*.

Nem todos os novos ramos que surgem se alimentam de todos esses nutrientes, muitos podem alçar vôo e procurar novos solos onde enraizar, mas é certo que tudo que esse imenso *cajueiro* vier a produzir, inclusive a produção de diferença em relação a si mesmo (deixar de ser um cajueiro e tornar-se outra coisa), é fruto desse emaranhado complexo, plural e heterogêneo.

2. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis Cerqueira

*O "direito" à vida, ao corpo, à saúde,
à felicidade, à satisfação das necessidades,
o "direito", acima de todas as opressões ou "alienações",
de se encontrar o que se é e tudo o que se pode ser*

MICHEL FOUCAULT

No final da gestão do Governo Montoro, em São Paulo, a então Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo iria ser extinta, pois os serviços de saúde estavam sendo regionalizados. Decidiu-se, então, que a sede da divisão abrigaria um futuro projeto de atendimento a pacientes com quadro mental grave, preferencialmente psicóticos. Um grupo de profissionais da extinta divisão elaborou e iniciou a operacionalização desse projeto.⁸

Em março de 1987, pouco antes da mudança de governo, o CAPS foi inaugurado, iniciando atendimento em junho deste mesmo ano.

Montoro foi nosso primeiro governador eleito após os anos de ditadura e tinha o compromisso de produzir mudanças em vários setores pelos quais o Estado era responsável. No âmbito da Saúde Mental, houve implementação de recursos, de pessoal e uma série de projetos foram desenvolvidos. Os princípios gerais eram a universalização do atendimento, a descentralização das decisões, a regionalização da assistência e a integração dos serviços; os recursos eram prioritariamente destinados à rede extra-hospitalar e à melhoria da qualidade de assistência dos hospitais psiquiátricos.

⁸ Para informações mais detalhadas a respeito da criação do CAPS, ver Goldberg (1994)

Infelizmente, com a mudança de governo, a linha de conduta não foi mantida em relação a esses projetos. Uma série de serviços e experiências foram desativados e/ou desarticulados, os técnicos, retirados dos seus locais de trabalho e colocados à disposição de Unidades Administrativas.

O CAPS então começou seu percurso na *contramão*. Muitos dos técnicos que iam sendo afastados de seus locais de origem iam para o CAPS. Foi assim que nos encontramos lá. O núcleo primeiro, formado pelos funcionários vindos da antiga divisão, foi sendo incrementado com técnicos que vinham de importantes experiências institucionais em hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental.

O CAPS foi antes de tudo um encontro muito fértil. Todos que chegavam estavam vivendo um luto por suas experiências e esforços terem sido abortados, mas logo percebiam que havia ali um espaço para uma nova construção. Costumávamos dizer que ali realizávamos, ou tentávamos construir, mais que nossas idéias, nossas utopias. Havia um espaço muito grande para que aquele grupo que ali se encontrou construísse e viabilizasse uma proposta. O governo do Estado não estava muito preocupado em dizer-nos o que fazer ou em não nos deixar fazer. Dessa forma, tudo que aconteceu ali foi movido fundamentalmente pelo desejo daquele grupo.

Por isso mesmo trabalhar no CAPS era um embate cotidiano, mais que tudo, conosco, nossos sonhos, sua fragilidade, sua força. Tínhamos um grande espaço para criar, mas também é verdade que, sem uma diretriz externa mais clara, todos os conflitos eram vividos no interior do grupo. As diferenças existentes no grupo foram algumas vezes vividas como paralisantes mas, na maior parte dos casos, conseguimos articulá-las de modo produtivo, fazendo delas motor de diversificação e multiplicação do trabalho.

Essa diversificação, no entanto, muitas vezes beirava a fragmentação interna da própria instituição. Em alguns momentos o grupo se dividiu, a partir de proximidades *teórico-afetivas*, em subgrupos que atuavam autonomamente. É importante apontar que as divisões internas da equipe não se davam por categorias profissionais (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc). Essas diferenças iam ficando, de fato, cada vez mais tênues, a medida que a equipe se constituía. Talvez porque nos tivéssemos dado conta que, a questão complexa com a qual nos deparávamos, não podia ser enfrentada a partir de nenhum daqueles lugares profissionais instituídos. Se estávamos criando uma nova clínica, criávamos ao mesmo tempo novos profissionais. Os elementos da formação primeira eram trazidos para serem compartilhados no grupo, na construção deste novo lugar.

Por outro lado, se essas fronteiras profissionais iam se desmanchando, outras diferenças se destacavam; diziam respeito a concepções diferentes do novo papel a desempenhar, talvez decorrentes de diferentes concepções de processo de subjetivação e visões de mundo. Em torno de algumas dessas visões se organizaram grupos de trabalho que chamávamos “mini-equipes”. Podia acontecer que usuários do CAPS recebessem tratamentos bastante diferentes, dependendo de qual era a mini-equipe responsável por acompanhá-lo.

Este funcionamento demonstra que, algumas vezes, era possível lidar coletivamente com as diferenças, mas, em outras, era necessário separar-se para produzir práticas que pareciam não se articular. Muitas vezes a separação levava à polarização de posições e ao confronto. Uma das polarizações mais comuns ocorria entre o trabalho *político* e o trabalho *técnico*, entre o enfoque clínico e o social; a ela retornaremos no último item deste capítulo.

Esses momentos de confronto, que levavam a uma quase paralisia, não eram, no entanto, a tônica do trabalho. O CAPS tem sido, desde a sua criação, um projeto em constante transformação; a equipe em muitos momentos reavaliou o trabalho, refletindo sobre seu próprio funcionamento e pensando novas propostas, auxiliada pelas supervisões institucionais; os estagiários que lá chegavam também contribuíam com novas propostas e diversificavam a instituição.

Para dar uma idéia mais geral do CAPS, talvez seja preciso descrevê-lo, mas temos que ter em mente que o CAPS do qual estarei falando, aquele onde trabalhei, talvez não exista mais, e no entanto é o CAPS; estranha instituição que está sempre diferindo dela mesma... Como nos diz Arnaldo Alves da Motta (1994; 43): *“criatividade e diversidade são dois pontos marcantes do CAPS, que tem seu projeto imbuído de inquietude e 'turbulência', que não permitem a estagnação institucional. Desde o início, temos uma instituição em movimento, que segue um percurso determinado, basicamente, através dos desafios colocados no embate de cada questão que se depara no tratamento do paciente psicótico.”*

E os desafios não são poucos. Para começar, quando se pensa em criar um lugar para a loucura ou para o sofrimento psíquico, instala-se num paradoxo, como foi dito anteriormente. Não podemos circunscrever um lugar para a loucura, construir um lugar onde só ali ela seja autorizada a existir; estaríamos, desta forma, reproduzindo a idéia e a prática do manicômio, ao mesmo tempo que tentando destituir a loucura de toda a sua força disruptiva. Portanto, o lugar que queríamos criar era um lugar de passagem, de trânsito, de encontros e de trocas; um *lugar-movimento*.

Então, o primeiro processo decisivo e definitivo, que tornaria viável essa perspectiva, foi o processo de *abertura das portas*. O CAPS iniciou o atendimento

como uma clínica *dentro* da qual os pacientes vinham passar uma parte do dia ou o dia todo; parecia-me que a única diferença entre esta instituição e o hospital psiquiátrico era que as pessoas iam dormir em casa.

No entanto, funcionários e usuários se sentiam incomodados com esta situação, que era discutida simultaneamente em reunião de equipe e reunião geral da casa (reunião aberta a todos que tinham alguma relação com a instituição).

O mais interessante desta história é que, enquanto os funcionários se debatiam com a questão sem conseguir chegar a um consenso, os usuários se organizaram e fizeram uma proposta clara à equipe. Eles entendiam que muitos deles, em algum momento, precisavam de uma maior continência, que não estavam em condições de decidir sozinhos (palavra de uma usuária sobre sua própria situação), precisavam de ajuda e de cuidado; no entanto estas situações de crise mais intensa não eram predominantes e deveriam ser tratadas como exceção. De forma geral todos os usuários deveriam exercer seu direito de ir e vir, e no caso de uma crise, dever-se-ia criar uma situação especial para aquela pessoa.

É interessante observar como, neste tipo de trabalho, onde se tenta criar algo novo num universo de práticas já há muito instituídas, os trabalhadores muitas vezes estão de tal forma presos aos velhos modelos, que é necessário um grande esforço e muitas horas de discussão para se legitimar um direito tão básico como o de ir e vir. Nunca é demais, no entanto, salientar que os pacientes psiquiátricos não têm sua autonomia e cidadania garantidas pela constituição e, quando em tratamento, estão sob responsabilidade do médico e sua equipe, que devem responder por qualquer eventualidade.

Dado que nos encontrávamos em uma posição de contradição, a proposta dos usuários fazia muito sentido. Em momentos de crise éramos chamados a exercer uma função de controle, exercitar o poder que nos era delegado enquanto profissionais responsáveis por aqueles pacientes. Poder que era algumas vezes desafiado ou levado ao polo oposto da real impotência, quando um usuário fugia da instituição e ficava alguns dias desaparecido.

Mas talvez estivéssemos sendo solicitados, não a exercer o controle, mas a oferecer continência; uma solicitação feita a partir da confiança construída na relação entre profissionais e usuários. A diferença entre estar desempenhando um papel de continência ou estar reproduzindo uma prática de controle, talvez possa ser encontrada se pensarmos de onde provém a autorização para tal tomada de atitude. Se a autorização provém do Estado, estaríamos exercendo uma função de controle; no entanto, se, mais que a autorização, configura-se um pedido do próprio usuário, no interior de uma relação terapêutica, pensar em continência seria mais apropriado. De qualquer forma, do lugar que estávamos colocados, respondíamos a demandas de origens variadas (família, usuário, estado), muitas vezes sem discriminá-las muito bem.

O fato é que a discussão em torno da porta foi expressão da complexidade do terreno no qual estávamos nos movendo. Ao abriremos as portas estávamos tomando posição e fazendo uma escolha: não queríamos ver nossa prática associada ao controle e à exclusão, mas, à continência, escuta, *holding*, referência.

Assim, a partir do momento em que as portas ficaram abertas, o CAPS mudou de cara. Jonas Melman (1992; 54), psiquiatra membro da equipe do CAPS, conta que um usuário, Márcio, certa vez perguntou a ele: "*O Centro de Atenção é um hospital-dia,*

uma clínica psiquiátrica, uma empresa ou um clube?" De fato esta é uma pergunta bastante pertinente e difícil de responder.

Com as portas abertas, muitas vezes os pacientes vinham para o CAPS para se encontrar e dali saírem para passear. Lembro de uma vez que Marcelo, um usuário, chegou à sala de estar parecendo não estar bem; procurei conversar, mas ele “não estava para papo”; então, alguns minutos depois, Paulo Fernando, outro usuário, se aproximou dele e saíram da sala conversando, me mostrando que além de local de tratamento aquele também era um lugar de referência e encontro.

Os espaços, ao redor do CAPS, foram, aos poucos, sendo ocupados pelos usuários. Eles começaram a se apossar de uma cidade que antes não lhes parecia sua. Com frequência passamos a encontrá-los no MASP, perambulando pela avenida Paulista, tomando chá no Spade (restaurante de comida natural), etc.

Mas, também no interior da instituição, muita coisa acontecia. Foram muitas as formas de organização que o CAPS já teve e estarei falando aqui da última organização da qual participei. Havia uma rotina que organizava o cotidiano e à qual todos se referiam, inclusive para propor mudanças. Esta rotina dizia respeito aos horários de café, almoço e lanche, e aos horários de grupos terapêuticos, grupos de atividades e projetos e reuniões.

Os grupos terapêuticos, verbais ou de terapia ocupacional, eram, como os atendimentos individuais e familiares, indicadas para cada usuário por seu técnico de referência. Outras atividades e espaços eram propostos para o conjunto dos usuários, que poderiam escolher de qual participar. Muitas vezes, partia também da equipe sugerir algumas dessas atividades. Estas eram: as refeições, os projetos (atividades desenvolvidas a partir das solicitação e organização dos usuários), os ateliês (de música,

de modelagem, de teatro), a sala aberta (local com disponibilidade de diversos materiais, onde o usuário poderia fazer alguma coisa ou estar lá apenas para conversar), a biblioteca, a sala de estar (onde muitas vezes se organizavam bingos, jogos de carta ou dominó) e a reunião geral.

Nesta última se discutiam assuntos que dissessem respeito a todos: os relacionados à rotina, aos cuidados com a casa, aos usos do espaço, aos problemas de relacionamento. Era da reunião geral que saíam propostas de projetos: a organização da biblioteca, o projeto 'Toque Mágico' (relacionado aos cuidados pessoais e estéticos, uma espécie de salão de beleza), festas, etc., e que eram organizados por alguém da equipe (estagiários, funcionários ou técnicos) juntamente com o grupo de usuários interessados. Foi a partir dessa reunião que foi criado o 'Projeto Trabalho'.

Este projeto surgiu a partir da mobilização criada por um impasse concreto que se configurava na atenção a alguns usuários que, embora estivessem num momento de desvinculação do CAPS (porque o que ali era oferecido não mais correspondia a suas necessidades), não conseguiam retomar suas vidas, redirecioná-las, fazer novos projetos. Muitos precisavam de dinheiro e não conseguiam emprego. Frequentemente o fato mesmo de não contribuir com as despesas em casa era por si só fator de exclusão e segregação no próprio núcleo familiar, muitas vezes fazendo com que a pessoa fosse identificada pela família com um fardo. Além disso, para muitos usuários o trabalho era uma esfera da vida muito investida, estando identificado a algo de grande valor e muito desejado.

Em *Psicanálise e contexto cultural* Jurandir Freire Costa, estudando a subjetividade dos usuários de serviços públicos de saúde mental, chama a atenção para a grande significação que os elementos da vida laborativa têm para esses sujeitos e a

relação freqüente que aparece entre os percalços do trabalho e o adoecer. No CAPS, a questão do trabalho era constantemente colocada nos espaços de discussão coletivas, as reuniões gerais.

Concomitante às discussões referentes a organização de um espaço de trabalho, outras necessidades como moradia, lazer, cultura, convívio social, iam ocupando as pautas da reunião geral. Parecia que um movimento de ampliação das coordenadas clínicas estava se constituindo, confrontando-nos com situações limites no âmbito da terapêutica.

O que fazer quando um dos usuários não tem onde morar ou quando a convivência cotidiana com a família se mostra como um dos fatores de agudização do quadro? O que propor a pessoas que já finalizaram seu processo terapêutico e que, ao receberem alta, voltam para suas casas para passar dias sempre iguais sozinho diante da televisão?

Quem já trabalhou em processos de abertura de hospitais psiquiátricos, como no Pinel ou no Juqueri entre 1985 e 1989, sabe que muitas pessoas continuam internadas no manicômio, não por terem necessidade de tratamento psiquiátrico, mas por não terem renda, família, casa ou trabalho. Dessa forma, se se deseja realmente inventar uma proposta que ponha em questão a necessidade do hospital psiquiátrico, é preciso enfrentar também as problemáticas sociais que o mantêm.

Essas questões nos impulsionaram no sentido da constituição de uma Associação Civil que pudesse congrega, usuários, familiares, trabalhadores de serviços de saúde mental, a Associação Franco Basaglia. O intuito era possibilitar que respostas às questões que mobilizavam a todos os envolvidos, e que se encontravam na interface entre prática clínica e prática social, poderiam ser buscadas a partir de um coletivo, cuja

característica principal não era a tecnicidade ou a formação, mas o interesse e a implicação com aquelas questões.

Percebemos também, que a criação da Associação deu uma nova mobilidade ao CAPS, ampliando sua atuação para fora das limitações que o estado e suas mudanças impõem ao serviço público. Nos aproximávamos assim da noção de 'empresa social' italiana e do 'clube terapêutico' de La Borde, propondo uma concepção nova de “serviço público” que pudesse compor com uma instituição viva e criativa; uma forma de organização na qual pudessem se encontrar atendentes, atendidos, famílias, comunidades locais, etc. Trata-se, como diz Guattari (1992; 198) *“de interessar o máximo de parceiros em uma renovação da psiquiatria para que ela não se feche sobre si mesma.”* Com a criação da Associação nos foi possível iniciar o “Projeto Trabalho”, o “Projeto Moradia”, organizar festas e reuniões que estendiam os limites de um Serviço Público de Saúde.

Com esse rápido panorama podemos ter uma noção do grande número de atividades que eram organizadas e oferecidas aos usuários do CAPS. Mas, porque propúnhamos essa gama de atividades? Não estava em nossos horizontes curar os pacientes nem promover a remissão de seus sintomas. Nossa idéia era proporcionar àquele que nos procurava a possibilidade de construir, acompanhado, e no seio de uma vida coletiva, sua própria trajetória, na instituição e na vida, escolhendo aqueles espaços e linguagens que lhe fizessem sentido ou que lhe proporcionassem a construção de algum sentido.

As escolhas eram feitas algumas vezes pelas atividades, outras pela transferência que cada um estabelecia com os coordenadores das atividades ou com o grupo.

Quando alguém era admitido ao CAPS, passava a ser acompanhado mais de perto por um dos técnicos que o havia recebido na triagem. Era com ele que o usuário discutia seu contrato: em quantos e quais dias viria à instituição, de quais atividades participaria, o momento da alta, etc. No entanto, este não seria necessariamente o terapeuta (de grupo ou individual) do paciente. Esta escolha se dava muitas vezes pelos vínculos que o usuário estabelecia no dia-a-dia da casa. Este acompanhamento próximo visava, também, tentar captar e acolher acontecimentos menores que às vezes passam despercebidos mas que podem ser desencadeantes de movimentos importantes.

Os espaços, de atendimento grupal ou individual, eram os espaços privilegiados para a elaboração e articulação de todas as experiências vividas na instituição e, é claro, fora dela. Era aí que se procurava possibilitar a construção de uma história que pudesse ser apropriada pelo sujeito, na tentativa de tecer e retecer a trama de significados. Também para os usuários, como para nós, era necessário criar formas, linguagens, escrever uma história que conformasse e desse algum sentido às experiências avassaladoras que sofriam.

Ao mesmo tempo em que ia tentando articular as marcas de sua existência de forma a fazer sentido, o usuário participava, também, da experiência de *fazer história* interferindo na construção coletiva de uma instituição. Esta instituição podia, assim, ser vivida como uma realidade flexível, que se deixava moldar ou transformar pelo sujeito, que tinha, desta forma, a vivência de inscrever-se no mundo.

Talvez fique um pouco mais claro o funcionamento dessa instituição quando acompanharmos os relatos que serão feitos no próximo capítulo. Mas já podemos perceber que a organização do cotidiano institucional em torno de atividades cria uma vida coletiva pulsante e a propicia espaços de encontro e troca, facilitando o inserção

numa temporalidade coletiva. Além disso, a oferta de opções variadas de atividades possibilita a construção, por parte do usuário, de trajetórias e composições singulares.

De qualquer forma é difícil visualizar o CAPS sem estar lá. Recentemente, quando estava escrevendo este texto, um de meus colegas e amigos do CAPS faleceu. A notícia foi uma surpresa e um choque para mim. Os usuários propuseram que se organizasse uma missa no CAPS, como forma de se despedir, e eu fui me encontrar com eles lá.

Estava envolvida com dor e estranhamento quando me assaltou uma idéia de que talvez isto fosse o CAPS: um lugar onde se possibilita a experiência e convivência com o sinistro; morte e loucura estavam ali sendo elaboradas coletivamente.

3. O Hospital-Dia Infantil em Saúde Mental da Mooca

*A vida é a arte do encontro
embora haja tanto desencontro pela vida*

VINÍCIUS DE MORAES

Os Hospitais-Dias em Saúde Mental surgiram, em São Paulo, na gestão petista da prefeitura, no governo de Luísa Erundina, cujo compromisso com ações e implementação de recursos no campo da saúde e educação era visível. A proposta de atenção à Saúde Mental compreendia uma integração entre vários serviços que atenderiam os usuários, nos diferentes momentos da evolução da doença.

A opção por enfrentar o modelo hospitalocêntrico também aqui ficava clara. Quando houvesse necessidade de internação, esta deveria ser feita em unidades psiquiátricas de hospitais gerais; após a contenção da crise o paciente deveria ser encaminhado para um Hospital-Dia, onde permaneceria por um período curto, pois o seguimento a longo prazo deveria ser feito por equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde.

O projeto previa ainda Centros de Convivência instalados em parques e praças da cidade, abertos ao público em geral e para onde pacientes de diversos serviços poderiam ser encaminhados para participar de ateliês ou cooperativas. Claro que cada um desses serviços mereceria uma apresentação mais aprofundada e detalhada, porém meu objetivo aqui é apenas situar em que contexto foi criado o HD da Mooca.

Seria importante, no entanto, assinalar que esta proposta, apesar de interessante e inovadora, mantém a idéia de hierarquização do atendimento, que é, em muitos pontos, semelhante ao modelo adotado no governo Montoro. A crítica a este modelo foi feita, na prática, pelo projeto de atenção à saúde mental da prefeitura de Santos, nas gestões petistas. Este projeto prevê a criação de NAPS: estruturas complexas que atendem os usuário na crise, realizam o seguimento do tratamento e são também o local de referência em saúde mental para toda uma região, funcionando 24 hs/dia.⁹ Também o CAPS e o HD da Mooca fogem, de certa forma, àquela proposta que fragmenta a atenção, oferecendo uma multiplicidade de estruturas articuladas no sentido de responder às diversas demandas que se apresentam.

Mas todas essas proposta foram pensadas para o atendimento de pacientes adultos. Na verdade, a atenção a crianças com problemas emocionais graves é uma questão complexa, ainda muito pouco enfrentada por nós, aqui no Brasil.

A própria tentativa de enquadrá-las em uma definição me parece problemática, mesmo porque há muita discussão entre psiquiatras e neurologistas sobre se essas crianças apresentariam manifestações de *autismo* ou *síndromes genéticas* ou ainda *quadros graves de deficiência mental*. Entre os especialistas não há sequer um consenso sobre aquilo que é chamado de *psicose infantil*. Todavia estamos transitando por este amplo campo sem a preocupação de delimitá-lo ou defini-lo. Nossa questão diz respeito à morada que é possível construir para essas crianças habitarem. (Questão que será desenvolvida mais tarde).

⁹ Sobre esta experiência ver Nicácio (1994).

De um modo geral, essas crianças encontram-se *escondidas* em casa ou espalhadas pelas mais diferentes instituições asilares e, no interior dessas, tratadas de forma discriminada. Conheci uma de perto (trabalhei lá quando recém formada), a Casa de David: instituição *filantrópica* para deficientes mentais; na verdade, um grande depósito humano. Lá dentro, as crianças às quais se atribuía uma psicose, associada à deficiência mental, eram colocadas num pátio, nuas, sujas; ali mesmo se alimentavam, defecavam... não é preciso falar muito para saber do que se trata. E nesses contextos os diagnósticos não servem a mais nada além de rotular, classificar e excluir.

Houve, no entanto, uma experiência interessante no campo da psiquiatria infantil, aqui em São Paulo, a “Comunidade Terapêutica Enfance”, Instituição de atenção à saúde mental infantil, que funcionou em Diadema de 1968 à 1988 e que foi um local produtor e multiplicador de novas práticas no campo da saúde mental. Da nossa equipe do HD faziam parte alguns profissionais que tinham participado dessa experiência, que era, de alguma forma, uma referência. Outra importante experiência neste campo é desenvolvida há 15 anos, em Recife, pelos profissionais do CPPL (Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem), constituindo-se num trabalho de ponta, no Brasil. Outras referências vinham da Europa, como os trabalhos de Mannoni e outros psicanalistas que trabalhavam com crianças em instituição.

Havia também experiências que se desenvolviam concomitante à nossa: os outros dois hospitais-dias infantis da prefeitura (que se desenvolviam como nós, tateando e procurando criar uma instituição sem muitas diretrizes do projeto geral), e a “Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida”, proposta do Instituto de Psicologia da USP. Com estas experiências buscávamos estabelecer um diálogo.

O HD da Mooca abriu suas portas à população em 1991. A demanda demorou um pouco a aparecer; parecia até que não existia um número de crianças com uma problemática que justificasse uma instituição como essa¹⁰. Esta primeira impressão mostrou-se equivocada; depois de um curto período tínhamos já um fila de espera e problemas para agilizar a triagem.

Merece ser contado o fato que inaugurou o HD. Nesta época, a equipe estava se formando aos poucos e dedicando-se inicialmente à elaboração de um projeto de trabalho. Os atendimentos que aconteciam tinham um caráter ambulatorial (sessões com hora marcada). Fomos, então, procurados por um funcionário de um hospital geral que pedia ajuda para o encaminhamento de um caso.

Paulinho (o nome é fictício) estava internado por um quadro de anorexia, tinha chegado ao hospital "quase morto" (segundo fomos informados). Após o tratamento médico, seu quadro melhorou consideravelmente, estava recebendo alimentação por via endovenosa e em breve poderia ter alta do hospital; continuaria a se alimentar da mesma forma estando em casa. No entanto a equipe do hospital acreditava que era preciso enfrentar a questão da anorexia antes que ele retornasse com sua mãe para Alagoas, onde vivia sua família.

¹⁰ Segundo Kupfer (1993; 2) "*O DSM-III R coloca dentro de uma mesma categoria (portadores de distúrbios globais do desenvolvimento) as crianças que eram anteriormente classificadas como esquizofrênicas, psicóticas e autistas, sejam quais forem as causas admitidas. (...) Dentro dessa nova categoria encontram-se, de acordo com as estatísticas americanas apontadas nesse manual, 10 a 15 crianças ou adolescentes em cada 10.000. Supondo-se que essa incidência seja semelhante no Brasil - que tem hoje, segundo o IBGE, uma população estimada de 60 milhões de crianças e adolescentes de até 17 anos, 60.000 a 90.000 crianças estariam dentro desse quadro.*"

Um dos terapeutas começou a visitar Paulinho ainda no hospital, e, quando ele recebeu alta, veio para o HD. Avaliamos que Paulinho e sua mãe necessitavam de uma continência efetiva e de um acompanhamento intensivo. Propusemos então que ele viesse todos os dias passar as tardes conosco e sua mãe seria atendida individualmente.

Paulinho foi nosso primeiro paciente em regime de HD e a equipe teve que se organizar para que tivesse sempre alguém com ele. Tânia Mara Parro, psicóloga, e Eliane Rodrigues, enfermeira, faziam o acompanhamento mais próximo de Paulinho e sua mãe, mas toda a equipe estava envolvida em seu atendimento.

A partir daí outras crianças foram admitidas com este tipo de contrato. Em geral, as crianças vinham todos os dias meio período, para que pudessem, no outro período, freqüentar uma escola. Mas havia outros tipos de contrato, que eram feitos de acordo com a necessidade e possibilidade de cada família; algumas crianças vinham duas vezes por semana para passar o dia todo, outras vinham só para algumas atividades ou atendimentos, etc.

O HD procurava atender, de forma intensiva, crianças que apresentassem graves distúrbios emocionais e de desenvolvimento, juntamente com suas famílias. Em sua maioria essas crianças chegavam à Instituição com diagnóstico de psicose infantil ou autismo; as famílias, em geral, estavam vivendo um momento de desestruturação das relações entre seus membros, com muita dificuldade em organizar-se no cotidiano e inserir-se socialmente.

Excluídas de uma inserção satisfatória no mundo que as rodeia e em sua própria cultura, essas famílias, e mais radicalmente suas crianças, estavam excluídas também da possibilidade de um viver criativo. Sem poderem se separar uns dos outros o suficiente

para se olharem e olharem o mundo à sua volta, não podiam criar seu mundo nem a si próprios. Estavam presos na repetição do mesmo.

Como recurso para enfrentar esta problemática complexa foi desenvolvida uma grande variedade de modalidades de atenção: atendimento familiar, atendimento individual, grupos terapêuticos, oficinas (de história, de música, de artes, de esportes, ecológica), espaços livres, lanche e atividade cultural.

O cotidiano institucional aparece aqui mais uma vez organizado em torno de proposta de atividades; essas propostas eram articuladas a partir de uma concepção de clínica ampliada, isto é, do enfrentamento da questão da loucura em suas várias vertentes: enquanto sofrimento psíquico singular e coletivo e enquanto vivência de exclusão, do lugar do sem lugar, daquilo que está fora.

Oferecer esta variada gama de atividades gerava grande potência clínica. Potência clínica aqui entendida no sentido do paradigma possibilidade/probabilidade do qual nos fala Rotelli (1990), rompendo com aquele mais conhecido da causa/efeito; cada uma destas atividades não é realizada para se obter efeitos específicos, mas para oferecer uma rede de possibilidades articuladas, aumentando a probabilidade de que algo de novo se dê neste mundo do mesmo.

Eram oferecidos vários materiais, vários toques, vários corpos, vários olhares. Em algum desses *cruzamentos* poderia se dar um *encontro* de outra qualidade daquele experimentado até então pela criança.

Portanto, não se estava buscando provocar uma causa para obter um efeito: que esta criança não tivesse mais um determinado sintoma, que parasse de gritar, etc. Procurava-se oferecer, desde as várias modalidades, uma possibilidade da criança emergir de um universo caótico e poder habitar o mundo. Este deveria ser o desejo de

terapeuta: de que o outro possa experimentar uma existência criativa. Como? Não podemos determinar.

Como nos ensina Winnicott (1983; 81) "*o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial.*" O que a criança se tornará está, portanto, fora do controle de qualquer um, seja pai, mãe ou terapeuta.

Neste sentido, tínhamos que pensar numa Instituição complexa, pluralista, que pudesse ter um projeto de atendimento adequado e diferenciado para cada um que nos procurasse.

É como se todos, terapeutas e pacientes, estivéssemos nos movendo em um espaço potencial inventado cotidianamente. Transitando por este espaço, não nos perguntávamos se os objetos e símbolos que o habitavam foram construídos por algum nós ou se já estavam ali antes; eles não estavam nem dentro nem fora de cada um, surgiam do movimento contínuo de encontro e separação, vivido por cada um que ali se encontrava. As atividades eram os elementos constitutivos desse ambiente; era realizando atividades que a criança podia viver a experiência de criar e ter acesso a um universo cultural que compreende linguagens, conhecimentos, histórias, materiais.

Se o CAPS muitas vezes parecia um clube (*feliniano talvez*), o HD da Mooca parecia um jardim-de-infância. E, neste sentido, é difícil discriminar em sua prática uma proposta clínica de uma educacional.

Poderíamos pensar a clínica, de um modo geral, como um processo de problematização da existência e a busca de linhas de fugas e outras possibilidades e modos de subjetivação. A este trabalho estava associado aqui a apresentação do mundo

e de um repertório cultural à criança, para que esta pudesse tê-lo a disposição e utilizá-lo de diferentes formas: alterando-o, esgarçando-o, assimilando-o antropofagicamente.

O problema que se colocava, de imediato, no contato com as crianças que nos propúnhamos a tratar, era o de saber como poderia o sujeito instalar-se no mundo nessas condições. Luis Cádio Figueiredo (1995a) nos diz que, para habitar o mundo e se abrir para o fora de si mesmo, é necessário construir uma morada, espaço de recolhimento e proteção, a partir do qual se constróem portas e janelas, ou seja, aberturas limitadas, que permitam bons encontros evitando as invasões.

Parece-me que, no HD estávamos às voltas com esta tarefa: a de construir moradas, corpos, subjetividades. A impressão que eu tinha é que aquelas crianças estavam jogadas no *fora de si* sem nenhuma proteção. Tratava-se, então, da criação de moradas para a instalação no universo humano. *"Com essas crianças, chamadas autistas, psicóticas e retardadas, tudo tem que ser continuamente reinventado."* (Mannoni, 1995; 74)

O encontro, nesse contexto, é fundamental enquanto acontecimento autêntico e inédito que traz a marca de diferença no procedimento clínico.

4. Habitando um Paradoxo

*A potência do paradoxo não consiste
absolutamente em seguir a outra direção,
mas em mostrar que o sentido toma sempre
os dois sentidos ao mesmo tempo,
as duas direções ao mesmo tempo.*

GILLES DELEUZE

Freqüentemente neste texto aparece a palavra paradoxo. Talvez haja neste trabalho uma tentativa de falar de uma experiência paradoxal, que em minha trajetória foi pela primeira vez identificada em Trieste, onde se experimenta uma ruptura com uma configuração anterior, mas uma nova configuração ainda está sendo gestada.¹¹ É como habitar a passagem, ocupar um lugar de dobradiça, do qual nos fala Derrida. Já não estamos mais presos a um estado de coisas que se tornou velho, obsoleto e alçamos vôo em outras direções; no entanto ainda temos muitas ligações com este tempo e lugar.

Tomemos a proposição de Robert Castel de que há uma contradição intrínseca à psiquiatria, que se coloca entre uma função de controle social e uma finalidade terapêutica. A partir do momento em que nos propomos a tratar psicóticos em instituições abertas, comunitárias, incluindo neste tratamento a família e possibilitando o trânsito do louco pela pólis, cada um dos termos dessa relação de contradição ganha novos contornos e encerra novas contradições.

¹¹ "a realidade manicomial foi superada, com todas as suas implicações prático-científicas, e não sabemos qual poderá ser o próximo passo." (Basaglia (1985; 10) escreveu isso em 1968. De lá para cá uma série de passos já foram dados neste campo, na Itália, mas me parece que ainda se está num momento de passagem).

Do ponto de vista da função social dos serviços de saúde mental, a discussão é complexa: aparentemente se poderia pensar que as instituições abertas, não tendo mais uma ação de exclusão, teriam superado esta contradição.

Infelizmente, a questão não é tão simples. Muitos autores se perguntam se não estaríamos, através de instituições comunitárias, apenas ampliando o raio de ação do controle. É o próprio Castel (1978b; 173) que nos adverte: “ *precisamos sem dúvida nenhuma nos preparar para fazer face a uma profunda transformação das práticas que historicamente constituíram a medicina mental. Algo como um grande desenclausuramento, que não significaria em absoluto uma liberação, mas, uma eclosão e uma generalização das modalidades de controle social.*”

Não podemos, porém, deixar de marcar que a ruptura entre a psiquiatria e a lógica asilar imprime uma realidade diferenciada, na medida em que rompe com a relação mais fundamental e estruturante do saber psiquiátrico: tratamento-isolamento.

Porém, não é esta questão que está sendo privilegiada neste trabalho; a via de entrada utilizada aqui é o outro pólo da contradição: a função terapêutica. Opção oposta a de Castel que, em *A instituição psiquiátrica em questão*, coloca completamente entre parêntese o ponto de vista clínico e terapêutico. Temos que ter claro, contudo, que não é possível separar esses dois termos; o que tento fazer é apenas focalizar um deles, mantê-lo em relevo, tendo o outro como pano de fundo.

Se nos referimos a tratamento, terapia, mantemo-nos no registro de pensar que a loucura requer uma resposta clínica, que em última instância remete a um procedimento médico. Estamos no campo da modernidade que, em sua tentativa de circunscrever a loucura, transformou-a em doença mental. Mas, não podemos nos furtar a pertencer ao nosso tempo, não podemos querer mais que sermos contemporâneos, abrindo-nos para o

que pede configuração hoje. Somos modernos (ou já somos pós-modernos?); para nós a loucura já foi convertida em doença. Qualquer perspectiva que possa se abrir só se fará a partir de uma linha que difere do que nos marca e constitui.

Estamos diante de uma situação paradoxal. Para enfrentá-la teremos que habitar este paradoxo a fim de, a partir dessa posição, criar algo novo. Se não o enfrentarmos podemos reproduzir dicotomias e polaridades que muitas vezes marcam as equipes e impedem qualquer produção de novidade. Ficamos entre o trabalho político/institucional/social e o trabalho técnico/clínico, num confronto que paralisa e impede o pensamento.

Talvez possamos utilizar a contraposição entre o modelo francês e o italiano, de atendimento em saúde mental, como paradigma para pensar esta situação.¹²

O modelo italiano, optando por investir maciçamente na superação do manicômio e de toda a sua lógica, procura ter uma ação basicamente voltada para o social e as representações que faz da loucura, na tentativa de desconstruir “*o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder, estruturados em torno a um bem preciso objeto para o qual foram criados: a 'doença', a qual se sobrepôs, no manicômio, o objeto 'periculosidade'*”.

(Rotelli, 1990; 90)

Nessa experiência arrojada o Hospital Psiquiátrico é substituído por uma rede articulada de serviços: Centros de Saúde Mental, grupos-apartamento, cooperativas de trabalho, laboratórios de escrita, teatro, etc. Há uma tônica forte na tentativa de se construir alternativas fora da lógica do modelo médico-psicológico.

¹² Falaremos desses modelos de forma simplificada, sem levar em conta contradições e conflitos internos, apenas no sentido de ilustrar nossa idéia.

No entanto, o que acontece na prática é que os *operadores*¹³ recorrem, muito freqüentemente ao uso de psicofármacos para contenção de crises psicóticas.¹⁴ É claro que não há a intenção aqui de discutir a importância dos psicofármacos no tratamento de psicóticos, apenas ressaltar que, de todos os procedimentos médico-psicológicos, a medicação é o que mais fortemente se mantém.

A importância desta experiência é inegável. Segundo Guattari (1992; 194) “*a visada dos italianos permanece correta. Recentrar a psiquiatria na cidade não significa implantar aí mais ou menos artificialmente equipamentos e equipes extra-hospitalares, mas reinventá-la ao mesmo tempo em que se desenvolvem outras práticas sociais com a ajuda direta das populações concernidas.*”

Os franceses, por outro lado, investiram na criação de serviços setoriais, nos quais a psicanálise tem um papel fundamental. Com esse dispositivo conseguiram criar um atendimento de qualidade a uma parcela da população atendida pelos Serviços de Saúde Mental, mas que não corresponde à população psiquiatrizada (os egressos de Hospitais Psiquiátricos).

A Instituição Psiquiátrica fica intocada, assim como sua população cativa. O número de leitos psiquiátricos na França manteve-se alto mesmo após a instauração da psiquiatria de setor. Segundo Fernanda Nicácio (1989; 97) apesar de ter passado por modificações importantes na organização psiquiátrica na década de 70, “*na França, existem ainda cem mil pessoas internadas. A política de desospitalização tem como uma*

¹³ Os trabalhadores do serviço de saúde mental em Trieste são chamados de 'operatori' e não há distinção de formação técnica entre eles, nem de funções a serem desempenhadas. No processo de reconstituição da subjetividade do internado, a dos próprios trabalhadores também se transforma.

¹⁴ Não conheço os trabalhos de avaliação do uso de psicofármacos em Trieste. Faço este comentário me baseando apenas na observação do serviço, enquanto trabalhei lá. É preciso, no entanto, salientar, que o uso de medicamentos é acompanhado criteriosamente pelo corpo médico e não reproduz a lógica de sedação coletiva utilizada nos grandes hospitais.

de suas características a redução do período de internações ao lado de um aumento complementar de altas e recidivas."¹⁵

Além disso, a psiquiatria de setor possui uma organização planejada e hierarquizada *a priori*, na qual os usuário tem que se encaixar.

A partir dessas constatações podemos pensar que é preciso articular essas duas estratégias para caminhar no sentido de uma nova relação com a loucura. Juntar, como nos propõem Peter Pelbart (1995; 79), "*o que antes parecia cindido: a rica bagagem de questionamentos mencionada há pouco (concernentes às estratégias sociais de enfrentamento da loucura), e a disponibilidade de enfrentar o apelo vindo dessas vidas. Não só crítica, não só clínica.*"

É desta clínica, atravessada pela crítica, que se está tratando no presente trabalho. Uma clínica que está sendo engendrada numa multiplicidade de lugares e de formas variadas e heterogêneas; por isso a utilização de termos como *outra clínica*, *nova clínica*, *clínica ampliada*, ou ainda como dizem os italianos "extra-clínico", indicando um campo fora da clínica mas ainda a ela remetido.

Esta clínica implica um compromisso ético com o outro, em sua irreduzível alteridade, o que equivale a dizer, se faz no acolhimento do estranho; mas o compromisso ético exige também que não *lavemos as mãos* diante de situações de crise e sofrimento, impelindo-nos a intervir, atuar, comprometer-se, "prenderem em carco" como dizem os italianos.

¹⁵ No Brasil, sem uma política que privilegie nenhum caminho rumo a superação do hospital psiquiátrico, "*em vinte anos, enquanto a população geral aumentou 82%, a população do hospital psiquiátrico aumentou 213%, apesar do advento dos psicotrópicos.*" (Motta, 1994; 18)

Implica em colocar-se a inventar respostas ao sofrimento e não técnicas ou mecanismos de cura ou reparação de falhas. Talvez esta seja uma diferença que tal clínica instaura: a questão para ela não é mais a doença, mas o sofrimento.

É bom lembrar que a relação entre loucura e sofrimento não é direta e linear; nem todos os loucos sofrem. Desta forma, o que passa a nos interpelar é o sofrimento dos loucos; os *malucos-beleza* que circulam pela cidade, e neste trânsito constroem seu próprio território, não precisam estar atrelados a serviços de saúde mental; podem, no entanto, procurá-los em momentos de crise.

O sofrimento com o qual nos deparamos pode ser decorrente de uma experiência que, em sua força e radicalidade, rompe a teia de significações e o território existencial do sujeito; pode ser decorrente da objetivação vivida em instituições psiquiátricas tradicionais, onde sujeitos são tratados como coisas, sem nenhum poder sobre sua vida ou seu corpo; pode ser produzido a partir do descompasso entre a experiência individual e as questões coletivamente elaboradas; pode ser decorrente de um aprisionamento de subjetividades que, não conseguindo entrar num movimento de criação da própria existência, ficam presas à repetição do mesmo. Em todos os casos, estamos desafiados a encontrar formas de escutar este sofrimento, o apelo que ele faz, e intervir quando necessário.

A intervenção se faz de dentro da situação que se apresenta, atravessada por todas as forças conflitantes que a compõem. Estamos aqui tão longe da assepsia do hospital quanto da neutralidade do *setting* psicanalítico.

A radicalidade dessa experiência tira do lugar o terapeuta; já não somos mais enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais; somos talvez uma outra coisa ainda sem nome. Basaglia se referia a esses trabalhadores como *técnicos do saber*

prático. Nomeados desta forma, os técnicos estão confrontados com o desafio de operar no limite tênue entre teoria e prática, no qual a construção de conceitos, e da própria profissionalidade, se faz pela urgência das questões clínicas concretas.

A idéia de criação talvez ajude a pensar este terapeuta ativamente inserido no processo e a inventividade presente em sua ação. A proposta de se pensar o lugar das atividades, do trabalho, da criação artística, nesta clínica que está sendo gestada, contribuição singular da terapia ocupacional ao campo da saúde mental, talvez abra a perspectiva de um olhar ativo, inserido, comprometido e articulado à criação, ao mesmo tempo que instaura um outro lugar para aquele que outrora fora o *paciente*: este pode agora ter um papel de construtor da sua própria trajetória.

IV. CRIAR, BRINCAR, CONSTRUIR, ENCONTRAR

FRAGMENTOS DE UMA CLÍNICA MULTIFACETADA

1. Considerações Iniciais

*A única finalidade aceitável das atividades humanas
é a produção de uma subjetividade que enriqueça
de modo contínuo sua relação com o mundo.*

FÉLIX GUATTARI

As atividades, utilizadas na nova clínica que se procura aqui cartografar, participam da construção do território paradoxal que terapeutas e trabalhadores em saúde mental habitam, do qual falamos no capítulo anterior e, mais que isso, encarnam esse paradoxo muito bem. Isto porque, como já foi assinalado, atividades, as mais diversas, são um importante elemento da lógica asilar, desde que a psiquiatria surge como um saber médico em relação à loucura, transformando-a em doença mental.¹⁶ Mas são evocadas, também, a participar do movimento de desconstrução dessa mesma lógica. Para nos aproximarmos desta questão vamos acompanhar alguns movimentos do processo de constituição do campo da terapia ocupacional, constituição esta que se dá na fronteira com vários saberes.¹⁷

Roberto Machado (1978) nos ensina que uma característica básica do asilo para doentes mentais é o controle do tempo, dos corpos e das mentes

¹⁶ Jô Benneton (1991; 19) remonta a relação entre atividade humana e clínica a um período anterior; considera que a atividade humana já era pensada como terapêutica desde a antiguidade "*quando as doenças mentais e físicas significavam 'males do espírito'*"

¹⁷ No texto *A terapia ocupacional: um território de fronteira?*, publicado na Revista de Terapia Ocupacional da USP, desenvolvo e aprofundo este tema.

dos internos e que as atividades se prestam muito bem a desempenhar este papel. O hospício isola estes internos do contato com o mundo exterior e passa a se encarregar da totalidade de suas vidas, prescrevendo a eles ocupações, entre as quais o trabalho tem lugar de relevo como principal meio de cura. A norma do trabalho, materializada em diversas oficinas (costura, bordado, artesanato em couro, carpintaria) impera no hospício; para aqueles sem aptidões especiais, há a possibilidade de trabalhar como servente nas obras, refeitório ou enfermarias do asilo.

Pinel (apud Foucault, 1972; 488) afirma que *“o meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem, é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado.”*

Esta era a base do tratamento moral proposto por Pinel. Mas podemos perceber através desta citação que o trabalho não foi instituído como medida de sanidade mental somente no interior do asilo. A valorização e dignificação do trabalho era base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista que requeria a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção. A indicação do trabalho como medida terapêutica surge no bojo de reformas humanitárias, da busca de igualdade entre os homens, do surgimento da sociedade industrial e da transformação da loucura em doença mental, que estavam em curso no final do séc. XVIII e início do XIX, na Europa, e mais fortemente na França.

Os hospitais psiquiátricos brasileiros, surgidos na segunda metade do século passado e início deste século, procuravam seguir os moldes desta psiquiatria: os asilos deveriam ter terrenos grandes para que os doentes pudessem realizar atividades de cultivo, e havia toda uma organização de setores para a realização de atividades tais como trabalho com barro, couro e madeira.

Neste contexto, não surpreende o fato de a tese inaugural da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, de Henrique de Oliveira Mattos, ter como título *Laborterapia nas Afecções Mentais*. A estas se seguiram muitas outras tendo como tema central a aplicação terapêutica do trabalho nos hospitais psiquiátricos. (Soares, 1986; 3)

No interior de disciplinas com nomes variados (ergoterapia, laborterapia, praxiterapia) desenvolveu-se e aperfeiçoou-se o trabalho como instrumento de tratamento e cura; na tentativa de sistematizar tipos de trabalhos adequados a estados mórbidos, buscou-se dar ares de ciência médica à terapêutica.

No entanto, à medida que concepções biológicas foram se tornando hegemônicas no campo da psiquiatria, a ergoterapia entrou em declínio. As atividades eram utilizadas para o procedimento diagnóstico e classificatório e eram indicadas de acordo com o diagnóstico dado ao paciente. No entanto os argumentos de uma tal ergoterapia não foram capazes de se sustentar diante de uma exigência cada vez mais forte de racionalidade científica.

Isso não indica, porém, que as atividades desapareceram do asilo. Em quase todos eles, foram mantidas atividades monótonas e repetitivas que serviam de combate à ociosidade e o vazio provocados pela própria instituição. A noção de *ocupação* ganha força. Além disso, em muitos hospitais psiquiátricos, a laborterapia se manteve apenas como exploração do trabalho dos pacientes, em serviços de manutenção da própria instituição.

No artigo *O dilema do uso de atividades terapêuticas nos hospitais psiquiátricos brasileiros*, Selma Lancman (1990), apresenta os resultados de sua pesquisa, realizada no Hospital do Juqueri, onde verificou-se, entre outros aspectos, o significado, para

internos, funcionários e técnicos, do trabalho que os primeiros realizavam dentro desse hospital, através de entrevistas e análise de discurso.

Sua pesquisa leva às seguintes constatações: técnicos e funcionários em geral costumam discriminar os internos entre 'conscientes' e 'pacientes de verdade', de acordo com o trabalho que realizam no hospital. Os funcionários tendem a repassar para os pacientes a opressão a que se sentem submetidos pela má remuneração e pelas precárias condições de trabalho. Assim, incentivam os internos, através da distribuição de privilégios, a realizarem as atividades mais desvalorizadas entre as que deveriam ser feitas por eles.

Para os técnicos a exploração da mão-de-obra é, por vezes escamoteada pelos argumentos de integração social, sendo confundida com efeitos terapêuticos. Deste modo valoriza-se o processo de trabalho e não seu produto final que, por isso, não pode ser comercializado nem remunerado.

Já os internos que trabalham, reproduzindo a idéia fortemente presente em nossa sociedade de que a saúde está diretamente associado ao engajamento em alguma atividade produtiva, costumam gostar de trabalhar pois se sentem assim integrados, possuem uma forma de passar o tempo, se sentem fundamentais para a instituição e diferenciam-se daqueles que consideram os 'verdadeiros doentes'.

Mas, apesar dessa forte herança, por paradoxal que seja, alguns psiquiatras partiram justamente de experiências com atividades no interior de instituições psiquiátricas para pensar uma outra possibilidade de tratamento, caminhando na direção contrária à maré biologizante/organicista de concepção da loucura e a uma psiquiatria que vai se afirmando cada vez mais como prática médica/científica. Colocavam-se em oposição ao sistema de exploração do trabalho dos internos justificado como medida

terapêutica, bem como à lógica da exclusão e da violência que caracterizam o manicômio.

Na França os estudos sobre Ergoterapia são retomados na década de 50. Tosquelles pensava essa modalidade de intervenção no contexto da Socioterapia, produzida pela articulação entre sociologia e psicanálise. Félix Guattari (1976) remonta a origem da Psicoterapia Institucional à “terapêutica ativa” de Herman Simon, que, também foi aplicada no Hospital San Giovanni, em Trieste e depois posta de cabeça-para-baixo na constituição das Cooperativas de Trabalho.

No Brasil, a referência a Nise da Silveira, Luis Cerqueira e Osório César se faz imprescindível, pelas experiências inovadoras que desenvolveram nesse campo.

Percebemos aqui uma virada no percurso que vínhamos acompanhando: a utilização de atividades passa a ser uma prática marginal à psiquiatria, o que possibilitará, a constituição de um campo autônomo: o da terapia ocupacional. Por outro lado, como veremos a seguir, essa prática sofre também uma inflexão em sua trajetória, tornando-se enriquecida e complexificada, no encontro com os movimentos modernos no campo das artes, e com as linhas psicológicas que começavam seu desenvolvimento no mesmo período (Psicanálise e Psicologia Analítica fundamentalmente). Articulam-se assim, três campos de saberes e práticas: a terapia ocupacional, a psicologia e a estética, na constituição de um território prático, instaurando-se um novo prisma para se pensar a utilização de atividades na clínica.

Acompanhemos mais de perto as experiências que, no Brasil, provocaram essa inflexão.

Luis Cerqueira foi um *"dos primeiros difusores, no nosso meio, das propostas de modernização da assistência psiquiátrica produzidas nos países centrais a partir do*

pós-guerra." (Nascimento, 1991; 115). Em meados dos anos 60, quando foi coordenador de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, formulou uma proposta que previa a passagem do modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário de atenção à saúde mental.

Muitas de suas propostas, no início dos anos 60, como a de criação de serviços extra-hospitalares, em estruturas diferenciadas para os três níveis de atenção (prevenção, tratamento e reabilitação), estão intimamente ligadas ao surgimento, nos anos 80 e 90, de experiências como o CAPS Luis da Rocha Cerqueira (a homenagem no nome não é mera coincidência) e os Hospitais-Dias.

Luis Cerqueira propunha também uma transformação gradativa do hospital psiquiátrico no sentido de tornar-se uma comunidade terapêutica. Neste processo, a terapia ocupacional teria um papel fundamental: seria o meio através do qual se daria a passagem da estrutura tradicional à nova. Seu trabalho de 1965 intitulava-se *Pela reabilitação em psiquiatria: da praxiterapia à comunidade terapêutica*.

Em 1983, quando da implantação, em São Paulo, da proposta de hierarquização, regionalização e democratização da Saúde (em muitos pontos baseada nos trabalhos de Cerqueira), um grande número de terapeutas ocupacionais foi contratado para participar do movimento de transformação das instituições públicas na área da saúde mental.

Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional, do Rio de Janeiro, em 1946, quando foi convidada a organizar a Seção de Terapêutica Ocupacional daquele hospital. Desde o início imprimiu ao trabalho uma orientação própria: a terapêutica ocupacional, entendida por ela num largo sentido, tinha como objetivo encontrar atividades que servissem aos doentes como meios de expressão.

"Será preciso" dizia ela *"partir do nível não verbal. É aí que se insere a terapêutica*

ocupacional, oferecendo atividades que permitam a expressão de vivências não verbalizáveis por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente. (1982; 102).

Entre os vários setores ocupacionais (encadernação, costura, música, etc,...) os ateliês de pintura e modelagem se destacaram, passando a receber um investimento diferenciado por parte da psiquiatra. Nise afirmava que as atividades ali desenvolvidas, através da expressão livre, permitiam acesso ao mundo interno do esquizofrênico, em geral muito hermético. Poderíamos assim verificar *"a surpreendente eficácia da expressão plástica como verdadeira modalidade de psicoterapia."* (ibid.; 10).

Nesta proposta foram introduzidos, no atendimento e na pesquisa, profissionais variados, incluindo artistas plásticos e músicos, o que aponta para uma proposta de caráter interdisciplinar, colocando em questão a univocidade da fala e do saber médico sobre a loucura.

Seu trabalho se complementou com a criação do Museu de Imagens do Inconsciente e com as inúmeras exposições, no Brasil e no Exterior, das obras que fazem parte de seu acervo. Construiu-se assim uma estratégia de agenciar essas produções, fazê-las entrar no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas, que contribuem para o manancial cultural da humanidade.

A inserção destes trabalhos num novo espaço aparece, no início, ainda ligada ao campo médico. Segundo Jô Benetton (1984), em 1981, jovens em tratamento no Hospital-Dia 'A Casa' visitaram, na XVI Bienal de São Paulo, a Exposição de Arte Incomum e não gostaram da forma como os trabalhos dos pacientes da Dra. Nise eram apresentados, com a história clínica dos artistas descrita ao lado. Apontaram, desta

forma, para uma questão muito importante e bastante pertinente: por que tratar essas obras clinicamente e não como objetos culturais?

Mas as obras e seus artistas vão, aos poucos, se desprendendo de sua origem institucional para fazer seu percurso no universo cultural, como podemos perceber ao ler, no livro *Olho d'água* de João Frayze-Pereira, os depoimentos dos visitantes da mesma exposição e ver de que forma aquelas obras passam a afetar o público.

O trabalho de Nise da Silveira, de grande sensibilidade e delicadeza, possibilita estranhamentos e novas afetações, instaurando novos regimes de sensibilidade. Abrindo espaço para manifestações e criações "loucas" e afirmando a importância de uma escuta atenta e interessada por essas produções, Nise da Silveira, mesmo que trabalhando dentro do manicômio, com elementos que lhe são próprios, introduziu uma outra lógica, gerando conflito no espaço asilar e fora dele. Seu trabalho, produzido na interface entre psiquiatria, psicologia junguiana, arte, mitologia, introduz a questão da *expressão* e dos *significados simbólicos* na compreensão das atividades, onde antes só havia ocupação e pedagogia moral.

O médico psiquiatra, músico e crítico de arte Osório César iniciou seu trabalho no Hospital do Juqueri, em São Paulo, na década de 20, recolhendo, catalogando e analisando sistematicamente os trabalhos de artes plásticas dos internos, produzidos na oficina de pintura, que integrava as propostas de ergoterapia. A partir deste trabalho de pesquisa, escreveu seu livro *A Expressão Artística dos Alienados*, falando de uma estética que inclui deformações e distorções figurativas, com caráter simbólico. Sua pesquisa se insere na fronteira entre psiquiatria, psicanálise e arte.

Posteriormente, a partir da experiência daquela oficina de pintura, criou a Escola Livre de Artes Plásticas, onde era ministrado o ensino de desenho, pintura, escultura e

cerâmica, com a participação de artistas plásticos. O trabalho na Escola fundamentava-se em teorias psicológicas (principalmente Freud e Prinzhorn) e estéticas (com destaque para Dubuffet, que desenvolveu o conceito de *arte bruta*).¹⁸

As preocupações de Osório César eram de caráter clínico, mas também social, o que o levou a dedicar-se a projetos de recuperação e integração de doentes na sociedade. Para ele, a finalidade primordial de um departamento de arte num hospital psiquiátrico não deveria ser apenas terapêutica, mas também "*dar a cada internado uma profissão de acordo com sua capacidade, para uma vida melhor fora do hospital*". (César apud Ferraz, 1989; 107).

Osório César também organizou diversas exposições dos trabalhos dos internos em Museus de Arte (a primeira no MASP), com objetivo de inserí-los no meio artístico. Pretendia, com as exposições, "*mostrar mais a parte social e cultural, do que a parte psiquiátrica propriamente dita, dos alienados*." (ibid.; 80).

Os trabalhos de Nise da Silveira e de Osório César iniciados na primeira metade do século estão atravessados pela idéias veiculadas pelas vanguardas modernistas no campo das artes, que, por sua vez, foram fortemente influenciadas pela psicanálise. Há, portanto, uma ênfase no caráter expressivo da linguagem plástica, carregada de força psíquica, como no expressionismo, e na idéia de criação guiada pelo processo primário, o sonho e a fantasia, de inspiração surrealista.

A obra é vista, então, como trazendo a verdade interior de seu criador e este é o seu valor maior. É desta concepção que se origina a designação de *atividades*

¹⁸ A Arte Bruta inclui entre seus artistas loucos, presidiários, solitários, marginalizados de toda espécie. No entanto "*o caráter comum que alguns acreditam perceber em todas as produções reunidas nessa rubrica é ilusório. Essas obras só têm em comum o fato de ignorar o estreito e arbitrário sulco por onde passa a arte habitual e de traçar livremente seu percurso nos imensos territórios que o grande caminho da cultura deixou periclitado a ponto de esquecer que eles existem*." (Dubuffet, 1981; 1)

expressivas para o desenho, a pintura e a modelagem, tão utilizada em terapia ocupacional.

Enveredando por outros caminhos, diferindo dos rumos da psiquiatria, alguns trabalhos psicanalíticos com psicóticos foram buscar, em atividades expressivas e em jogos lúdicos, ferramentas para construir uma clínica com casos que, para Freud, não eram analisáveis.

Como sabemos, nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, Freud (1917; 493) se referia às neuroses narcísicas como inacessíveis ao tratamento psicanalítico, mas abria a possibilidade de invenção de outras técnicas: "*Nas neuroses narcísicas, a resistência é intransponível (...) Nossos métodos técnicos, por conseguinte, devem ser substituídos por outros; e nem sequer sabemos se seremos bem sucedidos na busca de um substituto*". (p.493)

As justificativas para a criação de uma nova técnica partem, por tanto, neste contexto, da dificuldade de se atender psicóticos e escutá-los utilizando-se, como ferramenta linguageira, apenas a palavra, o discurso verbal.

Cristina Kupfer (1995) nos conta que introduzir no *setting* analítico um objeto mediador é recurso usual entre os psicanalistas como uma espécie de facilitador técnico. Aqui, a ênfase está na *escuta* dessas produções. A obra ou o jogo entendidos como produções do inconsciente, assim como o sonho, ocultam ao mesmo tempo que expressam algo. A interpretação ocupa, neste tipo de trabalho, um papel importante. As atividades são elementos para o estabelecimento de uma comunicação possível. Segundo Mannoni (1995; 83), "*essa abertura para uma forma de comunicação põe em jogo o ritmo e a relação particular que a criança estabelece com a argila, a partir do*

momento em que se autoriza a ter mãos. (...) O que não pode ser dito com argila é dito, às vezes, através da pintura ou da música.”

Muitos terapeutas ocupacionais que trabalham em saúde mental buscam o referencial psicanalítico para fundamentar a utilização de atividades no tratamento de psicóticos. Os americanos Azima & Azima e Fidler & Fidler são os introdutores, nos anos 50 e 60, da psicanálise no campo da terapia ocupacional, então já uma profissão reconhecida nos EUA. Criaram com isso a abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional.

No Brasil, Maria José Benetton aprofundou-se no estudo da psicanálise e das atividades para conceber a terapia ocupacional como um campo de investigação e intervenção. Intervenção esta, fundamentada na compreensão da dinâmica do campo terapêutico, constituído por paciente, terapeuta e atividade, e pelo processo de comunicação que aí se opera.

Para Benetton (1992; 6), trabalhar através da linguagem não-verbal implica torná-la uma **comunicação** entre paciente e terapeuta através de um *"código secreto, (...) uma linguagem muito particular instituída nessa e para essa relação."* Isso significa que, para a autora, o caráter de comunicação de um processo de terapia ocupacional não está contido em algum significado simbólico prévio que determinado material ou atividade tenham. Esses significados não podem ser conhecidos a priori pois a psicodinâmica do indivíduo torna singular o processo de realização de determinada atividade que, só nessa medida, pode tornar-se instrumento de comunicação.

Nesta concepção, os procedimentos técnicos buscam estabelecer uma articulação entre 'fazer' e 'falar' sem que se interprete nenhuma dessas duas formas de mostrar-se, pois trata-se aqui de ocupar o espaço transicional winnicottiano e abrir a possibilidade

de se caminhar por trilhas associativas. Essas trilhas são construídas a partir das associações entre as atividades realizadas e as falas a elas referidas, que levam ao caminho da simbolização. (Benetton, 1991).

Tendo como herança todas essas referências, redimensionadas a partir de uma perspectiva política de questionamento do papel de exclusão e controle desempenhado pela instituição psiquiátrica, que apontava para sua desconstrução, várias experiências foram desenvolvidas, nos anos 80, no interior de hospitais e grandes asilos. Nessas experiências a utilização de atividades ganhou contornos novos se caracterizando como elemento articulador do dentro e o fora da instituição. Através de sua realização os pacientes passam a poder se apropriar das riquezas culturais de sua comunidade, da qual tinham sido excluídos. As atividades representam assim oportunidades de encontro e diálogo entre a sociedade que se diz sadia e aqueles que passaram pela experiência da loucura.

A proposta de transformação institucional, realizada no Juqueri nos anos 80, buscava redução da taxa de mortalidade, aumento de altas, humanização das condições de internação e trabalho. Como principal instrumento para a implementação dessas mudanças foram criados Centros de Convivência, com propostas de projeção de filmes, realização de atividades artesanais, teatro, música, esportes e a reorganização da Escola Livre de Artes Plásticas, possibilitando a experimentação do fazer em novas direções. *“Através das atividades desenvolvidas nos Centros pretendia-se romper com o confinamento nos pátios, devolver ao interno direito de decidir aonde ir e o que fazer, produzindo um novo tipo de relação”* (Nascimento, 1991; 130)

Essas iniciativas provocaram fortes resistências e, em pouco tempo, foram desarticuladas e inviabilizadas. No entanto alguns anos depois, a experiência de

desinstitucionalização da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, (que transcorreu contemporaneamente às do CAPS e do HD) levou essa proposta de intervenção institucional mais adiante.

Para a equipe que realizou a intervenção no Anchieta, em 1989, e que prosseguiu o trabalho no sentido da sua desmontagem, era necessário sair da instituição e intervir na vida cultural da cidade, abrir “manicômios mentais”, transformar valores. Fernanda Nicácio (1994) nos conta que no início do processo de desconstrução desse Hospital Psiquiátrico, teve lugar a invenção de um espaço de convivência: o Centro de Convivência TAMTAM (coordenado por Renato de Renzo, um artista plástico) com objetivo de agir na transformação institucional, gerando “acontecimentos” no pátio do hospital: momentos de troca, encontro e criação. Foi desenvolvido, então, um conjunto de ações que, através da arte buscava tematizar as oposições saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade. A arte é vista aqui como um instrumento de enriquecimento das vidas, de descoberta e ampliação de potencialidades singulares, de acesso a bens culturais.

O Centro de Convivência foi sendo, assim, incrementado, ganhou novas dimensões e passou a interferir na vida cultural da cidade, com programas de rádio, shows, exposições, etc,... Segundo Nicácio (ibid.; 176) *"esse conjunto de intervenções artísticas e culturais não se identifica com propostas de elogio à loucura: trata-se de atravessar os campos de saúde e doença, de uma profunda ruptura com o modelo clínico ou outras formas de codificação do sofrimento, de se confrontar com os valores culturais que atribuem desvalor à diversidade, à deficiência, à ruptura com as normas."*

Como vimos, a atividade pensada como instrumento terapêutico tem ligações íntimas com o surgimento da psiquiatria e o aprisionamento da loucura em doença mental. Hoje, num contexto bastante diferente, atividades expressivas, criativas e produtivas, associadas a abordagens psicodinâmicas e/ou sociais, são novamente chamadas a participar de um processo de transformação das instituições psiquiátricas e de questionamento e redefinição do *lugar* da loucura.

Nesses processos, os antigos setores de ergoterapia ou praxiterapia tiveram vários destinos e germinaram diferentes práticas que colocam em relevo e exploram aspectos e possibilidades variadas das atividades, produzindo novas formas de se pensar e se exercer a terapia ocupacional.

Ao me propor a abordar algumas dessas possibilidades de utilização de atividades na clínica, estarei, neste trabalho, transitando por um território no qual a terapia ocupacional faz fronteira com a psicanálise e a arte. O encontro entre esses diferentes campos não deveria possibilitar apenas uma troca de saberes, mas, de forma fecunda, apontar novas direções e produzir caminhos virtuais, que possam ser, em algum momento, trilhados.

A fronteira com a arte, em especial, nos coloca em conexão com as produções culturais que nos são contemporâneas, nos provendo de recursos para criarmos teorias e procedimentos mais de acordo com o nosso tempo. Como estamos nos anos 90, novas concepções sobre arte são introduzidas nessa região fronteira, vindas das experiências inventivas da arte contemporânea, com suas propostas de deslizar dos processos de arte às sensações da vida, somando às idéias de expressão e comunicação a concepção construtiva da criação.

Segundo Celso Favaretto (In: Fabrini, 1994; 7), “*na busca de novos rumos da sensibilidade contemporânea (...) a atividade artística desloca o acento das obras para a produção de acontecimentos, ações, experiências, objetos (...) liberando uma significação básica: a reinvenção da arte é condição para que ela possa intervir na transformação radical do homem e do mundo. Assim fazendo estaria realizando e ultrapassando as categorias de arte, tornadas categorias de vida, seja pela estetização do cotidiano, seja pela recriação da arte como vida.*”

A ênfase no processo e o caráter construtivo dessas propostas apontam para uma nova forma de pensar a arte, não apenas como expressão do que já é, já está, mesmo que de forma oculta, mas como possibilidade de criação do novo, do que ainda não estava lá. Não apenas “*tornar visível o invisível*”¹⁹ mas criar novos regimes de visibilidade. Poderíamos dizer que se busca resgatar a eficácia da obra de arte, que diz respeito à sua capacidade de engendrar um devir, uma posterioridade, abrindo novas regiões de possibilidades e de sensibilidade e gerando seu novo público.

Essas propostas em relação à arte introduzem novas questões e novos espaços para pensarmos as atividades na clínica, que é a questão central sobre a qual nos debruçamos aqui.

Neste capítulo serão, relatadas algumas experiências, desenvolvidas nas instituições que foram apresentadas no capítulo anterior, nas quais as mais diversas atividades (brincadeira, desenho, passeio, festa, música), são utilizadas como ferramenta clínica. No entanto, os objetivos pelos quais são utilizadas muitas vezes são diferentes, pois cada proposta explora uma vertente da experiência prática e do fazer.

¹⁹ Frase de Paul Klee, *leit motiv* da arte abstrata

Apresento aqui algumas perspectivas com as quais estarei trabalhando na tentativa de desenvolvê-las, aprofundá-las e articulá-las:

- a atividade como eixo central e articulador do cotidiano institucional, utilizada nas chamadas oficinas ou laboratórios, visando produções individuais ou grupais, no sentido de possibilitar o acesso a experiências artísticas e criativas e o encontro entre sujeitos;
- a atividade como promotora de simbolização (da coisa à palavra), utilizada como ferramenta clínica, em atendimentos em grupo ou individual;
- a clínica entendida como instauração de um *estado-de-arte-sem-arte*²⁰ na subjetividade, estado de acolhimento do estranho que liberta a potência criadora da vida;
- a atividade como *pré-texto* de um diálogo entre o sujeito e a cultura.

Assim, as idéias de expressão, comunicação, simbolização, criação, construção e inclusão cultural e social atravessam cada uma das experiências a serem enfocadas, mas com força e implicações diferentes em cada uma delas. Nos ateliês ou oficinas é priorizado o processo de criação e inventividade; na Atividade Cultural prioriza-se a produção de sociabilidade, convivência e encontro entre sujeitos e o contato com a comunidade; os grupos e os atendimentos individuais de terapia ocupacional são experiências que enfatizam o processo clínico.

O relato de cada uma dessas experiências se constituirá num item deste capítulo. Estes itens foram construídos com uma certa autonomia em relação aos outros. Busca-se assim, em cada um deles, contextualizar a experiência (apontando, quando necessário, os diálogos e trocas com outras experiências afins que tenham contribuído para seu

²⁰ Expressão forjada por Lygia Clark e utilizada por Suely Rolnik (1995a)

desenvolvimento) e colocar em relevo algumas situações paradigmáticas do que ali se estava tentando realizar.

Contudo, embora cada um dos relatos tenha a sua autonomia, é imprescindível poder concebê-los imersos num *caldo* (como costumávamos dizer no CAPS) que os liga e articula; é a partir dessa articulação que as diversas propostas ganham sentido.

Esse *caldo*, esse *fundo*, é o ambiente institucional, que é construído na convivência cotidiana, no *estar-aí juntos* do dia-a-dia. Winnicott nos fala constantemente da importância do ambiente para os processos de maturação, referindo-se ao cuidado materno, ao entorno do lactente que o possibilita vir a existir²¹. Relaciona também a psicose a uma falha na provisão ambiental.

Construindo uma ambiência como esse entorno, nos dispomos, num coletivo, a desempenhar a difícil tarefa de cuidar, dar suporte para a emergência de uma existência sentida como mais verdadeira.

Sem esse entorno, as atividades propostas ficariam soltas, como experiências fragmentadas. É ele que dá sentido a essa ampla prática clínica e está diretamente vinculado a uma concepção de processo de subjetivação que será desenvolvida no último capítulo.

²¹ Em uma sessão, um paciente de Winnicott (1990) faz uma analogia para a idéia de ambiente que muito se aproxima do imagem de 'caldo'. Diz ele: "*Entendo o que você quer dizer, é como o óleo no qual as engrenagens funcionam.*"

2. Será Arte?

*Uma parte de mim é todo mundo:
 Outra parte é ninguém: fundo sem fundo.
 Uma parte de mim é multidão:
 Outra parte estranheza e solidão.
 (...)Uma parte de mim é permanente
 Outra parte se sabe de repente
 Traduzir uma parte n'outra parte
 Que é uma questão de vida ou morte
 Será arte?*

FERREIRA GULAR

Ateliês, oficinas, laboratórios... Grande parte das instituições que se propõem a buscar uma alternativa ao modelo manicomial hegemônico no trato com a loucura tem o seu cotidiano organizado em torno desse tipo de proposta que, com enfoques e objetivos muitas vezes diferentes, estão presentes em La Borde, em Bonneuil, nos Hospitais-Dia da prefeitura de São Paulo, n'A Casa, nos CAPS, no Lugar de Vida, etc...

Em Trieste, na Itália, os chamados laboratórios não fazem mais parte do cotidiano institucional dos Centros de Saúde Mental. São hoje espaços de criação abertos à população (incluídos aí os usuários dos serviços de saúde mental) e procura-se que seus produtos sejam de ampla circulação e interfiram na paisagem da cidade e no universo cultural.

O laboratório de escritura produz um jornal que impressiona pela sua beleza gráfica e por matérias bem escritas e de conteúdo interessante; o laboratório de vídeo, em conjunto com o de teatro e o de música, produz vídeos que são veiculados pela RAI (Radio e Televisão Italiana).

Em Bonneuil, uma instituição francesa que se propõe a oferecer às crianças em dificuldade que a procuram uma aventura clínica marginal ao estabelecido, nos ateliês procura-se instaurar, para a criança, *“um jogo ao redor deste lugar que lhe é proposto; jogo que pode comportar toda a seriedade de um trabalho de criação, de exploração de novas vias que se oferecem a ela. Sua participação em uma prática social, em uma atividade humana, pode ser por ela colocada em questão usando o seu próprio estilo, sua própria história, declinando-a de modo singular.”* (Mannoni, 1987)

Em La Borde, também na França, há uma infinidade de ateliês agrupados nas áreas cultural, artesanal, agrícola, além de passeios, festas, reuniões, que o Clube da Clínica organiza. Guattari (1992; 17) esclarece que o que se busca com esses múltiplos sistemas de atividades *“não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, mas a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, se re-singularizar.”*

Nestes dois últimos fragmentos de texto podemos já vislumbrar questões importantes que estão em jogo neste tipo de proposta: a tentativa de criar um espaço de jogo, para que uma singularidade possa inscrever-se no mundo; a participação em atividades que têm um lugar na cultura, como prática social; as possibilidades que trazem de serem reinterpretadas e recompostas, participando da construção de novos territórios; o caráter a um só tempo expressivo e construtivo desses trabalhos.

Os diferentes nomes para essas propostas podem nos levar a refletir sobre a grande gama de sentidos que esses espaços podem ter. Os laboratórios italianos remetem à idéia de experimentação e pesquisa; podemos pensar que ali são *pesquisadas*

novas possibilidades de vida, de sociabilidade, de troca, de universos simbólicos e linguagens. Os ateliês, de La Borde e do CAPS, nos levam a pensar na idéia de criação artística e, daí, na idéia de criação de territórios existenciais, nos levando em direção a um paradigma estético. As oficinas, como no HD da Mooca, remetem à idéia de produção e desta para a idéia de produção de subjetividade. É nesses espaços que se engendram, se experimentam, se criam novas formas de se relacionar, novos espaços para existir, novos modos de ser.

OS ATELIÊS NO CAPS

Os ateliês do CAPS estavam entre as propostas chamadas, por nós, de abertas e tinham o caráter de oferta: os usuários elegiam aqueles dos quais queriam participar; o compromisso com o ateliê era buscado no interior do grupo que acabava se formando a partir dessas escolhas, apesar de muitos circularem pelas várias propostas por longo tempo sem se fixar e outros não chegassem nunca a frequentá-los.

Além dos ateliês, havia espaços onde se podia apenas estar sem que nada previamente programado estivesse acontecendo: os bancos do jardim e da varanda, a sala de estar, a biblioteca. O espaço institucional era concebido como uma oferta ao usuário, composto de várias atividades, para que ele pudesse, nesse campo, construir um percurso singular e único e encontrar uma linguagem própria.

As propostas abertas constituíam a estrutura do cotidiano da instituição, juntamente com os horários das refeições: café, almoço e lanche. Aconteciam nos períodos de manhã e tarde e marcavam a passagem do tempo ("segunda é dia do teatro"...). Guattari (1992; 27) nos ensina que *"a polifonia dos modos de subjetivação corresponde, de fato, a uma multiplicidade de maneiras de 'marcar o tempo.'" Neste*

sentido, nossa tentativa não era a de modelizar essas diferentes maneiras, mas possibilitar que, no interior de um universo de referência comum, de alguma forma pudesse surgir a experiência de um tempo processual. Quem sabe esses marcos pudessem, em algum momento, possibilitar o surgimento de um tempo com espessura e acontecimento, em substituição a uma experiência de um tempo aprisionado numa sequência infundável de *mesmos* repetidos.

Ter uma rotina estabelecida, com regras e horários, era essencial e fazia parte da construção de uma certa *ambiência* que pudesse oferecer continência, referência, limite, contorno. Traz segurança saber o que vai acontecer a cada dia e quem estará lá. Uma certa noção de continuidade é construída. Sem a permanência dos espaços, a experiência da criação de um mundo não pode ter lugar e o usuário fica jogado num universo fragmentado e sem sentido, que muitas vezes já é o seu.

Ao mesmo tempo esta *ambiência* tinha que ser maleável, flexível, moldável, para que os usuários pudessem interferir, transformá-la, criar novas formas de organizar o cotidiano a partir de suas necessidades. Neste sentido, Winnicott (1983) nos fala da importância da constituição de um ambiente facilitador, que possa, ao mesmo tempo, adaptar-se às necessidades do sujeito e ser transformado por ele. Proporcionar este ambiente é condição para que o sujeito possa habitá-lo, numa experiência de existir como processo. Esse ambiente se constrói no interstício das relações entre terapeutas e usuários, dos usuários entre si, na arrumação da casa, na organização do cotidiano.

O CAPS possuía um espaço para que as modificações no cotidiano e nas regras fossem propostas e organizadas coletivamente, como vimos no caso da abertura da porta, a reunião geral. Era neste espaço que surgiam as propostas de ateliês e grupos de projetos e que se organizavam formas de viabilizá-las.

No entanto, apesar de centrais para a organização do cotidiano institucional, sobre as propostas abertas pairava uma névoa de incerteza e indefinição. Era difícil definir-lhes o sentido, por mais que percebêssemos o envolvimento de alguns pacientes com alguma atividade. Era-nos difícil nomear o que acontecia ali.

Por muito tempo os ateliês foram um incômodo e, por várias vezes, modificamos seu formato ou as propostas, na tentativa de imprimir-lhes um novo sentido que posteriormente parecia perder-se outra vez.

Talvez, como uma matéria plástica e mutante, os ateliês tenham sentidos diferentes, dependendo da atividade, dos monitores ou terapeutas envolvidos, do movimento do grupo que se forma ali, do objetivo que este grupo imprime ao trabalho. Talvez essa seja a sua grande riqueza. Neste tipo de prática, o importante parece ser a exploração processual das singularidades dos acontecimentos que ali se dão, num espaço onde grupos se organizam em torno de uma atividade concreta e em conexão com a instituição a qual estão vinculados.

Assim, os formatos das propostas abertas também se transformavam, acompanhando os movimentos institucionais. As diferentes organizações, no entanto, não seguiam uma linha evolutiva, mas apenas indicavam que, em momentos diferentes, o coletivo se organizava sobre novo equilíbrio de forças, produzindo novos contextos.

Veremos brevemente algumas dessas formas de organização para depois nos determos nos ateliês de cerâmica, música e teatro.

Quando o CAPS abriu suas portas e iniciou o atendimento, os usuários eram, diariamente, convidados a participar de uma das salas de atividade; podiam escolher entre as salas de pintura, modelagem e costura. Nestes espaços, os materiais relativos à atividade proposta ficavam à disposição daqueles que quisessem entrar e fazer alguma

coisa. Os monitores estavam presentes para auxiliar o desenvolvimento da atividade, quando solicitados, mas a idéia era que interferissem o mínimo possível, deixando que o usuário entrasse em contato consigo mesmo e com sua produção; o ambiente era de silêncio.

Esta proposta foi inspirada no trabalho desenvolvido na Casa das Palmeiras, instituição que atendia egressos de hospitais psiquiátricos, criada no Rio de Janeiro em 1956, por Nise da Silveira. Voltava-se para a experiência individual da livre expressão de sentimentos e imagens; dessa forma, o fazer possibilitaria o contato do paciente com seus conteúdos internos, que ganhavam materialidade na modelagem, na pintura e no desenho.

As salas de atividades foram substituídas por uma outra configuração que continha o grupo de T.O. (no qual nos deteremos mais adiante) e a Sala Aberta de atividades, que ficava *aberta* durante todo o período de funcionamento do CAPS. Ali, num espaço único, eram oferecidos diferentes materiais sem que houvesse uma proposta prévia ou sentido pré-estabelecido. Os terapeutas e funcionários se rodiziavam, de modo que havia lá sempre alguém da equipe e todos, em algum momento, participavam desta sala. Era um lugar acolhedor para quem estava chegando e não tinha ainda construído seu modo de estar na casa. Mas pairava uma dúvida: por que estavam presentes materiais para a realização de atividades nesse espaço? Por que não propúnhamos apenas uma sala de estar e de encontro?

Talvez estivéssemos, como os pacientes, ainda presos a insígnias do hospital psiquiátrico. Em muitos deles, o único lugar acolhedor, onde se pode estar, com o mínimo de violência possível, é a sala de T.O. Parecia que os usuários reconheciam aquela sala como um lugar mais familiar.

No entanto, aos poucos fomos percebendo que na Sala Aberta estava ainda presente, mesmo que de forma sutil, uma certa idéia de atividade como ocupação do tempo ocioso, servindo para tamponar a angústia de terapeutas, funcionários e usuários. Por parte dos usuários, talvez, uma angústia que surgia da possibilidade de escolha entre várias opções, muitas delas desconhecidas (passear na rua, conversar, ler um livro). Por parte da equipe uma angústia em ver alguns pacientes deitados nos bancos do jardim, prostrados, sem fazer nada.

Aos poucos, quando a angústia foi se tornando suportável, com outros espaços para estar e outras formas de convivência sendo investidos (a sala de estar, onde aconteciam jogos, a biblioteca ou os espaços externos, rua, praça, MASP), a Sala Aberta foi perdendo seu sentido. As pessoas passaram a não frequentá-la mais, e então, *fechou*, dando lugar a novas formas de organização das propostas abertas.

Quando começou a acontecer a reunião geral, as propostas de atividade passaram a surgir desse espaço, escapando de restrições teóricas e de referências a experiências já conhecidas, para serem mobilizadas pela demanda e discussão daqueles que eram os usuários do serviço.

Os grupos de projetos eram criados, a partir dessas discussões, com coordenação a cargo de alguém da equipe ou de estagiários; eram projetos coletivos propostos por usuários, técnicos ou funcionários, que duravam enquanto fizessem sentido para o grupo que o implementava: limpeza da casa, cuidados com o jardim, organização da biblioteca, o jornal, o grupo de estudos de filosofia, grupo de fotografia, o projeto toque mágico (um salão de beleza).

Os ateliês de música, teatro, cerâmica e marcenaria foram organizados com coordenação de uma dupla composta por um artista ou artesão e um terapeuta da equipe.

Tanto nos ateliês quanto nos grupos de projetos, o enfoque estava voltado para o trabalho grupal e para as formas de sociabilidade que pudessem surgir daí.

A partir do momento em que as propostas de atividades passaram a surgir da reunião geral, ficou mais difícil para nós imprimir-lhes sentidos *a priori*. "Seria interessante se tivéssemos um espaço para cantar", disse certa vez uma usuária, logo recebendo apoio de vários outros para sua proposta: "Sim, sem dúvida seria!" Nos organizamos, convidamos um músico para participar, iniciamos o projeto, mas... quando tentávamos justificar teoricamente aquela atividade, tínhamos dificuldades. Falávamos de espaço de expressão, espaço de aprendizagem de técnicas e linguagens, atividade que auxilia a organização interna e estimula potencialidades, mas sentíamos que não conseguíamos dar conta da riqueza e complexidade desses espaços.

Entre nós, da equipe do CAPS, me parece que quem conseguiu melhor explorar essa riqueza em trabalhos escritos ou em comunicações foi Silvio Yasui, que utilizava uma linguagem bastante poética e bem pouco científica.

Retomando anotações dos ateliês passo aqui a desenvolver algumas reflexões sobre essas experiências.

O ATELIÊ DE MÚSICA

Os ateliês de música, cerâmica e teatro tinham por território a cultura, algo que pode ser compartilhado e onde os sujeitos podem se encontrar. Quando alguém propôs, na reunião geral, que houvesse no CAPS um espaço para cantar, estava propondo algo a partir das suas próprias experiências e das referências que tinha em relação ao cantar; se muitos outros se entusiasmaram pela idéia é porque também a eles fazia sentido cantar.

Ao se encontrarem no novo espaço, com um músico para coordená-lo, começava a se constituir um lugar onde trocas podiam se dar, a partir de um código comum pré-estabelecido, escolhido pelos que ali estavam, o musical. O músico, Mário Manga, que trabalhava conosco neste projeto, era alguém que sabia falar bem essa nova linguagem e que podia nos ensinar seus elementos: ritmos, notas, som e silêncio.

No entanto, para além do código comum, a atividade musical traz também uma grande possibilidade de acolher o que há de mais singular. Os ritmos de cada um encarnam modos de existir. De fato, o jogo neste ateliê se dava no constante transitar entre o ritmo singular e o que podia ser produzido a partir da coletivização dessas singularidades, *"não para fazer bandinha"*, como nos diz Peter Pelbart (1993; 46) *"mas para não deixar que, por solidão, uma temporalidade morra estrangulada"*.

À primeira pergunta, "o que vamos cantar", os componentes do grupo respondiam de formas diversas. Muitos ficavam em silêncio, "e agora?", um vazio se instalava, não havia música... Mas outros se lembravam de fragmentos melódicos, de letras, de sons e até de músicas inteiras. E quantas coisas eram lembradas ou revividas com um trecho melódico...olhares, gestos, cheiros... alguns se emocionavam. E, então a surpresa! A música que alguém sugeria era conhecida por vários outros que começavam a recompô-la. "Conhecemos a mesma música, temos algo a compartilhar". *"A música que é de todos, que percorre o ar pelas ondas do rádio, que toca na vitrolinha do quarto, no alto-falante da quermesse, que toca... toca na singularidade de cada um, remetendo a emoções, fragmentos de uma história particular. Coletiva e particular. Universal e singular. A música está no ar para ser apropriada."* (Yasui, 1990; 2)

E, então, foi se formando o repertório daquele grupo. Confeccionou-se um caderno com as letras de todas as músicas deste repertório, para que os que chegassem depois

pudessem também se integrar ao grupo. Num outro momento, escolheu-se uma música para trabalhar, re-arranjar, introduzir instrumentos, colocar-lhe um ritmo, criar vozes diferentes, dissonantes, polifonias, harmonias... Um universo *linguageiro* comum fora escolhido, havia um código e regras, um repertório a compartilhar. Revelava-se um território a partir do qual era possível criar, improvisar vozes e ritmos, destoar, desafinar, criar orquestrações existenciais inéditas e inusitadas.

O ritmo, a diferença que emerge a partir do som e do silêncio, e da justaposição de sons e tonalidades ou timbres diferentes, vai construindo uma forma. O sujeito que antes encontrava-se mergulhado no informe pode, a partir dessa matéria sonora, fazer surgir uma configuração, um contorno. Forma que, às vezes, apenas criada, se perde no ar e volta ao informe no qual se originou; mas pode também ser registrada, pela memória ou por instrumentos eletrônicos, ser reproduzida, constituindo-se numa base a partir da qual novas criações ocorrem.

A música pode também evocar marcas que, materializadas, engendram novas possibilidades existenciais. Suely Rolnik (1996b) nos conta que, numa aula de canto, ao lembrar uma música ligada a experiências passadas que estavam cuidadosamente guardadas, e cantá-la, vivenciando o reaparecimento de um timbre, é tomada por um estranhamento que a leva a encaminhar sua vida em novas direções. Todo um *jeito de ser* recupera seu direito de existir.

O ATELIÊ DE CERÂMICA

O trabalho dos ateliês parece evocar algo da ordem da poesia e talvez por isso seja difícil falar deles. Em primeiro lugar, podemos pensar que, para que o momento poético se dê, é preciso instaurar um contexto em que uma certa criação seja possível; é preciso criar um ambiente que implique um respeito pela capacidade criativa e

formadora, que crie uma seriedade no fazer, opondo-se à infantilização presente em muitas propostas.

Mas tentemos nos aproximar um pouco mais da poética presente nos ateliês, recorrendo ao relato que Silvio Yasui²² (1990; 4), faz de uma experiência no ateliê de cerâmica:

Dona (chamemos assim) Coralina, chega um dia na sala onde ocorre a 'aula de argila'. Começa a bater, amassar e a moldar o barro até que, de suas mãos, surge a figura de uma menina com um vasto chapéu. Ao trabalhar os detalhes da figura, começa a contar a estória da menina. Uma menina camponesa. O chapéu a protegia do sol enquanto trabalhava na terra. Conta do patrão, da casa da fazenda, da plantação de café, dos bois, das vacas, das coisas do interior. Pega outro pedaço de argila, começa a bater. Lembra-se das barrancas do rio onde ela, menina, misturava, batia e moldava o barro enquanto seus pés descansavam na água. De repente fica em silêncio, mexendo no barro até que começa a delinear uma nova forma, um calix bento. Retoma a estória falando agora de religiosidade, da igreja e seus santos, da água benta. Sua fala é cantada. Como Cora Coralina quando recitava seus poemas. Suas palavras são simples, diretas e, talvez por isso líricas. (...) Nem sempre Dona Coralina vai ao ateliê de cerâmica. No mais das vezes fica deitada no banco do jardim. Mas, quando vai, existe sempre a possibilidade da poesia. Daquele instante único que nos surpreende e ficamos como que paralisados e, ao mesmo tempo, sentindo que algo se movimenta em nós.

Mas o que acontece no ateliê de cerâmica para que chamemos aquele momento de poético? Para que digamos que ali pode emergir o momento em que o 'poeta' que há dentro de nós inventa um mundo, ou fragmentos de mundos que ele torna significativo ao dotá-lo de uma forma?

²² Psicólogo que coordenava o trabalho em conjunto com o artista plástico Jean Jaques Vidal e comigo.

Deitada todos os dias, por quase todo o dia, no banco do jardim, Dona Coralina²³ (como a chamou Silvio) parece presa a uma existência atemporal e a uma ausência de sentido; está paralisada. Podemos pensar que, se há uma parada de processo um *estado-de-clínica*²⁴ foi instalado; está bloqueada a possibilidade de acontecimentos e a vida perdeu seu caráter de processualidade e estagnou.

Mas é no ateliê de cerâmica que Dona Coralina, ao criar formas e fazer poesia, deixa passar reminiscências e marcas que imprimem no hoje uma novidade: a fala, a forma, o encontro, o olhar do outro que, tocado, a olha de um outro lugar.

Uma outra participante, que chamarei aqui de Penélope, ia constantemente ao ateliê de cerâmica e ficava todo o período de funcionamento diante de uma massa de argila, a qual amassava incessantemente; tão logo a massa adquiria uma forma qualquer era novamente transformada. Não conseguia encontrar “*o consolo de uma forma, a tranquilidade de uma organização, a promessa de uma consistência* mas somente(...) *puro devir das partículas elementares.*” (Pelbart, 1989; 140).

As mãos ágeis e agoniadas trabalhavam num movimento ininterrupto e sem repouso, como que atravessadas por uma velocidade e uma errância infinitas.

Nas primeiras vezes em que isso ocorreu, ao final do horário guardávamos sua massa envolta em um saco plástico para que pudesse continuar o trabalho no próximo encontro, já que dizia que não o havia ainda terminado. À cada vez, Penélope retomava seu fazer sem fim, sem nunca chegar a uma forma na qual pudesse descansar.

Pensamos, então, que o tempo do ateliê era um limite que, se respeitado, talvez pudesse ajudá-la a construir diques, represas que pudessem, em algum momento

²³ Todos os nomes de usuários citados neste trabalho são fictícios.

²⁴ Expressão de Deleuze utilizada por Suely Rolnik (1995a)

estancar ou desacelerar o movimento que a atravessava. Assim, ao final de cada ateliê, colocávamos a forma atingida na prateleira dos trabalhos prontos; quando Penélope voltava, recomeçava com outra massa.

Então, Penélope foi colecionando peças que eram não apenas expressões do informe que a habitava, como também atestavam a presença da forma surgida deste informe, visto que cada expressão do informe era diferente da outra. De tempos em tempos, voltávamos a olhar, junto com ela, suas produções. Foi através dessa estratégia que conseguiu se apropriar dos seus trabalhos, entendendo-os como registros de momentos pelos quais tinha passado e construindo sua história no ateliê.

Se o trabalho com Dona Coralina se dava na espera, para que o tempo pudesse jorrar, trazendo consigo a criação, o surgimento da forma, no trabalho com Penélope tratava-se de construir barricadas que pudessem conter o jorrar incessante do tempo; a forma também está impedida de surgir onde só há movimento e nunca pausa.

Nos dois casos estaríamos buscando disparar a função poética desses espaços à qual cabe, segundo Guattari, recompor universos subjetivos, re-singularizá-los, criar operadores existenciais que possam vir a adquirir consistência.

O ATELIÊ DE TEATRO

No ateliê de teatro²⁵, o novo podia ser vivido no próprio corpo, na expressão dramática de um gesto. Era desconcertante ver pessoas que tinham o corpo enrijecido e sem expressividade e que, muitas vezes, se movimentavam de forma estereotipada e repetitiva, ensaiar outros movimentos tão inusitados, para compor um personagem, muitas vezes tão diferente de si mesmo. Desenvolver campos de possíveis, abrir as portas para um devir-outro.

O corpo muitas vezes vivido como disperso, fragmentado e misturado ao dos outros, pode experimentar, num jogo dramático, o movimento de misturar-se e de diferenciar-se; pode ir se organizando numa nova composição a partir da criação de um personagem, desde a escolha da roupa até a escolha de um gesto, uma expressão, um modo de andar.

Jogo dramático: jogar com o próprio corpo na experimentação de ser outro de si mesmo, num lugar onde essa experiência pode ser significada e ter contornos e limites; depois, ao final do ateliê, procurar um lugar de repouso numa configuração subjetiva que vai se constituindo como própria, podendo habitar o próprio corpo. Há também, no jogo dramático, a possibilidade de habitar um mundo entre o imaginário singular e a realidade compartilhada, realizar o imaginário na realidade e confrontá-los.

Certa vez estávamos improvisando uma cena num restaurante. Um participante representava o garçon enquanto os outros três, sentados em volta de uma mesa, faziam os pedidos. Dois deles pediram grandes quantidades de comida, tudo aquilo que encarnava seu desejo naquele momento: pizzas, bebidas, sorvetes,... O terceiro, Pedro, não quis pedir nada, dizendo que não tinha dinheiro para pagar, mas como os companheiros insistissem acabou aceitando um pedaço de pizza.

Quando a cena terminou, Pedro permaneceu sentado à mesa e quando alguém pediu que saísse, disse estar esperando as pizzas que ainda não tinham vindo. Expressava-se aqui uma dificuldade em 'fazer-de-conta', em imaginarizar uma situação. Pedro não conseguia transitar do mundo imaginativo para a realidade; estes universos estavam separados de forma estanque, impedindo qualquer experiência criativa.

²⁵ Este trabalho era realizado em conjunto com Adilson Azevedo de Souza, diretor e ator de teatro.

Dissemos a ele que o restaurante era uma brincadeira, um 'faz-de-conta', que tínhamos imaginado as pizzas. Ele disse que também imaginava muitas coisas, mas que imaginava parado. Propusemos que experimentasse, no ateliê de teatro, dar vida, realizar o que imaginava.

Talvez o que Pedro chamava de imaginar estivesse próximo ao que Winnicott chama de fantasiar ou devanear: fenômeno isolado que absorve energia, sem contribuir quer para o sonhar quer para o viver. A diferença entre o fantasiar e a capacidade imaginativa estaria no caráter dissociado do primeiro, que mantém uma imagem fechada nela mesma, sem valor simbólico.

Ao contrário, na experiência que se localiza numa área intermediária, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto o mundo exterior, há uma abertura para outras configurações e significados. *"Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer."* (Winnicott, 1975; 63).

Fazendo, talvez Pedro pudesse construir uma passagem entre um espaço fantasmagórico, onde tudo parece abstrato e sem consistência, e o outro lado dessa moeda, uma concretização absoluta do real sem possibilidade de sonhar, vislumbrar virtualidades que possam ganhar existência em novas configurações. Quem sabe, aos poucos Pedro pudesse permeabilizar a barreira entre esses dois mundos: experimentar uma realidade passível de ser transformada e um mundo imaginário possível de realizar-se. *"E a agulha do real nas mãos da fantasia, fosse bordando pouco a pouco nosso dia a dia..."* (Gilberto Gil, *A linha e o linho*)

Nos ateliês, os vários espaços e as várias linguagens buscavam produzir efeitos de sentido suscetíveis de intervir de modo significativo, abrindo a possibilidade da

criação de novos territórios existenciais. Em todos eles, o trabalho do monitor e do terapeuta era o de ir acolhendo os sons, as falas, as formas, os atos, tecendo-os na trama do ateliê; afirmando que há ali um sujeito com algo a dizer e a fazer, interessando-se por esse algo e esforçando-se por buscar um sentido nesse fazer. Trata-se de estar à escuta de uma linguagem muitas vezes sem palavras, respeitando a *"delicadeza do que é pré-verbal, não verbalizado e não-verbalizável, exceto, talvez, na poesia."* (Ibid; 154)

A partir da escuta, essas produções podem ganhar um caráter simbólico, emancipar-se de uma concretude de coisa que muitas vezes as impregna, e comunicar, estabelecer trocas, encontros, criar novos universos existenciais. É através da escuta que pode advir a doação de sentido e constituir-se uma *justa distância* que possa mediatizar a experiência.

Mannoni (1995) chama a nossa atenção para uma outra questão de fundamental importância: a possibilidade que esses espaços instauram de criar-se uma *outra cena* onde podem ser encenados a dor, o desamparo, o horror. Na falta dessa outra cena onde o sujeito possa expor sua angústia, muitas vezes a única saída é atuá-la no real. A participação em espaços de ateliê pode abrir uma outra via, possibilitar a instalação de um trânsito que faça circular essa angústia e deslocar esse ponto de horror. A autora nos conta em uma passagem que, certa vez, ao apresentar uma peça, uma criança que representava Alice foi apanhada por palavras que a remeteram bruscamente a sua angústia; tomada de súbito por um medo avassalador, esqueceu-se da cena e começou a gritar: "Estou com medo". *"Foi do lugar de Alice, então, que ela disse sua angústia, que, por isso mesmo, deixou completamente de ser sua. Ela pode brincar de Alice no interior das convenções teatrais, superando seu terror ao deslocá-lo para o que uma garotinha, Alice, havia experimentado num passado distante."* (p.89)

3. UM GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL

*Os homens se juntam para fazer coisas
e o fazer junto cria um tipo especial de relação,
um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum.
Aquilo que é feito, o é em um mundo compartilhado.*

VIVIANE S. MAXIMINO

O grupo de terapia ocupacional surgiu no CAPS juntamente com os grupos de psicoterapia verbal, a partir da desmontagem das salas de pintura, costura e modelagem e de toda uma reestruturação da dinâmica institucional. A idéia era possibilitar a formação de grupos mais constantes, a criação de um enquadre no qual ficasse mais claro uma certa continuidade do processo. Desta forma se poderia intervir e acompanhar mais de perto a realização das atividades e os sentidos que estas fossem ganhando no encadeamento das sessões. Mas, por que o atendimento em grupo?

Em 1983 a então Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo divulgou um documento contendo propostas de trabalho para as equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental, e para os novos profissionais, entre eles o terapeuta ocupacional. Neste documento é privilegiado o atendimento grupal.

À época em que começamos a trabalhar no CAPS já havia uma razoável 'tradição' do trabalho em grupo com psicóticos, desenvolvido, em São Paulo, com seriedade e rigor pela equipe do Hospital-Dia "A Casa".

Por outro lado os atendimentos em "grupo" (que muitas vezes são agrupamentos mais que grupos) são uma constante nas práticas em terapia ocupacional. (Maximinio, 1995; p.27)

Além disso sempre que se trata desta questão aparece a justificativa de que em grupo é possível atender um maior número de pessoas e, portanto, seria uma forma de tratamento adequado numa instituição pública.

Não nos oporíamos a essa consideração desde que existam justificativas clínicas e éticas para essa opção. Um serviço público deve procurar oferecer um atendimento de boa qualidade ao maior número de pessoas possível. Mas, como Jurandir Freire Costa (1989; 15), "*repudiamos a idéia de que a população pobre deva ser assistida em massa pelo fato de ser pobre*". Seria fundamental pensar por que e em que condições o atendimento grupal deve ser indicado; quais as justificativas clínicas para esse procedimento.²⁶ Penso que o relato de nossa experiência, que será feito aqui, pode contribuir para essa discussão.

Desde quando iniciamos o trabalho no CAPS o grupo nos parecia uma ótima ferramenta de trabalho com psicóticos. Por quê?

Tínhamos alguns *a priori* que foram sendo aprofundados a medida que a experiência se desenvolvia. Para começar, o grupo poderia ser um lugar de vida, encontro e sociabilidade. Pensávamos, também, que o grupo permitiria um trabalho no sentido da introdução de um terceiro elemento na relação dual, que era inicialmente demandada pelos usuários. Nas salas de atividades eles ficavam isolados e quando se dirigiam a alguém era ao coordenador. Pensávamos que num grupo, com pessoas constantes, poderíamos trabalhar o surgimento de relações entre seus componentes, possibilitando múltiplas entradas na relação dual.

²⁶ A esse respeito remeto o leitor ao trabalho de Costa (1989), que se deteve com profundidade sobre a questão da psicoterapia de grupo em instituições públicas, a partir da teoria psicanalítica. Também ao trabalho de Maximino (1997) que reflete sobre os motivos para o uso de grupos em terapia ocupacional.

Podemos ampliar essa idéia e dizer que, mais que triangularizar, o grupo permite a formação de *poliedros*. Várias linhas vão se construindo, relações inesperadas surgem, interferências, trocas; os componentes do grupo muitas vezes fazem colocações uns para os outros e intervenções precisas. A imagem é mesmo da fabricação de uma rede, um tecido, uma trama.

Outra coisa muito interessante que passa a acontecer, quando o grupo vai se formando, é a percepção de situações similares e a busca conjunta de soluções. Trocas de informações a respeito da medicação, dos conflitos familiares, de sentimentos de solidão, apontam para uma descoberta: "isso acontece com mais alguém e não só comigo".

Além disso, no grupo o delírio ou qualquer manifestação inconsciente, no qual o sujeito estava aprisionado, pode vir a ser compartilhado e alcançar uma expressão coletiva.

O grupo de atividade traz ainda outras variáveis. A mais importante é a introdução de diferentes matérias de expressão (corpo, tinta, barro, cores, som); através da manipulação dessas matérias, planos que estão fora da linguagem, mas tão fortemente presentes na psicose, podem ganhar trânsito e criar mundos. São freqüentes a troca de objetos produzidos e a ajuda mútua, a troca de ensinamentos de como se faz uma atividade, etc. Muitas vezes quando alguém queria fazer alguma coisa e nós (os coordenadores) não sabíamos como, outro componente do grupo ensinava. Quando ninguém sabia, a tarefa era pesquisar. Havia dessa forma também uma quebra de idealização na figura do coordenador, que muitas vezes podia aprender com os outros. O participante pode, então, ocupar diferentes papéis: aprendiz e instrutor, *escutador* e escutado.

Há a possibilidade de que cada um construa isoladamente seu projeto, mas há também a possibilidade de que esses projetos em algum momento se encontrem ou mesmo que o projeto seja coletivo. Diferentes formas de *estar em grupo* vão sendo experimentadas.

Jô Benetton (1991) ao estudar os grupos de terapia ocupacional percebeu a existência de dois tipos de dinâmica, ligadas ao uso das atividades: há uma dinâmica na qual cada paciente faz sua atividade, estabelecendo com o terapeuta uma relação individual; a esta ela chamou *grupo de atividades*. A outra - quando os pacientes realizam uma única atividade em conjunto, ela denominou de *atividade grupal*. No grupo que desenvolvemos no CAPS essas duas dinâmicas poderiam ocorrer, inclusive ao mesmo tempo: uma parte do grupo participando de um projeto coletivo e alguém só observando ou desenvolvendo outra atividade.

Além disso, no grupo de T.O., os participantes são afetados e transformados pelo confronto com as diferenças. Essa confronto pode se dar no encontro com o outro que, em sua alteridade, se recusa a ser incorporado a um mundo privado imaginizado e delirante; é o encontro com aquilo que estranhamente não se adequa à construção do mundo feita a priori e questiona essa construção.

A experiência com os materiais, e a resistência que esses impõem à realização de um projeto inicialmente imaginado, também é uma experiência de confronto. Ao se por a fazer coisas no mundo real, o usuário sai da posição de criar um mundo a partir de seus pensamentos e se coloca diante da possibilidade e a dificuldade de criá-lo no concreto. Por outro lado, a transformação da matéria em produto desafia a resistência da coisa, sua falta de sentido; ao impor-lhe uma função e um sentido possibilita sua simbolização.

Assim, de um primeiro momento de estranhamento, a produção de objetos e do próprio grupo pode instaurar uma experiência de *solidade*,²⁷ de estar seguro de algumas configurações, poder nelas confiar, estabelecer rotinas, costumes. Rotinas e costumes dessa vez compartilhados e não enclausurantes numa fantasmática puramente subjetiva.

A realização de atividades e a produção de objetos também permite que o sujeito, ao nomear seus produtos, nomeie-se a si próprio como produtor. Há momentos no grupo em que o trabalho é coletivo, mas há também situações, quando cada um realiza uma atividade, em que diferentes estilos, saberes, histórias, podem ser confrontados. A diferença aqui está a serviço de uma diferenciação; o encontro com ela possibilita que se vá reconhecendo algumas marcas e características como próprias, no sentido da construção de uma experiência de si.

O encaminhamento dos usuários para o grupo de terapia ocupacional era feito a partir da avaliação de que aquelas pessoas teriam dificuldades em participar de um grupo de psicoterapia verbal e que se beneficiariam da utilização de outras linguagens. Isto poderia se dar por uma dificuldade de verbalização (alguns quase não falavam, outros possuíam uma fala repetitiva e ininterrupta), ou por uma situação, à vezes momentânea, de agitação e confusão.²⁸

Além desses critérios amplos, o grupo foi formado também tentando privilegiar relações que já pareciam significativas na instituição seja com os terapeutas ou de usuários entre si.

²⁷ Tradução de termo utilizado por Heidegger em *Der Ursprung des Kuntswerkes*, "mescla de solidez, disponibilidade asseguradora e solidariedade" (Figueiredo, 1994a; 92)

²⁸ A forma ampla e pouco precisa com que esses critérios se apresentam, caracterizando-se pela negação ("pessoas que não estão indicadas para um grupo de psicoterapia verbal") parece ser decorrente do fato de que, apesar de empiricamente reconhecida, a prática da terapia ocupacional ainda é pouco teorizada e os conhecimentos produzidos ainda pouco coletivizados com as equipes.

É importante ressaltar que, embora os componentes do grupo e os coordenadores se encontrassem em outros espaços da dinâmica institucional, no espaço do grupo uma coisa diferente acontecia; o enquadre era dado pelo lugar, a sala de T.O., pelo horário, encontros de uma hora duas vezes por semana, e pelos participantes. A construção de um enquadre dado pelo horário, espaço e participantes visava possibilitar a constituição de um grupo ali onde inicialmente tínhamos apenas um agrupamento de pessoas. Essa idéia, que parecia para nós, no início bastante abstrata, foi se concretizando à medida que os encontros se sucediam e o grupo de fato se constituía.

O primeiro sinal desta constituição apareceu na referência que os componentes do grupo passaram a fazer a uma sensação de pertinência, como pertencer a um time. Os usuários diziam: "Nós somos de tal grupo", se diferenciando de outros usuários que participavam de outros grupos. Depois, a referência aos outros componentes também foi ficando forte: cada ausência era sentida e marcada, assim como novas entradas. Quando acontecia de alguém ser internado, o grupo se organizava para ir visitá-lo ou mandar uma carta; sentiam falta uns dos outros. É claro que essas generalizações não levam em conta as diferentes maneiras como isso ia se dando para cada um, o que tentaremos que apareça no relato.

Por fim, o grupo deveria poder desempenhar o que Winnicott chama de *função ambiental*, que envolve a continência e o acolhimento, o manejo (nomeação, intervenção, propostas) e a apresentação de objetos; objetos esses que são índices de um mundo externo e podem ser transformados de modo a habitar o espaço transicional, aquela região onde a questão "Você criou isso ou veio do exterior" não pode ser formulada.

O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA GRUPAL

O relato de um processo grupal é uma empreitada bastante difícil devido ao grande número de acontecimentos que se dão em registros diversificados. Há o processo grupal, o que apareceria no relato das sessões e na sucessão de sessões; diz respeito a como as trocas vão se dando e se modificando no interior do grupo. Outro registro seria aquele das histórias individuais e das transformações que vão acontecendo com cada um que, além de componente do grupo, participa de uma variedade de outras atividades na instituição e tem sua trajetória singular, na família, na comunidade e na vida.

Além disso haveria que se pensar como esses dois registros se entrecruzam, formando aquela rede da qual falávamos antes, e como ocorrem as trocas entre o grupo e a instituição no qual está inserido; movimentos no espaço e no tempo. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade.²⁹ Como nos diz GUATTARI (1976), estar num grupo é estar comprometido em um processo coletivo, em razão de um problema particular e por um período provisório.

O relato dessa experiência não logrará alcançar todos esses estratos; um relato é sempre um recorte; a narrativa pressupõe a transformação do vivido, sempre múltiplo e preche de possibilidades, numa organização que faça sentido e que tenha um mínimo de inteligibilidade.

²⁹ No artigo '*Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupos*' (In: BAREMBLITT, 1986) Vida KAMKHAGI faz uma revisão crítica dos dois primeiros conceitos na obra de Pichon-Rivière, propondo que se inclua, para pensar os pequenos grupos, o conceito de transversalidade. Temos então que o conceito de verticalidade estaria ligado à história pessoal dos sujeitos, o de horizontalidade, ao processo que ocorre no grupo com seus membros, enquanto que transversalidade, tal como proposto por Guattari, nos possibilitaria "*superar os impasses de uma pura verticalidade e de uma simples horizontalidade, introduzindo, para serem pensadas, as múltiplas determinações sócio-político-ideológico-econômico-sexuais.*"

Então vamos à *nossa* história. Como dissemos anteriormente, o grupo de terapia ocupacional estava entre os grupos chamados, no CAPS, de *fechados*, cuja proposta era que fosse formado por um número máximo de oito componentes, que seriam indicados pelo terapeuta de referência para participar. Cada entrada ou saída de um componente seria trabalhada no grupo.

A coordenação era feita por uma dupla de terapeutas³⁰ para podermos acompanhar diferentes movimentos no interior do grupo; no caso do grupo que será relatado aqui, essa dupla era formada por um psicólogo e uma terapeuta ocupacional. O fato de a dupla formar um casal (homem, mulher) foi interessante para o processo deste grupo.

Essa questão merece que nos detenhamos um pouco nela. Em primeiro lugar é preciso ressaltar a importância de se trabalhar em co-terapia, o que possibilita que, enquanto um dos terapeutas acompanha mais de perto um dos participantes, entrando em sua *viagem*, o outro funciona como âncora, sustentando para o colega a possibilidade daquele acompanhamento.

Winnicott no texto *Teoria do relacionamento paterno infantil*, empreende uma comparação do estudo da infância com o da transferência psicanalítica e propõe que no tratamento da psicose o analista possa desempenhar a função de provisão ambiental, cuja falha foi uma das causas do desencadeamento do quadro psicótico. Mas para desempenhar essa função é preciso estar sustentado por um outro; o autor nos diz ao se referir a função da mãe: “*essa orientação especial por parte da mãe para com seu lactente não depende apenas de sua própria saúde mental mas é afetada também pelo ambiente. No caso mais simples o homem, apoiado pela atitude social (...) lida com a*

³⁰ Uma terapeuta ocupacional e um psicólogo, Arnaldo Alves da Mota

realidade externa para a mulher, de modo a tornar seguro e razoável para ela se tornar temporariamente introvertida." (p. 135) Pensando no grupo, podemos dizer que há um certo revezamento nestes dois papéis e, obviamente não é necessário que um terapeuta seja homem e outro mulher para desempenhá-los. No entanto é importante ressaltar que os aspectos pessoais dos terapeutas, neste tipo de trabalho, estão sempre envolvidos. Um processo que é, muitas vezes, de apresentação do mundo "*só pode ser feito pelo manejo contínuo por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo*". (Ibid; 83)

Além disso, como dissemos anteriormente, estávamos sempre trabalhando no sentido de introduzir *diferenças*; dessa forma nós, terapeutas, não escondíamos nossas diferenças pessoais ou de estilo. Neste contexto a diferença sexual é fundamental e, associada às outras, vai possibilitar investimentos transferenciais distintos, feitos sobre cada um dos terapeutas.

A intervenção e o manejo no grupo eram feitos através de atitudes e palavras (sem que se atribuísse maior importância ao agir ou ao falar), no interior de um campo de relações, no intuito de promover a ampliação do universo simbólico. Aqui prioriza-se a constituição de um campo de experiências que possibilite a doação de sentido a um *não-senso*, que por isso mesmo não pode ser articulado à vivência do sujeito e fica como fragmento muitas vezes persecutório e assustador.

Começamos o relato apresentando os membros do grupo de terapia ocupacional. Apresentarei aqui os membros que participaram por mais tempo deste grupo que, após 2 anos de atendimento, foi finalizado. Alguns membros iniciaram o atendimento mas depois saíram ou por que tiveram alta, ou por que foram internados pela família; outros entraram depois. O grupo funcionava com cerca de 7 a 8 membros em média. Mas nem

todos vinham sempre; alguns eram mais constantes e outros faltavam mais, mesmo que nós os chamássemos no horário do grupo. Este fato era entendido por nós não como atuação, mas como uma afirmação de que aquele grupo era um lugar de referência que podia ser buscado quando aparecesse a necessidade.

Toninho era um jovem, animado, estava sempre provocando todos; havia saído recentemente de uma internação psiquiátrica; foi internado quando começou a se sentir mal no ônibus ou na rua quando todos ficavam olhando para ele e passou então a não sair mais de casa. Dizia que vinha ao CAPS para fazer amigos e se divertir.

Toninho era muito ligado a **Armando**, um jovem que havia iniciado os estudos universitários para seguir os passos do pai na profissão. Após 6 meses frequentando a faculdade teve uma crise intensa, desorganizou-se, não conseguiu mais ir às aulas; seu discurso era recheado de nomes de pessoas ricas e famosas, episódios históricos, repetidos à exaustão. Era um discurso preso, que parecia rodar em círculos; talvez por isso ele estivesse sempre abrindo as portas fechadas que encontrava pela frente, como quem procura uma saída. **Armando** tinha dificuldade em cuidar-se e sua família não sabia como ajudá-lo; estava sempre sujo, com mordidas de pulgas, com os sapatos trocados...; no entanto nunca tinha sido internado.

Teodoro, outro membro, também estava sempre sujo mas por outras razões. Vivia pelas ruas, comendo em diversos templos que frequentava; tinha sido encaminhado ao CAPS para evitar uma internação. Estava sempre com a mesma roupa, não tomava banho. Não podemos, no entanto, dizer que não soubesse se cuidar, visto que sempre conseguia um lugar para dormir ou para comer. Parecia que estava num momento em que o limite corporal, a pele, *se desfazia*, e ele tinha que recobri-la toda com roupas ou figuras que recortava no grupo e que colava em si.

Maria de Lourdes tinha sido internada várias vezes em Hospitais Psiquiátricos. No grupo era chamada de Dona **Lourdes** e freqüentemente ocupava uma posição de cuidar dos outros componentes. Tinha uma profissão mas há muitos anos não trabalhava e se perguntava porque adoecia nos empregos já que o trabalho lhe fazia bem.

Margarida era uma moça órfã que vivia com sua irmã mais nova. Era bastante desconfiada, quase não falava no grupo, preferia ouvir. Inicialmente não queria tomar medicação e não aceitava nada que vinha de nós. Seu olhar era forte e por vezes assustador. Quando se sentia perseguida nos olhava como se quisesse ver no mais profundo de nós mesmos, para saber se podia confiar.

Donizeti, havia sido travesti e, segundo ele, "saiu dessa vida" por causa de um grande amor; quando o romance acabou se desorganizou. Não sabíamos se este episódio era concomitante com a descoberta de ser portador do vírus HIV. No grupo era muito afetivo e não raras vezes cuidava dos outros; todos pareciam gostar muito dele e se divertiam com suas graças e brincadeiras.

Carlos Eduardo era um jovem que, apesar de seu corpo grande, parecia um menino, sempre perto da mãe, com quem morava. Não saía de casa sozinho porque tinha medo de se perder e ficava o dia todo assistindo desenho animado na televisão. Seu olhar era perdido e suas expressões faciais pareciam caretas estereotipadas. A sensação que tínhamos ao olhá-lo era a de ver alguém muito desconfortável em seu próprio corpo. No grupo, inicialmente falava pouco, não fazia atividades, apenas estava lá porque o havíamos chamado.

Iniciamos o grupo pedindo que cada um falasse o que vinha fazer no CAPS. Alguns vinham para divertir-se, outros para curar-se; muitos não sabiam por que vinham; **Armando** disse que vinha para buscar paz e tranqüilidade e todos concordam

com ele. Colocamos que talvez neste grupo pudéssemos nos divertir e nos tratar, quem sabe encontrar um pouco de paz e tranqüilidade e talvez entender porque estávamos ali, e se não houvesse razão ou quando não houvesse mais motivo, poderíamos ir embora. Nossa intenção era criar um espaço onde talvez coubesse tudo isso, fazendo coisas todos juntos, com alguém ou sozinho.

Mostramos o armário com os materiais variados para que eles pudessem escolher o que fazer. **Donizeti** então quis fazer uma almofada em forma de coração e os outros resolveram desenhar. **Armando** fazia um desenho atrás do outro, sem parar; seus desenhos eram detalhados e bem feitos, mas repetitivos: carros enormes, símbolo de times de futebol, dinheiro, cifrão... Ao final do grupo cada um apresentou o que tinha feito e todos gostaram muito do trabalho de **Toninho**, mas este estava insatisfeito, pois dizia não desenhar como **Armando**

Alguns dias depois, **Toninho** chegou mesmo a rasgar um desenho seu por não conseguir fazer como imaginava e não suportar a idéia de aprender: "Queria já saber tudo, como **Armando**".

Por algumas sessões continuaram cada um com o seu desenho. **Toninho** tentava rabiscar junto à folha de **Armando** e perguntava: "Cadê o grupo?" Trazia talvez, neste momento, uma *força grupalizante* que se opunha à proposta individual de cada um dos outros.

Neste período os componentes do grupo, quando faziam qualquer solicitação, se dirigiam aos terapeutas do grupo. Cabia-nos tentar abrir espaço, nas falas a nós dirigidas, para a entrada de outros e propor atividades mais conjuntas a partir do que eles traziam; propostas que nem sempre eram aceitas.

Teodoro, que havia entrado recentemente no CAPS, ficava sempre olhando revistas e escolhendo figuras ou palavras que recortava e colava em sua roupa ou seu corpo. Muitas vezes essas figuras eram depois coladas em diferentes lugares da casa como se ele estivesse transformando aquele num espaço seu, marcando território.

Aqui aparece uma questão central deste trabalho e da concepção que aqui se busca desenvolver de clínica com psicóticos. Essa questão à qual já nos referimos em algumas passagens e que será retomada de forma mais articulada no próximo capítulo, diz respeito a importância da construção de uma morada, moldura, membrana protetora, que possibilite habitar o corpo e transitar pelo mundo sem o risco de ser, a todo momento, invadido por uma exterioridade.

Parece-me que **Teodoro** estava às voltas com a construção dessa *pele*. As roupas que não podia tirar, as figuras que colocava no corpo, tinham a função de propiciar essa construção no concreto, já que os símbolos não davam conta de oferecer essa proteção. Tornar o mundo familiar e conhecido, marcando os espaços como próprios é também uma forma de *controlar* o excesso de estranhamentos produzidos no contato com aquilo que é desconhecido.

Teo estava assim, qual um poeta, buscando criar "*o mundo externo, descobrindo o familiar no não familiar*". (Milner, 1991; 94). **Lourdes** não entendia assim a forma como **Teo** se relacionava com o próprio corpo; costumava alertá-lo e a **Armando** para os perigos da falta de higiene e a importância do banho. Certa vez trouxe uma roupa para **Teo**, que aceitou agradecido. Trocou sua roupa antiga por essa com a qual ficou por mais um período. Parece importante que ele tenha podido aceitar esta nova roupa, como se dissesse que o grupo poderia participar da construção de sua *moldura*.

Aos poucos o grupo foi ficando mais movimentado, todos falavam ao mesmo tempo ou se movimentavam pela sala. Parecia que cada um passava a se apropriar do espaço como seu. Num dia em que **Armando** chegou repetindo frases de políticos que ouvira no horário eleitoral, propusemos brincar de fazer política; cada um poderia se candidatar, fazer um cartaz para sua campanha, apresentar propostas. Todos toparam. **Teo** foi o único que não se animou muito mas fez sua proposta: "Quem quiser comer, coma, quem quiser ir para a lua, vá - cada um faz o que quer e não precisa eleger ninguém para mandar". **Toninho** retrucou: "Votem em mim, por uma sociedade sem divisões, todos organizados em torno de um único presidente: Eu"; e **Armando**: "o meu será um governo do povo, para o povo, pelo povo".

É de fundamental importância que um espaço de jogo e brincadeira possa ser criado num grupo. Winnicott nos diz que a psicoterapia acontece num espaço onde terapeuta e paciente brincam juntos. Quando o brincar não é possível o trabalho clínico é justamente o de trazer aquele que não é capaz de brincar para um estado no qual esta capacidade possa ser encontrada.

Neste grupo não estávamos nem tentando criar uma atmosfera fantástica, mergulhando nos delírios e alucinação dos componentes, nem tentando trazê-los à realidade, torná-los adaptados. Nossa principal aposta era na constituição de uma área intermediária de experimentação.

Se conseguimos constituir no grupo um espaço transicional, possibilitamos a emergência do jogo e do jogo compartilhado, que pode abrir caminho para experiências culturais e para uma existência onde dentro e fora não estejam enclausurados, mas possam comunicar-se produtivamente. Brincar é poder suportar a precariedade do interjogo entre uma subjetividade e sua exterioridade e o mal-estar por ele provocado.

A partir daquela primeira brincadeira relatada acima, em várias sessões havia momentos de brincadeira na qual o grupo todo participava e momentos em que cada um desenvolvia a sua atividade, mas as trocas iam se tornando mais frequentes. Fora do grupo, na instituição já circulavam insígnias: "nós que somos deste grupo..." Antes do horário alguns procuravam os outros para vir ao grupo. Também acontecia de saírem do CAPS no horário do grupo para que não fossem achados ou saírem do grupo para ir ao banheiro e não voltar mais, exercitando movimentos singulares no coletivo.

Formavam-se também sub-grupos dentro do grupo. **Armando** e **Toninho** gostavam de brincar e fazer atividades juntos, ficavam dando risada, **Toninho** tentando sempre seguir os movimentos de **Armando**, a quem atribuía muitos conhecimentos e uma situação econômica mais favorável que a dele.

Numa das sessões do grupo **Armando** chega falando de sua casa que está uma sujeira. Propomos a todos que desenhem suas casas. Neste dia havia só 3 pessoas no grupo. Arnaldo³¹, um dos coordenadores, acompanhou **Armando** e **Toninho** que, ao desenharem suas casas, iam explicitando as diferenças, não só da casa dos dois mas também da situação familiar. No início, enquanto **Armando** desenhava e ia contando sobre sua casa de classe média, num bairro bom de São Paulo, **Toninho** parecia não querer falar de onde vivia. Aos poucos foi conseguindo falar que sentia raiva das coisas que o amigo tinha e dos desenhos que fazia e que ele não conseguia fazer.

Depois disso conseguiu começar o seu desenho e falar de sua família; contou que seu pai lhe dava dinheiro, ao que **Armando** retrucou que nunca andava com dinheiro porque sua família achava que ia perder. Os dois contaram que não tinham televisão em casa; **Toninho** por que a família estava sem dinheiro; **Armando** por que

³¹ Arnaldo Alves da Motta, psicólogo do CAPS que coordenava comigo este grupo.

em sua casa a televisão estava quebrada e ninguém levava para consertar. Foi interessante porque **Armando**, que sempre falava de mulheres, carros, dólares, foi podendo entrar em contato com as condições reais de sua vida, enquanto **Toninho** pode talvez desidealizar um pouco a situação do amigo em comparação com a sua.

A partir desse episódio, **Toninho** deixou de desenhar com caneta, como fazia **Armando**, para pintar com tinta, produzindo trabalhos interessantes, bem diferentes dos do companheiro. Mais tarde trouxe desenhos que havia feito em outros espaços e dos quais tinha gostado, para mostrar para o grupo, que também gostou muito. Seu projeto era fazer uma moldura para pregá-los em seu quarto.

A relação entre **Toninho** e **Armando** remete à necessidade que os adolescentes têm de um *melhor amigo* ou de pertencimento a um grupo que sirva de modelo identificatório. Esta necessidade fazia-se fortemente presente para **Toninho**; queria desenhar como **Armando**, falar como ele, ter as coisas que ele tinha. Ao se propor a construir uma moldura para as próprias produções, parece poder aceitar um contorno próprio para sua singularidade.

Na sessão em que propusemos que cada um desenhasse sua casa, enquanto **Armando** e **Toninho** confrontavam-se com suas diferenças, eu acompanhei **Carlos Eduardo** mais de perto. A atividade de desenhar a própria casa parece ter sido a primeira proposta da qual **Carlos** participou, talvez porque eu tenha me sentado ao seu lado, demonstrando um interesse genuíno pela sua *casa*.

Ele começou seu desenho com apenas uma linha de contorno que se fechava em si mesma, delimitando um dentro e um fora. Mas tanto o dentro quanto o fora eram grandes espaços vazios, sem nenhuma passagem ou comunicação entre eles.

Então fui com ele procurando preencher esses espaços; perguntava pelos cômodos da casa, pelos móveis, pelos lugares ("Onde você dorme?"), pelas aberturas (portas e janelas). Parecia que tentávamos juntos construir para ele uma morada.

Se lembrarmos da instalação que Lygia Clark criou chamada "A Casa é o Corpo", talvez possamos pensar que **Carlos**, com seu desenho, buscava representar sua experiência de morada. Para poder estar no mundo e se orientar pelos espaços é preciso primeiro habitar esta primeira casa que é o corpo.

Winnicott (1990) nos diz que o aparecimento de um diagrama como este, com uma membrana limitadora separando um interior e um exterior, pode sugerir uma primeira organização de *self*, que está tentando se diferenciar do mundo externo. Seguindo esta hipótese podemos pensar que **Carlos** tentava organizar-se e diferenciar-se do exterior, mas habitava uma interioridade esvaziada e enclausurada, sem espaços de comunicação e passagem.

Numa outra sessão **Donizeti** convidou **Carlos Eduardo**, que ficava sempre quieto e isolado, para fazerem um desenho juntos numa grande folha. Conversaram sobre o tema.

Donizeti: "Vou desenhar meu namorado"

Carlos Eduardo: "Namorada, você quer dizer, né?"

Donizeti: "Não, namorado mesmo."

Carlos Eduardo: "Isso é contra a lei de Deus, é pecado... Quer um conselho de amigo? Procure uma mulher."

Donizeti: "Pior seria se eu fosse assassino ou ladrão."

Carlos Eduardo: "Você tem distúrbio no bum-bum."

Donizeti: "Eu tenho distúrbio na cabeça, mas no corpo sou homem como você, tenho pinto."

Carlos Eduardo: "Eu não sei se sou homem ou sou criança. Me sinto homem mas me tratam como criança. Você bate punheta?"

Donizeti começou a rir enquanto **Carlos Eduardo** continuava falando: "Eu bato todo dia. Sabe, eu gosto de você mas não gosto que você namore com homem, mas não tenho raiva, você, como eu, tem um organismo que não funciona, está com defeito."

Este diálogo é bastante interessante pois expressa a constatação de uma diferença no outro e em si mesmo. Aqui o espaço interno de **Carlos** não parecia mais estar vazio; era habitado agora por concepções de feminino e masculino, adulto e criança, saúde e doença.

À diferença do outro, que é homem mas tem namorado, seguia-se a constatação de uma diferença em si mesmo, ao mesmo tempo homem e criança.

No entanto a diferença era vista por ele como um *defeito*. Posteriormente **Carlos** explicitará uma demanda de conserto para seus defeitos ou uma afirmação de já ter sido curado/consertado. Sua imagem de saúde parecia ser a de alguém perfeito; um organismo/máquina que não pressupunha precariedades. Ao horror do vazio e da não-existência, **Carlos** parecia propor uma subjetividade robótica, protegida de qualquer fratura e de qualquer invasão.

O grupo entrou então numa fase em que as atividades grupais ainda eram propostas por nós, mas já tinham aceitação imediata. Um dos trabalhos, um mural feito a partir de colagens de figuras, foi proposto num dia em que **Donizeti** chegou bastante deprimido e pegou uma revista para ler sem falar com ninguém, o que todos

estranharam. Neste dia ele tinha se inscrito num grupo de portadores do vírus HIV. A partir das perguntas dos colegas sobre o que estava acontecendo, começou a falar, centralizando o movimento grupal. **Lourdes** disputava a fala com ele, pois também tinha muitas histórias tristes para contar.

A colagem parecia estar sendo feita para **Donizeti**. **Armando** colou uma propaganda de "Xuxa Contra o Baixo Astral"; **Margarida** colou a figura de uma mãe com uma criança no colo; **Lourdes** recortou uma floresta onde estava escrito: "O que é bom sempre volta". **Carlos Eduardo** que ficou por um tempo no canto, sem participar, quando o trabalho estava sendo finalizado, colou um tabuleiro de xadrez no cartaz e disse que pensava em **Donizeti** quando estava em casa. **Donizeti** recortou uma figura onde havia um carro em velocidade e escreveu tristeza, dando a impressão de que o carro fugia deste sentimento.

Ao terminarem a atividade, guardaram cuidadosamente o trabalho, decidindo não expô-lo pois estava muito bonito, mas os outros não iriam entender. Em outros momentos outros trabalhos também foram guardados com a alegação de que alguém poderia estragar ou destruir. Em outra ocasião, quando todos fizeram trabalhos de pintura coloridos, **Carlos Eduardo** comentou que pareciam desenhos de loucos. Parecia que estava sendo criado um código de comunicação que pertencia àquele grupo, que para eles era muito importante; a loucura podia aparecer ali mas não ser levada para fora. Era necessário um cuidado especial com suas produções, que estavam, assim, sendo valorizadas.

A nós cabia receber, guardar e cuidar do que era feito ali. Só mais tarde os trabalhos produzidos no grupo começaram a ser expostos na instituição; parece que só então foi possível para os participantes do grupo, compartilhar com o coletivo maior da

instituição o que produziam ali, quando se sentiram de alguma forma mais fortalecidos, podendo expor-se sem medo de serem destruídos.

Nesse dia, ao saírem, **Armando** apertou a mão de **Carlos Eduardo** para se despedir e este comentou, parecendo estranhar: "As pessoas aqui vêm falar comigo, me beijam, me abraçam, acho que gostam de mim." O grupo agora tinha dinâmica e movimento próprio; uns respondiam e faziam intervenções nas histórias dos outros. Um dia em que **Lourdes** estava bastante desanimada e queixosa e dizia que queria morrer pois a vida não tinha sentido, **Carlos Eduardo** retrucou: "Não é um sentido para a vida você se encontrar, saber quem você é?"

O movimento do grupo era também agora para fora da sala. Certa vez conversávamos sobre brincadeiras de criança e **Margarida** propôs que fôssemos jogar bola no jardim. Em outro, **Teo** estava muito agitado e andava em volta da mesa de atividades; aquilo agitava o grupo e ninguém conseguia se concentrar. **Toninho** levantou-se e começou a andar atrás de **Teo**, imitando-o; os outros *entraram na dança* e começaram a criar um movimento ritmado em volta da mesa. Aos poucos a fila se transformou num trem que saiu da sala e deu uma volta pelo CAPS.

Por essa época **Carlos Eduardo** começou a falar do seu medo de se perder e **Toninho** do seu medo de *impregnar*³² na rua. Disse que, às vezes, quando estava vindo para o CAPS isso acontecia no ônibus e ele se sentia muito mal.

Fizemos, então, um passeio na Avenida Paulista; na volta pedimos que **Carlos Eduardo** nos mostrasse o caminho. Foi uma experiência interessante mas difícil. **Armando** disse que tinha medo por causa da grande quantidade de carros e pessoas;

³² Denominação, nos meios psiquiátricos, das reações e efeitos colaterais provocados pelo excesso de medicação. Para Toninho designava uma experiência específica, como veremos depois.

Margarida disse que não tinha gostado por que várias pessoas ficaram olhando para ela e que isso acontecia sempre mas ela não ligava; **Toninho** gostou de não ter *impregnado* e propôs que fôssemos um dia com **Carlos Eduardo** até sua casa para que ele aprendesse o caminho e pudesse vir sozinho. **Carlos Eduardo** pediu a palavra, interrompendo os outros, e disse que as coisas estavam saindo de dentro dele, que tinha medo que a força também saísse e ele se perdesse mais.

Intrigante essa questão que aparece na fala de **Carlos**, polarizada entre encontrar e perder. Ao responder a **Lourdes**, diz que talvez se encontrar seja um sentido para a vida; depois fala do medo de se perder na rua e de se perder mais ainda quando *as coisas começam a sair de dentro* dele.

FREUD (1924) diz, em *Neurose e psicose*, que o delírio é como um remendo numa fenda que aparece na relação do eu com o mundo externo. Se esse remendo é ameaçado ou a fenda esgarçada, é possível que o mínimo de interioridade construída se esvaia.

Mantendo-se fechado em seu mundo, sem contato com outros, somente com a mãe a quem não é preciso falar porque "ela o conhece muito bem e sabe tudo dele", **Carlos** não tem que expor seu interior, que permanece fechado. Ao propormos que experimente encontrar outros e permeabilizar um pouco a barreira, a ameaça é então, de uma perda total do contorno.

Talvez estivesse deixando de ser aquele **Carlos Eduardo** que não falava com ninguém, não tinha amigos, que só andava com a mãe, mas não conhecia outra forma de existir; talvez estivesse, como **Teo**, trocando a pele, mas só se tira uma quando se tem outra para por.

Difícil trabalho! Estamos outra vez caminhando no fio da navalha!

Era o fim do ano e houve uma interrupção do grupo. Ao retomarmos, no início do outro ano, o processo já era outro; todo o trabalho anterior tinha sido no sentido da constituição de um grupo. Agora, questões mobilizadoras começavam a aparecer, bem como brigas e movimentos transferenciais³³ mais claros; os participantes começavam a referir que pensavam e sonhavam uns com os outros; as faltas passaram a ser mais raras e o grupo tinha agora um número maior de participantes a cada vez.

Intercalávamos sessões só de conversa, com atividades em sala e passeios programados pelo grupo. Fomos ao cinema, fomos até a casa de **Carlos Eduardo**, e fomos ao Planetário.

Neste passeio aconteceu um fato importante que marcou e nomeou esta nova fase do grupo. Tínhamos conseguido entradas gratuitas para o planetário num horário em que turmas de escola faziam visitas curriculares. No meio de vários grupos de crianças uniformizadas com seus professores, nosso grupo se diferenciava. Uma das crianças que estavam próximas se dirigiu a **Toninho** e perguntou: "Nós somos de tal Escola ... e vocês, quem são?", ao que **Toninho** respondeu: "Nós somos um grupo".

Se Clarice Lispector está certa em dizer que "pertencer é viver"³⁴, podemos pensar que este sentimento de pertencimento pode instaurar uma experiência existencializante, uma sensação de estar vivo, fazer parte de um coletivo, ser ao mesmo tempo esse coletivo e se diferenciar dele.

³³ O termo transferência está sendo utilizado aqui no sentido que lhe dá GUATTARI (1976) de transporte amoroso. A idéia é a de que determinados encontros podem favorecer ou propiciar transferências de determinados aspectos e não outros.

³⁴ Da crônica "Pertencer" em *A descoberta do mundo*. A esse respeito ver também o interessante trabalho de Dany KANAAN (1994), em especial o capítulo 'Pertencer'.

Assim, com o grupo constituído, a sensação de pertencimento assegurada ("eu faço parte desse coletivo que me acolhe e me sustenta"), temas difíceis e doloridos começam a aparecer e podem ser compartilhados.

Em uma colagem feita em grupo **Carlos Eduardo** pode recortar uma mulher bonita e sensual e escrever embaixo: "Minha mãe, meu amor". Trazendo assim toda a intensidade e o erotismo que fazem parte da relação com sua mãe.

Toninho se permitiu *impregnar* no grupo e finalmente pudemos saber de que era constituído seu terror. Sua *impregnação* não tinha necessariamente ligação com a medicação, já que, em uma das vezes em que aconteceu, **Toninho** não tomava remédio há um mês. Mesmo assim a estratégia utilizada para superá-la era tomar um comprimido de Akyneton. No grupo a *impregnação* (**Toninho** ficava com os olhos voltados para o alto e não conseguia direcioná-los voluntariamente) aos poucos foi sendo contida ao realizar atividades ou falar sobre o assunto.

Certa vez, quando questionado por **Margarida** sobre o que acontecia quando ficava *impregnado*, disse: "É horrível, parece que vou morrer... minha pupila se dissolve e eu perco o contato com o mundo".

Podemos pensar essa experiência de **Toninho** como uma experiência de *colapso*. WINNICOTT (1983) nos diz que em alguns casos de psicose verificamos um "*colapso das defesas*" que coloca o sujeito num estado de caos. A palavra que **Toninho** utiliza é bastante significativa: a experiência, diz ele, é de dissolução/dissolvimento; ao se perder o contato com o mundo se perde também um sentimento de existência e uma experiência de Eu.

É interessante pensar que, para **Toninho**, essa dissolução se dá na pupila, nos olhos. Olhos que são *a janela da alma* e também por onde o mundo nos chega de

imediatamente. Ali pode se dar a passagem e o encontro entre interioridade e exterioridade, a abertura para o fora de si mesmo. Mas se a morada não está bem construída, as portas e janelas podem ser arrebatadas pela invasão de um fora avassalador.

Nesses momentos o que passou a ser fundamental foi reassegurar nossa presença como consistência do mundo a sua volta, no sentido de ajudá-lo a recompor sua morada, seu corpo, uma superfície, mínima que seja, mas que possa circunscrever sua experiência.

Margarida também tinha episódios de impregnação e frequentemente perguntava ao grupo sobre as experiências de cada um com a medicação e os efeitos colaterais. Estava muito desconfiada dos médicos e aceitava a medicação com bastante resistência. Em uma das sessões começou então a chorar, dizendo que as coisas aconteciam sem que ela entendesse o porquê, que a estavam dopando sem explicá-lhe o que ela tinha e que não tomaria mais o remédio.

Todos passaram a falar de suas experiências com remédio e **Toninho** deu seu depoimento: disse que já tivera várias impregnações, e nessas situações sentia que estava para morrer, porém gostava e confiava no seu médico. "Acho que minha doença não tem cura, mas estou aí com os remédios apostando uma corrida contra ela; sou eu ou ela!" Terrível modo de estar no mundo! Mas **Toninho** podia suportar a idéia de que o *mal-estar* não tem cura e apostar na vida.

Teorias sobre a doença também começaram a aparecer e serem confrontadas. Em uma sessão **Lourdes** e **Carlos Eduardo** fizeram um trabalho em argila juntos. **Lourdes** fez um jardim onde **Carlos** colocou uma cobra e disse: "o terror me curou"; **Lourdes** colocou brinquedos no jardim e falou de sua infância triste. **Carlos Eduardo**

então disse: "Eu sei qual é o seu problema, sua mãe te abandonou e você ficou traumatizada. O meu problema é diferente, tenho defeitos nas células".

Este confronto entre teorias é interessante. Não há aqui nenhuma disputa pela verdade hegemônica, mas o reconhecimento de que cada um dá sentidos diferentes à sua existência e ao seu sofrimento. **Carlos** tem um saber sobre o sofrimento de **Lourdes**; um saber construído no encontro com ela e na escuta de seu discurso.

A morte foi outro assunto que começou a poder ser tratado. Apareceu a primeira vez num dia em que o grupo estava completo, com oito pessoas falando ao mesmo tempo, instaurando uma vivência de desorganização e caos. **Margarida**, então, perguntou: "Será que eu vou morrer? Todos morrem?" Todos sentiram-se afetados pela questão e passaram a falar de suas crenças: re-encarnação? outra vida? **Donizeti** parecia ser o mais implicado e dizia não querer morrer porque estava em dívida com Deus e também porque gostava de suas coisas. **Armando** disse que tinha muito medo da morte porque ela era escura. Todos falavam ao mesmo tempo e pareciam angustiados. Em meio ao escuro, ao medo e ao caos **Lourdes**, trouxe papel e tintas coloridas para a mesa e aos poucos todos passaram a mexer com o material.

Parecia termos vivido ali, juntos, a possibilidade de, do informe e ameaçador, produzir algo vivo e intenso. Os trabalhos ficaram realmente muito interessantes. Apresentavam uma utilização das tintas que chamava atenção pela quantidade em excesso e pela intensidade das cores. Eram trabalhos fortes e de grande impacto.

O assunto retornou muitas vezes, principalmente por que estava muito presente para **Donizeti**, que chegou a escrever um testamento em uma das sessões. **Armando** então disse: "Eu quero fazer muitas coisas antes de morrer". Quando questionado sobre

o que gostaria de fazer não conseguiu responder de imediato. Algum tempo depois completou a idéia: "Antes de morrer eu quero ser feliz".

Os movimentos transferenciais com os coordenadores ou entre os componentes do grupo também começaram a aparecer de forma mais explícita. Eram freqüentes os relatos de sonhos onde componentes do grupo estavam presentes; o grupo já fazia parte do imaginário de cada um e estava investido afetivamente.

As escolhas de parceiros para trabalhar também indicavam movimentos de aproximação e afastamentos e havia também escolhas e investimentos diferentes em relação aos coordenadores. **Margarida** tinha uma relação diferenciada com Arnaldo; era para ele que dirigia suas perguntas frequentes e foi também, a partir da relação de confiança que estabeleceu com ele, que passou a aceitar ser medicada.

Lourdes estabelecia uma relação diferente, também centrada em Arnaldo. Começou a fazer psicoterapia durante o tempo em que estava no grupo e sentia isso como uma traição ao grupo e principalmente ao terapeuta; por isso demorou para nos contar de sua terapia fora e quando o fez chorou muito.

O grupo então passou a se perguntar se só poderia haver uma pessoa importante para cada um, o médico, a mãe, o analista, ou se o afeto poderia circular e deslizar por várias pessoas.

A mesma questão foi colocada quando **Carlos Eduardo** se irritou por **Lourdes** dizer que se preocupava com ele e diz: "Quem se preocupa comigo é minha terapeuta e eu venho ao grupo por causa dela". Na sessão seguinte, no entanto, ele perguntou para **Lourdes** por que estava triste, demonstrando que também ele podia se preocupar com alguém do grupo.

A transferência, esse transporte amoroso, em alguns momentos ganhava uma intensidade que tornava difícil manter-se como suporte desses investimentos. Como quando, numa discussão sobre a existência de Deus, **Carlos Eduardo** afirma, apontando para mim: "Deus não existe! Já tentei falar com ele, chamei-o, gritei, mas ele não respondeu. Para mim Deus é ela que me curou." Ou quando conta que sonhou comigo: "Você me dizia que eu era mais bonito que você e por isso queria me comer todinho. Me dá um remédio pr'eu ficar bonito!?"

Não sabemos o que Carlos chamava de estar curado. Para ele devia ser bastante significativo vir ao CAPS, encontrar pessoas com as quais se relacionava afetivamente. De qualquer forma o trabalho estava apenas começando, neste momento em que se configurou essa transferência maciça, erótica e tanática. Vida e morte estão em jogo: eu posso curá-lo ou devorá-lo. Não tenho claro se pude suportar e manejar adequadamente as intensidades que estavam presentes aqui.

Outras vezes a dificuldade em suportar a intensidade era vivida por aquele que investia afetivamente. Certo dia em que Arnaldo não estava no grupo, **Toninho** não suportou participar: "Não posso ficar *sozinho* na sala com uma mulher". Também não conversava em minha presença sobre sua sexualidade; *esses* assuntos eram compartilhados com o Arnaldo e os outros homens do grupo.

Lourdes frequentemente assumia um papel maternal em relação a **Teo** e **Armando**. Orientava-os em relação à higiene, e fazia presentes para eles.

Outra forma de ligação amorosa acontecia frequentemente com **Teo** em relação a vários componentes do grupo. Costumava cuidar, dar conselhos ou fazer interpretações precisas, demonstrando alcançar acontecimentos e afetos que não tinham

sido explicitados e que diziam respeito tanto aos componentes do grupo quanto aos terapeutas.

Guattari (1992; 105) explica essa capacidade, muitas vezes apontada, que muitos psicóticos possuem para "*ler, fluentemente, de algum modo, o inconsciente de seu interlocutor com facilidade*", pela aptidão que têm em transversalizar, atravessar estratos e transpor os muros.

Talvez por causa desta capacidade aconteça, em alguns momentos, de nos sentirmos invadidos e devassados em nossas histórias privadas; esses são momentos importantes para nos lembrar que no trabalho com psicóticos estamos envolvidos e implicados de forma integral. Muitas vezes este trabalho nos põe em contato com nossas feridas, o que pode ser muito angustiante.

Em relação aos investimentos afetivos, nosso trabalho era no sentido de desemperdir as passagens que estivessem interditadas e desfazer cristalizações. O ideal seria que o afeto pudesse circular, deslocar-se; forjar o novo ali onde o sujeito afeta e é afetado, possibilitando-lhe ocupar vários lugares diferentes; ouvir e ser ouvido, cuidar e ser cuidado.

Depois de um tempo em que o espaço e as relações estavam intensamente investidas, o grupo pode iniciar um processo de abertura quando cada um começou a fazer projetos em relação ao porvir. Que novos caminhos poderiam agora se abrir, o que mais mobilizava, quais os desejos, por onde queriam seguir?

Os movimentos em direção ao externo já não eram, então, feitos em grupo, mas faziam parte de um processo de singularização onde cada um, a partir da sustentação que o grupo pode dar, ensaiava passos e fazia planos.

Assim, o grupo foi aos poucos sendo desinvestido, dando lugar a outros projetos e a outras relações e coletivos. Mas nem todos os participantes estavam no momento de desinvestir. **Carlos Eduardo** não conseguiu investir em nenhum outro projeto. Pela época em que o grupo estava se abrindo para novas possibilidades sua mãe se aposentou e passou a ficar o dia todo em casa. **Carlos** dizia que não podia deixá-la só e quis voltar a ficar em casa para fazer-lhe companhia. Simplesmente deixou de vir. Nossas tentativas de trazê-lo de volta através de contatos telefônicos ou visitas domiciliares não surtiram efeito.

Pensamos que talvez fosse o momento de criar um atendimento individual para ele; propusemos este trabalho mas não houve resposta. Talvez a intensidade dos afetos que estavam em jogo só pudesse ser vivida no interior do grupo. Fora desse espaço que havia se constituído como continente talvez essa relação fosse muito ameaçadora.

No grupo vivemos, então, um momento de finalização e despedida, resgatando o processo que havíamos percorrido juntos, ajudando a construir projetos a serem desenvolvidos dali para frente. Obviamente nem todos os movimentos foram no mesmo sentido e nem todos numa direção que nos parecesse interessante ou que apontasse para a criação de uma existência mais rica.

Toninho, ainda no grupo, iniciou um movimento em busca de trabalho. Primeiro empregou-se como faxineiro numa firma, mas teve alguns problemas e saiu; passou então a integrar a equipe do Projeto Trabalho de produção e comercialização de alimentos, ligado à Associação Franco Basaglia.

Lourdes continuou seu atendimento psicoterápico, vindo visitar o CAPS vez ou outra.

Margarida e **Armando** tinham uma situação bastante difícil e muitas vezes refizemos seus projetos de tratamento, redirecionando os objetivos e os caminhos a serem trilhados. **Margarida** foi internada por um período, ficou sem moradia outro, passou a morar com um namorado, saiu de lá para morar na casa de familiares. Nessas idas e vindas o vínculo com o CAPS era desfeito e refeito.

Armando foi acompanhado mais de perto por um AT (acompanhante terapêutico) ao mesmo tempo que tentávamos contatos com a família no sentido de intervir na dinâmica de abandono a qual estava submetido.

Teo iniciou um acompanhamento terapêutico e redirecionou todos os esforços para retomar os contatos com os filhos e reorganizar um local de moradia.

Donizeti resolveu viajar para outro país. Ligava freqüentemente para o CAPS e pudemos intermediar seu contato com o Serviço de Saúde Mental local, onde procurou um novo suporte e uma nova referência.

Tendo funcionado por um período como espaço de continência e consistência, onde cada um pode arriscar estabelecer relações e se experimentar em novas situações, o grupo pode, depois, ir sendo desinvestido, mais por uns e menos por outros.

Talvez para **Carlos Eduardo** não fosse possível, naquele momento, suportar o desinvestimento paulatino por parte dos outros componentes em relação ao espaço grupal, e deslocar seus afetos em outras direções. Retornou a uma existência onde parecia não haver fraturas, cortes, separações.

Uma experiência grupal pressupõe o intercruzamento do singular e do coletivo e essas duas dimensões nem sempre estão em harmonia e consonância.

De qualquer forma o grupo pode construir uma consistência e depois abrir portas e caminhos a serem trilhados, se ramificando em diferentes direções. O difícil deste trabalho é que a abertura para o novo traz sempre em seu bojo possibilidades tanto de vida quanto de mortificação. Nada está garantido quando se caminha em direção ao que ainda não é conhecido.

Não é por *pouca coisa* que alguns sujeitos se fixam, em algum momento, num existência estagnada. Esta rigidez e estagnação está a serviço de proteger o sujeito de experiências avassaladoras e terroríficas.

Quando nos propomos a trabalhar no sentido de maleabilizar um pouco essa *couraça protetora* temos que pensar o que isso significa: a que estamos propondo que esses sujeitos se exponham? À vida? Pode ser, mas vida é risco. Só quem está vivo pode morrer.

4. Duas crianças, duas histórias

Neste item apresentaremos o relato de dois atendimentos de terapia ocupacional realizados no Hospital-dia Infantil em Saúde Mental da Mooca.

Os atendimentos individuais eram apenas uma forma de intervenção entre as várias que compunham a atenção oferecida pelo HD e algumas vezes eram realizados com a família e a criança, pois nesta instituição uma das condições para a admissão de uma criança era que os pais participassem do trabalho proposto. A participação, que poderia se dar das mais diferentes formas, era por nós considerada de fundamental importância pois acreditávamos que "*começar o tratamento de uma criança psicótica é entrar num drama através de um discurso dos pais e da criança.*" (Mannoni, 1980; 120)

Assim sendo, as crianças além de participarem das atividades coletivas, eram também acompanhadas, juntamente com suas famílias, por uma dupla de terapeutas. No entanto, como veremos em seguida, em um dos casos aqui relatados o trabalho se desenvolveu somente com a criança por um longo período. Acompanhem os relatos.

A MENINA E AS BORBOLETAS

*Asa da palavra, asa parada agora
casa da palavra onde o silêncio mora
brasa da palavra, duro silêncio, nosso pai.*

CAETANO VELOSO

A Menina (Francisca) chegou até nós trazida por técnicos da Unidade Sampaio Viana, da Febem. Tinha 7 anos e era *estranha*: não falava nem produzia nenhum tipo de som, apresentava uma série de movimentos estereotipados e reagia agressivamente quando tentávamos nos aproximar.

Os técnicos que a trouxeram pareciam bastante mobilizados pelo seu estado, mas não viam possibilidades de desenvolver um trabalho terapêutico dentro da Febem. No entanto, algo de outra ordem os impulsionava a nos procurar: ela estava na idade-limite para a unidade que a acolhia e logo teria de ser transferida para outra casa, a das crianças mais velhas ou um desses grandes asilos onde se é abandonado. O pedido que nos faziam podia, portanto, ser entendido em dois níveis: o primeiro, mais explícito, de que realizássemos o atendimento clínico de Francisca; o segundo, mais implícito, de que fizéssemos um trabalho com a mãe de Francisca para que esta desinternasse a filha.

Na primeira entrevista³⁵, a acompanhante da Febem nos informou de que na Unidade Francisca se isolava, não brincava com outras crianças, costumava fugir do setor e ir para o pomar brincar com passarinhos, grilos, borboletas. Também no HD este parecia ser seu maior interesse; na entrevista, permanecia isolada desenhando pássaros e outros bichos voadores.

A acompanhante nos forneceu alguns poucos dados da história de Francisca, obtidos em entrevistas com sua mãe: Francisca é a segunda filha de Fátima, de uma gravidez que não foi nem planejada nem desejada; durante a gravidez, seu marido a agredia fisicamente e a abandonou neste período, retornando quando Francisca tinha por volta de 1 ano. Aos 3 anos, Francisca foi internada, juntamente com seus dois irmãos, na Unidade Sampaio Viana da Febem; Fátima alegava não ter condições de criá-los, já que o marido a havia abandonado novamente. Dois anos depois, desinternou os três filhos e, após um curto espaço de tempo, voltou a internar somente Francisca

Após este contato com os técnicos, solicitamos a Fátima que comparecesse ao Hospital-Dia para uma entrevista. A mãe de Francisca veio nos encontrar duas vezes, nas quais a mesma dinâmica se repetiu: seu discurso, curto e rápido, girava em torno de justificativas pelo fato de Francisca estar na Febem, acompanhado da promessa de que, tão logo tivesse condições, levaria a filha para casa. Um choro intenso se seguiu às justificativas, mas ela não conseguiu falar dessa tristeza. Nosso lugar parecia já marcado para ela: fomos identificados aos assistentes sociais da Febem que avaliam e definem se Francisca precisa ou não ficar lá.

A partir dessas entrevistas admitimos Francisca ao HD com um contrato entre a Febem, Fátima e nós. A proposta era de que Francisca viesse duas vezes por semana,

³⁵ O acompanhamento de Francisca e sua mãe foi realizado em conjunto com Márcia Ramos, psicóloga.

trazida por funcionários da Febem, para participar de duas oficinas, Artes e Música e Movimento, e de um atendimento individual de terapia ocupacional. Em um desses dois dias, Fátima deveria comparecer³⁶ para encontrar Francisca e participar de um atendimento com ela. Nossa idéia não era *trabalhar* Fátima para que ela desinternasse Francisca, mas podermos pesquisar juntos que lugar Francisca ocupava no desejo da mãe, que nos parecia num primeiro momento ligado ao abandono e à culpa, e que possibilidades havia de construir-se um outro lugar.

Aqui aparece com clareza a ambigüidade e contradição do papel ocupado por nós neste trabalho: se, de fato, gostaríamos de construir um espaço onde a criança e a mãe pudessem se perguntar por suas dificuldades em face do desejo, acolhendo tanto as dificuldades de Francisca quanto as de Fátima; por outro lado, era evidente que queríamos pesquisar outras possibilidades de vida para Francisca que não a internação em grandes asilos. Impossível dizer que nosso desejo não estava também implicado. No atendimento dessas crianças estão em jogo, muitas vezes, questões que são de ordem vital também para os terapeutas.

Uma outra questão que nos interrogava desde o nosso primeiro encontro com Francisca, e que foi se complexificando à medida que a conhecíamos melhor, era o fato de ela não falar.

Pensávamos que pudesse estar relacionado a um certo fechamento em seu mundo próprio, excluindo qualquer comunicação. De fato, o diagnóstico de autismo aparecia algumas vezes em sua ficha na Febem. No entanto, como veremos no relato, Francisca era capaz de comunicar-se com gestos, tanto para pedir ajuda quanto para brigar com alguém quando estava com muita raiva.

³⁶ Fátima morava num bairro próximo ao HD, e esse era um dos motivos pelo qual fomos procurados.

A avaliação fonoaudiológica feita no HD (sem aparelhagem especializada), inicialmente, apontou para duas hipóteses: a de que Francisca tivesse uma deficiência auditiva, com perda de cerca de 30% da audição (o que, de qualquer forma, não implicaria a ausência de fala, podendo apenas retardar ou dificultar a aquisição da linguagem) ou que tivesse um distúrbio nas cordas vocais. Essas duas hipóteses foram descartadas em pouco tempo de atendimento, pois, se é verdade que de início Francisca parecia não ouvir, isso foi se modificando à medida que o trabalho avançava, quando ela passou também a imitar e produzir sons, como veremos mais adiante

Havia também a possibilidade de uma lesão ao nível do sistema nervoso central, hipótese que implicaria na necessidade de exames especializados para ser comprovada.

Estamos aqui, no entanto, transitando por um terreno pantanoso e polêmico; trata-se, em última instância, de saber se a causa da *mudez* de Francisca se encontra na alma ou no corpo. Aliás, esta é uma questão recorrente no trabalho com crianças *estranhas*. Procura-se, freqüentemente, fazer um diagnóstico para diferenciar quadros neurológicos (como as síndromes genéticas e as deficiências mentais congênitas) de quadros psicogênicos (como as psicoses infantis e os distúrbios de comportamento), o autismo ocupando uma posição fronteira e disputada.

Cristina KUPFER (1994) propõe que trabalhemos com uma categoria ampla o suficiente que inclua psicose infantil, autismo, deficiência e quadros mistos, que ela nomeia como "*crianças com graves distúrbios de desenvolvimento*" e era com esse tipo de referência que estávamos trabalhando no HD. No entanto, muitas vezes um diagnóstico diferencial pode trazer benefícios às crianças e suas famílias. Imaginemos, por exemplo, que fosse detectado um fator de organicidade em Francisca, uma deficiência auditiva, que pudesse ser alterada com o uso de algum aparelho. De

qualquer forma, como nos ensina MANNONI (1980), qualquer fator de organicidade teria de ser pensado em sua articulação com o desejo dos pais que marcou o corpo da criança.

Além disso, à proporção que fomos desenvolvendo o trabalho com Francisca, foi ficando claro que qualquer tentativa de enquadrá-la em uma ou outra classificação não contribuiria para a emergência de um acontecimento, do novo. Nossa tentativa passou a ser, então, construir um olhar que pudesse ver a variedade de acontecimentos que dão singularidade àquela existência e não reduzi-la a um quadro já conhecido e do qual já se sabe o prognóstico.

O interessante no atendimento desta menina foi que ela sempre nos surpreendeu e acredito que manter aberta a possibilidade de afetar-se e surpreender-se pelo outro é essencial para a instauração de um processo clínico.

Após algumas semanas do início do atendimento de Francisca e sua mãe, Fátima deixou de comparecer. O contato com ela foi refeito e interrompido várias vezes. Sendo assim, por muito tempo o trabalho se desenvolveu num campo sem palavras e sem história. Conhecíamos, no entanto, uma marca deixada pela mãe em Francisca e que se presentificou no contato conosco: a marca do abandono, associada à palavra paradoxal de "Venho buscar-te quando puder".

Parece que a Francisca só restava esperar, mas encontrava-se numa situação sem saída: esperava alguém que não sabia se voltaria, e, portanto, não podia fazer o trabalho de luto. Sendo assim, talvez fosse melhor negar a ausência e o tempo que pôr-se em compasso de espera,. Mas as palavras introduzem a ausência, fala-se de algo que não está. Francisca, então, não podia ter palavras. *"A criança não pode escapar, porque escapando perderia a mãe"* (Mannoni, 1980; 106)

A ausência da mãe marcou também a equipe: que trabalho era possível realizar com esta criança? Que escuta era possível desenvolver aqui? Começamos, então, a atendê-la como se estivéssemos tateando no escuro.

Francisca começou a freqüentar o HD duas vezes por semana, participando de duas oficinas e sendo atendida individualmente uma vez por semana. Nas sessões, explorava o armário de brinquedos e procurava o material ou objeto que queria utilizar. No início, brincava sempre sozinha, fazendo construções elaboradas com blocos, brincando com bichinhos de plástico ou desenhando pássaros e borboletas. Parecia entretida em sua brincadeira sem me dar atenção e os sentidos que eu ia dando para suas produções ficavam para mim, pois ela não parecia me ouvir.

Em um de seus desenhos, copiou no papel a sombra que o sol fazia ao bater num bichinho de plástico, o que me fez pensar se ela estaria tentando construir uma diferenciação entre coisa (o bichinho), imagem (a sombra) e representação (o desenho no papel). Vendo um outro desenho, que representava um pássaro tomando injeção, me perguntava se ela estaria relacionando seu processo conosco a alguma idéia de tratamento, cura ou cuidado.

Aos poucos comecei a brincar com ela e fomos estabelecendo alguma relação. Logo passou a ter em mim uma figura de referência, vindo me procurar quando estava em dificuldades. Nos dias em que não havia sessão, chamava-me para a sala de atendimento. Entendendo isso como um pedido, passei a atendê-la mais uma vez na semana.

Chamava a atenção da equipe como rapidamente passou a discriminar o espaço da sessão dos outros espaços do HD, onde, via de regra, nos encontrávamos. Começou a

estabelecer outras relações nos espaços coletivos, preservando a nossa para o horário de atendimento individual.

Estávamos vivendo o que Winnicott (1983) chama de *período de lua-de-mel*, freqüente no início de uma relação terapêutica. Francisca gostava de vir às sessões que eram, em geral, muito agradáveis. Estávamos procurando formas de nos entendermos. Suas construções passaram a parecer uma tentativa de estabelecer um diálogo, contar uma história. Em várias sessões, brincava de aprisionar bichinhos de plástico entre paredes onde se encontram apertados e sem saída; havia momentos em que soldadinhos apontavam em direção a eles. Posteriormente começou a construir, para além dos muros, uma cidade e portas que davam passagem a ela; alguns poucos bichinhos iam passando pelas portas e se aproximavam da cidade.

Foi nesse momento que começou a produzir os primeiros sons, que eram imitações de sons dos bichos. Este foi um jogo que ela propôs durante várias sessões e que lhe dava muito prazer. Ficávamos conversando como se fossemos pássaros, cachorros, cavalos, galinhas.

Era uma história interessante, esta que ela contava com os brinquedos. Falava de um aprisionamento que podia estar ligado à vida na Febem, mas também, ao modo de existência que experimentava: totalmente enclausurada dentro de si mesma, sem contato com o outro. *Lá dentro* bichos de várias espécies estavam convivendo sem poder sair. Mas ela pôde começar a construir uma passagem, uma abertura, ao mesmo tempo que as falas dos bichos iam ganhando existência.

No entanto, a partir do momento em que começou, na sessão, a brincar com bonecos humanos em lugar de bichinhos, as coisas começaram a se modificar.

Fora do atendimento, Francisca passava cada vez mais tempo no jardim do HD, caçando borboletas. Borboletas que ela feria, quebrando as asas, para que não pudessem voar e que ficavam, assim, inteiramente sob seu controle. Com essa brincadeira, Francisca parecia divertir-se muito, batia palmas, dava risada. Algumas vezes, Francisca trazia borboletas para a sala de atendimento, num espetáculo de sadismo, tanto com a borboleta quanto comigo; eu sentia um extremo mal-estar, sem conseguir interferir na cena, compulsivamente repetida.

Passou a ser freqüente Francisca não querer vir às sessões, utilizando-se dos mais diversos artifícios para impossibilitar o atendimento. Por vezes quando eu ia chamá-la, abaixava a calcinha e começava a fazer cocô onde estivesse; outras, me batia e saía correndo; outras, ainda, ia para perto de outro terapeuta, pedia colo, beijava, abraçava, numa cena explícita de provocação de ciúmes.

Meu corpo estava, com freqüência marcado por arranhões de suas unhas, que se cravavam em meus braços, carregadas de grande intensidade. Quando eu saía desse lugar masoquista era para intervir movida pela raiva, tentando dar limite de uma forma inadequada, como se estivesse querendo mostrar-lhe que podia mais que ela.

Estávamos as três, ela, a borboleta e eu, submetidas a *algo*, sem espaço para a agir ou transformar a situação. Francisca parecia estar presa a um clichê e nos fazia participar da cena, ainda que os papéis pudessem ser trocados.

O que nos tirou desse jogo repetitivo foi a atuação de Marcelo Labaki Agostinho, psicólogo que coordenava uma das oficinas das quais Francisca participava, a oficina de Música e Movimento. Esse episódio parece-me interessante para pensarmos o quanto o trabalho em equipe pode ser enriquecedor na atenção a essas crianças.

Na referida oficina, Francisca começou a querer bater em outra criança e o terapeuta iniciou um jogo entre os dois no qual o limite podia ser colocado como parte da brincadeira. Colocava entre as crianças um colchão e dizia para Francisca que ela não podia bater na outra criança, mas podia bater no colchão. Francisca parecia divertir-se muito com essa brincadeira e repetia o jogo por toda a oficina, tentando bater e demandando do terapeuta que a impedisse de fazê-lo.

Então este jogo se transferiu para as sessões individuais. Francisca trazia plantas com espinhos, com os quais ela espetava o próprio dedo para que eu interviesse, dizendo: "Não, não se pode machucar Francisca" Depois, o mesmo jogo passou a ser encenado com os bonecos. Havia, na sala, uma família de fantoches; ela vestia na mão o fantoche-mãe e batia no bebê; eu, com o fantoche-pai na mão, impedia que se batesse na criança. Levar a angústia e a agressividade para uma *outra cena*, permitiu a Francisca circular por ela, experimentar os vários papéis presentes e instaurar uma distância em relação a ela.

Francisca começava a articular os primeiros sons que se aproximavam de palavras, que tentavam comunicar algo. Um "não", cada vez mais claro e forte, aparecia. Em seus desenhos começavam a aparecer corpos humanos.

No entanto, o decorrer do trabalho não era linear, os movimentos eram ambivalentes e intensamente carregados de afeto. Em uma das vezes em que fui chamada para o atendimento, Francisca não parecia me ouvir, preferia ficar brincando com as borboletas. Ocorreu-me, então, dizer: "Por que você não quer entrar? Prefere ficar aqui fora com os bichinhos, **como** os bichinhos? Lá dentro você está virando gente, aprendendo a falar". Francisca ficou com muita raiva, me chutou, me bateu e gritou: "Não!"

Muitas vezes, não queria ir para a sala de atendimento, mas, de alguma forma, me fazia ficar por perto para me agredir. Fazia cocô no jardim, tentava fugir do HD, esperneava. Certa vez, em meio à agitação, acabou quebrando um brinquedo que trouxera da Febem, um passarinho de madeira que *perdera a cabeça*. Então, ela veio me procurar e me mostrar o brinquedo quebrado. Disse que ainda tínhamos tempo e que, se quisesse vir à sala, poderíamos consertá-lo.

Na sala, com argila e tinta, refizemos a cabeça do passarinho. Ela ficou muito feliz. Eu disse: "Há coisas que podem ser reparadas, reconstruídas, recuperadas".

Alguns dias depois, Francisca procurou meu braço, tentando *apagar* algumas marcas de seus arranhões. Encontrou em meu braço sinais de nascença e também esses ela queria *apagar*. Eu disse: "Há marcas que temos no corpo e que não podemos apagar; nosso corpo é feito delas", mostrando que também em seu braço havia sinais.

Na sessão seguinte, Francisca me contou uma parte de sua história: vestiu três bonecas com retalhos; duas como bebês (com fraldas) e uma como mamãe (de vestido e carregando um bebê no colo); construiu um carrinho com caixas e rodas de madeira; colocou as três bonecas dentro do carro e empurrou-o até um lugar onde a mãe deixou um bebê e foi embora com o outro no colo; o carro se afastou fazendo um som que passou de barulho de carro para "maamaaaaa" e disto para um choro de nenê.

Será que a palavra "mãe" pôde se esboçar justamente porque Francisca estava falando da ausência da mãe? A semelhança com o jogo do Fort-Da descrito por Freud (1920) é desfeita por uma triste marca de diferença: aqui o movimento de retorno não é jogado³⁷.

³⁷ No texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud relata uma brincadeira de uma criança que, jogando para longe um carretel e puxando-o de volta, repete a saída da mãe. A criança realiza, assim, um trabalho de reprodução simbólica que possibilita a elaboração psíquica da situação.

Isso nos traz de volta à questão do trabalho com Fátima, mãe de Francisca. No início, a assistente social da Febem ficou responsável por retomar o contato quando ela parou de comparecer ao HD. Logo percebemos, no entanto, que, para que pudéssemos estabelecer algum contato com Fátima, seria necessário desfazer essa identificação entre nós e a Febem. Havia uma diferença marcante: os técnicos da Febem estavam bastante preocupados em desinternar Francisca e avaliavam as possibilidades concretas (financeiras, de moradia) que Fátima tinha de fazê-lo; nós, por outro lado, não tínhamos claro se a melhor solução para Francisca era ir morar com a mãe; estávamos interessados em pesquisar que condições ela tinha de exercer a maternidade com Francisca, como esta relação poderia ser *descristalizada* e navegar por outros mares, que possibilidades de vida poderíamos construir para Francisca.

Para isso, era necessário proporcionar um espaço de escuta para Fátima, e não de cobrança. Passamos, então, a procurá-la. Retomamos o contato com uma visita domiciliar, quando conhecemos seu barraco, seus outros dois filhos, e ficamos sabendo que estava grávida mais uma vez. Contou-nos que este filho seria dado a uma senhora logo que nascesse, já estava tudo arranjado. Propusemos que viesse conversar conosco no HD e estabelecemos novamente um contrato, desta vez de um atendimento para ela. As combinações com Fátima eram sempre feitas e desfeitas; ela não conseguia sustentar nenhum compromisso. Sempre sumia e voltávamos a procurá-la.

Concomitante a isto, o trabalho com Francisca caminhava e passamos a pensar que, talvez, o mais importante a se trabalhar na forma de relação que Fátima estabelecia com a filha não fosse a assiduidade (vê-la freqüentemente) mas a previsibilidade. Como fazia com Francisca, Fátima também fazia conosco: prometia e não vinha, ficava ausente por um longo período, após o qual, aparecia, e isso era enlouquecedor.

Passamos a conversar com ela sobre isso: o que considerava possível fazer? Vir encontrar Francisca uma vez por semana? Uma vez por mês? Nas festas do HD? Marcávamos o encontro e quando ela não vinha íamos buscá-la em casa. Estávamos tentando desempenhar um papel de terceira pessoa entre Fátima e Francisca.

Após um ano e meio de trabalho com Francisca, tive de sair do HD, devido a mudanças na prefeitura. Com a notícia, ficamos preocupados e discutimos exaustivamente, em equipe, a forma de encerrar o atendimento. Não posso negar a vontade que tinha de continuar a atendê-la, mesmo não estando mais na instituição. Estamos aqui diante de uma situação-limite na qual o trabalho em instituição pública nos coloca. O contrato não é condicionado por um acordo entre terapeuta e paciente, mas é atravessado, de forma inequívoca, pela instituição. O terapeuta é contratado pela instituição que pode, a qualquer momento desfazer o contrato de trabalho, inclusive desconsiderando a terceira parte envolvida. Nessas condições fica difícil, tanto para o terapeuta quanto para o paciente, dispor-se a uma relação profunda, "*poderia se usar a palavra 'amor' aqui, correndo o risco de soar sentimental*" (Winnicott, 1983; 69). Mas este é o envolvimento necessário para por em marcha um tratamento com essas crianças. Se isto acontece e o encontro realmente se dá, é extremamente doloroso, para os dois sujeitos envolvidos, quando o trabalho é interrompido.

É difícil avaliar o quanto Francisca pôde compreender o que eu lhe dizia sobre não mais trabalhar no HD e não mais atendê-la. Numa das últimas sessões, desenhei uma seqüência: nós duas juntas, nos despedindo, e depois já separadas. No desenho da despedida ela colocou grossas lágrimas nos seus olhos e nos meus. Em algum lugar, sabia que eu também estava sofrendo.

Gostaria de levantar algumas questões acerca das formas como a atividade participou deste atendimento. De início, objetos, brinquedos e materiais gráficos serviam para que Francisca se entretivesse e se mantivesse isolada em seu mundo. Mas foram também eles que possibilitaram a minha entrada neste mundo e o estabelecimento de um vínculo. O jogo é aqui o centro, um fim em si mesmo, sem que se procure interpretá-lo. Está em pauta a experimentação corporal e criativa e a experimentação do outro como objeto. Parecia que neste momento se *jogava* uma tentativa de discriminação entre objetos animados e inanimados; mais tarde a pergunta passaria a se referir à diferença entre bichos e homens, mostrando um embaralhamento nesta fronteira, bastante desconcertante e perturbador.

Eu respondia a isso desqualificando tudo aquilo que considero não-humano e chamando-a a ajustar-se a um modelo de subjetividade estreito, esvaziando outros devires. A este estreitamento das margens, Francisca respondia com rebeldia, recusando-se a adequar-se. Foi somente quando pude acolher, na sala de atendimento, o *passarinho sem cabeça*, que conseguimos nos encontrar de novo e retomar o trabalho.

O espaço de jogo, que é o espaço terapêutico, deve implicar sempre uma possibilidade de atualização de tantos devires que entram em cena se houver acolhimento. Ao atualizar alguma dessas virtualidades, Francisca pode dar expressão e figuração ao que antes era a confusão em que se encontrava mergulhada.

Isto possibilita a emergência de situações em que objetos e materiais são utilizados na tentativa de se articular uma linguagem e construir uma narrativa. Há, aqui, uma busca de se comunicar algo a um outro sujeito, como numa brincadeira de mímica. Desta forma, eu procurava escutar o que ela estava conscientemente *querendo*

me dizer. A questão aqui parece ser: "é possível a comunicação e o encontro ou a solidão é um fato?"

Por fim, aconteceram também situações em que eu fiz uma leitura do que se me apresentava em atos, comportamentos, desenhos, sons, etc. São significados que me vêm à mente sem que eu saiba como nem por quê. Não dizem respeito ao sentido consciente que Francisca quer dar ao ato; são sentidos que surgem ali onde um enigma me interpela.

Essas leituras em alguns momentos ficaram comigo, em outros foram devolvidas na mesma linguagem, por gestos ou fazendo alguma coisa, mas também houve ocasiões em que a palavra era utilizada como nomeação de *algo*. Muitas vezes, me perguntava se eu não estava dando para a situação um sentido que dizia respeito só a mim. Parecia-me que, se este é um risco que se corre de uma maneira geral, numa situação em que só eu utilizo palavras esse risco se tornaria maior.

Hoje, penso que, no interior de uma relação transferencial, estávamos, eu e Francisca, construindo sentidos para algo que até então não tinha nenhum. Como nos ensina Luís Cláudio Figueiredo (1994a; 156) "*o real se 'entremostra' apenas como enigma implicando simultaneamente excesso de sentido e vazio de sentido; como enigma o real demanda (o que Laplanche chama de) tradução; no entanto, é esta 'tradução original' que dá ser ao enigma, que o realiza; ou seja, não há já algo a ser traduzido, embora haja uma 'demanda de tradução'.*"

Não me parece relevante perguntar pela verdade desses sentidos, se eles já estavam lá, em algum lugar, antes. Se o sentido construído opera uma transformação e uma saída da estereotipia e da repetição, é uma construção produtiva que libera o desejo para caminhar por outras vias.

O MENINO E OS ATROPELAMENTOS

*O sujeito sente-se como que atropelado
por um outro sujeito que ele desconhece,
mas que impõe sua fala.*

GARCIA-ROZA

O Menino (Tiago) tinha seis anos. Chegou ao HD acompanhado pelos avós maternos que diziam tê-lo trazido porque a mãe não podia fazê-lo naquele horário. No entanto, não sabiam contar muita coisa sobre ele, pois viviam no litoral e não tinham muito contato com a criança. Não sabiam também como interagir com ele; pareciam em dificuldades. Contaram que Tiago é o terceiro filho, temporão; nascera oito anos após o segundo filho. Segundo a avó, a mãe queria muito ter um bebê, pois os outros filhos cresceram muito rápido, mas por muito tempo não conseguiu engravidar: "Agora ela tem" e olhava para Tiago. Os pais estavam separados há três anos: "O pai é muito bom, não podemos falar nada dele". Nos finais-de-semana vinha buscá-lo para passear. Diziam lembrar de Tiago quando era pequeno: "melhorou muito, antes quebrava tudo, não se podia levá-lo para lugar nenhum". Quando bebê, gritava como se visse algo; "era desagradável olhar para ele, tinha cara de velho e olhar de raiva, não comia nada, não queria crescer".

Enquanto falavam, Tiago brincava com brinquedos de plástico (carrinhos que passam por cima de outros objetos); procurava um dos terapeutas³⁸ para solicitar que desenhasse algum objeto, nomeando-o e apontando para o papel. Sua fala era formada por palavras soltas que não se articulavam numa frase ou muitas vezes por pedaços de palavras sem significação, fragmentos escutados em algum lugar. Quando a mãe passou a vir, era ela muitas vezes quem traduzia para nós o que ele dizia.

Encerramos a entrevista com os avós, marcando a importância de que a mãe comparecesse para que pudéssemos saber por que nos procuraram neste momento. Quando estávamos finalizando a sessão, Tiago ficou agitado e começou a quebrar os brinquedos; quando falamos que ele voltaria, pareceu acalmar-se.

Na entrevista seguinte, a mãe veio acompanhada da filha mais velha. Contou que, após o nascimento do segundo filho, tentou engravidar várias vezes, sem conseguir. Um ano antes de Tiago nascer, aos 28 anos, teve uma crise emocional intensa; curou-se com homeopatia e então engravidou. A gravidez foi um período de muita solidão e crise no casamento. "Tiago foi muito desejado; eu e meu marido sempre comentávamos que um bebê traz muita alegria para uma casa". Haviam pensado inclusive em adoção. Hoje, gostaria que o filho se desenvolvesse para que pudesse adotar outro bebê.

No sexto mês de gravidez começou a ter contrações e ficou em repouso: "ou eu morria ou morria ele". Aos nove meses teve um susto e Tiago nasceu. "Quando Tiago nasceu, olhei para ele e tive um aperto no coração, angústia, soube que não era normal" (disse que sempre teve premonições com todos os filhos). "Tiago era muito sério, não sorria, não olhava, tinha o olhar perdido, triste" (eu penso, será que parecia com o dela?); ninguém notava, só ela. Mas, depois de um tempo, todos viram que ela tinha razão. A mãe contou também que, em determinado momento, vendo que Tiago não se desenvolvia, começou a imitá-lo e, então, ele começou a olhar para ela. Disse que nos últimos meses Tiago estivera muito agitado; achava que ele queria ir para escola, pois gostava muito de sair, mas, como ela trabalhava, ficava o dia todo trancado em casa.

³⁸ O acompanhamento de Tiago e sua família foi realizado em conjunto com Mira Wajntal, psicóloga.

Nessa entrevista Tiago estava mais calmo e, brincando num canto, parecia interessado no que a mãe falava sobre ele. A brincadeira era a mesma da primeira entrevista: novamente passava com um carrinho por cima de vários objetos e brinquedos.

Admitimos Tiago para atendimento no HD. Viria todos os dias passar as tardes conosco, quando participaria de oficinas. Uma vez por semana faríamos um atendimento conjunto do menino e sua mãe, podendo ter a participação de outros membros da família desde que com o consentimento dos dois envolvidos.

Sempre, ao início das sessões, Tiago fazia muito barulho, batendo objetos na parede. Não sabíamos se ele estava querendo dizer alguma coisa ou se não queria deixar ninguém falar e dissemos isso a ele. A mãe comentou que ele estava muito agitado após as sessões conosco e ela acreditava que era por ele estar ouvindo muitas histórias que nunca lhe foram contadas, referentes ao seu nascimento e à sua família.

De fato pensávamos que algo se passava com Tiago ao ouvir esses relatos, mas não estávamos bem certos do que isso tudo poderia suscitar. O interessante era que, ao ver a mãe no HD, ele se dirigia para a sala e ficava nos esperando lá. Parecia que estava interessado em ouvir aquelas histórias.

O jogo com carrinhos de plásticos também era repetido a cada sessão. A esse respeito, a mãe nos contou que, em casa, ele costumava pegar tudo que estava ao seu alcance e jogar na rua "para ver o carro passar por cima". Em certo momento, quando Tiago iniciou o mesmo jogo me ocorreu perguntar: "Por que você está sempre brincando de atropelamento? Quem atropela? Quem é atropelado?" Tiago, então, passou com força o carrinho por cima de um outro brinquedo e o quebrou. A mãe ficou com muita raiva e começou a gritar com ele; a certa altura perguntou: "Quem fez isso?"

Tiago respondeu, pronunciando o nome do irmão. A mãe ficou ainda com mais raiva e disse: "Não! Foi Tiago quem quebrou o brinquedo, eu vi!" Ao ouvir isso Tiago ficou bastante agitado e começou a bater na parede com os brinquedos, fazendo muito barulho. Então resolvi intervir, dizendo: "Ouvimos o que você falou, não entendemos, mas escutamos. Você disse que foi seu irmão. Talvez num outro momento possamos entender melhor o que você está dizendo" e Tiago se acalmou.

Lasnik (1992) nos diz que é comum entre pais de autistas enunciados como "ele diz qualquer coisa" ou "o que ele fala não tem sentido" e que este tipo de julgamento opera uma expulsão de qualquer significação possível. Ao escutar algo incompreensível e enigmático e aceitá-lo, ao invés de rejeitá-lo, mesmo não tendo ainda acesso ao sentido, cria-se a possibilidade de que o sentido possa advir.

Na sessão seguinte, a mãe, mais calma, contou-nos que seu filho mais velho atropelou e matou um senhor, mas que isso nunca tinha sido comentado com Tiago. Algumas sessões depois, fomos informados de que seu pai, o avô de Tiago, também havia atropelado e matado uma pessoa. Não sabíamos o que era *isso* que vinha sendo atuado pelas gerações desta família, mas de qualquer forma a repetição incessante de Tiago, que pedia significação, podia, então, circular como uma repetição da família e não apenas sua. Além disso, sua fala foi ganhando um outro lugar com a mãe: o que ele dizia talvez tivesse sentido e, portanto, deveria ser escutado.

Talvez, pela circulação dessa *palavra-coisa* pela família, ela pudesse ser significada e seus membros não tivessem de atuá-la tão insistentemente; talvez Tiago pudesse, então, sair desta cena do atropelamento, a qual estava preso e que previa apenas dois lugares: o de assassino e o de morto. Não é por acaso que, ao relatar o

período em que estava grávida de Tiago, sua mãe disse que se encontrava num momento em que "ou eu morria ou morria ele."

*

Em *Escutar, recordar, dizer* Luis Claudio Figueiredo (1994a; 108) nos diz que "*na condição de disruptor de uma trama, ou tecido - ou seja, na condição de **destecedor** - o acontecimento efetua uma atividade **analítica** no sentido próprio da palavra.*"

No entanto, o trabalho com psicóticos nos exige a construção de uma outra clínica. Na psicose evidencia-se um grande buraco na trama da existência; buraco que se instala na fina película de sentido que separa e articula coisas e palavras e que impede que a exterioridade invada o sujeito. "*A fronteira entre as coisas e as proposições se desfaz, e a superfície vem abaixo.*" (Pelbart, 1989; 144)

No artigo *O inconsciente*, Freud nos diz que, na esquizofrenia, há uma séria alteração da linguagem e as palavras passam a ser tratadas como coisas, retornam aos seus elementos sensoriais, exibindo-se como opacidade, sem função e sem sentido.

Para Tiago a palavra *atropelamento* está absolutamente coisificada, apresentando-se em seu limite impenetrável, deixando-o de fora, impondo-lhe a experiência da exclusão. Tiago está aprisionado a esta *coisa*, excluído dela e ao mesmo tempo preso a ela sem poder afastar-se. A tarefa clínica aqui é a de tecer e retecer a trama de significados, na tentativa de ir instituindo a *justa distância*, através da construção de sentido, de respostas metaforizantes.

Parece que o lugar a se ocupar aqui é o de estar com o olhar e a escuta sempre atentos, deixando-se afetar, deixando-se assombrar pelos neologismos, atos, jogos, etc. Aceitar e receber qualquer produção para que possa ser revestida de algum sentido e,

quando possível, nomeá-la para que se estabeleça "*a justa distância e liberdade a coisa para sua pura coisa*". (Figueiredo, 1994a; 132)

Em um atendimento psicoterápico a escuta é a forma de percepção privilegiada. Esse privilégio talvez seja decorrente da idéia de que tudo o que é experimentado pode encontrar uma tradução na fala. Em terapia ocupacional o olhar do terapeuta também é de extrema importância; um olhar que reconhece que os gestos e as produções podem ser articuladas numa linguagem e reconhece o sujeito que as produz. Um olhar que, encontrando aquilo que ainda não tem tradução, dá-lhe existência no mundo compartilhado.

Os objetos e atividades ocupam, numa situação como esta, um lugar muito importante. São os pedaços de coisas que vão possibilitar uma abertura para que a palavra advenha. Se toda a experiência está *coisificada*, presa ao nível da sensorialidade, sem atravessamento simbólico, é preciso que essa *coisificação* venha para dentro do atendimento.

Podemos pensar que, na repetição de gestos, comportamentos, frases, que parecem sem sentido, a criança está fazendo um esforço imenso para criar algo, para existir. Muitas vezes, se há acolhimento e espera, é possível encontrar ali uma marca, uma questão do sujeito.

Os brinquedos e materiais que oferecemos à criança são objetos que ocupam um lugar na cultura; ficam ali disponíveis para serem manipulados, usados, na espera de que, em algum momento, a criança deles se aproprie, numa articulação singular de sua subjetividade com o que a realidade oferece. Se isso acontece, há uma ruptura no movimento de repetição pela experiência de um viver criativo.

5. O Dentro e o Fora: Uma Experiência de Atividade Cultural

Viagens, festas, passeios, cuidado com o corpo, desenvolvimento de aptidões, comunicação, expressão, momentos grupais, enfim, a participação nos diferentes níveis de produção cultural são tão essenciais para a promoção da qualidade de vida como o alimento é para a sobrevivência física.

BEATRIZ A. NASCIMENTO

A proposta da Atividade Cultural desenvolvida no Hospital-dia Infantil da Mooca visava à constituição de um espaço no qual juntos, terapeutas, funcionários da instituição, crianças e familiares, pudessem experimentar e usufruir aquilo que o campo sociocultural oferece, saindo da instituição ou organizando eventos no interior desta. Esta proposta surgiu na reunião de pais e acontecia uma vez por semana, nas tardes de sexta-feira, coordenada por uma dupla de terapeutas.³⁹

Por meio desta atividade, mergulhávamos nos símbolos, experiências e produções culturais que estão disponíveis, ao mesmo tempo em que promovíamos a integração das famílias, a construção de espaços de sociabilidade, a criação de novos mundos a partir do contato com o mundo em que vivem. A tentativa era a de instaurar uma abertura para o exterior, um diálogo dessas crianças e suas famílias com seu entorno.

³⁹ A coordenação do trabalho era feita por Jorge Fouad Maalouf, psicólogo, e por mim. No entanto, quase que a totalidade da equipe, entre técnicos e funcionários, chegou a participar, em algum momento, desta atividade.

Estávamos também, de alguma forma, interpelando o campo social: que espaço há para essas existências diferentes? Como se relaciona com elas? Parece um pouco pretensioso, mas, a partir do momento em que essas pessoas que estavam excluídas começam a circular, *algo* acontece.

É importante marcar que a vivência de exclusão diz respeito não só ao *paciente identificado* mas a toda sua família. Estudos na Itália mostram que as famílias de psicóticos acabam vivendo em núcleos muito reduzidos, com poucas relações sociais, excluídos da vizinhança e do restante da família. Isto parece se dar pela somatória de dois movimentos: um, vindo da comunidade, e outro das próprias famílias que se sentem constrangidas em estar em espaços sociais com seu filhos *diferentes*, terminando por fecharem-se em casa. Entendemos, portanto, que acompanhar as famílias nesse processo de *saída* de seu enclausuramento é muito importante.

Na Atividade Cultural os terapeutas e funcionários trabalhavam no sentido de fazer esta ponte entre o dentro e o fora da instituição, entre o dentro e o fora de cada um, através da experimentação de um campo intermediário no qual dentro e fora se encontram.

A atividade propiciava o surgimento de possibilidades e recursos entre as famílias que antes não existiam; umas passavam a ajudar as outras, a sair juntas, uma nova rede social pôde ser criada. O intuito era que este espaço permitisse a cada membro da família se experimentar em novas relações e também transformar as relações entre eles.

Lembro a vivência de uma garotinha (irmã de um de nossos pacientes), bastante tímida, que também apresentava problemas de saúde e que ficava todo o tempo ajudando sua mãe nos cuidados com seu irmão. Em um de nossos passeios, esta menina

pôde formar um par com outra (também irmã de um paciente) e se experimentar sem a mãe e sem ocupar o papel que sempre desempenhava junto ao irmão, brincando como a criança que é. Acho que nunca a tinha visto tão feliz e espontânea.

As trocas entre as mães também passaram a acontecer; começaram a pensar em fazer coisas juntas para vender, criaram situações no fim de semana para se encontrar, etc. Para nós, terapeutas, transitar no campo social com pacientes e suas famílias trazia muitas questões quanto ao manejo, pois não estávamos protegidos pelo *setting* tradicional e não tínhamos, portanto, clareza de como agir em situações as mais inesperadas. Era um espaço que nos exigia muita criatividade, mas era também de muita riqueza, pois as intervenções eram feitas em ato. Estávamos pesquisando com as famílias quais as formas possíveis e prazerosas de se estar no campo social.

Se uma mãe podia me pedir que ficasse com seu filho para que pudesse passear com seu marido, ter um tempo para si, isto era de extrema importância. Seu filho podia sair do lugar de fardo, ela podia confiar em alguém para ficar com ele sem que isto a ameaçasse. Tudo isso talvez possibilitasse um outro olhar desta mãe para seu filho e, quem sabe, houvesse aí uma troca de posições e lugares já tão cristalizados.

Outra situação de que me recordo é a de uma mãe que mantinha durante todo o tempo seu filho *preso* a si (literalmente). Ele não podia sair de perto dela. Em casa, ao realizar as atividades domésticas, amarrava-o. Dizia que ele, se solto, poderia quebrar coisas, machucar-se ou sair correndo, perder-se e não conseguir mais voltar.

Nos passeios íamos trabalhando com ela a possibilidade de deixá-lo caminhar sozinho, sem que fosse necessário dar-lhe a mão o tempo todo, pois ela só o soltava se algum de nós o segurasse. Certa vez, no zoológico, propusemos experimentar que ele andasse sozinho e ela, a contragosto, aceitou. O menino realmente saiu em disparada e a

mãe, desesperada correu atrás. Conseguimos, no entanto, detê-la; o menino, depois de correr um tanto, olhou para trás e voltou a correr e fez isso outras vezes. Quando não mais nos viu, parou até que nos aproximássemos de novo. Ficamos todo o passeio brincando de pega-pega e esconde-esconde com ele.

Uma outra experiência nos leva a pensar sobre o que poderia se produzir nessas crianças e famílias a partir do contato com símbolos e expressões culturais de sua comunidade. No Carnaval de 1993, um dos componentes da equipe sugeriu que contatássemos uma escola de samba da região para que as crianças pudessem assistir a um ensaio. A equipe vibrou com a idéia e nos pusemos em movimento para viabilizá-la. Um dos funcionários do HD, que morava na região, conhecia o diretor de uma escola de samba pequena do bairro. Fizemos contato e o tal diretor se mostrou bastante interessado em promover conosco uma festa.

No entanto, a escola não tinha um local para ensaio, que se fazia na casa dos integrantes em condições precárias. Assim, um laço que foi criado produziu frutos para os dois grupos em questão: nós intercederíamos, junto à prefeitura, para que a escola pudesse utilizar o ginásio do centro esportivo (próximo ao HD), em alguns horários, para o ensaio e eles compareceriam ao HD, representados por sua ala mirim (proposta do diretor), para organizarmos uma verdadeira festa de carnaval.

Muitos de nós já ouvimos falar ou participamos de festas institucionais que funcionários, cumprindo sua função, organizam, em instituições fechadas onde os pacientes não têm nenhuma opção de escolher participar ou não e de que forma; festas que acabam por infantilizar ou idiotizar os usuários que, não participando delas, assistem-nas atônitos e novamente excluídos. Goffman em seu livro *Manicômios, prisões e conventos* apresenta um quadro bastante preciso dessas festas.

Não foi o que aconteceu naquele carnaval no HD. Pelo contrário, o resultado foi emocionante. Pais, mães, crianças e funcionários criavam fantasias, preparavam-se e preparavam o espaço do HD para receber nossos ilustres convidados. As crianças da escola chegaram inundando o espaço com sua alegria. Estavam vestidas com as roupas com as quais desfilariam e munidos de seus instrumentos musicais. Tinham uma inesperada tranqüilidade para interagir com nossas crianças, que assomaram a elas curiosas.

Quando a bateria começou a tocar, os corações dispararam, ficamos todos arrepiados. Aquela música, aquele ritmo, eram contagiantes, não podíamos ficar parados. As crianças do HD olhavam embevecidas; umas dançavam puxadas pelo mestre-sala e a porta-bandeira, outras se aproximavam dos tocadores, queriam ver como se produzia aquele som que lhes tomava o corpo todo. As crianças da bateria cediam seus instrumentos e ensinavam as outras a tocar.

O final foi uma grande festa com lanche para todos, brincadeiras, formação de novos pares, troca de telefones ou endereços, etc.

*

O que essas crianças, tratadas no HD, precisavam era que se instalasse uma abertura, um vazio, a partir da qual pudessem criar, libertando-se da vivência de estarem presas à criatividade de outrem e não ser. Era preciso instaurar um espaço de troca e de vida. Mas, como fazê-lo? A Atividade Cultural, tal como aqui proposta, isoladamente, com muito probabilidade não promoveria a ruptura necessária. Nossa aposta, no entanto, era que a somatória de diferentes intervenções pudesse instalar alguma *clareira*, mesmo que pequena, nesta densa e opaca *floresta*.

A Atividade Cultural, além de proporcionar a integração entre as famílias, promovia a possibilidade de fazermos intervenções; não havia ali interpretação. Nos atendimentos familiares, estávamos trabalhando, por exemplo, o porquê daquela mãe, a quem nos referimos anteriormente, não conseguir se desprender corporalmente do filho. Na Atividade Cultural nós podíamos acolhê-la, ao mesmo tempo em que efetuávamos o desprendimento no âmbito da experiência concreta.

Não éramos ingênuos de pensar que a questão estava encerrada por aqui. O *grude corpóreo* estava sinalizando uma impossibilidade de separação simbólica. No entanto, se esta impossibilidade estava colocada no concreto era aí, também, que fazíamos a intervenção.

Mas a separação só pode ser vivida a partir de um encontro. Então, era necessário estar sempre basculando entre separação e união; nós, as mães e as crianças. E para que estas mães pudessem enfrentar o horror (que era para elas) a separação, precisavam estar acompanhadas e cuidadas. Nossa tentativa era de instaurar um espaço de jogo e brincadeira, um espaço para a emergência do cultural, que é também, e sobretudo, um espaço de vida.

Não foi à toa que batizamos a atividade aqui apresentada de Atividade Cultural. Concordamos com Winnicott (1975; 138) quando pensa a cultura como "*algo que pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos nós podemos fruir, se tivermos um lugar para guardar o que encontramos.*"

V. UMA MOLDURA PARA A ERRÂNCIA DA AVENTURA⁴⁰

1. *O Enigma de Kasper Hauser*: uma Metáfora

*Estes gritos assustadores ao nosso redor
são o que vocês chamam de silêncio?*

(Frase com a qual se inicia o filme)

Ao assistir ao filme *O Enigma de Kasper Hauser*, do cineasta W. Herzog, escuto uma história: o comovente relato de um *instalar-se* na dimensão humana, com toda a precariedade desta dimensão, com todo mal-estar que carrega, mas também, e por isso mesmo, com o desejo que se introduz aí, abrindo campo para processos de produção e criação, do mundo e de si. É como se ali se falasse, metaforicamente, de um momento mítico, o momento do encontro com o outro, com uma exterioridade estranha e nova e tudo que daí pode decorrer.

No início do filme, encontramos Kasper Hauser encerrado num subterrâneo escuro em que (mais tarde contaria aos habitantes da cidade onde foi encontrado) viveu desde o nascimento, ignorando o mundo exterior e a existência de seres humanos. A câmera é lenta, a imagem, de um tom azulado, quase sem cor, torna difícil enxergar Kasper e seu movimento. É como se tudo ali fosse feito da mesma matéria, sem que houvesse diferenciação entre Kasper e seu entorno. O tempo, congelado, não tem espessura nem acontecimento ali onde Kasper não sonha, nem pensa (como contaria depois), onde não há fissura, abertura; nada lhe falta, mas também nada há, na vivência da mais profunda solidão.

⁴⁰ Na XXIII Bienal de São Paulo, em 1996, Yukinori Yanagi construiu uma obra acompanhando com um lápis o percurso que uma formiga fazia ao transitar no interior de um espaço delimitado por quatro traves de madeira. Na parede estava escrito: "Eis aqui a moldura. Para a errância da aventura."

Até que um estranho (que não ficamos sabendo quem é) entra naquele lugar e o tira de lá. A primeira vez que é levado para fora, a excessiva luminosidade o invade sem que possa ou tenha como reagir. Também a nós, que estamos assistindo ao filme, a luminosidade, em contraste com a escuridão anterior, fere a retina.

Ao ser levado para a cidade, de manhã bem cedo, Kasper Hauser ainda é o mesmo, mas não o mundo ao seu redor. A câmera se desloca mostrando construções humanas, outras cores começam a povoar a tela, um relógio aparece; o tempo aqui passa. Mas Kasper pode ficar na praça, por muito tempo, na mesma posição. Na mesma praça há uma vaca presa a uma árvore alheia, como ele, ao burburinho do mundo dos homens. Mas o contato com este mundo, inevitavelmente, o transformará. Kasper não está mais preso ao seu casulo de solidão. Foi lançado ao mundo.

O vilarejo começa a acordar e algumas pessoas passam a observar o estranho imóvel na praça. Alguém se aproxima fazendo perguntas e a todas Kasper responde com uma palavra que aprendeu: "cavalo". No entanto a palavra para ele é pura sonoridade matérica, repetida incessantemente ao ouvir outras sonoridades.

Inicia-se, então, uma série de tentativas de aproximação por parte dos habitantes do vilarejo; uns movidos pela curiosidade e necessidade de encontrar explicações para a existência de alguém tão estranhamente diferente; outros afetados em seu íntimo pela estranheza, mobilizados e chamados a se aproximar e acolher o estranho.

A situação é nomeada por uns de “extraordinária”, por outros de “sem sentido”. Kasper é examinado minuciosamente; talvez “não tenha a cabeça no lugar”, talvez possua “um espírito doente”. Sua pele, de extrema delicadeza, está ferida em várias regiões, o rosto, inquietantemente impassível, não tem expressão. Ao sofrer tantas invasões, Kasper recusa a comida que lhe é oferecida, cuspidando-a.

Após muita investigação, resolvem que melhor será deixá-lo sob responsabilidade das autoridades locais. É levado a uma torre, onde são presos ladrões e vagabundos. Este novo espaço que passa a habitar possui uma pequena abertura para fora. Kasper pode agora, pela primeira vez, colocar-se a observar o exterior; a luminosidade, antes excessiva, agora está contida, recortada, limitada.

Uma família o acolhe para as refeições, oferecendo-lhe alimento ao mesmo tempo em que os vai nomeando. A boca que come começa também a poder falar. Numa das refeições Kasper faz uma descoberta: após beber toda a água que há em um recipiente continua com a caneca na boca esperando por mais água, como se para ele tudo fosse contínuo e não houvesse intermitência. Um menino que o acompanha à mesa, então, põe-se a ensinar-lhe: "Veja, está vazio. Va-zi-o. Não há nada aqui dentro" e coloca a mão de Kasper no interior da caneca. Depois leva sua mão a um recipiente com água e diz: "Cheio". E insiste, associando à sensação tátil: "Vazio, cheio, vazio". Kasper repete: "Vazio, vazio, vazio..."

As crianças apresentam-lhe o próprio corpo, tocando-o, nomeando-lhe as partes (braço, perna, nariz, orelha, boca, olho), oferecendo-lhe um espelho para que possa se ver. A mãe das crianças dá banho a um Kasper assustado, esfregando-lhe a pele e ele, enquanto examina seu corpo, observa surpresa: "Mãe,... a pele ficou!" Uma certa interioridade, ainda fragilmente construída, parece correr o risco de se esvaír e dissolver-se na água, mas a pele que fica a contém, servindo de limite e separando-a do mundo exterior.

Mas, se da parte de alguns há acolhimento e oferecimento de cuidados, por outro lado, é cada vez maior o número de pessoas que se dirigem à torre para observá-lo, rir dele, impor-lhe testes. Num desses testes, alguém lhe apresenta o fogo para o qual ele se

dirige com a mão, e, ao queimar-se, chora. Num outro momento, levam até ele uma galinha da qual ele foge assustado. Dor e medo agora também fazem parte do mundo de Kasper.

Na casa da família que o acolhe, aproxima-se de um bebê que chora; a mãe ajuda-o a segurar o bebê no colo e acalmá-lo. Kasper se emociona e chora novamente, dessa vez por uma dor de qualidade diferente e que já pode ser nomeada: "Mãe, ninguém aceita Kasper".

Assim como se sente próximo ao bebê que chora, também se aproxima dos animais, aos quais tenta ensinar o que tem aprendido: comer com as mãos, andar sobre dois pés, falar. Procura, assim, uma imagem unificada com a qual possa se identificar, mas logo percebe que também deles é diferente.

Por essa época, as autoridades começam a achar que Kasper está custando caro às finanças do município e sugerem que ele contribua com sua manutenção. Como muitos habitantes têm curiosidade e interesse em observá-lo e divertem-se com isso, resolvem levá-lo para apresentar-se num circo de variedades como um dos grandes enigmas do universo.

Kasper foge do circo e é recebido na casa de um professor que se propõem a educá-lo, levando-o a conhecer o universo cultural da época, artes, ciência, pensamento filosófico, etc.

Reencontramos Kasper dois anos depois, vivendo com este senhor. Agora já pode expressar tanto experiências de grande intensidade ("A música me soa muito forte no peito") quanto pensamentos sobre si mesmo e sobre o mundo e questões que o afligem. Pergunta-se sobre o espaço, o tempo, a vontade, a mulher, a morte.

Além das questões que ficam sem resposta, da dor, da angústia ("Minha aparição no seu universo foi uma queda bem dura"), Kasper depara-se também com a alegria inexprimível da criação: semear seu nome com plantas, fazer soar o piano, sonhar, escrever a própria história, inventar outras histórias.

O contato com uma cultura, uma língua, proporciona-lhe elementos para produzir pensamento, nomear sensações de intensidade, comunicar-se, expressar-se, instalar uma distância entre a experiência e o sentido. No entanto, isso não implica ter que estar em conformidade com o que esta mesma cultura propõe como sentido hegemônico. Em debates com teólogos, questiona a existência de Deus; com matemáticos, propõe outras lógicas, outras formas de pensar. Mesmo se insistentemente advertido de que uma história tem que ter um fim, constrói uma sem final.

A possibilidade de criar símbolos que o representem na realidade compartilhada e de dar forma às intensidades lhe proporciona grande prazer. Participa assim da cultura na qual foi mergulhado, transformando-a e transformando-se; deixando ali marcas, inscrevendo nela aspectos de sua própria subjetividade.

A história que inventa e que só tem começo surge de uma imagem que não o abandona, desde a primeira em vez que ouve falar dela: a imagem do deserto do Sahara. Antes de morrer (vítima de um ato de violência por parte do mesmo estranho que o havia tirado do subterrâneo), conta-nos esta história: uma longa caravana vem pelo deserto de areia, atravessando-o, guiada por um velho berbere cego. A uma certa altura, a caravana para diante de montanhas que não eram esperadas ali. Os homens sentem-se perdidos, consultam bússolas, mas não compreendem onde estão. Então, o guia cego pega um punhado de areia, prova-o como se fosse comida e diz: "Meus filhos, vocês estão errados; o que está diante de vocês não são montanhas, não passa de imaginação.

Prosseguiremos pelo norte." Ao terminar de contar sua "história sem-fim", Kasper agradece aos presentes por terem escutado as suas palavras.

Se nos parece ter havido aí uma aceitação de sua singularidade, após sua morte essa aceitação logo desaparece: seu corpo é levado para autópsia e o médico legista descobre uma anomalia no cérebro que é tomada como explicação para o mistério que envolvia sua vida: "Temos afinal sobre este estranho personagem a melhor explicação que poderíamos encontrar". O sentido de sua existência complexa e plural é assim reduzido a uma significação única, que remete à profundidade de seu corpo.

Esta metáfora, tal como utilizada aqui, aponta para uma concepção de processo de subjetivação. O que está em jogo, nesta concepção, é a idéia de que o sujeito humano se faz numa relação permanente com o *fora* de si. O homem como processo nunca finalizado, como vivo, está em constante construção de si mesmo e do mundo ao seu redor. Poderíamos dizer, transitando permanentemente no *espaço potencial* (Winnicott, 1975). É do encontro e separação com a alteridade que se vai constituindo uma figura, um nome, uma singularidade.

2. Processos de Subjetivação: Instalações do Humano

*Mas não se poderá dizer de nenhuma dessas cartografias
- fantasmáticas, delirantes ou teóricas -
que exprima um conhecimento científico da psique.
Todas têm importância na medida em que escoram
um certo contexto, um certo quadro,
uma armadura existencial da situação subjetiva.*
FÉLIX GUATTARI

Vejam os como poderíamos pensar, a partir dessa metáfora, o processo de subjetivação. Desde já, é importante assinalar que teorias ou concepções da subjetividade e seus processos são tomadas aqui como construções que podem constituir e configurar os homens e seus mundos; como nos diz Luís Cláudio Figueiredo, são *instalações do humano*.

Na instalação com a qual trabalharemos, bebê e ambiente não estão, no início da vida, separados. Poderíamos pensar que não há dentro, apenas *fora*⁴¹. Esta experiência de totalidade é também a da solidão essencial, pois não há aqui nenhum espaço para o outro. Neste estado original, não padronizado, não planejado, não há marcas, diferenciações, estriações. *Lembre-mos de Kasper em seu subterrâneo e também de uma imagem que lhe é muito cara, a do deserto.*

⁴¹ Podemos nos aproximar da noção de *fora* a partir da leitura que Deleuze faz desta noção em Foucault, que a extrai de Blanchot. Eu não procuro aqui precisá-la. Quero me aproximar da idéia de que a vida humana implica uma relação com o que é exterior a ela, inumano ou trans-humano. Do ponto de vista da psicanálise, esta seria a dimensão do pulsional, que Winnicott (1983) nos diz que é, inicialmente, exterior ao lactente; só mais tarde, quando o *fora* dobrar-se formando um dentro, uma subjetividade, a pulsão passará a habitar o corpo do bebê. É importante ressaltar que a leitura, feita aqui, do pensamento winnicottiano, ao atravessá-lo com a noção de *fora*, distende as idéias de mundo interno e mundo externo para além de uma concepção espacial.

O ambiente (que Winnicott chama de cuidado materno) prepara o bebê para dobrar-se formando um dentro, uma subjetividade, ao mesmo tempo em que vai se constituindo enquanto *fora*, alteridade, exterioridade, com a qual o bebê, mais cedo ou mais tarde, se confrontará.

Este preparo se dá através do *holding*, dos cuidados corporais, da sustentação do corpo da criança, do olhar que a mãe deita sobre ela. Desta forma, é oferecida ao bebê uma experiência de contorno, de limite; a pele vai se constituindo como superfície de contenção de uma interioridade, colocando em marcha o processo de habitar o próprio corpo e de construir a própria casa.

Os cuidados e atenção que a mãe e suas crianças dispensam a Kasper, ao seu corpo e à sua alimentação, parecem fazer esse papel. A angústia e o terror, que ele experimenta, de misturar-se na água, seguidos de contentamento por descobrir que a pele se mantivera em seu corpo, são indicativos de que um processo de constituição de uma morada estava em marcha.

Não podemos nos esquecer de que a mãe, que intermedia a relação do novo ser com sua exterioridade e que é parte dessa mesma exterioridade, é também um outro humano: traz marcas da cultura na qual está inserida e fornece um repertório simbólico desta cultura, que será articulado na construção da vida imaginativa e simbólica do sujeito. Somente na relação com um outro humano é que se pode alcançar a dimensão humana da existência.

No entanto, a capacidade de simbolização implica sempre uma experiência concreta no mundo das coisas. Para simbolizar, é necessário primeiro uma passagem pelo campo da sensorialidade.

*Lembre-mos de Kasper à mesa, tomando contato com a noção de **vazio** a partir de uma caneca onde não há mais água, e da sensação da ausência de água comparada a de sua presença e à experiência tátil do **cheio**.*

O cuidado materno, se satisfatório, possibilita ao bebê uma experiência de unidade; este sente-se, assim, completo, com uma membrana limitadora que separa interior e exterior.

Freud também nos fala de uma membrana que fica na linha fronteira entre interior e exterior, quando especula sobre a constituição do sistema Perceptivo-Consciente (*Pcpt-Cs*) no belíssimo texto *Além do princípio do Prazer*. Ele nos diz: "*Esse pequeno fragmento de substância viva acha-se suspenso no meio de um mundo externo carregado com as mais poderosas energias, e seria morto pela estimulação delas emanadas, se não dispusesse de um escudo protetor contra estímulos.*" (p. 42)

A vivência de completude, oferecida pela constituição daquela membrana, é, no entanto, ilusória e, embora seja importante a constituição dessa primeira experiência de eu, ela deverá sofrer a marca da desilusão. Se isso não acontece, a criança fica presa a uma experiência narcísica, sem abertura para o outro.

O paradoxal aqui é que, ao se produzir uma dobra no *fora* formando um interior, a exterioridade passa a habitar esse mesmo interior. A alteridade mais estranha e estrangeira ao homem é também, assim, seu mais íntimo e profundo interior. Aproximamo-nos aqui da noção de *estranho familiar* que Freud desenvolve em seu texto de 1919: "*o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar.*" (p.277)

É interessante notar que Freud situa o tema do estranho no campo da estética. De fato, como veremos depois, a relação com o estranho está intimamente ligada à criação.

Mas, retomemos o fio da meada. Como se cria a abertura para outro? Dissemos que, ao dobrar-se formando um dentro, o bebê vai também constituindo sua exterioridade. Mas como se dá o encontro com esta exterioridade? Ao não adaptar-se totalmente às necessidades do bebê, a mãe se mostra diferente do bebê e não uma pura continuidade deste. Produz, desta forma, fendas, falhas que moverão o bebê para fora de seu casulo de solidão e para o encontro com o outro.

Essas fendas abrem também espaço para a dor. Ao dizer: "Ninguém aceita Kasper", este já pode falar do lugar, de um nome próprio, e deste lugar pode perceber que o olhar do outro nem sempre é de acolhimento; que há entre ele e o outro uma distância e uma relação, aqui pautada pela não aceitação. Esta constatação é dolorosa; Kasper chora.

Então, uma subjetividade está se constituindo, ao mesmo tempo que sua exterioridade. No entanto, tudo é muito delicado e frágil. O contato com a exterioridade é invasivo e provoca turbulências. Não se pode expor de pronto um ser, que começa a se constituir, a um *fora* avassalador, embora o encontro com a exterioridade seja sempre, em alguma medida *traumatizante*. Para relacionar-se com o *fora*, é preciso que se instalem aberturas, mas é preciso também que estas aberturas tenham contornos e limites para que o sujeito não se encontre jogado no *fora* de si mesmo, sem nenhuma proteção.

Pensemos na violência que foi para Kasper Hauser ser tirado, subitamente e sem aviso, do subterrâneo escuro em que se encontrava, e ser exposto, sem proteção, a uma exterioridade absolutamente desconhecida e cheia de estímulos. É ele quem diz: "Minha aparição no seu universo foi uma queda bem dura". Uma exposição desta forma mais cega do que produz encontros. Só mais tarde, dentro da torre com sua

pequena janela, que não é nem o subterrâneo escuro e fechado, nem o descampado luminoso e sem limite, é que Kasper poderá começar a observar o mundo e encontrá-lo.

Só assim, de forma protegida, é que a relação com a alteridade pode colocar em marcha um processo de vir-a-ser, no qual o sujeito é sempre outro de si mesmo e é, ao mesmo tempo, criador potencial de mundos.

O movimento é sempre nos dois sentidos ao mesmo tempo: o da integração para conter a turbulência e o da construção de aberturas para que a interioridade não se ensimesme, fechada, sozinha e sempre mesma, mas possa, ao contrário, produzir-se como processualidade. O estado de total integração é também aprisionante e mortífero.

Estamos, então, colocados diante de duas tarefas árduas e indispensáveis: de um lado *"manter as realidades interna e externa separadas"* (Winnicott, 1975; 15), esforço para que a subjetividade não seja invadida, se esgarce e se torne fora. De outro, manter um *"intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra"*. (Winnicott, 1983; 86)

Mas como pode se dar este contínuo encontro e separação com o exterior? O que é preciso haver na membrana protetora que delimita um interior e um exterior, para possibilitar o pensamento e a criação?

3. Uma Fissura Abrindo a Possibilidade da Criação e o Risco da Loucura

*Se perguntamos por que não bastaria a saúde,
por que a fissura é desejável,
é porque, talvez, nunca pensamos
a não ser por ela e sobre suas bordas
e que tudo o que foi bom e grande
na humanidade entra e sai por ela*

GILLES DELEUZE

O que é preciso haver na superfície para que haja criação é uma *fissura*. Já vimos antes que é a falha do ambiente na adaptação às necessidades da criança que, se suportável para esta, instaura a desilusão promovendo uma fenda. É no espaço vazio, aberto por esta fenda, pela ausência que pode ser tolerada, que vai se instalar a transicionalidade.

Winnicott (1990; 178) nos fala da transicionalidade como "*uma substância, que tanto une quanto separa, representada por objetos e fenômenos sobre os quais se pode dizer que, ao mesmo tempo em que eles são parte do bebê, eles também são parte do ambiente*". Na fissura instala-se assim um espaço fronteiro, uma área intermediária da experimentação. Essa fronteira é paradoxal, possibilitando que aquilo que nela se encontra seja criado pelo bebê e, ao mesmo tempo, reconhecido no mundo. Sua construção se inicia no corpo do bebê, mas vai, aos poucos destacando-se deste para constituir uma superfície incorporal para a qual contribuem tanto o dentro de uma dada subjetividade quanto sua exterioridade.

Está em curso aqui um processo que vai do polegar ao ursinho e deste para o brincar criativo e as experiências culturais. Percorre-se, portanto, um caminho a partir do corpo em direção ao sentido e à possibilidade de simbolização.

Poderíamos nos aproximar aqui da organização de superfície da qual nos fala Deleuze em *Lógica do sentido*. Uma superfície, o sentido, que torna possível a linguagem, separando as coisas das proposições, comer de falar. Nos diz este autor: “*é sempre uma boca que fala; mas o som cessou de ser o ruído de um corpo que come, pura oralidade, para tornar-se a manifestação de um sujeito que se exprime.*” (p.187) Uma organização de superfície que tem uma particularidade para possibilitar o pensamento e a criação: a fenda, fissura. Este é, portanto, o campo dos sonhos e da criação. A transicionalidade se instala nessa distância, nesse espaço vazio construído na relação entre uma subjetividade e sua exterioridade e mediada pelo campo cultural.

A transicionalidade só é possível, portanto, a partir da superação da ilusão de totalidade, que abre a fenda por onde o sujeito pode penetrar e ser penetrado pelo outro, sem que isso seja vivido como terrorífico. A potencialidade constitutiva da dimensão da transicionalidade é a de inscrever no campo cultural aspectos de uma subjetividade singular e sua relação com o que lhe é exterior.

É este espaço que Kasper Hauser adentra quando escreve seu nome no jardim, ou a sua história em folhas de papel, ou quando sonha e relata seu sonho. Está, assim, atualizando e dando forma às marcas de sua experiência singular, que é, desta forma, destacada de sua pura concretude corporal e envolvida com a possibilidade da criação de novos universos existenciais.

No entanto, as coisas não se passam de forma tão simples como pode parecer. A criação implica suportar uma experiência disruptiva provocada pela permeabilidade ao estranho, que, ao ser acolhido, leva a subjetividade a novas configurações, nos exigindo a composição de um novo corpo que possa encarnar a novidade que foi acolhida.

Para criar é, portanto, necessário suportar o borramento das bordas, das fronteiras, dos limites, e a vivência de um estado informe. Só assim é possível o surgimento de uma nova configuração. *Como na história que Kasper Hauser inventa: quando se transita pelo deserto se está, de alguma forma cego, mas isso não implica perder-se.* O que possibilita essa experiência de borramento, esse aventurar-se na errância sem perder-se é, segundo Winnicott, o ponto de ancoragem do self, aqui chamado de *moldura*.

Em outras palavras, uma certa abertura ao *fora* é condição para a emergência do novo (que está implicado na criação) pois é do exterior que podem provir os verdadeiros *acontecimentos*. O acontecimento, como encontro com o estranho, rompe a teia de significações, desfaz a organização do sujeito e coloca-o diante do não-senso, instalando a crise. Para ir além deste momento de crise, e não desmoronar, sendo desfigurado pelo outro que nos toma de assalto, é preciso que se possa criar novos universos, novos corpos. Para que o acontecimento termine de acontecer é preciso que ganhe sentido.

Em todo acontecimento há o momento da efetuação, que é sempre o momento da constituição de uma ferida, quando o acontecimento se inscreve na carne. *"Mas cada vez devemos duplicar esta efetuação dolorosa por uma contra-efetuação que a limita, a representa, a transfigura. É preciso acompanhar-se a si mesmo"*. (Deleuze, 1974; 164). A contra-efetuação implica um retorno à superfície, a recuperação do sentido, a possibilidade de simbolização do acontecido que leva ao refazimento do contorno, que havia sido rasgado, mas agora já um novo contorno.

A experiência da criação é uma experiência limite, que nos coloca na fronteira de nós mesmos, no limite de abandonarmos uma antiga configuração e nos fazermos outro. Coloca em jogo a experiência do informe e a capacidade de dar forma, de criar

novas formas. O criador e a nova forma criada se constroem ao mesmo tempo, pois é através do processo de criação que ele enfrenta o sofrimento e o mal-estar que acompanham o abandono de uma figura do *eu*.

Mas há aqui uma vizinhança com a loucura. Vejamos mais de perto. A loucura é deflagrada por um acontecimento, que não sofre contra-efetuação, que não ganha sentido e não refaz os contornos daquela subjetividade. Aqui, o acontecimento rasga a superfície e a arrasta com ele para o *fora*⁴². O limite entre interior e exterior é abolido, assim como a fronteira entre as coisas e as proposições. O não-senso domina a paisagem. Para escapar a essa experiência de total dissolvimento, o sujeito pode tentar uma última saída: constituir-se num mundo sem *fora*, fechado sobre si mesmo e totalmente vedado a novos acontecimento.

Poderíamos pensar que este enclausuramento seria uma organização defensiva relativa a uma agonia primitiva impensável. Esta organização pode se instalar muito precocemente na infância. Neste caso, não é uma superfície, de alguma forma já constituída, que é rasgada, mas uma barreira rígida que é construída em resposta a uma experiência com a exterioridade de intensidade excessiva, num momento em que a criança ainda não havia constituído para si um contorno. Aqui, o ambiente, responsável por exercer a função de contenção (*holding*), auxiliando a produção de uma membrana limitadora, e de apresentação do mundo à criança, em pequenas doses, não desempenhou satisfatoriamente sua função.

⁴² Em *Lógica do sentido* Deleuze (1974) diz que a falência da superfície leva a uma queda na profundidade sem fundo dos corpos. Pelbart (1989; 165) evoca Kafka para dizer que, para a loucura, profundidade e *fora* são rigorosamente o mesmo. Conta-nos de um personagem desse autor que "*ao cavar a terra para proteger-se do exterior encontra pouco a pouco, na profundidade, não a fortaleza mais segura, e sim o mais escancarado dos abismos; como se por uma estranha lei de reversão, quanto mais se mergulha para dentro, mais fora se está.*"

São os dois lados de uma mesma moeda, duas figuras⁴³ extremas da loucura. Uma, a da experiência de uma superfície arrebatada, um *corpo-coador*⁴⁴, cuja membrana, que limitaria as trocas entre interno e externo, está esgarçada; por ela, agora, tudo passa, sem proteção. Palavras e coisas se imbricam e se misturam: as coisas ganham qualidades de signos de uma outra realidade, as palavras são tomadas em sua materialidade sonora de coisa. O sujeito, invadido, perde-se, a subjetividade se desfaz. Sem limite de sentido, numa errância infinita, o sujeito caminha por um espaço liso, sem produzir marcas, como que mergulhado num campo de virtualidades onde nada se atualiza. Vivência esquizofrênica.

Outra, a de uma subjetividade encapsulada, presa num dentro, refratária a qualquer diferença, solidão absoluta, ausência de outro, impossibilidade de encontro e acontecimento. Aqui, as palavras podem estar ausentes, pois não há comunicação possível, não é preciso falar. O corpo coisificado se relaciona com as coisas do mundo em sua pura sensorialidade, sem nenhuma superfície incorporal de sentido que as acolha. Enrigecimento e fixidez. Aprisionamento autístico. "*Quando toda ameaça estrangeira parece afastada desta intimidade inteiramente fechada, aí é a intimidade que se torna uma estranheza ameaçadora*" (Blanchot apud Pelbart, 1989; 77)

Nessas duas figuras, dentro e *fora* absolutos se encontram numa radical impossibilidade de devir: a velocidade infinita é também paralisação total. Quando um sujeito se aproxima de uma dessas formas de existência podemos pensar que um *estado-clínica*⁴⁵ foi instalado; somos chamados a intervir.

⁴³ Não falamos aqui de sujeitos empíricos mas de figuras/imagens da loucura, já que encarnar uma dessas formas extremas seria uma impossibilidade para qualquer vivo.

⁴⁴ Expressão utilizada por Deleuze (1974)

⁴⁵ Expressão de Deleuze utilizada por Suely Rolnik (1995c)

4. Uma Clínica Construtiva

*... o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente
é no meio da travessia*
JOÃO GUMARÃES ROSA

Alguns autores que se propõem a pensar a possibilidade da criação, a partir de uma abertura ou permeabilização ao *fora*, o que implica em um desfazimento dos limites e dos contornos de uma dada subjetividade, colocam uma questão fundamental: como habitar esta abertura sem cair no abismo da loucura? Como ter relação com o *fora* e não se colocar dentro do fora, preso ao fora? Como fazer o acontecimento, que instaura a abertura, terminar de acontecer, refazendo a superfície?

Deleuze, em *Lógica do sentido*, coloca a questão nos seguintes termos: “*se a ordem da superfície é por si mesma fendida, como não haveria ela mesma de se quebrar, como nos impedirmos de precipitar a sua destruição, com o risco de perder todas as vantagens a ela ligadas, a organização da linguagem e a própria vida? (...) Como ficar na superfície sem permanecer à margem? Como salvar-se, salvando a superfície?*” (p.160)

A estas questões Deleuze responde com a noção de contra-efetuação. A contra-efetuação instala uma distância, dando ao acontecimento a possibilidade de não aprisionar-se para sempre em sua efetuação. Mas, o que tornaria possível a um sujeito fazer uma contra-efetuação e o que impediria ou dificultaria esse movimento?

Em um texto posterior, escrito em conjunto com Guattari, Deleuze retoma a questão: como fazer um *corpo sem órgãos*⁴⁶ sem precipitar-se numa queda suicida ou demente? À resposta mais imediata, de que é preciso prudência para experimentar encontros intensivos e não aniquilar-se, somam-se alguns indícios de uma outra resposta. Dizem-nos os autores: "*É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha*" ou "*pequenas rações de subjetividade, é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante*" pois "*o pior não é permanecer estratificado - organizado, significado, sujeito - mas precipitar os estratos numa queda suicida*". (os grifos são meus)

É preciso, sugerem-nos eles, instalar-se numa configuração, num território existencial, e buscar aí pontos favoráveis para linhas de fuga possíveis, movimentos de desterritorialização, tendo sempre ao menos um pequeno pedaço de terra para habitar.

Para Peter Pelbart (1989) esta é uma posição difícil de ser alcançada ou sustentada, pois, segundo ele, o modo de relação com o *fora* é determinado historicamente e nossa época confinou-o na loucura e na doença mental. Este aprisionamento talvez pudesse ser enfrentado pelo que chamou de *pensamento do Fora*, através do qual a relação com a exterioridade não desembocaria na loucura, pois se faria a partir da *dobra subjetiva*. Não estamos longe da resposta winnicottiana: para experimentar o informe, borrar as bordas sem aniquilar-se, é preciso uma ancoragem do self.

Essas respostas encontradas para a questão: como relacionar-se com o fora sem desmoronar, ajudam-nos a pensar caminhos para a questão que verdadeiramente nos

⁴⁶ A expressão *corpo sem órgãos* é utilizada para "*marcar a radical estranheza do plano de imanência (...) em relação ao corpo orgânico. Quando assoma a estranheza, é como se o corpo orgânico, corpo com órgãos, fosse levado ao limite da perda de sua organicidade*". (Orlandi, 1995)

interessa aqui e que é como que uma inversão da primeira. A questão, para aqueles que estão atravessados pelos problemas de uma clínica da psicose, é a de saber como se percorre o caminho de volta a superfície? Como de um estado de aprisionamento no *fora* (dentro do *fora*) pode-se estabelecer uma relação com o *fora*?

Se a loucura é instalada por um acontecimento sem segundo tempo, numa irrupção que destroça e deixa aberta uma ferida que não cicatriza, temos que trabalhar no sentido de possibilitar que o acontecimento termine de acontecer, ganhe sentido. Trata-se de por em marcha um processo de cicatrização que permita o aparecimento de marcas.

É preciso construir um mínimo de interioridade, de contorno, de território existencial, enfim, uma *moldura* que possa funcionar como ancoragem para o self. As marcas vão constituindo essa ancoragem. Ao mesmo tempo, esses contornos devem ser permeáveis e não aprisionantes. Neste sentido, é preciso ir construindo simultaneamente as portas e as janelas, as aberturas protegidas e limitadas para o exterior.

Essas considerações nos colocam em posição de pensar o trabalho clínico a partir de novas referências; não mais pautado na interpretação, mas no construtivismo e na experimentação. Essas novas referências são a base para a construção de uma *outra* clínica; clínica para a qual a prática e a reflexão em terapia ocupacional tem contribuído sobremaneira. Uma clínica que se dá em duas direções ao mesmo tempo. De um lado, possibilitar a atualização de devires, a produção de marcas e de sentido; trabalho de produção de contorno, de construção de territórios existenciais, de moradas. De outro lado, o trabalho clínico também implica desfazer aprisionamentos numa forma que esteja enrijecida e mortificada; trabalho lento e cuidadoso de construir aberturas, portas

e janelas. Não é fácil, nem sem perigo, manter-se caminhando na corda-bamba estendida entre essas duas direções.

Estamos colocados diante do desafio de reinventar a clínica cotidianamente, pois os territórios, as molduras, serão singulares e únicas para cada sujeito que sofre e que nos interpela com seu sofrimento. O trabalho se faz pelo acolhimento do sujeito, de seu sofrimento e das formas de expressões que esse sofrimento venha ganhar. Acolhimento pautado na crença de que a estranheza e o não-senso presentes nesse encontro são engendrados de novos sentidos.

Sentidos que surgem do acolhimento e da doação de uma palavra, um ato, uma criação plástica, que aconteça àquele que se coloca à escuta do enigma, possibilitando a emergência de uma configuração, de uma forma, a partir de uma vivência, inicialmente, apenas intensiva.

A emergência do sentido pode necessitar, para acontecer, da vivência do enigma por via da sensorialidade e da materialidade. Determinados objetos concretos, quando articulados à história do sujeito, têm um potência transformadora, simbolizante, colocando em marcha um movimento que vai dos estados de coisa aos universos de sentido. Trata-se aqui de promover o processo de simbolização.

Tiago, o menino dos atropelamentos, traz para o atendimento, através dos brinquedos disponíveis, a repetição de um enigma ao qual está preso, que atemporaliza sua existência e pede tradução. A escuta, o olhar e a presença do terapeuta, que aceita a brincadeira repetida como um não-senso, do qual pode surgir o sentido, e o nomeia, dá uma certa figurabilidade ao enigma e possibilita que se opere um trânsito. Do não-senso surge uma marca que, articulada a outras que forem se produzindo, fará parte da construção da morada.

Para Francisca, a menina das borboletas, a questão das marcas e das feridas está presente no nível do corpo e da sensorialidade. Quando traz o passarinho quebrado e o consertamos, quando procura as marcas de arranhões que deixa em meu corpo, está se perguntando sobre as marcas produzidas nos encontros. Se o encontro entre ela e o passarinho é tão intenso que faz o segundo *perder a cabeça*, podemos refazer a cabeça do passarinho, reconstituir seu contorno, mas é uma nova cabeça que surgirá ali, na qual estará presente a marca do encontro que a produziu. Há aqui uma escuta que metaforiza o enigma através do ato (construir uma nova cabeça para o passarinho).

Teodoro, que acompanhamos no grupo de terapia ocupacional, trazia, explícita, uma necessidade premente de criar para si um contorno. Utilizava suas roupas para conter uma efervescência interna e desenhar-lhe um perfil. Às roupas, somava os recortes que ia fazendo em jornais e revistas e que colava sobre o corpo. Claudie Cachard (1997) chama esta utilização *sui generis* das roupas de “*pele cultural*”, constituída de peças que podem compor um conjunto ou serem dissociadas. O termo é interessante porque aponta para a idéia de que esta tentativa de constituição de contorno não evoca apenas o corpo e sua pele, mas a busca de uma interferência do mundo simbólico compartilhado que possibilite a emergência do sentido.

Aqui podemos ver claramente a importância de colocar as pessoas que tratamos em contato com o maior número possível de experiências culturais. Trata-se de apresentar o mundo de forma cuidadosa de modo a possibilitar a instauração da transicionalidade. Nesse sentido, o acesso a produções culturais é fundamental. A cultura nos coloca à disposição formas de simbolização de experiências de desintegração, ruptura, caos, morte. Como nos diz Suely Rolnik (1996^a; 7), “*ao que tudo indica é primeiro em microuniversos culturais e artísticos que relações de força*

inéditas ganham corpo, (...) sentido e valor. Estes microuniversos constituem cartografias - musicais, visuais, cinematográficas, teatrais, arquitetônicas, literárias, filosóficas, etc. - do ambiente sensível instaurado pelo novo diagrama. Tais cartografias ficam à disposição do coletivo afetado por este ambiente, como guias que ajudam a circular por suas desconhecidas paisagens.”

Munido desses guias o sujeito pode ir se aproximando daquilo que lhe é estranho, na tentativa de torná-lo mais familiar, ao dar-lhe sentido. As ferramentas expressivas, verbais, plásticas, corporais, se instalam no cruzamento entre o mundo humano das formas finitas (cultura) e o mundo trans-humano de virtualidades infinitas (*fora*); é nesta zona de interseção que objeto e sujeito se unem e se separam.

Teodoro, ao mesmo tempo em que construía sua *pele cultural*, buscava domesticar o ambiente desconhecido. Ao espalhar pela casa, onde se dava seu tratamento, figuras por ele escolhidas, fragmentos de textos recortados, ia marcando o território de forma a poder habitá-lo e transitar por ele.

Carlos Eduardo, outro participante do grupo, também estava às voltas com a premência de conter uma intensidade insuportável. Tal premência o leva a um fechamento num dentro esvaziado, que é também a tentativa de constituir uma unidade autônoma, independente do outro. Unidade que aparece no desenho que faz de sua morada: o traçado de uma linha que se fecha nela mesma e que nos leva a perguntar: "E as portas e janelas de sua casa?"

Seu medo das ruas, do mundo, de andar sozinho pela cidade e perder-se talvez fosse a expressão do terror que tinha de qualquer abertura para o que lhe era exterior. O trabalho com Carlos era o de ir, com muito cuidado, apresentando-lhe o mundo e acompanhando-o nessa aventura. Os momentos de encontro que aconteciam no grupo

eram sempre uma surpresa para ele. Desta forma, Carlos foi deixando-se permeabilizar, ao mesmo tempo habitando seu corpo e se experimentado outro. Mas, talvez ao perder sua casca que o protegia de ser sugado para o *fora*, não conseguiu ou não teve tempo de tecer outra e voltou à configuração inicial que lhe era a menos ameaçadora.

Para Toninho, também do grupo, as questões eram outras. Parecia que um contorno e uma organização mínima já estavam presentes, permitindo-lhe transitar pela cidade, desenvolver relações afetivas, comunicar-se. No entanto, os momentos de crise eram marcados por um terror de dissolução da pupila. Os olhos, funcionando como janelas para o mundo, eram às vezes arrombados e ameaçavam levar consigo toda uma territorialidade subjetiva, dissolvendo mundo e Eu.

Podemos pensar que talvez esta fosse uma vivência de rompimento da superfície, que abole o limite entre interior e exterior. Toninho experimentava o encontro com o outro, mas essa experiência o colocava quase sempre a ponto de cair. Há aí uma enorme fragilidade da superfície mas, ao deixar o grupo, ele já se sente em condições de habitar essa superfície e investir em seu fortalecimento.

Este é o sentido para o qual aponta a clínica construtiva, a que nos referimos aqui; o da construção de uma moldura para que uma subjetividade possa ganhar circunscrição, um certo contorno, podendo instalar-se num processo de vir-a-ser, tornando-se criadora potencial de mundos.

Neste trabalho clínico, no qual nos deparamos com *subjetividades em estado nascente*, intervimos com ferramentas, as mais heterogêneas, que concorrem para a produção das subjetividades: ambiente, cotidiano, exposições de arte, cinema, música, esporte. Estas ferramentas podem funcionar como catalizadores, criando possibilidades diversificadas de recomposição de uma corporeidade existencial. (Guattari, 1992)

VI. ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

*Todos os processos de uma criatura viva
constituem um vir-a-ser,
uma espécie de plano para a existência.*

WINNICOTT

É difícil terminar uma dissertação. Se não houvesse os prazos, talvez nos mantivéssemos sempre desenvolvendo o tema. No momento de transformar a dissertação em livro, a mesma dificuldade se apresenta; temos sempre mais algo a acrescentar. O trabalho é sem fim; uma questão leva a outra, novos interesses, novas leituras.

Mas, se fôssemos continuar neste movimento incessante, não conseguiríamos dar forma a um pensamento que permaneceria sempre nômade, nunca se fixando. No entanto, temos insistido, aqui, na importância de que, em algum momento, o trânsito nômade e a errância ganhem contorno e moldura.

Os relatos clínicos, por sua vez, não param de nos interrogar e colocar questões. O trabalho aqui realizado, não procura esgotar as possibilidades de sentido que possam emergir daí. A tentativa é de manter a experiência viva, produzindo enigmas, demandando novas configurações; construir uma moldura que não se feche completamente, mas que apenas circunscreva e dê figuração a um caminho que se origina fora dela, que atravessa seu interior e que retorna para fora novamente. Sempre sobram restos, franjas, questões.

O percurso que trilhamos com a visitação da experiência clínica, através dos relatos e da reflexão sobre ela, nos possibilitou avançar e desenvolver algumas questões que estavam presentes no início deste percurso, e que foram seu motor. Seria interessante retomá-las como forma de finalizar esta viagem, sem a intenção de esgotá-las, aceitando a desafiadora perspectiva de que o trabalho realizado, e seus restos, engendrará seu próprio futuro.

Em primeiro lugar é importante assinalar que a realização deste trabalho possibilitou a construção de um território de sentido para um vivido muitas vezes avassalador e inteiramente caótico. Desta forma, desenvolvi um processo bastante próximo daquele que eu proponho às pessoas que atendo; através da escrita, pude expressar, elaborar, simbolizar, criar, comunicar... enfim, experimentar muito daquilo que eu espero que as atividades possam proporcionar aos usuários de serviços de saúde. Não podemos nos esquecer que esse processo foi acompanhado por um grupo de colegas e um orientador sensíveis e atentos à possibilidade da construção de um texto próprio e um caminho singular.

A experiência da criação e a pertinência a um coletivo são fundamentais, tanto para paciente quanto para terapeuta. Ambos estão mergulhados numa região de passagem na qual o sentido precisa sempre ser inventado e agenciado coletivamente.

Este trabalho de construção de cartografias, que acompanham o *desfazimento* de configurações e mundos e o surgimento de outros mundos, permite constituir novos territórios que, articulados numa rede de sustentação, dão consistência a experiências intensivas e à construção de uma nova clínica.

Essas cartografias podem também contribuir para a constituição coletiva de um campo heterogêneo de saberes e práticas ao qual eu pertença e a partir do qual pude produzir estes textos: o campo da terapia ocupacional.

Aquilo que aparece no início deste percurso como estranhamento em relação à utilização de atividades pode agora ser lido como um sentimento de *estranheiridade* e *despatriamento* que me acompanhava quando exercia minha profissão. Isto porque, como terapeutas ocupacionais freqüentemente somos levados a utilizar teorias, conhecimentos e saberes de outros campos. É como se fossemos estrangeiros falando uma língua que não é a nossa. No entanto esse fator de incômodo talvez seja a grande potência desse campo teórico/prático emergente.

Podemos pensar que essa característica faz da nossa uma disciplina *menor*, transpondo para o nosso campo qualidades presentes na noção de *literatura menor* desenvolvida por Deleuze & Guattari (1977) quando tratam de Kafka e sua literatura. Nos dizem os autores: “*Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas a que uma minoria faz em uma língua maior (...) a língua aí é modificada por um forte coeficiente de desterritorialização.*” (p.25). Segundo os autores esta seria uma literatura que produz solidariedade numa comunidade frágil, o que cria condições para a expressão de uma outra sensibilidade, de uma *outra ciência*.

Penso que a produção de conhecimento no campo da terapia ocupacional possui características semelhantes e busca produzir essas mesmas condições de solidariedade, consistência ao campo e possibilidade de expressão de outras sensibilidades e outras formas de fazer ciência. Assim como numa *literatura menor*, ao nos utilizarmos de línguas que não são nossas, não sentimos o peso da tradição e não temos uma relação de sacralização com elas. Temos, isto sim, muita liberdade para utilizar os termos em

outros contextos, para misturar teorias, fazer derivar os conceitos, construir linhas de fuga, atravessar os estratos já dados e criar novas relações, o que nos permite fazer desterritorializar as atividades e seus usos.

Por isso, há no texto, em alguns momentos, uma tentativa de criar novas palavras ou utilizar antigas palavras em novos lugares, para tentar falar de situações novas. Não se trata, no entanto, de criação de conceitos, essas palavras não são utilizadas com precisão e muitas vezes são escolhidas por seu sentido metafórico. Ao emprestarmos noções de outras *línguas* as transformamos com nosso *sotaque* e nosso jeito próprio de pensar e olhar o mundo.

Além disso, a terapia ocupacional não desenvolveu um saber sobre a loucura, tendo se constituído, desde sempre, numa prática de enfrentamento das questões por ela colocadas; isso possibilita uma experiência com a loucura, sem aprisioná-la em conceitos, o que faz desta uma disciplina de grande importância e com muito a ensinar quando se trata de encontrar o louco e seu sofrimento. Talvez evidenciando outras formas de consciência da loucura, além daquela do conhecimento objetivo, que ainda vivem no âmago de nossa cultura. (Foucault, 1972: 171).

Quando se busca inventar soluções no enfrentamento de uma questão de tamanha complexidade, temos que lançar mão dos mais diferentes dispositivos, temos que ousar inventar. É como diz Jurandir Freire Costa, ao comentar o trabalho do CAPS, (In: Goldberg, 1994; 10): *“lidamos com problemas e não com "matérias" que pertençam, de fato ou de direito, a certas disciplinas. Por conseguinte, deixa-se de lado a idéia de saber se existe uma "coisa" como a loucura ou a psicose que, por natureza, requisite, de modo privilegiado, tal ou qual teoria(...)* A ambição de síntese ou

convergência dos discursos sobre o psicótico não atende a necessidade alguma do sujeito; atende à exigência de identidade profissional dos assistentes.”

Se não estamos interessados em encontrar a verdadeira essência da psicose e se, mais que isso, não acreditamos nesta proposição, as prioridades da assistência e as escolhas para a invenção desta nova clínica não passam por saber qual o discurso que detém a verdade sobre a psicose ou sobre o sujeito psicótico. Os critérios para essa escolha serão critérios éticos e dirão respeito à nossa capacidade de construir para aqueles que nos procuram, juntamente com eles, uma morada, um projeto de vida, um lugar para existir.

Podemos aprender, assim, que falar e refletir a respeito das práticas e experiências com a loucura pode ser bastante interessante, mas falar da loucura ela própria, se nos mantivermos abertos para o estranho, não. Talvez tenhamos que aceitar habitar uma *"experiência que tem acesso àquilo a que ela nunca tem acesso"*.(Derrida, 1994; 95).

Por outro lado, há uma idéia que impregna o campo da terapia ocupacional e que é preciso explicitar. As atividades são sempre produções do universo cultural humano. A noção de *cultura* é, por tanto, central para este campo; Jô Benetton (1997) nos diz: *“a gênese da terapia ocupacional está na cultura”*.

Ao buscarmos intervir no processo de saúde/doença através da realização de atividades, estamos sempre inseridos num processo cultural que produziu uma forma de fazer, de saber-fazer, uma tecnologia. Um processo que se dá no interstício entre uma singularidade e seu coletivo, na produção de num movimento singular que é apenas a ponta do *ice-berg*, a ponta do coletivo. Por isso, quando utilizamos atividades é impossível dissociar prática clínica de prática social.

A utilização de atividades na clínica com psicóticos implica, portanto, uma concepção de que o louco habita o mundo da cultura. Esta concepção se coloca em oposição àquela que diz que o louco está fora do simbólico, da cultura e da linguagem para afirmar que no universo da loucura há linguagens insólitas, combinações de elementos culturais inesperadas, *assemblagens*.

São trabalhos no campo da terapia ocupacional que nos mostram como os loucos estão, de uma outra forma, totalmente conectados ao seu coletivo. Na pesquisa *A influência do fator cultural no processo de terapia ocupacional*, Maria Inês Brunello (1991) nos ensina como a cultura de origem está fortemente presente na produção de pacientes de serviços psiquiátricos; e também como a leitura desta cultura de origem é feita de forma heterogênea. Os trabalhos de loucos geniais totalmente sincronizados com seu tempo⁴⁷, produzidos em anos de internações em manicômios, são outro indício de que eles estão fazendo um movimento no interior de uma cultura.

As atividades trazem a possibilidade de concretizar e dar forma a essa conexão. Podem, por isso, mesmo em situações de reclusão, desempenhar a função de elemento de ligação entre o dentro e o fora da instituição. Por sua inevitável inserção no tempo e no espaço, as atividades têm a potencialidade, se agenciadas a experiências vivas e não aprisionantes e mortificantes, de atuar, por contaminação, em oposição ao processo de exclusão. No panorama atual no qual em algumas instituições o muro concreto foi superado, as atividades são o instrumento para a superação dos muros simbólicos, ferramentas para estabelecer uma via de dupla mão: trazer para as populações excluídas o que se produz no panorama cultural contemporâneo e levar para esse panorama e incluir aí aquilo que essas populações produzem.

Se Pinel levou para dentro do asilo a ética produtiva de seu tempo, talvez hoje a terapia ocupacional possa encarnar uma nova ética que desloca a noção capitalista de produção para a idéia de produção de vida e criação de mundos. Nesta ética “*a única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo.*” (Guattari, 1992; 33).

Uma questão final que gostaria de abordar aqui é a idéia instigante que Foucault (1972) nos apresenta no final de seu livro *História da loucura* quando diz: “*a loucura é a ruptura absoluta da obra, é ausência de obra*” e “*ali onde há obra não há loucura*”, e que nos havia provocado no início de nosso percurso.

Pelbart (1989) problematiza esta afirmação, apontando para a presença, no mundo contemporâneo, de grandes obras de grandes loucos (Hölderlin, Artaud, Van Gogh), para a existência de inúmeras obras produzidas no interior de instituições manicomiais (as obras do Museu de Imagens do Inconsciente, as de Bispo do Rosário) e para as experiências, cada vez mais freqüentes, desenvolvidas por terapeutas ocupacionais.

Se voltarmos ao texto de Foucault, após nossa viagem, percebemos que a contradição entre a idéia da “loucura como ausência de obra” e nossa experiência prática no mundo é apenas aparente. Foucault nos diz: “*Van Gogh sabia muito bem que sua obra e sua loucura eram incompatíveis.*”. O que se passa quando Van Gogh pinta? O que ocorre quando Arthur Bispo do Rosário borda, com extrema paciência, seu interminável manto de apresentação? O que acontece quando Penélope, no ateliê de cerâmica, passa a poder finalizar seu trabalho de modelagem em argila?

⁴⁷ Ver, por exemplo, os trabalhos produzidos na primeira metade do século em ateliês de pintura no Hospital do Juqueri, que possuem traços claramente modernos, e os trabalhos do Bispo do Rosário dialogando com a arte contemporânea.

Algo se configura, ganha forma; a velocidade infinita é estancada. Há uma territorialização das forças do *fora*, que impede a queda. Estamos, portanto, não mais numa vivência de aprisionamento no *fora*, mas numa relação com o *fora* que produz uma dobra.

Neste sentido, propor aos loucos que participem de ateliês de arte ou de grupos de terapia ocupacional, constitui-se numa tentativa de abrir-lhes uma saída do aprisionamento no *fora*, através de uma experiência de criação a partir da relação com o *fora*; é facilitar essa experiência, dar-lhes ferramentas para efetivá-la. Ao mesmo tempo em que se cria a obra, cria-se para si uma configuração que se pode habitar, mesmo que provisoriamente. É por isso que podemos pensar a criação de um delírio como parte de um processo de cura - algum sentido pode advir para organizar a experiência que, de outra forma, ficaria inscrita terrorificamente no corpo.

A possibilidade aberta de que a pessoa construa seu percurso na instituição, fazendo escolhas, interferindo e modificando a dinâmica institucional, coloca-a na posição de criador potencial de mundos e de produtor da própria morada.

É, necessário, para que habitemos o mundo, a construção de uma morada com portas e janelas. A cultura e a linguagem são as ferramentas que os nossos ancestrais nos oferecem para construir esta morada. "*Nos constituímos como homens no contexto de uma tradição que marca, cria e delimita o campo de nossas experiências, o horizonte de nossos encontros.*" (Figueiredo, 1994a; p.50)

A sabedoria da vida está neste interjogo constante entre deixar-se penetrar pelas formas culturais já constituídas e deixar-se fecundar pelo estranho que nos habita; da articulação entre esses dois movimentos surge a criação de novas formas. Nem fechar-

se numa subjetividade enclausurada autônoma, que não se abre a nenhuma novidade, nem perder-se no que é exterior sem conseguir construir um mínimo de interioridade.

A clínica de psicóticos, e a clínica de terapia ocupacional de um modo geral, deveria orientar-se no interior de um campo balizado por essas duas forças: a força da originalidade e a força da tradição. Arte e cultura como dois pólos de um movimento incessante (nunca terminado) de constituição sempre precária das subjetividades. Movimento basculante entre a dimensão humana (cultura, trocas simbólicas, sexualidade) e uma dimensão transumana (o *fora*, o *ser*); é desta segunda dimensão que surgem as linhas de fugas, a transformação das formas vigentes, a criação do novo, a arte.

Porém, o trabalho clínico não se esgota na instauração de um estado de criação permanente, na criação de novos modos de ser. É importante também que essas novas formas constituídas de existência, sua processualidade própria, bem como suas produções materiais, possam ganhar uma significação coletiva. Somente articuladas a uma rede de sustentação, fazendo sentido para um grupo ou para alguém, é que podem vir a criar novos territórios, assumindo e afirmando as diferenças que vão surgindo. Experiências como as do Projeto Trabalho, da Associação Franco Basaglia, ou do Projeto Tantan, de Santos, privilegiam em suas práticas esse momento de troca com o campo sócio-cultural.

É preciso pertencer a um território para desterritorializar-se, ou como nos ensina Wiinnicot (1975), não há originalidade sem uma base de tradição. No entanto, não há vida sem movimento e criação e, portanto, é preciso apropriar-se da tradição, destruí-la para que algo novo advenha. O novo surge e busca-se articulá-lo a uma rede coletiva de sustentação, criando novos territórios; estamos, assim, de volta ao campo cultural.

Com base nessas reflexões, podemos retomar uma idéia que está presente na origem e na constituição do campo da terapia ocupacional: a de que as diversas atividades humanas podem ser utilizadas como ferramentas preciosas para a instauração e o desenvolvimento de um processo terapêutico. Processo este que significaria, em linhas gerais, pôr em marcha este jogo de criação do mundo e criação de si; buscar uma metaestabilidade, um equilíbrio instável, entre um aprisionamento em uma subjetividade muito rígida e sem permeabilidade ao estranho, e um total dissolvimento de qualquer figura de subjetividade. Em ambos os casos está-se alijado da capacidade criadora.

Winnicott (1975) nos ensina que a ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida. Nós, como terapeutas, temos de nos perguntar sobre "*o que versa a vida*" e mantermo-nos num compromisso ético com a vida em sua potência criadora.

BIBLIOGRAFIA

- BAREMBLITT, Gregório (org.) (1986). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1998). *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte, Biblioteca do Instituto Félix Guattari.
- BARROS, Denise Dias (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo, Lemos/Edusp.
- BASAGLIA, Franco (1975). Il técnico del sapere pratico. In: BASAGLIA, Franca e BASAGLIA, Franco. *Crimini di pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino, Giulio Einaudi.
- _____ (1979). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil Debates.
- _____ (org.) (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Graal.
- BENETTON, Maria José (1984). *Alguns aspectos do uso de atividades artísticas em terapia ocupacional*. São Paulo, Boletim de Psiquiatria, 17(2):72/74
- _____ (1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São paulo, Lemos.
- _____ (1992). *Na articulação entre o "falar" e o "fazer" a construção da historicidade na psicose*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 3(1/2):4-7.
- _____ (1995a). *A crise na terapia ocupacional ou a terapia ocupacional na crise?* São Paulo, Boletim de psiquiatria, 28(2):24-27
- _____ (1995b). *Terapia ocupacional: conhecimento em evolução*. São Paulo, Revista do centro de estudos em terapia ocupacional, 1(1):5-7.
- _____ (1997). *Terapia Ocupacional: uma apresentação*. São Paulo, Jornal da USP, 13-17/04/97.
- BIRMAN, Joel (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal.
- BRUNELLO, Maria Inês Brito (1991). *Reflexões sobre a influência do fator cultural no processo de atendimento de terapia ocupacional*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 2(1):30-33.
- CACHARD, Claudie (1997). *O imperador de pedra*. São Paulo, Cadernos de Subjetividade, v.5, n.2. Educ.
- CASTEL, Robert (1975). La contradizione psichiatrica. In: BASAGLIA, Franca e BASAGLIA, Franco. *Crimini di pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino, Einaudi Editore.
- _____ (1978a). A instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, Sérvulo. *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro, Campus.
- _____ (1978b). O grande desenclausuramento In: CASTEL, R. *O psicanalismo*. Rio de Janeiro, Graal.
- CASTRO, Eliane Dias & SILVA, Reinaldo J.G. (1990). *Processos criativos e terapia ocupacional*. Revista de Terapia Ocupacional da USP, vol.1, n.2: 71-75, nov/90.
- CORAZZA, Denise, COSTA, Adalberto L. & FERNANDES, Sylvia (1990). Relatório da comissão de discussão do núcleo terapêutico do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Equipe do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, São Paulo, (Inédito).
- COSTA, Jurandir Freire (1989). *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campus.

- COSTA, Rogério (org.)(1994). *Limiares do contemporâneo*. São Paulo, Escuta.
- DELEUZE, Gilles (1974). *Lógica do sentido*. São Paulo, Perspectiva.
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix (1977). *Kafka: por uma literatura menor*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____ (1996). Como criar para si um corpo sem órgãos. In: DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo, Ed. 34.
- DERRIDA, Jaques (1994). Fazer justiça a Freud: a história da loucura na era da psicanálise. In: *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- DE WAELHENS, Alfonse (1990). *A psicose: ensaio de interpretação analítica existencial*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- DUBUFFET, Jean (1981). *Lugar ao Incivismo*. In: Catálogo da XVI Bienal de São Paulo, V. III - Exposição de Arte Incomum. Fundação Bienal de São Paulo
- FABBRINI, Ricardo Nascimento (1994). *O espaço de Lygia Clark*. São Paulo, Atlas.
- FABRE, Josep Palau (1986). *Picasso*. Milão, Rizzoli Libri.
- FERNANDES, Sylvia (1991). *Essa constante e silenciosa compulsão a repetir*. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae. (Inédito)
- _____ (1992). *A criação do sujeito*. São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira. (Inédito)
- FERRAZ, Maria Heloísa C. T. (1989). *A Escola Livre da Artes Plásticas do Juqueri*. São Paulo, Escola de Comunicações e Artes da USP. Tese de doutorado.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio (1992). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo, Escuta/Educ.
- _____ (1994a). *Escutar, recordar, dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo, Educ/Escuta.
- _____ (1994b). *A questão da alteridade nos processos de subjetivação e o tema do estrangeiro*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. (Inédito).
- _____ (1995a). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos*. São Paulo, Educ, Petrópolis, Vozes.
- _____ (1995b). *Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos*. São Paulo, Escuta.
- _____ (1995c). *Heidegger, língua e fala*. Psicanálise e Universidade. São Paulo, Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise da PUC-SP, 3: 67-75, São Paulo.
- _____ (1996). *Maldiney e Fédida: derivações heideggerianas na direção da psicanálise*. Comunicação apresentada ao Colóquio Heidegger, São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP. (Inédito)
- FOUCAULT, Michel (1972) *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva.
- _____ (1982). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1985). *As palavras e as coisas*. São Paulo, Martins Fontes.
- _____ (1991). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro. Biblioteca Tempo Universitário, 11.
- FRAYZE-PEREIRA, João A. (1995). *Olho d'água: arte e loucura em exposição*. São Paulo, Escuta/Fapesp.
- FREUD, Sigmund. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____ (1912). A dinâmica da transferência. In: _____. Op. cit. v.XII
- _____ (1914a). Recordar, repetir, elaborar. In: _____. Op. cit. v.XII
- _____ (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. Op. cit. v. XIV

- _____(1915). O Inconsciente. In: _____. Op. cit. v. XIV
- _____(1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: _____. Op.cit. v.XVI
- _____(1919a). Uma criança é espancada. In: _____. Op. cit. v.XVII
- _____(1919b). O Estranho. In: _____. Op. cit. v. XVII
- _____(1920). Além do princípio do prazer. In: _____. Op. cit. v.XVIII
- _____(1924a). Neurose e psicose. In: _____. Op. cit. v.XIX
- _____(1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose.In: _____. Op. cit. v.XIX
- _____(1937). Construções em análise. In: _____. Op. cit. v.XXIII
- GARCIA-ROZA, Luis Alfredo (1992). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- GOFFMAN, Erving (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GOLDBERG, Jairo (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, Te Corá.
- GUATTARI, Félix (1976). *Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones*. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina.
- _____(1981). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo, Brasiliense.
- _____(1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro, 34.
- _____ e ROLNIK, Suely (1986). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, Vozes.
- HIDALGO, Luciana. (1996). Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto. Rio de Janeiro, Rocco.
- HORNSTEIN, Luis (1990). *Cura psicanalítica e sublimação*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- KANAAN, Dany Al-Behy (1994). *Clarice Lispector: a libertação pela escrita ou a via-crúcis do corpo*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Dissertação de mestrado.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori (1987). Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru.
- KUPFER, Maria Cristina Machado (1993). *Pré-escola terapêutica Lugar de Vida: um dispositivo para o tratamento de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento*. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, Estilos da Clínica n.1.
- _____(1994). Pais: melhor não tê-los? In: ROSENBERG, Ana Maria Sigal (org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo, Escuta.
- _____(1995). *As instituições e a psicanálise*. São paulo, Instituto de Psicologia da USP. (Inédito)
- LAPLANCHE,J. e PONTALIS,J.-B. (1988). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes.
- LANCMAN, Selma (1990). *O dilema do uso de atividades terapêuticas nos hospitais psiquiátricos brasileiros*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR, 1(1):24-49. São Carlos, EdUscar.
- LASNIK, Marie Cristine (1992). *O espanto do outro materno*. Boletim de Novidades. São Paulo, Pulsional Centro de Psicanálise, 5 (44): 7-15.
- LIBERMAN, Flávia (1998). *Danças em terapia ocupacional*. São Paulo, Summus.
- LIMA, Elizabeth Araújo (1997). *Terapia Ocupacional: um território de fronteira?*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 8(2-3): 98-101.
- LOUREIRO, Ines Rosa Bianca (1994). *A arte no pensamento de Freud: uma tentativa de sistematização da estética freudiana*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Dissertação de mestrado.

- MACHADO, Roberto et. alli (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- MANNONI, Maud (1980). *A criança, sua "doença" e os outros*. Rio de Janeiro, Zahar.
- _____(1995). *Amor, ódio e separação: o reencontro com a linguagem esquecida da infância*, Rio de Janeiro, Zahar.
- MAXIMINO, Viviane Santalucia (1995). *A constituição de grupos de atividade com pacientes graves*. São Paulo, Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional, 1(1):27/32.
- _____(1997). *A constituição de grupos de atividade com pacientes psicóticos*. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Doutorado.
- MELMAM, Jonas (1992). *O Centro de Atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 3 (1/2): 54-59.
- MILLNER, Marion (1991). *A loucura suprimida do homem são*. Rio de Janeiro, Imago.
- MOTTA, Arnaldo Alves da (1994). *A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose*. Monografia para conclusão do curso de formação de analistas da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, São Paulo. (Inédito)
- NASCIMENTO, Beatriz Ambrósio (1990). *O mito da atividade terapêutica*. São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da USP, 1 (1): 17-21.
- _____(1991). *Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP. Dissertação e mestrado.
- NICÁCIO, Maria Fernanda (1989). *Da instituição negada à instituição inventada*. In: *Saúde e Loucura 1*. São Paulo, Ed. Hucitec.
- _____(1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, Programa de Ciências Sociais da PUC-SP. Dissertação de mestrado.
- ORLANDI, Luis (1995). *Pulsão e campo problemático*. In: MOURA, A. H. *As Pulsões*. São Paulo, Escuta/Educ.
- PELBART, Peter Pál (1989). *Da clausura do Fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo, Brasiliense.
- _____(1993). *A nau do tempo rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____(1995). *Os loucos, trinta anos depois*. Boletim de Novidades. São Paulo, Pulsional Centro de Psicanálise, 8 (77): 78-86.
- ROLNIK, Suely (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo, Estação Liberdade.
- _____(1993). *Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico*. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, Revista do núcleo de Estudos em Pesquisa da Subjetividade da PUC-SP, 2 (1): 241-251.
- _____(1995a). *O singular estado de arte sem arte*. Boletim de Novidades. São Paulo, Pulsional Centro de Psicanálise, 7 (72): 70-73.
- _____(1995b) *O mal-estar na diferença*. Anuário Brasileiro de Psicanálise, 3: 97-103. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- _____(1995c). *Lygia Clark e o híbrido arte/clínica*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. (Inédito).
- _____(1995d). *À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia*. In: MAGALHÃES, M.C.R., *Na sombra da cidade*. São Paulo, Escuta.

- _____ (1996a). *Subjetividade, ética e cultura nas práticas em Saúde Mental*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. (Inédito).
- _____ (1996b). *Deleuze, esquizoanalista*. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, Revista do núcleo de Estudos em Pesquisa da Subjetividade da PUC-SP, no. especial: Gilles Deleuze: 82-89.
- ROTELLI, Franco (1990). A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec.
- SANTA ROZA, Eliza (1993). *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- SILVEIRA, Nise (1980). O Museu de Imagens do Inconsciente - histórico. In: *Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro, Fundação Nacional de Arte, Instituto Nacional de Artes Plástica (Col. Museus Brasileiros, 2).
- _____ (1982). O ateliê de pintura, abstração e angústia: o espaço subvertido. In: *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro, Alhambra.
- SOARES, Léa Beatriz Teixeira (1986). A Reabilitação no Estado Brasileiro de 1950 a 1980. Capítulo da dissertação *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Carlos, Programa de Pós-graduação em Educação da UFSCAR, Dissertação de mestrado.
- SOUZA, Luis Augusto Paula (1994). *Linguagem, representação e alteridade*. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, Revista do núcleo de Estudos em Pesquisa da Subjetividade da PUC-SP, 2 (1/2): 79-86.
- WINNICOTT, D.W.(1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____ (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes médicas.
- _____ (1990). *A natureza humana*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____ (1994). O medo do colapso. In: Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. Porto alegre, Artes Médicas.
- YASUI, Silvio (1989). CAPS: aprendendo a perguntar in *Saúde Loucura 1*. São Paulo, Ed Hucitec.
- _____ (1990). *Os Ateliês do CAPS*. Trabalho apresentado no II encontro sobre o tratamento institucional da psicose. São Paulo. (Inédito)