

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SANDRA AUTUORI

**Ateliê de vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da
atenção psicossocial.**

Niterói
2015

SANDRA AUTUORI

**Ateliê de Vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da
atenção psicossocial.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em psicologia.

Área de concentração: Estudos da Subjetividade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro.

Niterói

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A941 Autuori, Sandra.

Ateliê de Vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da atenção psicossocial / Sandra Autuori. – 2015.
182 f.

Orientadora: Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 169-176.

1. Vídeo. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Psicanálise.
4. Psicossociologia. I. Carreiro, Teresa Cristina Othenio Cordeiro.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

SANDRA AUTUORI

**Ateliê de Vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da
atenção psicossocial.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em psicologia pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

Prof.^a Dr.^a Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro. (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dr.^a Giselle Falbo Kosovski
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dr.^a Cláudia Osório da Silva (Suplente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. Julio Sergio Verztman
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Assumpção Fernandes
Universidade Federal de São Paulo (USP)

Dedico esta tese às pessoas mais importantes na minha vida: minha família.
Em especial à minha mãe, Elza Casemiro Autuori

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Teresa Carreiro por sua orientação fundamental por mesclar delicadeza e segurança, atitude que me abriu novos horizontes.

À Universidade Federal Fluminense, seu corpo docente e discente por terem acolhido este projeto de pesquisa.

A CAPES, que ao me conceder a bolsa de doutorado sanduíche na França, proporcionou a ampliação dos meus conhecimentos teóricos e culturais.

À equipe do CAPSi Heitor Villa Lobos, que me apoiou e suportou meu necessário afastamento. Em especial à Raquel Pádova e Isabel Collier do Rêgo Barros, que seguraram o leme com muita competência quando foi preciso.

Aos entrevistados que foram atenciosos e que contribuíram muito para a realização da pesquisa

À Pilar Belmonte e Alexander Ramalho. Sem eles não teria sido possível a continuidade da pesquisa.

À Stella Jimenez.

A todos os participantes do Ateliê Locotipo, pessoas com quem compartilhei a arte de fazer vídeos e a invenção deste dispositivo.

Ateliê de Vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da atenção psicossocial.

RESUMO

Esta tese é fruto da pesquisa sobre o Ateliê de Vídeo Locotipo, um dispositivo clínico coletivo realizado no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Rubens Corrêa, no Rio de Janeiro. A experiência se situa no âmbito da Reforma Psiquiátrica, sob os princípios da psicanálise. Realizou análises e investigações que promoveram tessituras nos campos social, político e psíquico com o suporte da psicossociologia. Quatro vídeos foram criados pelos participantes durante a permanência do Ateliê que ficou em atividade entre 2010 a 2012: “Vida somente vida”, “Representações”, “Acolhimento sim, recolhimento não” e “Saudade”, os quais foram acompanhados e posteriormente analisados. Os pesquisadores eram integrantes do Ateliê e fizeram os vídeos junto com os pacientes. A tese se divide em três partes: uma primeira onde a Reforma Psiquiátrica é situada historicamente até o seu momento mais recente, tecendo críticas deste campo no qual o Ateliê se insere. No segundo capítulo, a arte na clínica psicossocial é apresentada desde seus primórdios, passando por Ozório Cesar e Nise da Silveira. São também realizadas reflexões sobre a arte na psicanálise de Freud e Lacan com foco especial nas contribuições que interessam à clínica. No último capítulo os vídeos criados pelo Ateliê são analisados sob uma apreciação que expõe os métodos, os princípios, o desenvolvimento e os efeitos dessa atividade para os participantes. A pesquisa ressalta os aspectos políticos, estéticos e clínicos do Ateliê. Isto é, analisa sua relevância para a desestigmatização e para a mudança do lugar da loucura no corpo social, a importância da qualidade estética e da realização de um objeto como produto de um fazer artístico para os pacientes e as possibilidades de elaborações psíquicas que este dispositivo pode oferecer.

Palavras-chave: vídeo - reforma psiquiátrica - psicanálise - psicossociologia.

ABSTRACT

This thesis is the result of the research on the “Ateliê de Vídeo Locotipo”, a collective clinic workshop held at CAPS (Psychosocial Attention Centre) Rubens Corrêa, in Rio de Janeiro. The experience is located within the Psychiatric Reform, under the principles of psychoanalysis. Investigations and analysis were conducted, which promoted tessitura between social, political and psychic fields, with the support of psychosociology. Four videos were created by the participants during the stay of the workshop that was active between 2010-2012: "Life only life," "Representations", “Host yes, asylum not” and “Missing”. The videos were monitored and subsequently analyzed. The researchers were also members of the workshop and made the videos along with the patients.

The thesis is divided into three parts. The first chapter approaches where the psychiatric reform is historically situated. In the second chapter, the art in the psychosocial clinic is presented since its inception, through Ozório Cesar and Nise da Silveira. Nevertheless, are also held reflections on art in psychoanalysis of Freud and Lacan, with particular focus on the contributions of interest to the clinic. In the last chapter, the videos are analyzed under an assessment which exposes the methods, principles, development and the effects of this activity on the participants. The research highlights the political, aesthetic and clinical trials of the created videos. That is, it analyzes its relevance to destigmatization and the importance to change the place that madness occupies in the social environment, the importance of aesthetic quality, the importance of the patient’s understanding of an object as a matter of art and the possibilities of psychic elaboration that this workshop can offer.

Keywords: - Video - Psychiatric Reform - Psychoanalysis - Psychosociology.

RÉSUMÉ

Cette thèse est le résultat de la recherche sur l'atelier de Vidéo Locotipo, un dispositif clinique collectif tenue au CAPS (Psychosociale Attention Center) Rubens Corrêa, à Rio de Janeiro. L'expérience se trouve au sein de la Réforme Psychiatrique, en vertu des principes de la psychanalyse. Les analyses et enquêtes réalisées ont favorisé la tessiture entre les champs sociaux, politiques et psychiques avec le soutien de la psychosociologie. Quatre vidéos ont été créés par les participants pendant le séjour de l'atelier qui était active entre 2010-2012: «La vie seule vie», «Représentations», «Accueil oui, pas de collecte" et "Saudade", qui ont été suivies et analysées plus tard. Les chercheurs étaient membres de l'atelier et ils ont fait les vidéos avec les patients. La thèse est divisée en trois parties, une première où la Réforme Psychiatrique est historiquement située jusqu'à son moment plus récent, en faisant de critiques de ce domaine dans lequel l'atelier fait partie. Dans le deuxième chapitre, l'art dans la clinique psychosociale est présenté depuis sa création, à travers Osório Cesar et Nise da Silveira. Sont également tenues des réflexions sur l'art dans la psychanalyse de Freud et de Lacan avec un accent particulier sur les contributions d'intérêt à la clinique. Dans le dernier chapitre les vidéos créées par l'atelier sont analysés dans une évaluation qui expose les méthodes, les principes, le développement et les effets de cette activité pour les participants. La recherche met en évidence l'atelier politique, esthétique et clinique. En d'autres termes, elle analyse sa pertinence à la déstigmatisation et au changement de place de la folie dans le corps social, l'importance de la qualité esthétique et de la performance d'un objet comme un produit d'une pratique artistique pour les patients et les possibilités d'élaboration psychique que ce dispositif peut offrir.

Mots-clés: Vidéo - Réforme Psychiatrique - Psychanalyse - Psychosociologie.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	À LUZ DA REFORMA PSQUIÁTRICA	19
1.1	HISTÓRIA RECENTE ESTADO HÍBRIDO.....	24
1.2	TEMPOS ATUAIS – ANTAGONIZANDO FORÇAS.....	28
1.3	CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL NO RIO DE JANEIRO.....	40
2	CÂMERA! EM FOCO: ARTE, LOUCURA E PSICANÁLISE	44
2.1	A ARTE NO TRATAMENTO DA LOUCURA NO MUNDO.....	44
2.2	ARTE E LOUCURA NO BRASIL – O INÍCIO.....	45
2.3	ARTE E PSICANÁLISE.....	49
2.3.1	Freud, aprendendo com a arte	49
2.3.2	Lacan: Retirando consequências	54
3	AÇÃO! O ATELIÊ LOCOTIPO	58
3.1	PRÉ-PRODUÇÃO.....	58
3.1.1	O vídeo ressignificando a vida em um Espaço Aberto ao Tempo	59
3.1.2	Brincando de vídeo – O vídeo como objeto lúdico	67
3.1.2.1	<i>Pulando Muro</i>	74
3.2	PRODUÇÃO.....	83
3.2.1	O cenário	83
3.2.1.1	<i>Plano Geral</i>	83
3.2.1.2	<i>Plano Médio</i>	84
3.2.1.3	<i>O Grupo em foco</i>	85
3.2.2	Argumento – Princípios que orientam	90
3.2.3	Roteiro	108
3.2.4	Elenco	115
3.3	VÍDEOS EM ANÁLISE.....	117
3.3.1	O Projeto e precursores	117
3.4	OS QUATRO VÍDEOS DO ATELIÊ LOCOTIPO.....	125
3.4.1	1º Vídeo “Vida somente vida”	125
3.4.2	2º vídeo “Representações”	133
3.4.3	3º Vídeo “18 de Maio – Acolhimento sim, Recolhimento não”	146
3.4.4	4º Vídeo “Saudade”	151
	THE END – A CONCLUSÃO	160
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	169

ANEXO A – Cópia da Aprovação do Comitê de Ética da UFF.....	177
ANEXO B – Cópia da Aprovação do Comitê de Ética da SMSDC.....	178
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	179
ANEXO D – Autorização de Uso de Imagem, Som e Depoimentos.....	182

INTRODUÇÃO

É grande o desafio de articular em uma mesma tese: cinema/vídeo, psicanálise e saúde mental. A psicossociologia nos ajuda a estabelecer vinculações entre estes campos. Ao passear por esses territórios distintos, encontramos semelhanças e diferenças, aproximações e distanciamento, sem perder o rigor acadêmico necessário e ao mesmo tempo mantendo um olhar criativo, o que é indispensável quando lidamos com produções artísticas.

Nossa pesquisa teve como núcleo principal um Ateliê de Imagem realizado no CAPS Rubens Corrêa¹, do final de 2010 até meados de 2012. O Ateliê era um dispositivo clínico coletivo oferecido aos clientes com a intenção de que os próprios participantes ideassem, produzissem, filmassem, editassem e sonorizassem vídeos. Trata-se de uma pesquisa situada na intersecção entre dois campos: o das artes audiovisuais, cinema/vídeo e o da saúde mental, onde a arte e mais particularmente, o vídeo, encontrou lugar na clínica psicossocial.

Durante o percurso trilhado pelo Ateliê de Imagem, fomos traçando relação entre a subjetividade dos pacientes, criadores dos vídeos e os recursos técnicos e estéticos utilizados por eles; localizando os efeitos clínicos na confecção de todo o processo de realização desses vídeos.

Nossa hipótese é que a realização de vídeos tem a potencialidade de provocar nos clientes efeito de mudança nas posições subjetiva e objetiva frente à vida. Podem produzir transformações no sujeito, tanto na ampliação da possibilidade de analisar e se expressar frente as mais diversas situações cotidianas e próximas ou mais amplas e globais, quanto uma ferramenta que ajuda a elaboração e estruturação psíquica mais íntima e singular. Acreditamos que o ato e processo de fazer vídeos, tem a propriedade de auxiliar na emergência e fortalecimento do sujeito. Tanto o sujeito de direitos e deveres, que se expressa e se firma no contexto social através de sua palavra e vontade, o sujeito político, como também o sujeito do desejo como denomina a psicanálise, aquele que se apresenta como resultado do trabalho analítico, onde a subjetividade está implicada e é realizada uma elaboração psíquica que assume a direção de que a partir do sintoma se construa um estilo

¹ O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Rubens Corrêa é uma unidade de saúde mental pública do município do Rio de Janeiro que atende uma clientela adulta que apresenta transtorno mental grave e persistente na área programática 3.3.

próprio². Somamos a essa direção psicossocial o diálogo com a criação estética, não apenas como veículo de conteúdos psíquicos e ou políticos, mas tendo importância em si mesma, como um produto do sujeito que participa desta clínica diretamente.

Trabalhamos com a concepção de sujeito como tendo a sua constituição articulada ao plano social. Sabemos que a dimensão social é essencial à constituição do sujeito do inconsciente. Sem a entrada na ordem social a partir da família ou substitutos dela, não é possível se tornar um sujeito humano socializado. Assim, entendemos que o sujeito se forja de forma inseparável, dependente e articulado entre o psíquico e o social.

A concepção de que criar vídeos tem a potencialidade de produzir efeitos no sujeito, está em comunhão com os ideais e princípios da Reforma Psiquiátrica. O Ateliê oferece uma forma de tratamento que escapa ao modelo médico restrito, dialoga com outros saberes e disciplinas. É um dispositivo por natureza interdisciplinar, totalmente dependente do desejo e da participação ativa dos pacientes e prevê a possibilidade de transcender os limites do CAPS, não só para realizar filmagens durante a confecção do vídeo, mas também através do seu produto final. A abrangência de um vídeo pode se estender para além dos limites da instituição Saúde Mental e levar para a praça, para a sociedade, a visão, a opinião, o posicionamento e a estética subjetiva de seus participantes. Essa expansão criativa amplia para os pacientes suas trocas e participação no mundo, possibilita que não sejam vistos apenas como usuários de saúde mental, restritos ao enquadramento específico e não valorizado do de ser o louco, o inadaptado e a margem das regras sociais; através de suas criações eles têm a oportunidade de se afirmarem como cidadãos do mundo.

Na arte não é exigido sanidade. Não foi à toa que Nise da Silveira forçou para fora do contexto psiquiátrico a divulgação e exposição dos trabalhos de artes plásticas realizadas por seus pacientes. Encontrou um fértil caminho para a desestigmatização da loucura na afirmação da possibilidade de que o louco pudesse criar.

Hoje, no campo da saúde mental, a arte e a cultura vêm se fortalecendo como via de diálogo com o resto da sociedade. Através desses veículos o contato é direto, sem que haja uma separação entre o louco e o não louco. Um artista é um artista; ele escapa de tipificações. Às vezes uma excentricidade qualquer é perdoada pelo simples fato de ser artista. No senso

² A análise inicia pela insistência de um sofrimento mental, um sintoma e a suposição de saber sobre esse sintoma a um analista que escuta para além do sintoma, o gozo que comparece nesse sintoma. No Seminário 24 - “L’insu que sait de l’une bévue s’aile à mourre” (1976-77) Lacan depois de recusar o fim da análise pelo viés da identificação imaginária com o analista e pelo viés da identificação do inconsciente, propõe que o final da análise passaria por identificar-se, tomando suas garantias, uma espécie de distância, a seu sintoma. “Savoir Faire Avec ce symptome”, proposto nesse mesmo seminário, é traduzido por saber fazer com seu sintoma, no sentido de se virar, saber lidar com seu sintoma. Propomos aqui que o sintoma, ao longo da análise, ao ir sendo apropriado pelo analisando vá se tornando um estilo próprio.

comum, por vezes ainda nos deparamos com a concepção de que todo artista é meio louco e de que “de louco todos nós temos um pouco”. Fica tudo em um terreno meio difuso e interessantemente mágico. Sabemos que não há uma correspondência direta e causal entre ser louco e ser artista. Nem todo louco é artista e nem todo artista é louco. Entretanto, a possibilidade de haver essa comunhão existe e é totalmente suportada pelo social.

Implicação com o tema da pesquisa

Seguindo a psicossociologia e a sociologia clínica, referências teóricas importantes para esta pesquisa, que valorizam a implicação do pesquisador com a escolha de seu tema, exponho a minha não imparcialidade na escolha do tema que irei analisar. (GAULEJAC, 2004/2005). Mais do que um interesse investigativo em relação ao campo das artes ou de uma posição de admiradora frente às produções artísticas, estudei, me formei e trabalhei com arte durante mais de 20 anos. Ainda hoje me arrisco em algumas produções criativas. A arte aconteceu em minha vida. Na verdade não sei quando isso se deu. Desde sempre, de alguma maneira ela estava presente. Passei da brincadeira à atividade profissional sem notar. Entrei para a faculdade de psicologia muito tempo depois de já ter concluído o curso de Artes Cênicas na UNIRIO, quando também já havia feito o curso de formação em psicanálise e me mantinha em formação permanente, frequentando grupos de estudos psicanalíticos de escritos de Freud e Lacan, além de fazer minha análise pessoal.

No campo da saúde mental, desde que iniciei meu percurso, tive a arte como companheira. Desde os tempos em que fui estagiária no EAT (Espaço Aberto ao Tempo), onde realizávamos vídeos, esculturas, pinturas e outras atividades artísticas com os clientes e também durante minha passagem pelo CAPSi Eliza Santa Roza, quando desenvolvemos³ um Ateliê de Arte com as crianças e os adolescentes do serviço. Foi nessa época que pela primeira vez senti necessidade de teorizar e sistematizar essa prática clínica que incluía criações artísticas. Realizei o mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise na UERJ, sob a orientação de Dóris L. Rinaldi, o qual gerou a dissertação “Clínica com Arte: Considerações sobre a Arte na Psicanálise”⁴. Um trabalho que teve como proposta afirmar a ideia de que não havia incompatibilidade intrínseca entre ter a orientação e a direção da psicanálise e ao mesmo tempo utilizar o recurso da arte na clínica, desenvolvida sob a lógica psicossocial no campo da saúde mental. A pesquisa de mestrado visou trabalhar o entrecruzamento da arte com a psicanálise na clínica. Já existia a discussão acerca da presença da psicanálise no

³ O ateliê era coordenado por mim e pela musicoterapeuta Benita Michahellis.

⁴ A dissertação está disponível em: <http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2005/2005-10.pdf>

campo da saúde mental⁵, mas a arte, mesmo sendo muito utilizada como recurso nos dispositivos da reforma psiquiátrica, nas oficinas e ateliês, não era ainda tema para a psicanálise Freudiana/Lacanianana.

Esta tese não deixa de ter uma continuidade com o que foi trabalhado no Mestrado. Entretanto, escolhi realizar um zoom e enquadrar em close-up o vídeo, justamente o elemento que foi menos explorado teoricamente na dissertação. Trabalhar com vídeo havia sido minha escolha profissional antes de entrar no campo da saúde mental, pouco depois de eu ter me afastado das artes cênicas, minha primeira faculdade. Na verdade, a atividade de realizar vídeos atravessou da minha vida de artista para a vida de trabalhadora de saúde mental e psicanalista, permanecendo como um recurso clínico, estético e político.

Retomando a apresentação da pesquisa.

A afirmação da possibilidade da arte na clínica, está na base da ideia do Ateliê de Imagem do CAPS Rubens Corrêa. Esta tese foi profundamente afetada por autores da psicanálise, psicossociologia e sociologia clínica⁶; assim como também por autores e atores ligados ao fazer artístico cultural no campo da saúde mental, principalmente os situados no Rio de Janeiro⁷.

Construímos ou talvez para sermos mais exatos, foi se construindo durante a atividade clínica do Ateliê de Imagem, uma maneira de trabalhar com vídeo como um recurso clínico estético político. Embora tenhamos princípios éticos que iremos apresentar no decorrer da tese, não seguimos nenhuma norma para o desenvolvimento de nossa atividade. Também não temos a intenção de transformar nossa proposta de trabalho e escolhas de caminhos em um modelo ou manual de intervenção para dispositivos clínicos coletivos que operam com vídeo. Apresentamos e analisamos nossa forma de conduzir o Ateliê através de uma sistematização crítica. Consideramos que nosso trabalho é uma intervenção com arte tanto na cultura, quanto na posição subjetiva do sujeito e que incluí também uma dose de preocupação estética.

Em relação à clínica, existe a preocupação com a não sintomatização do produto artístico. Isto é, não patologizar a obra analisando seus conteúdos, sem a devida participação

⁵ Mais particularmente suscitada inicialmente por Ana Cristina Figueiredo, Luciano Elia e Cristina Ventura.

⁶ Eugène Enriquez, Florence Giust-Desprairies, Jaqueline Barus-michel, René Kaes, Teresa Carreteiro, Vincent de Gaulejac, entre outros.

⁷ Foram entrevistados: Ariadne de Moura Mendes, Daniela Albrecht, Gladys Schincariol, Lula Wanderley, Margarete Araujo, Mariana Sloboda, Neli Almeida, Pollyanna Ferrari, Maria Raquel Fernandes, Vitor Pordeus, Teresa Monerat, Maria Tavares, Julio Verztman e outros profissionais do campo da saúde mental que tem sua atuação de alguma forma ligada a produção e intervenção com a arte e cultura.

ativa do sujeito que foi o autor ou somente para a demonstração de seus conteúdos psíquicos. No terreno político encontramos a potencialidade que a arte apresenta para a desestigmatização da loucura. O alto valor atribuído à obra de arte pelo imaginário social juntamente com a afirmação de que o louco pode, assim como outro humano qualquer, ser um artista, colabora para que a loucura tenha outro lugar na sociedade. Além disso, o próprio produto criado intervém na cultura e colabora para sua transformação. Resta falar que a criação artística também se relaciona com a estética. Esclarecemos que não iremos adentrar no campo da filosofia para termos a atenção também voltada para esse ponto e também lembramos que a estética não trata apenas da bela forma harmônica. O que circundamos quando citamos a estética, é que levaremos em consideração na nossa análise dos vídeos, as produções de emoções advindas dos fenômenos estéticos, as diferentes formas e técnicas, as ideias que norteiam a criação e a relação entre matérias, formas e cores. Além de levantarmos hipóteses sobre a importância de se ter ou não um objeto final como produto da criação artística e da qualidade deste objeto.

Dividimos a tese em três capítulos. O primeiro intitulado **À Luz da Reforma Psiquiátrica**, o segundo: **Câmera! Em foco: Arte, Loucura e Psicanálise** e o terceiro: **Ação! O Ateliê Locotipo**. Claramente uma alusão à famosa frase que se fala antes que comece a filmagem: Luz, câmera, ação! A menção não é um mero jogo de palavras. No primeiro capítulo tivemos a intenção de demonstrar que foi sob a luz da Reforma Psiquiátrica que o Ateliê se deu. Que o acontecimento da Reforma Psiquiátrica é condição para que experiências desse tipo possam ocorrer, pois ela transformou completamente o paradigma do tratamento mental no Brasil. Descrevemos a Reforma como um acontecimento que ainda está em movimento e que sofre oscilações e efeitos de diversas forças.

Inicialmente tecemos uma narrativa sobre a loucura, situando-a historicamente. Para isso nos baseamos em alguns autores já consagrados nessa abordagem, como: Foucault, Goffman e Basaglia. Depois abordamos os acontecimentos que antecederam a Reforma Psiquiátrica, como a redemocratização do Brasil, a constituinte e o retorno dos movimentos sociais. Momento que desnuda para a sociedade a desumana maneira com que os loucos eram tratados dentro dos hospícios. Analisamos o início do movimento reformista, principalmente ancorados nos autores Amarante e Vasconcelos e delimitamos a construção de seus princípios básicos que vigoram até hoje; como a desestigmatização da loucura, a tomada da responsabilidade, a desmedicalização, o rompimento com a lógica manicomial/hospitalar, a desinstitucionalização e o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Verificamos que as novas práticas em saúde mental, principalmente as que nos interessam mais, que são as

relacionadas com a arte e cultura, podem se desenvolver mais e melhor a partir deste novo cenário. Mas por outro lado, reconhecemos que elas exercem um papel importante para a consolidação e ampliação do novo modelo assistencial. Neste primeiro capítulo temos três subdivisões: a primeira intitulamos **História Recente – Estado Híbrido**. A tônica desta parte se refere à dificuldade de posicionamento da militância e dos trabalhadores de saúde mental em geral. O momento apresenta grande contradição interna, a clareza anterior de onde estava o inimigo se dissipou. Agora temos forças opostas e interesses díspares frequentando o mesmo governo. Vemos ações que têm cunho socialista sendo realizadas sob a lógica neoliberal. A produtividade verificada pela quantificação dos atendimentos, a ampliação de serviços, inclusive da atenção básica baseada na terceirização, a organização de fluxo burocratizado e não através da discussão e compartilhamento de casos, os servidores públicos terceirizados sendo mais bem remunerados por OS (Organizações Sociais). A segunda parte deste capítulo, **Tempos Atuais – Antagonizando forças**. Trata da importância do protagonismo dos usuários de saúde mental para sustentar os princípios reformistas. Ancorado a esse ponto, faz um relato da IV Conferência de Saúde Mental que passa a incluir a Intersetorialidade em seu título, marcando a importância do diálogo com os diversos atores para que a lógica psicossocial se estabeleça. Não deixamos de apontar os impasses que se sucederam para garantir que as conferências fossem realmente representativas e democráticas nos seus três níveis: municipal, estadual e nacional. Também fazemos uma análise do relatório originado na Conferência, principalmente de sua relação com a questão da arte e cultura e também com o tratamento de pessoas em uso de drogas, denunciando que ele não tem sido utilizado para orientar as políticas públicas, o que seria sua finalidade. Ainda nesta parte narramos o desenvolvimento de como a problemática do uso de drogas vem sendo enfrentada no Brasil e suas consequências, tecendo algumas críticas à portaria que instituiu a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Na última parte deste capítulo: **Campo público da saúde mental no Rio de Janeiro**, narramos as mudanças que vem ocorrendo no âmbito da prefeitura do Rio de Janeiro desde 2009, no que tange a Saúde Mental no interior de sua estruturação e hierarquia e fazemos algumas considerações, principalmente ligadas às reverberações sofridas na lógica psicossocial de tratamento territorial e intersetorial, como também os efeitos de tantas mudanças para os CAPS e seus usuários.

O Segundo capítulo: **Câmera! Em foco: Arte, Loucura e Psicanálise**, inicia fazendo um breve retrospecto da arte no tratamento da loucura no mundo; em seguida concentra o interesse no início da entrada da Arte no Campo da Saúde Mental no Brasil, destacando o pioneirismo de Ozório César e a importância de Nise da Silveira no que diz

respeito à valorização da produção artística dos pacientes com transtornos mentais e na sua determinação em se contrapor aos métodos violentos vigentes na época e a defender a terapia ocupacional como dispositivo de tratamento. Atualmente a quase totalidade dos serviços de saúde mental inclui, de alguma forma, recursos artísticos no processo terapêutico. A segunda parte fala sobre **Arte e Psicanálise** e está subdividida em como Freud incluía a arte em seus escritos e elaborações teóricas, a qual intitulamos **Freud, aprendendo com a arte**. E nas consequências e colaborações desenvolvidas por Lacan sobre o tema da arte para o tratamento, mais especificamente no tratamento da psicose intitulamos **Lacan: Retirando consequências**.

O terceiro capítulo: **Ação! O Ateliê Locotipo**, se divide em três partes: **Pré-produção**, **Produção** e **Vídeos em Análise**. Na **Pré-produção** são revisadas as experiências que desenvolvi com vídeo na saúde mental quando comecei a trabalhar no campo e está separado em dois momentos, o primeiro: *O vídeo ressignificando a vida em um Espaço Aberto ao Tempo*, o relato de um vídeo clipe feito com pacientes do EAT baseado em uma música de uma paciente melancólica. Aproveitamos essa análise para questionar o diagnóstico de depressão e articular a utilização do vídeo com o texto de Lacan “Estádio do espelho”. E o segundo momento: *Brincando de vídeo – O vídeo como objeto lúdico*, quando é operada a aproximação do brincar com o fazer artístico e apresentado outro vídeo que foi marcante na pré-história do Ateliê, o “Pulando Muro”. Neste, a problemática da adolescência se entrecruza com a questão das drogas e o vídeo aparece como um instrumento de elaboração importante para um menino que se tratava no CAPSi Eliza Santa Roza.

A segunda parte, **Produção**, se divide em: *O cenário*, apresentado em *Plano Geral*, onde o dispositivo CAPS é situado em sua posição e mandato no campo da saúde mental. *Plano Médio*, quando é analisado especificamente o CAPS Rubens Corrêa em suas particularidades e *O Grupo em Foco*, em que pensamos mais diretamente o formato coletivo dos dispositivos oferecidos nos CAPS; *Argumento*, onde são apresentados os princípios que orientam o Ateliê de Imagem; *Roteiro* quando narramos o percurso que traçávamos para a realização dos vídeos; *Elenco*, onde os participantes do Ateliê estão no centro da análise.

Na última parte, intitulada **Vídeos em Análise**, os quatro vídeos realizados no CAPS Rubens Corrêa são analisados separadamente. *“Vida somente Vida”*, *“Representações”*, *“Acolhimento sim, Recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende – O Clipe”* e *“Saudade”*. Também apresentamos uma articulação entre os quatro vídeos. Na conclusão, intitulada **The End**, revisitamos os pontos que consideramos mais relevantes, oferecendo ainda alguns novos desdobramentos para afirmar nossa pesquisa

como uma proposta de que o vídeo se apresenta como tendo grande potencialidade para o tratamento psicossocial tanto em seu viés clínico, como político e estético.

1. À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Desenvolvemos o Ateliê de Imagem no campo da Saúde Mental Pública, que foi marcado pela Reforma Psiquiátrica. O acontecimento da Reforma Psiquiátrica é condição para que experiências desse tipo possam ocorrer, pois transformou completamente o paradigma do tratamento mental no Brasil.

A reforma Psiquiátrica não é um acontecimento histórico que se encontra no passado e que está concluído. Ela permanece em processo nos dias de hoje, se mostrando em um estado instituinte permanentemente. Essa é uma propriedade desse movimento, que é sensível às mudanças que estão para além do campo restrito da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica se mantém em jogo permanente com a sociedade em sua contemporaneidade.

A concepção sobre a loucura é mutante e está vinculada ao modo de funcionamento sociopolítico de uma época. A loucura nem sempre foi vista como um mal a ser curado. Na idade média o louco andava pelas ruas e sua ocorrência era considerada como um acontecimento da ordem do trágico. No século XVII, idade clássica, ocorre o enclausuramento dos loucos que ficavam misturados com uma gama diversificada de marginais e excluídos. Pinel⁸ é quem faz da loucura um fenômeno a ser estudado pela ciência, um objeto de saber, discursos e práticas dentro da então fundada instituição psiquiátrica.

A partir da intervenção de Pinel os loucos foram separados dos demais excluídos e passaram a ser ordenados por classificações em espaços hospitalares para tratamento (FOUCAULT, 1978).

A transformação do hospital psiquiátrico de um lugar de tratamento para mero local de exclusão, foi se dando gradativamente. Entre outros fatores, pela falta de atrativo que a loucura oferecia para um mundo calcado no capital. O louco dentro dessa engrenagem interessava apenas como consumidor de medicamentos. O manicômio nomeado por Goffman, (1974), como “instituição total” porque tutela o louco regulando sua vida e seu destino, disciplinando seu tempo e seu espaço com horários fixos determinados pela instituição: hora do banho, do remédio, do pátio, de dormir e de ser submetido ao eletrochoque. A instituição psiquiátrica fechada violenta o paciente com seu excesso e o reduz a condição de objeto. Com o esvaziamento de sua subjetividade, sua humanidade se reduz a um corpo. Dentro do manicômio o interno é considerado como desprovido de valor contratual. Por isso Basaglia (1985), o nomeia como sendo o “lugar de troca zero”.

⁸ Philippe Pinel (1745 – 1826) foi um médico francês considerado como fundador da psiquiatria.

Podemos situar as circunstâncias socioeconômicas e políticas para a deflagração de um movimento contrário a forma com que era dispensado o tratamento ao louco no Brasil, ainda no final da década de 1970. Pois foi esse o primeiro intuito desse movimento, a humanização do tratamento. Só algum tempo depois é que os objetivos se alargaram, colocando a própria sociedade em cheque. Isto é, quando houve o reconhecimento de que era o corpo social que estava precisando ser transformado, reabilitado, para que nele coubesse qualquer cidadão pleno de direitos e deveres, mesmo os mais diferentes, mesmo os loucos.

A ditadura que se iniciou com o golpe militar em 1964, imputou ao Brasil um atraso considerável em relação aos países democráticos no que concerne a implementação de políticas de cunho social (VASCONCELOS, 2010). Entretanto em 1970, com o término da ilusão do milagre econômico e a queda da máscara da falsa perspectiva de desenvolvimento econômico que vinha sendo apregoada pelo governo militar, é mostrada a verdadeira face do Brasil, que revela as péssimas condições de vida da população brasileira.

Com a crise político-econômica e a ressurgência dos movimentos sociais que passam a reivindicar o retorno da democracia através de manifestações e atos públicos organizados por entidades sindicais, de trabalhadores, intelectuais e estudantis, o governo Geisel se vê obrigado a retomar o caminho para a democracia e entramos na época da abertura política brasileira. As velhas e desgastadas desculpas dadas pelos militares que estavam no poder, para que fosse preciso engordar o bolo para depois repartir, concentrando cada vez mais a riqueza em determinada parcela da população, aumentou de forma alarmante a desigualdade social no Brasil. O discurso oferecido pelo governo, que justificava a necessidade da restrição à liberdade de expressão, de que havia o perigo de uma escalada comunista no mundo ruiu. Todas essas circunstâncias tornaram insustentável a manutenção da ditadura militar no país, fazendo com que o Brasil entrasse em um processo de abertura política.

O campo da saúde mental sofre reflexos do colapso da previdência social provocado pela busca desenfreada por lucro dos empresários da loucura. Entre 1966 e 1981 quando reinava a lógica hospitalocêntrica, houve grande expansão dos leitos psiquiátricos. A abertura política, que possibilita uma maior veiculação de informação, põe a mostra o que até então estava guardado dentro dos muros do hospício. Pôde-se ver a situação em que se encontravam os manicômios e o tratamento dispensado ao louco. A herança dos anos 1960. O processo de redemocratização do país proporciona a reemergência dos movimentos sociais que estavam impedidos de se manifestar e também do movimento sanitarista que apontava

para a necessidade de mudanças profundas na maneira como estava organizado o sistema de saúde no Brasil.

O ponto em que se localiza o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil é o da crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), ocorrida em 1978 na cidade do Rio de Janeiro, que colocou em debate a assistência presente nos hospitais psiquiátricos. Esse processo levou à criação do MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental), constituído como ator e sujeito privilegiado não homogêneo, que realizou uma mobilização política em torno da saúde mental pela reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Divulgadas pelos trabalhadores de saúde mental, vêm a público, denúncias da situação trágica em que se encontravam os hospitais psiquiátricos, os relatos de violências contra internos e os altos lucros concedidos ao setor privado. Também surgem demandas por melhores condições de trabalho e a reivindicação por serviços ambulatoriais.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve algumas influências importantes, dentre as quais podemos destacar a experiência das comunidades terapêuticas que ocorreram principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte, que puderam acontecer no interior dos hospitais psiquiátricos mesmo durante o tempo da ditadura, pela pouca visibilidade que tinham. A descoberta de psicofármacos que atuam minorando os sintomas psicóticos produtivos, a presença constante em Conferências, Encontros e Congressos de alguns teóricos importantes como Guattari, Castel e Goffman, influenciando profundamente o movimento pela reforma no Brasil e a aproximação com as ideias de Foucault, através de seus escritos e de visitas realizadas por ele ao Brasil na década de 1970; a psiquiatria comunitária norte-americana, que influenciou nossos primeiros programas e serviços extra-hospitalares na década de 1980, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria democrática na Itália, que no final dos anos 70 fechou todas as instituições manicomiais em seu país e se tornou, principalmente através de Basaglia e Rotelli, a principal referência para o movimento antimanicomial no Brasil (VASCONCELOS 2010).

Como fruto da luta política travada e também ajudados pela reconstrução democrática do país, que deu a vitória a oposição nos grandes centros brasileiros em meados dos anos 1980, integrantes do MTSM passam a participar de postos de chefia dentro do governo dos estados, conquistando maior intervenção nos hospitais psiquiátricos com a redução de leitos e a não criação de novos, como também a expansão de ambulatórios e a regionalização da assistência.

O Movimento, com o tempo caminha para a ampliação de suas propostas, que já não se restringem às bandeiras de luta iniciais de reivindicações por melhores condições de

trabalho e pela humanização da assistência. A Reforma Psiquiátrica nas décadas que se seguem vai se orientando pelos princípios da desestigmatização da loucura, a tomada da responsabilidade, a desmedicalização, o rompimento com a lógica manicomial/hospitalar. Enfim, a luta pela desinstitucionalização. Em tempo, a desinstitucionalização não se restringe à mera desospitalização; é, para além disso, uma ruptura com o paradigma instituído que ditava a forma de tratar e conviver com a loucura, não só dentro dos hospitais psiquiátricos, mas também no meio social e a instauração de uma nova lógica. A desmedicalização também não é meramente a retirada do excesso de remédios, as camisas de forças químicas, mais do que isso, é a retirada do médico do lugar de único detentor do saber sobre a loucura, democratizando o tratamento que, além de contar com outras e variadas disciplinas, também passa a escutar o próprio paciente e sua família.

A quebra da hegemonia do saber médico sobre a loucura favoreceu que outras ferramentas fossem utilizadas no tratamento. Sabemos que antes da reforma, como veremos no próximo capítulo, havia experiências que já se valiam da arte no tratamento, entretanto é inegável que a Reforma Psiquiátrica garante que esses acontecimentos deixem de ser experiências que dependiam de iniciativas individuais e passem a integrar um modo de tratamento previsto nesse novo modelo de assistência que estava sendo construído e afirmado pelas políticas públicas. O Ateliê de Imagem no qual nos baseamos para fazer nossa pesquisa é, sob esse aspecto, também fruto da Reforma Psiquiátrica.

Em um movimento dialético as conquistas da Reforma Psiquiátrica são produtos e produtores de vários acontecimentos importantes, como os congressos de trabalhadores de saúde mental, as conferências nacionais e regionais de saúde e posteriormente de saúde mental. A criação do Sistema Único de Saúde que realiza uma mudança substancial na organização da saúde no Brasil e, posteriormente, a participação dos usuários e familiares nas discussões e elaborações das políticas públicas no campo da saúde mental. Na assistência, temos como marco a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil⁹, consolidando o surgimento de alternativas reais ao modelo tradicional; e consolidando essa direção, temos o projeto de Lei Paulo Delgado 3.657/90, que propõe a extinção gradativa dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos não manicomial de

⁹ CAPS Luiz da Rocha Cerqueira criado em São Paulo e coordenado por Jairo Goldberg. A sigla CAPS foi tomada emprestada de centros de assistência existentes na Nicarágua. A pesquisa do Ateliê de Imagens foi realizada em um CAPS e voltaremos a esse dispositivo tecendo uma análise mais profunda no próximo capítulo.

atendimento e a lei 10.216 de 2001, que além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais¹⁰.

Podemos dizer que as novas práticas na atenção psicossocial que passaram a ser executadas, mais particularmente as que se relacionam com intervenções artísticas e culturais e que representam interesse especial para essa pesquisa foram proporcionadas pelas mudanças no sistema público de saúde mental. Entretanto, podemos também reconhecer, que elas colaboram para que esse novo modelo se solidifique, não só através dos resultados de eficácia clínica que apresentam, como também pela amplitude dos efeitos no meio social que as atividades artístico-culturais podem alcançar. Esses efeitos colaboram para que seja construído outro lugar para loucura na sociedade. Apresentaremos o Ateliê de Imagem como um exemplo dessas novas práticas. O Ateliê é um dispositivo que trabalha os aspectos e efeitos clínicos, políticos e artísticos; mas ele também pode ser considerado como um instrumento a serviço da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo não está só sob sua influência, ele segue fortalecendo e atualizando as ideias reformistas.

A reforma psiquiátrica continua a se fazer a cada dia, a cada impasse, a cada avanço ou retrocesso. Como o campo da saúde mental pública tem seu destino correlacionado com a política, fica submetido a forças que operam no governo, às vezes de dentro e às vezes de fora para dentro. Os ideais reformistas precisam muitas vezes lidar com interesses antagônicos, como o da saúde privada e o do mercado farmacológico.

Após a democratização do país, tivemos governos neoliberais que não se coadunavam com a ideia da saúde como dever do estado, universalizada e pública. Essas são bandeiras de luta da esquerda e não de um governo que aposta nas leis do mercado. Durante alguns períodos os avanços foram pequenos e chegamos ao ponto de haver desassistência dos pacientes desinstitucionalizados. A continuidade da ação de diminuição dos leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos que se deram nesse período, aconteceram mais pelo interesse da economia do gasto público e na direção do estado mínimo, do que realmente sustentado por ideais reformistas.

Conflitos que eclodiram dentro e fora do governo apontaram para a militância a necessidade de fortalecer os movimentos sociais, as associações de usuários e familiares.

¹⁰ Para aprofundar o tema recomendamos: Pitta, A. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil (1996). Vasconcelos, E. M. Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa (1995) e Abordagens Psicossociais Vol. I e II (2008) Desafios Políticos da reforma psiquiátrica brasileira (2010). Goldberg, J. Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública (1994). Costa, J.F. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico (1984). Delgado, P. G. G. As Razões da Tutela (1992), entre outros.

1.1 HISTÓRIA RECENTE – ESTADO HÍBRIDO

Por mais dura e difícil que fosse a realidade da época em que o movimento pela Reforma Psiquiátrica se iniciou, havia maior clareza das posições tomadas pelas diversas forças que atuavam no campo da saúde pública; elas estavam expostas sem maiores disfarces, cada uma defendendo seus interesses e ideais. Após a entrada do Partido dos Trabalhadores no governo federal, através das eleições para presidente da república de Luiz Inácio da Silva e as vitórias de alguns partidos que se intitulavam socialistas nas eleições subsequentes nos municípios e estados, começa a haver uma miscelânea que obscurantiza o campo, deixando a militância muitas vezes partida e sem direção única.

O partido dos trabalhadores inicialmente de esquerda, para chegar e se manter no poder realizou acordos, conchavos e alianças com partidos e instituições que defendem posições inconciliáveis com os princípios socialistas, complexificando de forma contundente o campo da reforma psiquiátrica, tanto em nível da assistência quanto em nível da militância.

Os ideais da reforma, para serem atingidos, necessitam de mudanças no social que poderíamos situar na utopia¹¹ (SOUSA, 2007). Mudanças tão substanciais e profundas que muitas vezes parecem inalcançáveis. Mas mesmo diante da adversidade, há princípios que são fixos e certamente intocáveis; que ainda não foram conquistados e que sustentam a militância: a “Desinstitucionalização” e o lema “Por uma sociedade sem manicômios” são os mais emblemáticos entre eles. Entretanto, como a sociedade é mutante, novos desafios se colocam a cada dia e vão se constituindo novos campos de lutas.

Em relação a assistência são vários os impasses. Vamos destacar apenas alguns. Em primeira instância, existe atualmente uma preocupação dentro da saúde de forma geral, mas que atinge também a saúde mental, que é a da quantificação dos atendimentos. Isto é demonstrar em números, que muitas pessoas estão sendo atendidas. O que em tese, provaria que está havendo grande produtividade na saúde. Essa ganância numérica se instalou de tal maneira, que a qualidade do atendimento foi atropelada, comprometendo a real eficácia do tratamento. No entanto, a boa prática em saúde mental, exercida respeitando a singularidade do caso e atuando na direção de diminuir o sofrimento mental, pode fazer com que uma equipe inteira se ocupe de apenas um caso durante todo um período. Mais que isso, pode

¹¹ A utopia aqui é usada como apresentada por SOUSA, E. L. A. em seu livro: *Uma invenção da utopia* (2007). O autor desconstrói o sentido dado comumente a utopia, de descrédito da ação e do pensamento, e resgata seu conceito na história. Mostrando o potencial crítico do pensamento utópico e articulando este conceito com a criação. Assim, o autor retira da ideia de utopia o referencial da impossibilidade e apresenta-o como sendo essencial ao ato criativo.

envolver ainda vários outros equipamentos. Esse formato, construído e pactuado ao longo dos últimos trinta anos, é denominado de trabalho em rede. Pode acontecer em uma supervisão interna em um mesmo serviço, na supervisão territorial ou contatos e encontro entre aparelhos e dispositivos de uma mesma área programática, para o compartilhamento de um caso. Esse tipo de trabalho não combina com a lógica neoliberal de caminhar na direção da demonstração de produtividade, gestão de resultado e eficácia, principalmente através da terceirização. Mas paradoxalmente, mesmo não tendo essa intenção, é a prática que mais tem demonstrado reais avanços relativos à melhoria nos atendimentos, que podem ser reconhecidas na diminuição da necessidade e de tempo de internação e na qualidade de vida dos pacientes atendidos (BRASIL, 2005). Podemos aferir, após anos de prática psicossocial, que quanto mais o trabalho em rede é realizado na direção da discussão de casos clínicos, com a participação dos diversos dispositivos e profissionais envolvidos, tendo em vista o compartilhamento e não meramente o fluxo, isto é, somente o encaminhamento, mais o paciente recebe um cuidado eficaz que se reverte em sua melhora clínica.

Nesse primeiro ponto, precisamos destacar que sustentar essa posição nos dias atuais, tem sido bastante difícil, embora possível. Como dissemos acima, há interesses opostos, que tensionam o governo. Essa circunstância pode ser sentida dentro dos espaços públicos de discussão na saúde. A ambiguidade faz com que tenhamos posições contrárias convivendo e em disputa, em um jogo de forças permanente. A exigência da quantificação dos resultados têm escravizado os servidores públicos, contratados na lógica neoliberal, onde a quantidade de pessoas atendidas é concebida como um balizador de eficácia. Os relatórios enviados pelas OS (Organizações Sociais que são serviços terceirizados da prefeitura para prestar assistência em Saúde para a população), tem que conter quantidade de atendimentos. Assim, se um profissional atender vinte pessoas em um turno de quatro horas de trabalho, ele é considerado, por essa lógica, um bom profissional e o serviço aumenta sua produtividade. Este aumento, demonstrado em planilhas para as Coordenações de Área, pode proporcionar um aumento no faturamento, isto é, de recurso financeiro vindo da prefeitura para a área programática a qual está vinculado. Além disso, pode proporcionar ganhos políticos gerados pela suposição de que os altos números refletem que aquela área está sendo bem atendida, como se quantidade e qualidade fossem uma mesma coisa. Entretanto, certamente esses vinte atendimentos são, na maioria, repetição de receituário e não um tratamento. Um tratamento requer tempo e dedicação, escuta e confiança, o que não pode acontecer em apenas cinco minutos.

O Ateliê de Imagem trabalha com um coletivo de clientes, mas o que orienta o trabalho coletivo não tem relação com a preocupação da demonstração de quantidade de atendimentos. Não trabalhamos com vários pacientes ao mesmo tempo para que obtenhamos uma quantidade maior de atendimentos registrados. Trabalhar em coletivo é uma aposta clínica que se relaciona, entre outras coisas, com o fortalecimento dos laços sociais. O Ateliê, enquanto um coletivo clínico respeita a singularidade de cada membro e ao mesmo tempo está atento para as relações internas coletivas. O que significa que o tempo e o movimento do grupo não estão submetidos às exigências externas e estranhas, como quantificações numéricas de produtividade e sim, regido por uma lógica interna e própria ao trabalho que está sendo desenvolvido. Acreditamos que a eficácia do Ateliê tem relação com essa direção clínica e não com uma avaliação relacionada apenas com a quantidade de pacientes envolvidos na atividade.

Situação que aponta para outro ponto importante a ser destacado, ainda na assistência, é a questão da terceirização. Apesar da VI Conferência de Saúde Mental ter indicado como sendo o concurso público e o vínculo de estatutário a única maneira de entrada no serviço público de saúde mental para todos os profissionais de forma geral, em todo o país o que tem vigorado é a terceirização. Essa opção de contratação tem gerado muitas críticas que passam por questões clínicas e também pela sua constitucionalidade. O debate é longo e não é o assunto principal desta tese. Entretanto é impossível, visto que interfere diretamente na organização e na dinâmica da atenção psicossocial oferecida, que não nos detenhamos um pouco nesse tema. A princípio, ele recoloca a questão da maneira híbrida como vem sendo implementada a atenção em saúde pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT). Se por um lado tem havido franca preocupação com uma saúde que privilegia a camada mais necessitada da população, com a expansão da saúde básica através do Programa de Estratégia da Saúde da Família, o que denota caráter socialista a essa ação, por outro, vemos que o formato de estruturação dessa empreitada é tipicamente neoliberal, calcado em vínculos empregatícios frágeis, já que terceirizados; o que inclusive, impede um dos lemas principais desse modelo, que é a longitudinalidade na atenção e cuidado, pois há grande rotatividade nas equipes. Para a saúde mental essa rotatividade é particularmente prejudicial. Os vínculos na psicose são bastante difíceis de efetuar e quando estabelecidos oferecem grande sofrimento se são desfeitos. Também para a unidade de saúde é muito desgastante estar sempre tendo que se reestruturar. Durante a realização do Ateliê somente a presença da pesquisadora foi ininterrupta; a entrada e saída dos outros técnicos do serviço que compunham o dispositivo foi constante. Esse fato parece ser um bom analisador para que seja compreendida a questão da

frágil transferência dos pacientes com esses outros integrantes, contrastada com a forte transferência estabelecida com a pesquisadora.

As contratações atualmente são realizadas através de seleções que não têm nenhum controle público e também carecem de transparência. Atualmente, temos unidades de saúde pública formadas tanto na estrutura física como a estrutura de RH incluindo a gestão, por entidades não públicas, geralmente OS (Organizações Sociais).

Mas, particularmente, na atenção básica e postos de saúde, esse estado de coisas tem produzido grandes embates. Algumas unidades de saúde foram totalmente tomadas por OS (Organizações Sociais), isto é, não só os profissionais são oriundos dessas organizações, como os próprios serviços têm sua gestão submetida a elas. Os profissionais terceirizados dos serviços privatizados são orientados a imprimir ao trabalho outro tipo de lógica que não reforça a coisa pública e impõe um modo de trabalho que se diz moderno, resolutivo e operativo, mas que na prática se revela totalmente ineficiente e avesso ao cuidado e à atenção que realmente importam ao sujeito que sofre. O cuidado e atenção propostos pela Reforma Psiquiátrica e que vem se construindo há mais de 30 anos se coadunam com a lógica psicossocial e se voltam para outro tipo de preocupação, para a territorialização, a discussão de caso clínico, tempo de escuta, agenciamentos comunitários, intervenções sociais, culturais e artísticas, práticas interdisciplinares e intersetoriais, articulação em rede, etc. Essas ações não têm apenas cunho ideológico e humanitário, elas são construídas baseadas em uma experiência prática, mas também através de indicadores oriundos de pesquisas históricas e científicas, dentro de diversos campos como o da saúde, o da saúde mental, da cultura, da assistência social, etc.

Por outro lado, também precisamos registrar que tem entrado no campo da saúde mental, através de contratos entre a prefeitura e associações e organizações diversas, alguns profissionais que são afinados com a Reforma Psiquiátrica, inclusive, muitos foram formados através da residência em saúde mental e estágios acadêmicos. Esses profissionais, que prefeririam ter seu contrato com a saúde mental firmado por concurso público, restam em uma condição bastante vulnerável e muitas vezes impedidos de expor suas convicções devido à fragilidade do vínculo trabalhista. Outro fator que colabora para que se construa um afastamento entre os trabalhadores concursados da saúde mental e os contratados, é a enorme diferença salarial que ocorre dentro de uma mesma categoria. Os contratados por OS tem salários mais altos do que os que fizeram concurso público e são estatutários.

O estado híbrido do governo confunde a militância. Enquanto alguns optam por entrar no governo e tensionar o poder público, outros preferem se situar contrários ao estado

de coisas e, portanto, do lado de fora. Isso produz pontos de discórdia que dividem e enfraquecem o movimento da luta antimanicomial.

Esse é um ponto bastante complexo, pois não é o caso de propor, nem que todos estejam juntos dentro do governo fazendo pressão, nem que todos saiam para se posicionar totalmente contrários aos rumos privatizantes e neoliberais presentes no governo. Entretanto, se faz necessário que haja um retorno à militância para que tudo não se perca. Acreditamos ser tão possível quanto necessário manter a tensão interna e a externa, para que essas duas possam se fortalecer ao invés de se antagonizarem. Mesmo porque os que se dizem “fora”, na verdade não estão. Em primeiro lugar por serem servidores públicos, já estão dentro do governo, fazendo parte dele; em segundo lugar, mesmo os que não são servidores ou trabalhadores da saúde, mas apenas cidadãos, só por estarem nesta condição de ser brasileiro dentro de um estado democrático e eleger seus governantes, fazem parte desse governo.

1.2. TEMPOS ATUAIS – ANTAGONIZANDO FORÇAS

Mesmo com todas as diferenças e divergências internas ao campo da saúde mental dos que seguem os princípios da Reforma Psiquiátrica, há uma unanimidade em relação a importância da participação dos usuários e familiares para o fortalecimento da construção de políticas públicas realmente voltadas para os anseios sociais e em conformidade com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Para além das assembleias que ocorrem em alguns CAPS, existem duas experiências específicas sendo desenvolvidas no Rio de Janeiro, que caminham na direção de potencializar a participação dos familiares e usuários no campo da Saúde mental pública, que são “Familiares Parceiros do Cuidado¹²” e “Ajuda Mútua¹³”.

O NUPPSAM (Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental), responsável pelo primeiro, também tem apostado no vídeo como um instrumento potente.

¹² “Familiares parceiros do cuidado: um estudo sobre os efeitos de uma intervenção baseada em orientação e suporte social, com familiares de pacientes com transtorno mentais severos no SUS” é uma pesquisa desenvolvida pelo NUPPSAM (Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental) tendo como pesquisador responsável Pedro Gabriel Godinho Delgado.

¹³ São grupos desenvolvidos por usuários e familiares em cooperação com os profissionais de saúde e a sociedade em geral que visam o fortalecimento das ações solidárias e produtoras de autonomia. Uma ação integrante do Projeto Transversões 3, que é um projeto de pesquisa e extensão voltado para o tema da saúde mental, localizado na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado pelo Prof. Eduardo Vasconcelos. Tem o apoio do CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa e é ligado ao Ministério de Ciência e Tecnologia, em Brasília, como também da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, ambos do Ministério da Saúde. A cartilha que explica esse projeto pode ser encontrada na internet in: http://www.crpj.org.br/documentos/noticia2014_070214_04.pdf

Esse núcleo de pesquisa já realizou dois vídeos. O primeiro, intitulado “Um outro olhar”, é considerado por muitos como uma espécie de manual de um CAPS. O alcance desse vídeo tem sido bastante amplo, tendo sido responsável pela orientação da criação desse modelo de tratamento em lugares longínquos no Brasil. Mesmo nos grandes centros e até dentro dos próprios CAPS sua utilização tem sido bem vinda, pois explica de forma clara o que é um CAPS e o que orienta suas práticas, difundindo os ideais da Reforma Psiquiátrica assim como a lógica psicossocial. O segundo vídeo faz parte do projeto dos “Familiares Parceiros do Cuidado” e é um vídeo onde são os próprios familiares dos usuários que falam sobre o CAPS, relatando as experiências na relação com esse serviço. Esse segundo vídeo só foi projetado publicamente uma vez e ainda está em processo de copiagem. É muito recente (2014). O efeito dessa projeção realizada na presença dos usuários e familiares que dele participaram, foi profundamente emocionante. As notícias que foram dadas no dia da apresentação esclareceram que o vídeo, que foi realizado por uma produtora profissional, teve sua elaboração conduzida com a participação dos familiares que em reuniões davam suas ideias. Parece-nos que esse segundo vídeo pode ter um alcance ainda mais abrangente que o primeiro, pois dessa vez a voz foi dada aos maiores interessados e é o olhar deles, a opinião deles que é retratada na tela.

Os usuários apresentam grande força política e graças a uma mobilização realizada por eles, que culminou em uma marcha à Brasília ocorrida de 27 de junho a 1º de Julho de 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Inter-setorial¹⁴, como também as conferências de Saúde Mental, a nível municipal e estadual.

Em muitos estados e municípios houve verdadeiros combates para garantir a realização das etapas regionais, municipais e estaduais. O Estado de São Paulo não conseguiu realizar a conferência estadual por não contar com nenhum apoio do governo estadual. No Rio de Janeiro, um dos maiores impasses para que ela se realizasse de forma democrática, foi uma divergência com o Conselho Estadual de Saúde. Essa organização que deveria representar o controle social se posicionou de maneira pouco democrática, tentando tomar decisões sem o devido debate político democrático com os diferentes atores. O que motivava o acúmulo de empecilhos, que na época só era conhecido por pessoas que compunham o governo ou por aqueles que lidavam diretamente com toda a problemática, era a tentativa da não realização da Conferência. As discordâncias quanto à sua realização ou não, travavam forças desde a ponta até os altos escalões do governo. O argumento emitido pelos que se opunham era sustentado

¹⁴ O relatório final da IV Conferência pode ser lido em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

pela frágil posição de que não deveria haver Conferências Temáticas. Frágil porque no Brasil há Conferências em muitos campos dentro da saúde e em separado, como o da vigilância sanitária. Foi preciso que trabalhadores de saúde mental juntos com os usuários, outra vez organizados, se posicionassem favoráveis a sua realização e garantissem que ela fosse representativa e democrática. Encontros entre os trabalhadores já haviam se iniciado um pouco antes, exatamente para fazer frente à precarização das condições de trabalho; porém, foi inflamado pela maneira como o Conselho Estadual começou a conduzir os preparativos para as Conferências. Após verdadeiros combates em plenárias acaloradas, no Rio de Janeiro foi possível realizar as conferências. Entretanto, com tantas interrupções e discussões, a etapa Estadual, palco de muita discórdia, só foi finalizada após a Conferência Nacional.

Toda a luta para garantir que as conferências fossem realmente representativas e democráticas tiveram duas consequências, sendo a segunda um desdobramento da primeira. A primeira recompensou o esforço das forças progressistas para a sua realização, o relatório da Conferência Nacional indica, de forma geral, uma direção afinada com os princípios da reforma e contrária às forças neoliberais. Mostra-se favorável a saúde pública de qualidade. Entretanto, um produto contrário aos interesses neoliberais, mesmo sendo um documento construído com a participação de trabalhadores, usuários, gestores e instituições que compõe a rede com a saúde mental dentro das exigências de representatividade democrática, não tem sido usado como norteador para as políticas públicas, parece esquecido na gaveta.

O mais grave, nesse sentido, é que não são apenas os governantes que a esqueceram, o próprio campo não faz uso de tão importante documento e as discussões parecem sempre começar do zero.

Em relação à arte e a cultura, o relatório da Conferência apresenta muitas referências importantes. A própria capa do relatório é ilustrada com uma obra de arte criada por uma paciente e militante do movimento da luta antimanicomial, Maria do Socorro. E o logotipo foi uma arte coletiva de usuários do CAPS Bispo do Rosário, exposto na 4ª Mostra de Artes Visuais “No Centro da Vida”, organizada pelo Instituto Franco Basaglia¹⁵.

A IV Conferência teve o marco de incluir a intersectorialidade no título do acontecimento. Assim, quase em todos os quesitos aparece a necessidade de ampliar o tratamento para fora da saúde. O grande mérito dessa Conferência foi exatamente esse: destacar o componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral e

¹⁵ O Instituto Franco Basaglia é uma ONG que, afinada com os princípios reformistas ajudou a fortalecer o projeto da luta antimanicomial. Ajudou a sustentar projetos de arte e cultura com a contratação de profissionais e a prover recursos materiais. Hoje ainda apoia alguns projetos como o Éfeito de Papel, uma oficina geradora de renda de papel marchê que funciona em diversos CAPS no Rio de Janeiro.

sedimentar definitivamente o caráter psicossocial, afirmando que o tratamento transcende o campo da saúde mental. Assim, em todos os eixos e em muitos quesitos, a necessidade da relação com a cultura ou com a arte está destacada. Nessa direção há indicação de que haja financiamento, custeio e sustentabilidade tanto para projetos culturais como para as oficinas nos CAPS e para a expansão dos Centros de Convivência que trabalham com arte e cultura. Em relação ao tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, também é destacado a articulação dos CAPS com dispositivos culturais e comunitários. Assim como também em relação às práticas inclusivas e que visem à desconstrução de preconceito em relação aos transtornos mentais. O relatório também aponta para a criação de uma Rede Intersetorial com a participação de outras secretarias a nível municipal e estadual e com outros ministérios a nível federal, incluindo sempre a pasta da cultura.

O documento também não esquece o fomento à pesquisa científica e à produção de editais para as atividades artísticas, voltadas ou ligadas à saúde mental. Incluí a arte e a cultura como sendo interessantes tanto para o tratamento como uma maneira de intervenção no social e ainda, que é preciso que haja incentivo na produção artístico-cultural dos usuários dos serviços de saúde mental. Enfim, o resultado da Conferência foi à produção de um relatório que entende que a saúde mental está ligada à qualidade de vida e que qualidade de vida tem relação com arte e cultura.

A reforma psiquiátrica tem ainda muitas lutas pela frente, mas além da questão já analisada sobre a privatização da saúde e precarização dos serviços, que fragiliza inclusive a base, os trabalhadores e os usuários de saúde mental que vão perdendo sua potencialidade para se posicionar, temos os sucedâneos do manicômio, os abrigos especializados, as comunidades terapêuticas e o recolhimento compulsório.

O tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas no campo público da saúde mental vêm se revelando um tema altamente complexo. O caráter político/ideológico e a intervenção clínica, além da frequente necessidade de interlocução com diversas forças que compõe o campo do enfrentamento desta questão, dão notícias do quanto ainda temos que avançar.

O consumo de drogas lícitas ou ilícitas até a década de 1980, não era considerado um problema de responsabilidade governamental da saúde pública, mesmo já sendo responsável por um dos mais altos índices de internação nos hospitais psiquiátricos no país. (RESENDE, 1987).

A atribuição de ilegalidade é perpassada por vários fatores, inclusive políticos e econômicos, segundo Gorgulho (2004), “não existe uma situação de tal forma específica que

justifique a ilegalidade de uma substância. Isso é uma construção social. Ser legal ou ilegal é uma definição da sociedade”. O que menos tem contado para essa categorização é o fator saúde, visto que o álcool e o tabaco são comprovadamente mais prejudiciais. Conforme indicadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) 3,3 milhões de mortes no mundo em 2012 (5,9% do total) aconteceram pelo uso excessivo de álcool. As cinco drogas mais utilizadas no Brasil, são: em primeiro lugar o álcool 74,6%, depois o tabaco 44,0%, depois a maconha 8,8%, solventes 6,1% e benzodiazepínicos 5,6% (CARLINI, E. A, et al., 2006).

De acordo com estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado entre 2007 e 2009 em 16 países da América do Norte e da América Latina, o álcool é responsável por 79.456 mortes por ano. Sendo o Brasil o quinto país com maior número de óbitos ligados ao consumo dessa substância¹⁶.

Até 1998 não havia no Brasil sequer uma política referente à problemática do álcool e outras drogas. Só após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, onde a redução de demanda de drogas apareceu como tema, é que foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)¹⁷ e só três anos depois, por meio de um decreto presidencial, em 2002, foi instituído uma Política Nacional Antidrogas¹⁸. Como o nome indica, as ações governamentais seguiam a orientação das nações unidas (OMS), de lutar “Por uma sociedade sem drogas” que se pautava no proibicionismo. Como estratégia de guerra às drogas, prioriza a redução da oferta de drogas se utilizando do modelo criminal e moral, com a prisão dos usuários e enfrentamento pela intervenção de força policial. Não há, ao menos em primeiro plano, ações voltadas à prevenção e à promoção de saúde. O tratamento, quando indicado, se restringe a abordagem biológica e vai à direção do absentismo conseguido através do asilamento (ALVES, 2009).

Dez anos após a Assembleia Geral das Nações Unidas a guerra contra as drogas estava perdida, a estratégia de enfrentamento pelo proibicionismo se mostrou totalmente ineficaz, só aumentando a criminalidade e a violência. (DAVENPORT-HINES, 2002; TAFFARELLO, R. F. 2009).

Paralelamente ao fracasso do proibicionismo, a AIDS — síndrome da imunodeficiência adquirida — se alastrava pelo país de maneira significativa. Para tentar frear

¹⁶ De acordo com <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/01/brasil-e-o-5-em-mortes-por-alcool-entre-paises-da-america-diz-pesquisa.html>. Acesso em 27/09/2014

¹⁷ De acordo com a Medida Provisória nº 1.669, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1669.htm, acesso em 12 de Fevereiro de 2013 e Decreto nº 2.632 disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2632.htm, acesso em 19 de junho de 2013.

¹⁸ Decreto no 4.345 disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm, acesso em 26 de Julho de 2013.

o aumento dos casos, inicialmente lançou-se mão do isolamento do convívio social dos grupos considerados de risco: os homossexuais masculinos, os hemofílicos, os haitianos e os viciados em heroína. Direcionamento que não se sustentou muito tempo por sua ineficiência e pelo nascimento de movimentos sociais, principalmente o fortalecimento do movimento gay de afirmação e exigência de direitos à cidadania (AYRES et al., 2003). A prevenção passou a ser utilizada como estratégia na qual estavam incluídas, entre outras, a difusão de informação, o controle dos bancos de sangue e a redução de danos voltada para os usuários de drogas injetáveis. A redução de danos, neste contexto, está definida como uma mudança de foco da criminalização e abstinência, para o direito à saúde e o respeito ao usuário que não quer ou não consegue interromper o uso de drogas (MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. 2003).

A estratégia de redução de danos, que consiste, entre outras ações, no acolhimento ao usuário, distribuição de seringas e outros utensílios utilizados no consumo de drogas, desde sua implementação, tem causado grande polêmica e resistência dos setores mais conservadores que alegam ser uma ação que gera gasto indevido de dinheiro público com a facilitação ao uso de drogas (MESQUITA, 1991). Entretanto, baseado na Constituição Federal de 1988, em que a saúde é determinada como um direito do cidadão e dever do estado, a redução de danos foi aprovada na saúde pública pelo Ministério da Saúde e os usuários de drogas são agora de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente da saúde mental. A partir da promulgação da lei federal 10.216/2001, assim como os demais usuários de saúde mental, o usuário de drogas passa a usufruir o direito a tratamento na rede SUS. Com a promulgação da Lei 11.343/06, a política nacional em relação às drogas foi reformulada, entrando em cena aspectos de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social, como também a diferenciação entre usuário, dependente e traficante.

Em 2008, um documento elaborado pela OMS, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), descreve orientações para o tratamento da dependência em drogas. São dez princípios ao todo e um deles, em especial, trata dos direitos humanos e dignidade do paciente e explicita que deve ser observado nas estratégias de tratamento à dependência de drogas, o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e a discriminação e o respeito aos direitos humanos.

Apesar da inclusão dos direitos humanos serem um avanço, percebemos que só existem duas possibilidades dentro da lei para aquele que se utiliza de drogas: ou ele é traficante ou é viciado. Não há outra possibilidade de existência dentro da lei, em outros termos, ele precisa escolher entre ser vítima, (dependente químico, toxicômano) ou ser

culpado, (traficante, fora da lei). O uso de drogas de forma recreativa não é reconhecido legalmente.

É grande a complexidade de forças que circundam a criminalização das drogas. Podemos dissecar cada categorização dessas e ver o jogo de forças que sustenta cada uma. Mas como esse não é o objetivo da tese, vejamos alguns. No caso do usuário, sob a rubrica de vítima, a denominação “dependente químico”, traz em si a não responsabilização do sujeito por sua escolha. Isto é, o uso da substância é apenas uma resposta orgânica que não envolve nenhuma subjetividade. Dentro dessa abordagem ele é considerado um doente, ou uma pessoa que possui uma predisposição ou uma disfunção que é determinante em sua interação com a droga. A droga na relação com seu corpo o transforma em viciado, não havendo uma subjetivação dessa posição e muito menos a consideração de que a droga possa estar no papel de sintoma e não da própria doença. A resposta para essa explicação, muito bem armada e que tem a mídia como aliada, é o fortalecimento da droga travestida de remédio, que receitada pelo doutor, fortalece a abordagem organicista que alimenta a indústria farmacêutica.

O toxicômano segue uma vertente diferente, essa denominação está carregada de julgamento moral. Ele não é visto prioritariamente como um doente orgânico, mas como uma pessoa que escolhe ser ou estar em condição marginal, por falta de força moral ou de caráter. Ao invés de receber uma solidária compreensão e acompanhamento cuidadoso, é imposta a ele a reclusão em clínicas que o forcem a se readaptar à sociedade. Isto é, a subjetividade, aqui também não está presente, pois a internação é involuntária. Há a compreensão de que não é necessária a decisão do indivíduo pelo tratamento, ele é forçado a se tratar.

Por outro lado, se ele é traficante é um fora da lei, e se tiver sorte será julgado e condenado. Os fora da lei, principalmente esses que são vistos como destruidores da vida alheia, tem como destino a violência policial. A frase: “um traficante foi morto”, é escutada pela população com alívio. Como se a justiça tivesse sido feita. Ele passa de réu a condenado, sem que haja qualquer julgamento. Sua morte se justifica pelo simples fato de ser um traficante. Ele não é considerado um cidadão, sua história de vida é subtraída de qualquer reconstrução e análise dos fatos, a menos que seja para afirmar sua condição. Muitos são rotulados de psicopatas, mesmo que seja uma criança. Podemos aproximar essa população que recebe os castigos da lei da qual Wacquant (2001) chama de insubordinados, aqueles que não se adequam ao compromisso fordista-keynesiano, os que se recusam a exercer o trabalho mal remunerado que a desqualificação profissional lhes impõe e que se voltam para a economia informal da rua, sendo o tráfico de drogas o mais promissor para a ascensão econômica.

Há os que escapam desta malha de estratificações. Embora a lei seja para todos na teoria, na prática, a elite social, que possui maior recurso financeiro e detém o poder do tráfico de influências, mantém em sua constituição pessoas na condição de usuários recreativos. Essa camada da população pode usufruir da droga sem ser obrigada a se tratar e mesmo que forneça drogas em situações sociais não são submetidos à prisão.

Podemos concluir que a diferença de tratamento ao usuário se relaciona menos com a questão da droga em si e mais com a origem social, ética e o local de moradia. Há na sociedade, um olhar preconceituoso, que criminaliza. Superpõe à questão criminal com a miséria e a pobreza, como se a pobreza produzisse a criminalidade (MALAGUTI, 2003).

Alguns segmentos da sociedade, notadamente a igreja e a polícia federal, consideram as estratégias que seguem a redução de danos e que não optam pela criminalização, como sendo incitadora ao uso de drogas ilícitas. Seguindo essa perspectiva, temos atualmente várias instituições para tratamento moral e espiritual de drogados ofertados por inúmeras igrejas intituladas de ‘comunidades terapêuticas’. Um verdadeiro mercado da fé que recebe grande parte de dinheiro público, mesmo com toda a resistência da militância antimanicomial, (ELOÁ et al., 2013). A maioria dos municípios tem dado preferência por tratar as drogas como uma questão de ordem pública, de polícia e repressão, indicando a abstinência forçada, como principal tratamento; principalmente baseados na premissa de uma epidemia do uso de crack. Sem desmerecer a urgente e importante necessidade de uma forma de enfrentamento da questão, nos perguntamos se o proibicionismo colabora para isso.

O Rio de Janeiro não foge a regra e muito impulsionado pela higienização pré-Copa do Mundo, reforçou o recolhimento compulsório de forma massificada, indiscriminada e violenta. Urge a articulação do campo da saúde pública em prol da atenção psicossocial em rede territorial como contraposição ao cenário de privatização do SUS. Há no momento um retrocesso da política pública de saúde mental, com internações e recolhimento compulsórios que são feitos a revelia dos instrumentos de cuidado e atenção como os CAPS e Consultórios de rua, que violam os direitos dos cidadãos condenando a prisão pessoas que necessitam de tratamento; em sua grande maioria, os pobres, negros e crianças (DUARTE, 2013).

Entretanto, há uma comunidade científica forte e consolidada, que ampara ideias menos retrogradadas em relação ao uso de drogas. Já é possível atualmente, defender um uso responsável ou recreativo de drogas que não inclui a dependência, demarcando uma diferenciação daquele que está sujeitado pela droga. As pesquisas ajudam a desfazer antigas e equivocadas afirmações. Sabemos hoje, que aproximadamente apenas uma entre cem pessoas

que fazem uso da maconha passam a usar também a cocaína cotidianamente. Que 92% dos jovens que fazem uso de substâncias psicoativas, não continuam, na vida adulta, com esse hábito e ainda que o uso da maconha não significa diretamente fracasso escolar (CARLINI, E. A. et al., 2004).

O debate em relação ao tratamento ao usuário de drogas, principalmente acirrado pela intensificação do uso do crack, vem opondo dois modos de enfrentamento: um que segue os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, direcionando o tratamento para a redução de danos e outro que está ligado a forças mais conservadoras. Este segundo modo de enfrentamento, agrega outros setores que têm fortes interesses envolvidos, como a psiquiatria biomédica e a indústria farmacológica. Um jogo de forças que apresenta um efeito colateral que acabou se tornando uma doença. A propagação de uma ciência que se impõe negando a subjetividade criou uma separação no campo da saúde, colocando os médicos de um lado e todos os outros trabalhadores de outro. Um estímulo ao corporativismo que chegou ao ponto de fazer aparecer uma proposta de lei conhecida como “ato médico”; colocando sob a chancela dessa categoria a primeira e a última palavra sobre o tratamento em saúde.

Por outro lado, vemos minguar os recursos que poderiam fortalecer os serviços realmente substitutivos e eficazes para enfrentar as questões relativas ao abuso do uso de drogas, como os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para tratamento do uso abusivo de Álcool e outras Drogas), CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial com possibilidade de acolhida noturna), Consultórios de Rua, UAI (Unidade de Atendimento Intensivo) e os Centros de Convivência de cultura, arte e lazer, que inclusive podem trabalhar na direção da prevenção e promoção de saúde e não só no tratamento, quando o problema já está instaurado. Enquanto são direcionados financiamentos públicos para ações como o recolhimento compulsório e o posterior asilamento de crianças, adolescentes e adultos em abrigos e em comunidades terapêuticas totalmente despreparadas e iatrogênicas, um dos vídeos produzidos pelo Ateliê, “Acolhimento sim. Recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende”, trata diretamente da questão do uso abusivo de álcool e outras drogas. Foi realizado com ampla participação dos usuários, que conversam sobre essa questão. Além do debate travado no vídeo, também apresentam uma música que foi criada coletivamente pelos participantes, entre técnicos e pacientes, este vídeo será analisado no último capítulo desta tese.

Mesmo com uma série de ganhos reformistas, como a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos, leis e portarias na direção de assegurar direito às pessoas com transtornos psíquicos, o programa de volta pra casa, à expansão de CAPS (mesmo que ainda insuficiente),

a fomentação do trabalho protegido, geração de renda e economia solidária, o cenário atual é preocupante, com políticas neoliberais em franca ascensão, imprimindo seu projeto de terceirização e privatização; a psiquiatria conservadora, organizada e conciliada com a mídia que a divulga enquanto “ciência de ponta” e tendo entrada e representatividade dentro do governo. Para completar o quadro, sendo inclusive produto dele, temos trabalhadores da saúde mental, na sua maioria com frágeis vínculos, com pouca bagagem teórico-prática sobre os ideais reformistas e atropelados por uma clínica árdua que os suga de uma maneira tão intensa, que sobra pouco tempo para fomentar as articulações políticas necessárias. Mesmo assim, ainda há focos de sustentação no campo da saúde mental de espaços de debate político, desde o micro, nas reuniões de equipe dentro de alguns CAPS, que hoje se configuram como lugar de resistência dos princípios reformistas e em fóruns de saúde mental de algumas áreas programáticas¹⁹, principalmente nos fóruns territoriais de saúde mental, onde estão presentes os diversos tipos de serviços que lidam com a saúde mental, inclusive a Estratégia da Saúde da Família, com os NASFs e PSF²⁰. Também podemos citar as universidades que vêm realizando cursos, debates e campo da formação, assegurando acesso ao debate político e, mais recentemente, grupos virtuais na internet e a própria rede social que começaram a ser palco para discussões políticas mais amplas e vem ultimamente, incluindo questões caras à saúde mental.

Por último, na esfera das políticas públicas, destaca-se a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011²¹, que visa instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. É uma portaria que mereceria uma análise mais aprofundada, mas vamos nos deter apenas em alguns aspectos centrais e caros a essa pesquisa. Ela cita várias outras portarias, que dispunham sobre saúde mental e, também, a última Conferência Nacional, para embasar suas determinações sobre diversos aspectos. Reafirma algumas diretrizes da reforma, principalmente o trabalho em rede psicossocial no território, os direitos humanos, a equidade, a integralidade, o acesso aos serviços, a interdisciplinaridade no cuidado, a autonomia e o

¹⁹ Este parágrafo é restrito a informações sobre o Rio de Janeiro, não estendemos a pesquisa mais pormenorizada a outros municípios.

²⁰ A Estratégia Saúde da família é um projeto do governo que mereceria um capítulo, mas como não é fundamental para a tese não vamos nos deter nesse debate. Deixamos apenas a indicação de que se trata da reformulação da saúde pública tendo o mérito de voltar as ações para a população mais necessitada. Entretanto, a maneira como vem sendo feita, através de terceirizações acaba por comprometer todo o projeto que resta muito fragilizado e por vezes sob o controle de forças estranhas a saúde pública e contrária aos princípios do SUS.

²¹ Disponível em http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acesso em Agosto de 2014.

exercício da cidadania, o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, a participação do controle social e dos usuários, a intersetorialidade, a educação permanente e o projeto terapêutico singular.

Essa rede psicossocial apresentada pela portaria, que em vários lugares do país já vinha sendo construída, principalmente sob a articulação dos CAPS, agora regulada pela portaria deverá ser organizada em Atenção Básica, Especializada, de Urgência e Emergência, Residencial de Caráter Transitório, Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

À Atenção Básica, também na Saúde Mental, é dado um lugar de destaque. Ela agora é parte fundamental na rede e está presente em quase todas as ações. Agindo sempre no território, se faz necessária em muitas articulações desde os casos mais leves até os mais complexos, desde a prevenção até a reabilitação, passando inclusive pelo diagnóstico e redução de danos. Na portaria é a Atenção Básica que constitui a Equipe de Consultório de Rua, a equipe de apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, e os Centros de Convivência que são espaços abertos à participação da população e estratégicos para a produção e intervenção na cultura, trabalham no sentido da inclusão social das pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas e pela desestigmatização do usuário de saúde mental. Nesse mesmo item do Centro de Convivência, a portaria coloca os NASFs, que são unidades de apoio às Equipes da Estratégia da Saúde da Família e da Atenção Básica, com ações de matriciamento, cuidado compartilhado, suporte e manejo de casos.

Na portaria 3.088, a descrição dos CAPS permanece com algumas semelhanças das concepções anteriores, trabalhando sob a ótica interdisciplinar e realizando atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, com o paciente na co-construção de seu tratamento, em modalidade preferencialmente coletiva, articulado com a rede e atuando, em momentos de crise, na sua função de substituto ao manicômio. Uma primeira mudança que surge nessa portaria se refere à ordenação do cuidado sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica. A utilização do termo ou no texto parece ser um equívoco, pois sua continuação é: “... garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso”. A inclusão do composto e/ ou seria de melhor emprego. O compartilhamento de casos tem sido, em sua grande maioria, a maneira mais apropriada para o cuidado psicossocial. Mudando a lógica da relação em rede, que deixa de ser baseada na organização de fluxo para se tornar uma discussão clínica para a unificação da direção do

cuidado psicossocial, compartilhado pelos diversos dispositivos reunidos em torno de cada caso. O dispositivo que vem sendo utilizado no Rio de Janeiro para sustentar essa nova lógica tem sido as supervisões territoriais²².

Outro ponto que tem causado tensão no campo da saúde mental, é a colocação do CAPS como serviço especializado. O que, para muitos, pode favorecer a manicomização do CAPS, que ficaria mais voltado para as intervenções de uma clínica tradicional fechada dentro de seu serviço, do que uma clínica viva e comunitária intervindo também no social. Por último e de maior destaque, pela unanimidade contrária, que apresenta entre os trabalhadores e usuários, é a inclusão da Comunidade Terapêutica como Serviço de Atenção em Regime Residencial em caso de Urgência e Emergência. Mesmo apenas destinado aos adultos e sendo sob a responsabilidade do CAPS a indicação, acompanhamento, planejamento, seguimento do cuidado e reinserção na comunidade dos pacientes a serem incluídos nessa modalidade de atenção, – esta cláusula foi totalmente rejeitada em um documento aprovado por aclamação na plenária de encerramento do I ENCONTRO NACIONAL DA RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Realizado em Pinhais-PR, em 06 de dezembro de 2013. Nesse documento²³ é afirmada a necessidade de retirada das Comunidades Terapêuticas como serviços da RAPS, e de todas as formas de financiamento público às entidades particulares, inclusive as OS e que estas ferem os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Mais uma vez, nesse encontro os trabalhadores de saúde mental, reafirmaram o compromisso com a Reforma Psiquiátrica, denunciando o risco de retrocesso que já se nota nas ações governamentais, com especial a atenção oferecida às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Como o próprio financiamento público das Comunidades Terapêuticas, as internações compulsórias, as medidas higienistas em geral, que ferem a prática do cuidado em liberdade e a garantia constitucional da saúde como dever do Estado. O documento destaca também a precariedade em que se encontram os serviços da rede de atenção psicossocial, pede o financiamento e fiscalização para a criação das RAPS, aponta para a necessidade de aproximar o universo acadêmico na tarefa de formação com o que é realmente necessário para uma boa atuação profissional em saúde pública. Defende a garantia da existência através de financiamento pelo Ministério da Saúde dos Centros de Convivência e outros lugares inovadores que estejam voltados para a produção de arte, cultura e lazer e

²² Supervisões realizadas pelo mesmo supervisor do CAPS com os diversos serviços que trabalham na atenção psicossocial em cada território de uma área programática.

²³ O documento pode ser lido em <http://saudementalnauerj.blogspot.com.br/2013/12/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-e.html>. Acesso em 6 de Janeiro de 2015.

mantém a posição já afirmada em todos os outros documentos já produzidos pelos trabalhadores e usuários, de se oporem a todas as formas de privatização e terceirização da Saúde.

1.3. CAMPO PÚBLICO DA SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO²⁴

O Rio de Janeiro passou por algumas mudanças recentes na organização da Saúde Mental dentro da Secretaria de Saúde. Durante a primeira gestão do prefeito Eduardo Paes, (2009), se deu a separação entre a SubHUE (Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência) e a SubPAV (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde), ficando a Saúde mental partida entre as duas, com os CAPS e outros serviços de base territorial na SubPAV e os hospitais e institutos na SubHUE.

Essa partição da saúde mental acabou demonstrando a grande diferença entre a verba que chegava aos Hospitais Psiquiátricos e Institutos, muito maior, e os recursos que eram destinados aos CAPS pela SubPAV. Os Hospitais e Institutos com a direta relação com a subsecretaria, gozavam de maior independência também; enquanto os CAPS estavam subordinados às CAP (Coordenadoras da Saúde nas áreas programáticas). A separação entre os serviços de saúde mental enfraqueceu muito os CAPS, que acabaram sendo gotas no oceano, em meio a todos os outros dispositivos de Atenção Básica que estavam em franca expansão e que recebiam quase a totalidade dos recursos. Na verdade, os recursos foram aos poucos saindo da esfera pública e sendo colocados nas OS, (Organizações sociais que são terceirizações da saúde), que passaram a gerenciar o cuidado, principalmente pela constatação da dificuldade de gerenciamento do orçamento pelas CAP. Mesmo em um momento totalmente adverso, durante a gestão de Pilar Belmonte como Coordenadora de Saúde Mental, no período de 2009 a 2012, foi possível a criação de dois CAPS II, três CAPSi e dois CAPS AD. Assim, atualmente existem no município do Rio de Janeiro, 24 CAPS, sendo 03 CAPS III, 10 CAPS II adulto, 04 AD e 07 infante-juvenis e ainda mais 01 CAPSi federal, 01 CAPS II adulto estadual e 01 CAPSad estadual, com cobertura total de 45% da cidade²⁵.

O período de 2009 a 2013 é marcado pela enorme diferença de infraestrutura física, de material e de pessoal entre os CAPS das OS e os CAPS efetivamente municipais,

²⁴ Para elaborar esse item foram realizadas entrevistas com pessoas que estavam na gestão da Superintendência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Municipal na época, no início de 2014.

²⁵ Baseado no site <http://saudementalrj.blogspot.com.br/2013/01/relatorio-de-gestao-2012-da-coordenacao.html?q=relat%C3%B3rios+de+gest%C3%A3o> em data de 30/04/2014. Atualizando em pelo site <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps> em 25/01/de 2015: 11 CAP II, 04 CAPS III AD, 04 CAPSII AD e 08 CAPSi. (sendo que destes um CAPSi é federal e um CAPS II AD e um CAPSII são estaduais)

situação que se estende até os dias atuais. Esses últimos foram restando sucateados, quase sem possibilidade de dar continuidade ao trabalho. Para minorar o estado precário em que se encontravam os CAPS, um dos recursos encontrados pela gestão, foi a contratação de RH para os CAPS através de OS. Esse recurso ficou conhecido como NASF “fake”, pois os profissionais contratados ficavam trabalhando nos CAPS, mas na verdade, era como se tivessem sido contratados para trabalhar nos NASFs, (Núcleo de Apoio a Saúde da Família²⁶). Ao final do ano de 2012 chegamos ao ponto de um alto risco de extinção dos CAPS.

Em 2013 ocorre uma nova modificação na organização da Secretaria de Saúde Municipal. É criada a Superintendência de Saúde mental ligada a SubHUE, congregando os CAPS, os Hospitais psiquiátricos públicos e os Institutos Municipais. A mudança estratégica é defendida pela gestão da época, como uma tentativa de incentivar o reinvestimento no conjunto dos CAPS, que em parte seria conseguido pela realocação dos recursos que sobravam dos Hospitais Psiquiátricos, com a diminuição dos leitos para os CAPS, e em parte porque os CAPS poderiam compartilhar o orçamento mais robusto, que era destinado aos Institutos Municipais. Antes não era possível esse compartilhamento ou realocamento de recurso financeiro porque os CAPS estavam em outra subsecretaria, a SubPAV. Nesse novo modelo, a defesa civil que estava junto com a saúde, sai, formando outra secretaria. As CAP deixam de ser Coordenadoras da Área Programática e passam a ser Coordenadoras Regionais e integrar a Linha de Cuidado; sendo os CAPS, mais uma vez, afastados da saúde geral.

Essa solução que é defendida pela gestão como estratégica, quase uma operação de salvamento, tem alguns efeitos benéficos, como a possibilidade do gerenciamento dos recursos financeiros através do compartilhamento com os CAPS e os Institutos. Entretanto, a relação com toda a Rede Básica que ficou na SubPAV ficou bastante estremeçada, principalmente por estar quase que totalmente composta por contratados de OS, inclusive as gerencias que, em muitas áreas sustentam posições que se antagonizam com os princípios reformistas e causavam pontos de tensão com outros trabalhadores, que sustentam a lógica psicossocial e, em sua maioria, estão nos CAPS.

Essa separação entre Saúde Básica de um lado, submetida à SubPAV e os CAPS de outro, submetidos a SubHUE, apresentou a necessidade de um manejo delicado por parte da gestão, já que existem iniciativas que sempre foram ligadas à saúde mental, como as Equipes de Consultório de Rua e os Centros de Convivência – essa segunda tem especial importância para nossa pesquisa por lidar com a arte e a cultura – que pela RAPS estão sob a

²⁶ Os NASF são matriciadores de determinado território e tem como função apoiar, supervisionar as ações das equipes de saúde da família.

égide da Atenção Básica. Na prática, pela própria necessidade do oferecimento do cuidado à população, foi possível manter os Centros de convivência gerenciados pela superintendência de saúde mental, como também manter os CAPS na direção de um cuidado territorial aberto e articulado em rede e não como um serviço especializado e fechado em si mesmo. Entretanto, parece bastante preocupante que essa direção esteja sendo sustentada pelo desejo e ideologia dos trabalhadores e pouco respaldada pelas leis e portarias. Mais preocupante é o fato de que esses servidores estão em franca redução de quantidade e sendo substituídos paulatinamente por contratados, pois quase não há mais concurso público²⁷.

Depois de apresentar, relacionar e expor a série de mudanças que vem ocorrendo na organização da saúde mental no Município do Rio de Janeiro resta destacar o quanto todas essas oscilações na política afetam aos usuários do sistema público de saúde mental. O antagonismo de forças, sendo ele ideológico ou na pior das hipóteses, meramente calcado em interesses financeiros, estão prejudicando de forma contundente o serviço oferecido a população e custando aos usuários a desapropriação de seus direitos previstos no SUS. São os usuários de saúde mental que não estão tendo serviços em quantidade suficiente para serem atendidos de forma mais humana, singular e dedicada. São eles que ficam sem material para utilizar nas oficinas e Ateliês, sem um local adequado para seu atendimento, sem alimentação, quando precisam permanecer no serviço durante o dia inteiro e sem técnico de referência que possa realmente acompanhá-los de forma integral, dedicada e longitudinal. Essa última privação, pode significar, em seu radicalismo, a morte do paciente. Quando um técnico está assoberbado com uma enorme quantidade de clientes, pode se tornar uma tarefa irrealizável acompanhar e assistir um paciente em crise ou mesmo com algum problema de saúde de ordem orgânica que necessite de tratamento médico. Infelizmente temos assistido casos em que pacientes de saúde mental vêm a óbito por não ter conseguido dar continuidade a tratamento de ordem de saúde física. Essa possibilidade pode advir tanto de uma dificuldade psíquica, quanto social ou mesmo porque muitas vezes o sistema de saúde tem grande dificuldade de prestar atendimento de saúde física aos pacientes da saúde mental.

Por outro lado, a operação de emergência de separar o CAPS da atenção básica realizada para minorar o estado precário dos CAPS ou mesmo para “salvá-los” de uma extinção, também afeta o tratamento oferecido, já que dificulta ações indispensáveis para o cuidado integral. Temos posições diferenciadas dentro de uma mesma secretaria de saúde. Os

²⁷ Atualmente (meados de 2014 e início de 2015) a configuração da Saúde Mental está outra vez em reformulação, há uma reaproximação entre SubPav e SubHue e uma tendência que aponta para o retorno dos CAPS para a Coordenação de Saúde das Áreas Programáticas.

que acreditam que o CAPS não é necessário, que a saúde básica pode dar conta de todos os problemas mentais da população, coexistem com os que sustentam o trabalho em rede, ordenado pelo CAPS. Na vida concreta, fora da secretaria, temos pacientes de saúde mental que estão nos CAPS, outros que estão sendo atendidos pela estratégia de saúde da família, outros que estão em ambulatórios, outros que permanecem institucionalizados e ainda restam outros que estão na rede particular, com psiquiatras de plano de saúde. Todos são cidadãos brasileiros e têm direito a saúde. Em muitos casos, quase a totalidade, a clínica da atenção psicossocial faz com que seja necessária a articulação entre os diversos dispositivos de cuidado e tratamento, muitas vezes isso se dá pela determinação, desejo, profissionalismo e posicionamento ético dos trabalhadores dessas diversas instâncias as expensas dos contraditórios posicionamentos reinantes na secretaria de saúde do Município do Rio de Janeiro.

2. CÂMERA! EM FOCO A ARTE, SAÚDE MENTAL, LOUCURA E PSICANÁLISE.

2.1. A ARTE NO TRATAMENTO DA LOUCURA NO MUNDO.

Um breve retrospecto.

As pesquisas realizadas sobre a criação artística em sua relação com o tratamento mental, apontam como tendo sido “Gênio e loucura” de César Lombroso (1864) a primeira abordagem teórica de maior visibilidade no que tange ao assunto arte e loucura. No mesmo século XIX, Max Nordau escreveu “Mentiras convencionais da civilização” (1883), “Degenerescência” (1893-1894) e “Paradoxo” (1885), onde expõe uma visão irônica sobre a sociedade, mas ainda conserva o mesmo pensamento que fora exposto por Lombroso, situando o gênio como um produto da degeneração e da doença mental. Apenas com a publicação em 1901 do livro de Marcel Rejá, pseudônimo do psiquiatra francês Paul Meunier, “A arte nos Loucos: Desenho, a Poesia e a Prosa” a arte produzida por pessoas com transtornos mentais deixa de servir apenas para a realização de psicodiagnósticos e passa a ser considerada como tendo o poder de emocionar (AUTUORI, 2005).

Duas décadas mais tarde, em 1924, Hans Prinzhorn publica "Bildneri des Geisteskrankheiten" (Criações dos doentes mentais), uma análise baseada na psicanálise e na fenomenologia existencial sobre as criações artísticas de mais de quatrocentos pacientes da Clínica Psiquiátrica Heidelberg, onde o autor trabalhava. Foi nesse escrito, que pela primeira vez, começa-se a postular não haver diferença de qualidade entre a produção artística de uma pessoa louca e uma considerada normal.

Seu livro não teve grandes repercussões na psiquiatria, porém, influenciou o campo das artes. Foi a partir de suas contribuições, que em 1945, Jean Dubuffet criou o conceito da ‘Arte bruta’.

A partir de então, entre 1929 e 1933, houve, principalmente na França, Alemanha e Suíça, muitas exposições de arte com obras criadas por internos. Durante o nazismo a clínica de Heidelberg é fechada e há uma intensa perseguição contra as pessoas que tinham problemas mentais. Na Alemanha, com o intuito de desvalorizar e depreciar as criações artísticas dos doentes mentais, foi realizado uma exposição intitulada “Arte degenerada”. Entretanto, as obras foram comparadas as dos grandes modernistas da época como Cézanne, Van Gogh, Klee, Kandinski, Kokoshka e Chagall, entre outros, o que acabou por obter o

efeito inverso do desejado pelos nazistas, promoveram a arte ‘degenerada’ (AUTUORI, 2005).

2.2. ARTE E LOUCURA NO BRASIL – O INÍCIO.

O recurso da arte no tratamento dos problemas mentais no Brasil, é bem anterior a Reforma Psiquiátrica, podendo ser considerado seu precursor. O pioneirismo da arte, como sendo um modo alternativo para o tratamento na saúde mental, é creditado a Osório César, um médico psiquiatra de Juquery, que se opôs ao tratamento tradicional e bastante violento da loucura e, influenciado pela leitura do livro "Bildnerei des Geisteskrankheiten" (Criações dos doentes mentais) de Hans Prinzhorn²⁸, realizou um estudo sobre a criação artística dos alienados. Reuniu em 1929 sua experiência em uma monografia intitulada Expressão artística dos alienados, obra subintitulada como "Contribuição para o estudo dos Símbolos na Arte". Nesse estudo, Osório César, muito influenciado pela análise de Freud sobre Leonardo da Vinci, afirma a possibilidade da decifração dos desejos inconscientes de um artista através da análise de sua obra. Na mesma década de 1920, o autor recebe uma carta de Freud, a quem remetera seu livro sobre os internos do Hospital do Juquery, dizendo: "Causa-me grande satisfação a prova de interesse que a nossa psicanálise vem despertando no seu distante Brasil"²⁹ (FERRAZ, M. H. C. T., 1998.).

Osório César escreveu também alguns artigos, como por exemplo: “A arte nos loucos e vanguardistas” (1934). Neste estudo é apresentada como era entendida a terapêutica com a arte. A interpretação realizada relacionava a obra uma significação psicanalítica muito diretamente, quase que sem levar em conta a posição de sujeito criador, que pouco tinha a dizer sobre sua criação, pois ela já o dizia completamente, bastando decifrá-la.

Além de médico psiquiatra em Juquery, César era músico e crítico de arte. Convivia com artistas e intelectuais da época e foi casado com Tarsila do Amaral. Quando Durval Marcondes e Franco da Rocha fundam a Sociedade Brasileira de Psicanálise, em 1927, César figurava entre os 24 primeiros membros fundadores (PICCININI, 2013). O acervo, com

²⁸ Hans Prinzhorn (1886-1933) lançou na esfera das produções estéticas a arte presente na loucura. O estudo das obras dos pacientes da Clínica Psiquiátrica Heidelberg deu origem a vários escritos e a criação de uma coleção de mais de mil obras no museu que leva seu nome. O livro "Bildnerei des Geisteskrankheiten" (Criações dos doentes mentais – 1924) é um estudo sobre as criações artísticas de quatrocentos doentes mentais. Prinzhorn utiliza a psicanálise e a fenomenologia existencial como fundamentos psicológicos de sua análise.

²⁹ Tognolli, C. J. www.tognolli.com/html/mid_freud.htm. Há também a notícia de que a exposição: “Arte e Inconsciente: Três Visões sobre o Juquery”, que ocorreu em Belo Horizonte em 18 de Agosto de 2003 no Instituto Moreira Salles, teve exposta esta carta de Freud ao médico Osório César, elogiando o seu trabalho “com a potencialidade de pacientes psiquiátricos”.

mais cinco mil obras reunidas durante sua vida, pertencem ao Museu Osório César, criado em 1985, na antiga residência do primeiro diretor do Juquery, Dr. Franco da Rocha.

Nise da Silveira é o nome mais conhecido no Brasil no que diz respeito à valorização da produção artística dos pacientes com transtornos mentais. Médica psiquiátrica, afastada de seu posto após a Intentona Comunista de 1935 na ditadura de Getúlio Vargas, por ser denunciada por ter em seu acervo pessoal livros de cunho socialista. Compartilhou a prisão na Casa de Detenção Frei Caneca, com Graciliano Ramos. Libertada em 1937, com receio de uma nova prisão, se autoexilou em terras brasileiras até 1944. Após o fim da ditadura do Estado Novo, retomou seu trabalho de médica psiquiátrica. Ficou indignada com a forma com que a loucura estava sendo tratada e recusou-se a utilizar os métodos vigentes na época, como o insulínico, o eletrochoque e a lobotomia, passando a defender a terapia ocupacional como dispositivo de tratamento. Convidada pelo Diretor Dr. Paulo Elegalde, assumiu a direção da seção de Terapia Ocupacional do Hospital Psiquiátrico Pedro II, (na época conhecido como Hospital do Engenho de Dentro e hoje chamado Instituto Municipal Nise da Silveira). Implantou, inicialmente, oficinas de trabalhos manuais femininos e depois o ateliê de pintura e modelagem, que ficou sob a responsabilidade de Almir Mavignier. Almir era, na época, apenas um funcionário burocrático e acabou se revelando um pintor internacionalmente reconhecido. Em nove de setembro de 1946, juntamente com Almir Mavignier, fundou o Museu de Imagem do Inconsciente. (FERRAZ, M. H. C. T., 1998).

A 1ª exposição organizada por Nise da Silveira foi realizada no próprio hospital, três meses depois do início do Ateliê, em 1947. Porém, quando a exposição foi transferida para o edifício sede do Ministério da Educação, atingiu um público maior e diversificado. Os críticos e interessados em arte foram bem mais receptivos do que os psiquiatras (MELO, 2001).

Mário Pedrosa, crítico de arte do Jornal Correio da Manhã, admirava e disseminava a arte produzida pelos clientes de Nise. Foi grande parceiro na empreitada do Museu do Inconsciente e, para além de pensar na criação artística como uma forma de clínica, também se preocupou em afirmar que era possível ser louco e artista ao mesmo tempo. Cunhou o conceito de “Arte Virgem”, com o qual defendia a qualidade artística dessas obras de arte, tendo sido principalmente admirador do artista Rafael Domingues, frequentador do Ateliê de Nise.

Bem antes da Reforma Psiquiátrica, a psiquiatra rebelde, como Nise era conhecida, já percebia o caráter iatrogênico do hospital psiquiátrico e propunha uma outra maneira de tratamento que incluía a arte. No meio do arsenal proposto pela medicina, ela

receava que sua proposta terapêutica fosse considerada inócua e ingênua ou simples entretenimento para os internos. Por essa razão, preocupou-se em buscar fundamentação científica para afirmar seu trabalho. Buscava penetrar nas dimensões dos processos inconscientes por meio do estudo das imagens e símbolos que apareciam nas pinturas.

Para efetuar a construção de sua teoria, inovadora para a época, Nise não encontrou na psicanálise freudiana uma parceria. Freud, mesmo tendo demonstrado interesse pela psicose em seus estudos e de ter incluído a arte na construção de sua teoria, não fornecia as ferramentas que Nise precisava. O que ela ansiava criar era um método que se arvorasse a tratar a psicose; que a auxiliasse a criar uma prática clínica. Nos textos freudianos, diversamente dessa direção, o que se podia ler era a confissão de que o método psicanalítico possuía limitações no trato com as neuroses narcísicas. Essa posição se baseava, entre outras coisas, na concepção de que a libido retirada dos objetos e direcionada para o próprio ego no sujeito, dificultava a transferência.

Atualmente, essa ideia já se transformou bastante. Vemos atuando no campo público do tratamento psicossocial, muitos psicanalistas, principalmente os que foram influenciados pela releitura de Freud, efetuada por Lacan, que defendeu que não devemos ceder frente às psicoses. Entretanto, as ideias lacanianas que romperam com as posições dos pós-freudianos e que já estavam presente em sua tese de doutorado “Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade”, defendida em 1932, só ganharam notoriedade após a década de 1960. Seus seminários, que serão o núcleo de seus estudos, reflexões e forma de transmissão só começam a ser realizados em 1951, e só tiveram suas transcrições publicadas na França a partir de 1973 e, ainda não foram todos, ao menos oficialmente, lançados.

Nise, no intuito de estabelecer a psicose como uma problemática não apenas orgânica e susceptível a um tratamento que não se fechasse na esfera médica, encontrou Carl Gustav Jung como parceiro. A psiquiatra começou a perceber, na criação artística de seus pacientes, uma constante presença de mandalas e em 1954 escreve a Jung que se interessa por sua pesquisa. Ele não só a incentiva a prosseguir em suas investigações, como a expor as obras criadas no Ateliê por seus pacientes. Nise começa então a formular sua proposição: há uma tentativa de autocura, uma busca por uma ordenação que comparece na atividade de pintar. Interessada em aprofundar essa questão, estudou no “Instituto Carl Gustav Jung” nos anos de 1957/58 e 1961/62. (SILVEIRA, 1981)

O valor artístico de algumas obras produzidas no Ateliê e que participaram de exposições, foi aceito pela crítica e pelo público de arte e, em 12 de outubro de 1949, foi realizada no Museu de Arte Moderna de São Paulo por seu diretor, o crítico de arte, Leon

Degand e por Mario Pedrosa a exposição “Nove Artistas de Engenho de Dentro”. No prefácio do folder de divulgação vinham escritas ideias de Nise:

[...] o diretor do MAM de SP visitou o estúdio de pintura e escultura do Centro Psiquiátrico do Rio e não teve dúvida em atribuir valor artístico verdadeiro a muitas das obras realizadas por homens e mulheres aí internados. Talvez esta opinião de um conhecedor de arte deixe muita gente surpreendida e perturbada. É que os loucos são considerados comumente seres embrutecidos e absurdos. Custará admitir que indivíduos assim rotulados em hospícios sejam capazes de realizar alguma coisa comparável às criações artísticas de legítimos artistas - que se afirmem justo no domínio da arte, a mais alta atividade humana. (SILVEIRA, 1966, p. 108).

Mais proximamente no ano 2000, no âmbito da exposição que celebrou 500 anos de artes visuais no Brasil – Mostra do Redescobrimento no Ibirapuera em São Paulo, o Museu formou um módulo que integrava a exposição, intitulado *Imagens do Inconsciente*.

Muitos doentes psiquiátricos passaram pelo Ateliê de Nise da Silveira, mas só alguns se revelaram grandes artistas. Porém, a grande maioria se beneficiou do aspecto terapêutico desta atividade. O Ateliê revelou nomes como: Adelina Gomes, Carlos Pertuis, Emygdio de Barros, Fernando Diniz, Raphael Domingues e Arthur Amora entre outros.

Na mesma intenção de incluir a criação artística no tratamento na saúde mental, vieram muitas outras experiências. Nos dias de hoje, quase todos os serviços incluem alguma forma recursos artísticos no processo terapêutico. Há oficinas na maioria dos CAPS, com atividades de artes plásticas, com música, literatura, teatro, etc.

Esses recursos artísticos continuam a auxiliar o tratamento, na direção de evitar o ciclo de reinternações. Utilizando o princípio de que incentivar a criatividade dos sujeitos acometidos por intenso sofrimento mental favorece suas elaborações psíquicas, oferecem uma multiplicidade de linguagens, o que um atendimento tradicional não pode oferecer. Além do caráter coletivo dessas atividades de oficinas e Ateliês que fortalecem os laços sociais. Essas experiências muito contribuíram para que outra política de saúde mental fosse instaurada no Brasil. Podemos dizer que a direção tomada hoje na saúde mental, de construção de serviços substitutivos para a extinção das instituições asilares teve, como um dos seus precursores, o trabalho desenvolvido com arte nos antigos manicômios.

2.3. ARTE E PSICANÁLISE.

2.3.1. Freud, aprendendo com a arte.

A importância de situar a arte na psicanálise, mesmo que não de forma mais profunda, conforme foi realizada na dissertação de mestrado (AUTUORI, 2005), se faz necessária por ser a psicanálise a abordagem da qual retiramos os princípios que norteiam o Ateliê de Imagem, enquanto dispositivo clínico. Esses princípios serão apresentados no próximo capítulo e a articulação que oferecemos agora, entre arte e psicanálise servirá como base para sua apresentação.

A arte e a psicanálise são dois campos distintos e independentes. A psicanálise tem procurado aprender com a arte e também tentado lê-la através de seus preceitos. A arte, que tem em comum com a psicanálise o interesse pela alma humana, muitas vezes se serve da psicanálise em suas criações. O lugar em que se localiza nosso interesse é o da interseção entre esses dois campos.

A arte se faz presente de forma constante e múltipla na obra de Freud. O autor, em suas referências à arte e a atividade criativa, se reporta tanto ao artista, como também aos efeitos que as obras de arte provocam. Mas, acima de tudo, ele aprende com a arte e retira dela ensinamentos que o ajudam a compreender os processos psíquicos. Merece destaque o fato de que o complexo de Édipo, pedra angular da psicanálise, foi retirado de uma obra artística, a tragédia de Sófocles “Édipo Rei”.

Freud coloca alguns artistas e suas obras em seu divã teórico e realiza uma espécie de psicobiografia; os textos mais emblemáticos onde a arte é tratada dessa maneira são: “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância” (1910) e “Dostoievski e o parricídio” (1927). É importante destacar, que a construção do entendimento de um sentido oferecido pela obra, se dá através da análise de acontecimentos da vida do artista e também pela observação do que comparece na própria obra de arte. Isto é, Freud ao mesmo tempo em que compreende a obra pelo autor, também busca, na própria obra, rudimentos do psiquismo do artista (Autuori; Rinaldi, 2014). No Ateliê, como poderemos ver adiante, percebemos que compareciam inúmeras vezes fragmentos das histórias de vida dos pacientes nas cenas dos vídeos. E os dois movimentos assinalados por Freud estavam presentes. Algumas vezes, as cenas nos ajudavam a compreender o que estava ocorrendo na vida daquele sujeito, assim como em outros casos as experiências de vida eram motivo para as criações filmicas.

A arte, na obra de Freud, constantemente oferece um foco de luz que, iluminando os processos psíquicos, orienta seus estudos psicanalíticos. Podemos observar que Freud

transfere o dito do artista, da ficção para o mundo real. Ele acredita que as obras de arte fornecem antecipadamente as descobertas que a psicanálise propõe.

A psicanálise está em uma posição de aprendiz em relação a arte em muitas obras, como por exemplo, nas “Conferências introdutórias sobre psicanálise” (1917); onde é assinalado por Freud que os escritores já haviam proposto que os atos falhos tem sentido e motivo. O escrito de Freud, onde fica clara a posição da psicanálise como aprendiz, em relação à arte é “Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen” (1907). Trabalho em que Freud apresenta e compara as concepções sobre os fenômenos mentais, mais especificamente sobre o sonho e o delírio, presentes na arte e na ciência psiquiátrica. Mais do que autorizar o tratamento poético da questão mental, Freud corrobora com o saber poético em detrimento do saber psiquiátrico, ao qual, em sua opinião, falta o reconhecimento do inconsciente, sem o qual, qualquer entendimento sobre fenômenos psíquicos fica impossibilitado.

O texto que é uma referência para a análise da questão artística no que concerne a sua relação com a elaboração psíquica das fantasias é “Escritores criativos e devaneios” (FREUD, 1908). Partindo da premissa de que os escritores não são tão diferentes da maioria das outras pessoas e entendendo que a brincadeira, banhada na fantasia, expressa a realidade psíquica da criança, Freud constrói a hipótese de que o elo entre o artista e o homem comum está na atitude da criança ao brincar, onde aparecem os primeiros traços de imaginação criativa, e equivale fantasia a realidade psíquica.

O Ateliê de Imagem que realizamos, demonstrou que algumas cenas filmadas deram vazão a uma série de criações, oferecendo contorno e concretude à realidade psíquica de seus integrantes. Entretanto, é importante fazer uma pontuação: algumas vezes, como muitos dos integrantes da atividade apresentam estrutura psíquica psicótica, as criações se aproximavam mais de criações delirantes do que de fantasias neuróticas. De toda forma, nos parece que as cenas continuavam a ter valor de realidade psíquica nos dois casos.

Para a compreensão da construção da fantasia e do devaneio, Freud (1908), repete a fórmula já utilizada no estudo de sonho; validando-a também para o processo de criação do escritor literário. A fórmula estipula que há três tempos neste trabalho mental – alguma ocasião motivadora no presente desperta um dos desejos principais do sujeito, que retrocede à lembrança de uma experiência anterior, geralmente da infância, na qual esse desejo foi realizado, criando um devaneio ou fantasia, podendo proporcionar a um artista, a produção de uma obra literária. Ao finalizar o caminho da criação, Freud constrói uma das frases mais bonitas deste trabalho: “Dessa forma o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une”. (FREUD, 1908, p.153)

Freud propõe que as mesmas fantasias que causam repulsas, podem, quando transformadas em obras de arte, causar prazer. Para essa transformação são apresentadas três vias: a primeira, diz respeito a obra literária que, sendo irreal, possibilita que o leitor sinta o que é proibido na realidade; a segunda via é a capacidade que o escritor tem de suavizar o caráter de seus devaneios egoístas por meio de alterações e disfarces, nos subornando com o prazer estético. A terceira via, alinhava as duas ramificações anteriores; através do ‘prêmio de estímulo’ ou do ‘prazer preliminar’ – aquele conseguido pelo recurso formal utilizado pelo autor – ocorre a liberação de um prazer ainda maior, proveniente de fontes psíquicas mais profundas. As obras artísticas liberam o leitor/espectador para se deleitar com *seus próprios devaneios*, livre da culpa e da vergonha.

A interpretação dos integrantes do Ateliê, em algumas cenas criadas por eles, proporcionou que revivessem o que está impedido de acontecer na realidade atual. Os atores vivenciaram situações do passado, ocorrências das quais a passagem do tempo os havia afastado e deixado saudade. Também puderam encenar acontecimentos jamais vividos; alguns refletiam fantasias, outros delírios e outros apenas desejos, vontades ou necessidades conscientes ou inconscientes para situações cotidianas ou fantasmáticas, que não eram facilmente realizáveis na realidade. Assim puderam atuar, criar e recriar acontecimentos e então inovar respostas para situações vividas ou não, onde antes estavam assujeitados.

Os textos freudianos também se dirigem à investigação das ferramentas utilizadas pelos artistas e seus efeitos no espectador. Em “Alguns tipos de caráter encontrado na prática psicanalítica” (1916), Freud analisa a peça “Ricardo III”, de Shakespeare, para entender a maneira como o escritor manipula sua arte para evitar que se instale um sentimento de repugnância ou resistência por parte do espectador. Ele relata que há uma promoção de cumplicidade com o personagem; este é apresentado como alguém que tem o direito de fazer o mal por já ter penado muito na vida; assim seus atos condenáveis são desculpados como se fosse uma reparação aos ferimentos narcísicos sofridos. E é esse o ponto de reparação dos ferimentos ao narcisismo, que é compartilhado pela plateia que então desvia sua reflexão crítica.

Ao contrário de suavizar, muitas vezes o autor procura promover sensações de estranheza, suspense ou mesmo terror. Para a produção dessas sensações, Freud, no texto “O Estranho” (1919), desenha algumas artimanhas do autor, como a de enganar o leitor que passa parte do livro sem saber que está em um terreno fantástico, só sendo inserido nessa realidade aos poucos. É essa incerteza que produz a estranheza. Freud acredita, que essa experiência ocorre quando os complexos infantis recalçados ou crenças primitivas superadas parecem

confirmar-se e reviverem por meio de alguma impressão. O elemento que amedronta é algo que deveria permanecer recalcado, mas retorna. O animismo, a magia e bruxaria e poderes especiais, a onipotência dos pensamentos, a atitude do homem para com a morte, a repetição involuntária e o complexo de castração. O grau de identificação com o personagem é o termômetro para que a sensação seja mais ou menos forte. Esse dado de identificação com o personagem se relaciona com quase todas as outras sensações e emoções produzidas pelo autor. Outro recurso do autor é fomentar uma cumplicidade com o leitor, compartilhando com ele informações que por vezes são negadas aos próprios personagens. Todas essas interações possuem a potencialidade de provocar os mais diversos afetos: comicidade, ironia, medo, pavor, suspense, alegria, ansiedade, tristeza, etc. Dependendo do manejo que for realizado pelo autor (FREUD, 1919).

Parece-nos bastante relevante que Freud, (1900), assemelhe a disposição do artista ao criar ao do analisando a se submeter à regra fundamental da psicanálise, a associação livre. Em ambos os momentos, exige-se uma atitude ‘exatamente semelhante’, relata Freud. É necessário renunciar a toda e qualquer crítica e não se deve suprimir nenhuma ideia, mesmo que pareça sem importância, só assim é possível seguir o fluxo do pensamento e chegar a ideias que, se houvesse atividade crítica, seriam interrompidas ou suprimidas (FREUD, 1900, p.124)

Freud e o Cinema

É relevante para o nosso trabalho que articula o vídeo com o tratamento psicossocial e que tem a psicanálise como orientadora desta clínica, destacar que, em relação ao cinema, muito pouco ou quase nada, foi matéria em Freud.

O cinema e a psicanálise foram filhos da mesma época. Ambos surgiram no ano de 1895³⁰. Na verdade, em suas pré-histórias já havia uma ligação. Antes de o cinema ser efetivamente inventado pelos irmãos Lumière, quando o que havia eram apenas experiências que se vinculavam a estudos científicos, principalmente acerca do movimento humano e animal. Albert Londe, um fotógrafo e cientista francês, contratado para trabalhar no hospital de Salpêtrière em Paris e, em 1882, utilizou o *chronophotographie*³¹, fazendo pequenos filmes para estudar os movimentos físico e muscular das pacientes histéricas³².

³⁰ Em 1895 Freud e Breuer lançam “Estudos sobre a histeria” e os irmãos Lumière realizam a primeira projeção pública de um filme na história da humanidade, nos subterrâneos do Grand Cafè de Paris.

³¹ Era uma técnica fotográfica que possibilitava o estudo do movimento. O aparelho usado permitia tirar uma série de fotografias em intervalos regulares.

³² Esse experimento pode ser visto no documentário “Une préhistoire du cinema” 1981 de Joel Farges.

Freud era um amante da arte, entretanto foi a uma projeção cinematográfica pela primeira vez apenas em 1909, tendo tirado pouco prazer desta. É importante levar em consideração que nessa época o cinema ainda não era reconhecido como uma arte. Mas, mesmo em tempos posteriores ele nunca se interessou pelo cinema, tendo se negado a participar da confecção de roteiros³³.

O filme mudo “Mistérios da Alma”, realizado por Wilhem Pabst, tinha a intenção de ser um explicativo da psicanálise. Não teve apoio de Freud, que inclusive, tentou impedir sua realização. Só cedeu após a insistência de Hans Sach e Karl Abraham, mas manteve-se fora do projeto (RUDINESCO, E.; PLON, M. 1998). Em suas obras completas, Freud fez apenas uma referência ao cinema, ao criticar os parentes de pacientes que não valorizavam as intervenções verbais psicanalíticas. Ele escreve que os parentes só se impressionariam com coisas ‘tangíveis e visíveis’, ‘tais como as vistas no cinema’ (FREUD, 1917a. p.29).

Contraditoriamente Freud nos deixou um filme. Há um documentário de 25 minutos com fragmentos de cenas realizadas entre os anos de 1938 e 1939 por Marie Bonaparte. Ela, neta de Napoleão, que foi inicialmente sua paciente e depois sua amiga, discípula e psicanalista, eternizou imagens da vida de Freud. O filme é exibido aos frequentadores do Freud Museum de Londres, a casa 20 de Maresfield Gardens em Hampstead, última moradia de Freud. Lugar para onde se mudou após ter fugido da Áustria com auxílio de Marie Bonaparte, por razão da invasão nazista. O documentário mostra cenas do cotidiano de Freud, convivendo com a família e seus cãesinhos, como também outras: sua chegada à Paris com amigos, na casa de Marie Bonaparte e em sua primeira casa em Londres. Claro que sua palavra não poderia faltar. O documentário conta com sua fala à BBC de Londres, onde expõe um pequeno resumo de sua obra.

Dos muitos outros filmes que versam sobre a psicanálise, um merece destaque: “Sigmund Freud - A Invenção da Psicanálise” (1997). Direção de Elisabeth Kapnist e autoria dela e de Elisabeth Roudinesco. O documentário mostra cenas realizadas por Marie Bonaparte e também cenas raras como a de Jung descrevendo o seu primeiro encontro com Freud, as últimas cenas de Freud em Viena antes de seu exílio em Londres e descreve, de forma detalhada, a trajetória da psicanálise, inclusive após a morte de Freud. O comentário de Roudinesco e Peter Gay, biógrafo de Freud, fornece ao documentário um atrativo extra³⁴.

Não sabemos ao certo porque Freud se deixou filmar. Seria mera especulação propor alguma explicação. Mas, como espectadores, nós podemos observar os efeitos que

³³ Em 1920 Samuel Golwin tentou contratá-lo para supervisionar uma série histórica para o cinema.

³⁴ O documentário pode ser assistido no site: <https://www.youtube.com/watch?v=Yz96qUO4QRQ>

causam em nós assistir as cenas. Ao mesmo tempo em que sentimos uma aproximação com um Freud humanizado em sua vida cotidiana, as cenas também eternizam o mestre. O cinema cumpre assim uma de suas tarefas principais, a de expor a nossa delicada relação com o tempo.

O hoje é um ontem, talvez velho, que faz entrar na porta dos fundos um amanhã, talvez longínquo. O presente é uma convenção incômoda. Em meio ao tempo, é uma exceção ao tempo. Ele escapa ao cronômetro. Você olha para o seu relógio; o presente estritamente falando não está mais lá, e estritamente falando ele está lá novamente, ele estará sempre lá, de uma meia-noite à próxima. Penso, portanto existi. O eu futuro irrompe no eu passado; o presente é somente essa muda instantânea e incessante. O presente é somente um encontro. O cinema é a única arte que pode representar esse presente como ele é.
(EPSTEIN apud CHARNEY, L; SCHWARTZ, 2001, p. 326)

2.3.2. Lacan: Tirando consequências do aprendizado.

Os psicanalistas descrevem a obra de Lacan como sendo uma releitura de Freud, que pôde dar direção diferente da função adaptativa que os pós-freudianos, liderados por Ana Freud, estavam conduzindo essa ciência. Mas existem importantes e originais contribuições da teorização lacaniana que se encontram exatamente na compreensão da arte e em relação à loucura. É especialmente interessante para essa tese, como poderemos apresentar ainda nesse capítulo, a relativização que Lacan opera em sua teoria sobre a estruturação psíquica e a função paterna, utilizando a arte como tendo a potencialidade de oferecer algum tipo de amarração entre o real, o simbólico e o imaginário (LACAN, 1975-76).

Antes de aprofundarmos esse ponto, se faz necessário uma introdução, para situar como Lacan vai construindo a relação da psicanálise com a arte. No seminário 7, A ética da psicanálise (1959-1960), ele inicia suas considerações supondo os analistas frente à arte, como “catadores de migalhas” (LACAN, 1959-1960 p. 289).

Lacan lança mão do conceito já apresentado por Freud no texto “Projeto para uma psicologia científica” (1895a), de A Coisa ou das Ding, para articular a fórmula que irá, ao final, ordenar a função da sublimação.

Na teoria lacaniana, há a premissa de uma falta originária para qual não há um objeto que possa suturá-la por completo, o que a institui como fundadora do desejo. Assim, o sujeito caminha pela vida a procura da Coisa e reencontra outros objetos, já que, em última instância o objeto da realização completa do desejo não existe.

Ao teorizar sobre a sublimação, Lacan propõe que, em toda forma de sublimação, o vazio, como índice da Coisa, será determinante, permanecendo no centro; sublimar é elevar o objeto à dignidade da Coisa.

Essa coisa, da qual todas as formas criadas pelo homem pertencem ao registro da sublimação, será sempre representada por um vazio, precisamente pelo fato de ela não poder ser representada por outra coisa – ou, mais exatamente, de ela só poder ser representada por outra coisa (LACAN, 1959-60 p. 162).

Para o autor há três modos diferentes de sublimação, o que caracteriza três modos diferentes de se relacionar com o vazio: o da religião, o da ciência e o da arte (LACAN, 1959-1960). E retoma a proposta de Freud (1913), de que uma neurose obsessiva seria a caricatura da religião, um delírio paranoico, um sistema filosófico distorcido e a histeria uma obra de arte deformada.

Vamos nos deter aqui, no modo de sublimação que diz respeito à arte. Lacan (1959-1960), se utiliza da função do ceramista como exemplo do mistério da criação. Ao esculpir o vaso, é o vazio que se encontra no centro e é ele o que dá sentido sem dar significado ao que é criado. Diferentemente da ciência, que se arvora a saber ou a prometer que saberá a explicação para todas as coisas e, de forma diversa da religião, que apela para uma crença na verdade dogmática, a arte faz do vazio seu combustível e o expõe. A resposta do artista se quer insatisfatória e é isso o que o leva a continuar a criar sempre outras obras, igualmente insatisfatórias. A arte personifica a ausência, expõe a falta, é o resto exposto que faz restar. O objeto artístico “é instaurado numa certa relação com A Coisa que é feita simultaneamente para cingir, para presentificar e para ausentificar”. (LACAN, 1959-1960, p.176.)

Para nossa tese, é o ponto em que Lacan no Seminário 23 (1975-76), mescla a loucura e a arte que parece importante. No Ateliê, não compartilhávamos da hipótese de que o psicótico se encontra sempre fora do discurso e sim que, em momentos de enlouquecimento isso pode ocorrer como também pode ocorrer na neurose. O rompimento do laço social, o ‘fora do discurso’ ou mesmo o enlouquecimento, não é privilégio da psicose. Muitos histéricos e obsessivos também passam por essa experiência (SOUZA, 1994). Lacan (1975-76), em sua obra, tanto usa o termo loucura equivalendo-o a psicose como também o utiliza como um termo comum, que pode acometer todas as pessoas. Apesar de propor que James

Joyce é psicótico³⁵, ao afirmar que seu mecanismo é o da Verwerfung, (Traduzido como rejeição a partir de Freud e conceituado por Foraclusão por Lacan), se pergunta se o autor é louco, o que nos faz deduzir que Lacan estabelece uma diferenciação ou distanciamento entre essas duas posições. Abrindo a possibilidade de que um psicótico não seja, ou não esteja louco, mesmo que em determinado momento. Isto é, psicótico pode, se não estiver enlouquecido, estar no discurso e estabelecer laços sociais.

Vale ressaltar, que desse entendimento acima descrito, não se pode deduzir que não atribuamos uma diferença estrutural entre psicose e neurose, mas que, após esse seminário a diferença já não é tão evidente ou estanque. Foi exatamente nesse seminário que Lacan deu um passo além na questão da estabilização na psicose. Ao ler Joyce percebeu que a arte de sua escrita pode lhe garantir algum tipo de estabilidade psíquica.

Para Lacan, a subjetividade se constitui entre o simbólico, o imaginário e o real. Ele se utiliza do nó borromeano, uma figura onde há um entrelaçamento de três elos, para demonstrar a existência de uma equivalência de importância entre os registros e ao mesmo tempo demonstrar que cada um deles possui propriedades distintas. Lacan (1974-1975), posteriormente apresenta a ideia de que um quarto laço venha realizar a função de manter o enlace entre os três registros. Esta hipótese é fundamentada no conceito freudiano do complexo do Édipo e recebe de Lacan o título de Nome-do-Pai. Nas psicoses, com a foraclusão do Nome-do-Pai, a consistência do nó fica comprometida.

Pensando sobre a obra de Joyce e a função que ela adquiriu na vida deste autor, Lacan (1974-1975), passa a questionar o que constituiria fundamentalmente o 4º elo e o que poderia fazer função de amarração. A partir de então, manter uma estabilidade psíquica que garanta não estar fora do discurso e fazer laço social, não depende mais exclusivamente de que o Nome-do-Pai venha entrelaçar o simbólico, o imaginário e o real. Para Lacan, a escrita de Joyce pode fazer o papel de 4º elo e permitiu que ele não enlouquecesse, mesmo considerando que o escritor era psicótico. Para além de simples retificações ou emendas, Lacan propõe que o Sinthoma é, ele próprio, o laço. E o Sinthoma em Joyce é sua peculiar escrita. Joyce pôde se salvar de um surto ao utilizar sua arte como barra à invasão no Simbólico pelo gozo do Outro, transformando este gozo em uma versão sua.

³⁵ A suposição de que Joyce era psicótico não é unânime, ela está circunscrita dentro de um corpo teórico, que compartilha a impressão de que o escritor não demonstra em sua escrita as deformações impostas pela censura para que o recalado possa retornar ao nível da estrutura neurótica. Para esses psicanalistas lacanianos, Joyce não faz obstáculo ao gozo que se expressa em restos de trocadilhos, de palavras cruzadas e com as reminiscências vocálicas que velam o Real.

Há mais uma peça nessa teorização acerca da estabilização na psicose, que completa o quadro e que se relaciona com o laço social. Lacan acredita que a estabilização de Joyce se deu não apenas pela forma com que o autor pôde utilizar a arte como barra à invasão no Simbólico pelo gozo do Outro, transformando este gozo em uma versão sua. Em sua análise, Lacan ressalta também a importância do reconhecimento público do valor da obra literária de Joyce e a conseqüente inscrição no social de seu nome próprio. Essa valorização seria como uma compensação onde houve uma demissão paterna. Assim, o Sinthoma de Joyce foi, nessa teoria, o de, a expensas de seu pai, escrever seu nome no mundo através de sua arte, assegurando-lhe um lugar enquanto sujeito.

Desta forma, a clínica das psicoses adquire uma nova perspectiva. Até então a única possibilidade para o tratamento da psicose, mais rigorosamente falando na paranoia, era a constituição de um delírio; a metáfora delirante era o recurso possível na psicose como suplência ao Nome-do-Pai. Com a escrita Sinthomática de Joyce, apresenta-se outra possibilidade de construção de suplência ao Nome-do-Pai que não passa pelo delírio. Qual seja: a invenção pelo sujeito de seu Sinthoma, sua forma singular de gozo. E, através desta construção, em uma escala que lhe seja possível, a inscrição de seu nome próprio no social.

Seguindo a proposta de Lacan, podemos pensar que a arte sinthomática e a inscrição do nome próprio no meio social são, em conjunto, o laço psíquico e social que colaboram para barrar o enlouquecimento (AUTUORI, 2009). O 4º elo é psicossocial e, alcançado nessa equação tem a função de amarrar o simbólico, o imaginário e o real, proporcionando certo arranjo, mesmo que bastante singular, da subjetividade. Isto não é pouco, é talvez o que nós almejamos quando tratamos de sujeitos em profundo sofrimento mental.

Será necessário acrescer nossa investigação de uma diferença que necessita ser destacada. Diferentemente do processo pelo qual passou Joyce, que construiu seu Sinthoma a partir de uma escrita que respondia a sua demanda em escrever, forma que conseguiu gozar ele próprio do que o atravessava, o fazer um vídeo no dispositivo do Ateliê de Imagem, era um oferecimento. Um oferecimento que foi sendo apropriado pelos participantes do Ateliê como algo que era uma criação deles também.

3. AÇÃO! O ATELIÊ DE IMAGEM LOCOTIPO.

“A imagem é um arquivo de recuperação e evolução do paciente”

“Um meio de tratamento pela psiquiatria”

“Melhora porque a gente se conhece mais”

“A visão como a gente vê o mundo”

“Alegria, paz, desenvolvimento”

“A gente assiste ao vídeo e vocês assistem a gente”

Pacientes do Ateliê de Imagem do CAPS Rubens Corrêa.

3.1. PRÉ-PRODUÇÃO.

O Ateliê, como um dispositivo clínico coletivo no CAPS Rubens Corrêa, iniciou em Novembro de 2010. Mas a ideia que o fez nascer tem sua origem dispersa em muitas experiências, pensamentos e teorizações anteriores.

Abaixo relatamos duas intervenções clínicas com o vídeo, que foram realizadas antes do Ateliê Locotipo. Elas começaram a construir o pensamento de que havia no vídeo uma potencialidade que precisava ser mais explorada, tanto para ser aplicado na atenção psicossocial quanto para ser pesquisado e descrito em pesquisa acadêmica.

A primeira delas se deu no Espaço Aberto ao Tempo, uma unidade pública de saúde mental na qual tive meu primeiro contato com a lógica da atenção psicossocial, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Também com o recurso da arte no tratamento e com a loucura em si, que antes era algo distante que acometia pessoas com as quais eu não tinha a menor proximidade.

A segunda se deu no CAPSi Eliza Santa Roza, na época ainda um ambulatório infantil. Lugar onde tive contato com a clínica da infância, com o adoecimento psíquico infantil. Além de ter me proporcionado participar da criação, ou transformação de um serviço ambulatorial em um CAPSi. Também foi o lugar onde a pesquisa, o estudo e a escrita sobre o tema da arte com a psicanálise clínica, começou a desabrochar na minha prática clínica.

3.1.1. EAT – O vídeo ressignificando a vida em um Espaço Aberto ao Tempo.

O EAT – Espaço Aberto ao Tempo é um ambiente impregnado por arte como recurso no tratamento. A passagem por esse serviço proporciona uma ampliação no pensamento sobre a interseção entre os campos da arte e o da atenção psicossocial.

É uma unidade de saúde mental denominada pela rede como CAPS, já que ligados a esse nome encontramos modos de oferecer tratamento bastante diversificado, estando em vias de sair de dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira. A tônica do serviço é dada por Lula Wanderley, médico sanitарista e artista plástico, que tem seu percurso profissional marcado pelo encontro com Nise da Silveira em 1970, com quem trabalhou tanto no Museu do Inconsciente quanto na Casa das Palmeiras. O EAT é uma unidade originada a partir de uma enfermaria de crise. Em 1988, Lula Wanderley foi afastado do Museu de Imagem do Inconsciente por motivos políticos e, como punição, lotado nesta unidade que funcionava sob o modelo manicomial. A equipe já ensaiava algumas mudanças, sob a supervisão de Jurandir Freire Costa, mas a presença de Lula catalisou os esforços e radicalizou as ações da equipe. Em pouco tempo o que era uma enfermaria tradicional se transformou no Espaço Aberto ao Tempo, um dos serviços de vanguarda no cenário da reforma psiquiátrica (MACEDO, 1999).

O EAT é um lugar banhado por arte, suas paredes são cheias de quadros e outras criações artísticas, existe muito estímulo para os pacientes criarem. A criatividade em seu sentido mais amplo é uma das principais ferramentas do trabalho clínico que se intitula experimental e poético.

O que norteia o trabalho clínico no EAT é muito original, muito diferente do que se vê em outros serviços. Tem uma complexidade própria (WANDERLEY, 2002). Alguns técnicos, inclusive o próprio Lula, atendem os pacientes utilizando ‘objetos relacionais’ derivados de objetos da artista plástica Ligia Clark. Trazer Ligia para dentro do hospício era reforçar uma concepção de arte que se verificava na relação. A arte sendo o que está entre o objeto e o outro e o objeto o que está entre o artista e o outro. No Espaço Aberto ao Tempo o convívio com a arte como criatividade, em sua inserção na Cultura, está ligado à concepção de que ninguém é totalmente são ou louco em todos os instantes, que loucura e sanidade não são opostos simétricos e que a arte tem a potencialidade de apagar essa oposição e criar território livre para acolher os corpos, afetos e linguagens. O serviço oferece uma multiplicidade de linguagens, os profissionais se dividem por várias salas onde realizam atividades artísticas e também de artesanato e costura. Os pacientes podem escolher a atividade que desejam utilizar para se expressar. Como o nome indica, oferecem um espaço

aberto ao tempo e a criação de cada um. A arte é uma ferramenta para a ampliação da clínica que oferecem, a qual é apresentada como uma ‘aventura transdisciplinar’ que ocorre na dimensão extralinguística da experiência humana, onde o sentido se impõe no ato mesmo de vivê-la. Diferenciam esta clínica da que é construída em uma teia de significações baseada apenas na fala, para tecer, expressar e elaborar as vivências que atravessam a todos (BEZERRA, 2001).

A experimentação com vídeo na clínica, que resultou nessa tese, teve seu início marcado pelo encontro com uma paciente do Espaço Aberto ao Tempo que era acometida sistematicamente por surtos melancólicos, que será aqui nomeada como Márcia.

Márcia sofria de melancolia, escolhemos usar essa nomeação, já em desuso, do que nos render a utilizar a palavra depressão, para onde foi empurrada toda e qualquer tristeza da contemporaneidade. Assume-se assim, uma posição que não deixa de ter seu viés político, de romper com os diagnósticos pasteurizados que alimentam a indústria farmacêutica e que pouco diz sobre o sujeito (BEZERRA, 2013). Depressão descreve um estado que pode ocorrer a qualquer um e não uma maneira pela qual um sujeito organiza sua subjetividade, sob a qual se articulam seus processos psíquicos. Para depressão temos remédio que se compra na farmácia, mesmo que, em muitos casos, saibamos, por escutar em nossos consultórios ou por tratarmos em unidades de saúde mental, que tomá-lo não basta. Qualquer tristeza, tanto o luto quanto a melancolia, ou qualquer mal encontro com o real, ou acaso, está sendo chamado de depressão e medicado, provocando uma explosão do diagnóstico de depressão na contemporaneidade. Se um sofrimento mental apresenta resposta ao medicamento antidepressivo, mesmo que não haja uma análise mais aprofundada sobre sua etiologia e psicodinâmica, a hipótese de depressão é confirmada. Alguns, mais cuidadosos, fazem uma diferenciação incluindo a designação psicótica para apurar o diagnóstico, e medicando sem grandes diferenças as duas depressões (BEZERRA, 2007).

Não era possível precisar um acontecimento específico que teria impelido Marcia para a tristeza, nenhum acaso, morte, acidente, ou algum inesperado qualquer que ela precisasse elaborar. Ela tinha aquela maneira de existir. O objeto perdido pelo qual ela procurava às vezes concretamente em seus pertences, algo que não sabia determinar, não era um objeto da realidade que ao ser subtraído precisaria de um trabalho psíquico para que fosse realizado um luto. Aqui faremos uma ressalva, pois para sermos rigorosos precisamos dizer que também um estado melancólico pode ser precipitado por um acontecimento de perda de objeto na realidade. A morte de uma pessoa amada pode ocasionar um luto que se perpetua. Uma situação da vida cotidiana de perda pode proporcionar uma identificação com o objeto

perdido e sua incorporação, o que acaba resultando em processos de autoacusação, o consequente empobrecimento das relações objetais e do laço social, como se a sombra do objeto recobrisse o sujeito: “assim a sombra do objeto caiu sobre o ego” (FREUD, 1917b p.254).

Como em outra psicose qualquer, a melancolia pode ser deflagrada por circunstâncias às quais carecem no sujeito possibilidades de resposta, ocorrendo o esgarçar de sua subjetividade (KAUFMANN, 1996). Não sabíamos se com Márcia acontecera algum fato que tenha desnudado pela primeira vez sua estrutura melancólica, mas agora, esse seu estado era sua maneira de existir. Márcia apresentava uma inibição ou negatividade generalizada típica do melancólico, chegava ao extremo do mutismo e de ficar deitada em completa apatia. O escoamento de sua libido se traduzia em sua relação empobrecida com os objetos (BERLINCK; FÉDIDA, 2000).

Entretanto, mesmo escolhendo operarmos uma diferenciação na melancolia, retirando-a do emaranhado de descrições de depressão presentes na contemporaneidade, fazem-se necessárias algumas considerações.

A classificação da melancolia não é sem polêmica. Encontramos em Freud uma intensa investigação acerca da melancolia que vai sofrendo influências durante o desenvolvimento de sua teoria. Em um primeiro momento em: Rascunho G (1895b), e “Luto e melancolia” (1917b), — sendo o último, o escrito de referência para a questão. Depois, o tema retorna com os escritos “O Ego e o Id” (1923), “Neurose e psicose” (1924) e a “Conferência XXXI” (1932). Comparece em suas reflexões a dificuldade em determinar a estrutura psíquica própria da melancolia. Freud (1924) propõe que na neurose ocorre um conflito entre o eu e o isso e na psicose entre o eu e o mundo externo. A melancolia apresentaria outra configuração, o conflito estaria entre o eu e o supereu. A complexidade se intensifica. Por um lado Freud (1917b) mantém a concepção de que a melancolia é a afecção patológica do luto, o que a colocaria no campo das psicoses, por outro lado, ao determinar que o conflito presente na melancolia seja entre o eu e o supereu e, sendo o supereu o herdeiro do ‘complexo de Édipo, ela estaria no campo da neurose. Ao final, Freud (1924) opta por pensar a melancolia como uma psiconeurose narcísica.

Podemos provisoriamente presumir que tem de haver também doenças que se baseiam em um conflito entre o ego e o superego. A análise nos dá o direito de supor que a melancolia é um exemplo típico desse grupo, e reservaremos o nome de psicose neurose narcísica para distúrbios desse tipo. Tampouco colidirá com nossas impressões se encontramos razões para separar estados como a melancolia das outras psicoses. (FREUD, 1924, p. 170).

Na melancolia a libido do eu, ao se exceder em demasia acaba por separar o sujeito do mundo externo. Mesmo compreendendo que em outras psicoses relatadas por Freud (1911b), como na paranoia relatada no Caso Schreber, a designação de “neurose narcísica” comparece, a melancolia apresenta especificidades. O mecanismo próprio pelo qual se estabelece a estrutura da psicose, a *verwerfung* de Freud nomeada por *foraclusão* por Lacan, se coloca de forma diferenciada para o sujeito melancólico.

Reconhecemos as autoacusações e injúrias presentes na melancolia e sua ligação com o supereu que trata o eu sob os traços do objeto perdido que foi incorporado por uma identificação narcísica. Também na melancolia é possível se verificar a apatia mórbida provocada pela assunção da verdade insuportável do não sentido do viver. Saber que produz sofrimento, mas também gozo, possivelmente por fornecer uma identidade singular, na falta de outra que sustente o sujeito melancólico (LAMBOTTE, 1997).

Parece haver uma distorção na instância do ideal do eu, que determina a dinâmica melancólica como se o ideal do eu recobrisse quase que totalmente o eu ideal. Como se a passagem pelo estágio do espelho³⁶ (LACAN, 1949) não tivesse podido constituir uma imagem.

Diante do espelho, a criança encontrou tão somente uma moldura vazia (eu ideal) e o olhar de sua mãe (ideal do eu) que deveria pousar sobre ela para confirmar a sua identificação com uma imagem, não pôde vê-la. Restando à criança uma identificação com o nada e um ideal totalmente inacessível. A verdade insuportável de que atrás do espelho há um nada, torna-se um traço de identificação para o melancólico (LACAN, 1962-63). O nada o define, a denúncia da falsa segurança da identidade é radical e ele não consegue, assim como os neuróticos, se iludir e se utilizar de construções imaginárias. Na falta da imagem narcísica suficientemente afirmada, o sujeito melancólico encontra o nada que o define e denuncia a natureza ilusória do eu. (LAMBOTTE, 1997).

O melancólico apresenta um mecanismo diferente da *foraclusão* (*verwerfung*), pois não nega a realidade perceptiva, mas acredita que a ele são negados quaisquer benefícios, já que possui a fatal lucidez da verdade da inutilidade da vida. A “renegação de intenção” (KAUFMAN, 1996, LAMBOTTE, 1997) seria o mecanismo específico para a melancolia, pois caracterizaria o negativismo que incide sobre a intencionalidade da relação do

³⁶ “O estágio do Estádio do Espelho como formador das funções do Eu” é um texto de Lacan no qual o autor teoriza sobre momento em que o bebê forma a representação de sua unidade corporal por identificação à imagem no espelho por uma precipitação. Momento em que há a prevalência do imaginário.

melancólico com a vida. O melancólico não nega a existência da Coisa (das Ding), mas desacredita na possibilidade de que ela lhe possa ser útil (FREUD, 1895b).

Lacan no Seminário 10 - Angústia (1962-63) situa a melancolia como psicose ao distingui-la do luto. O sujeito melancólico, para esse autor, se relaciona com a perda de objeto como se este fosse o próprio objeto a (Objeto causa de desejo), enquanto o neurótico realiza um luto relativo ao objeto como i(a) (imagem de a).

Para Lacan (1960-61), o melancólico está no simbólico, do lado do ser, são as autoacusações, do lado do ter, é a ruína e o ‘eu não sou nada’ exprime essa dupla posição. Assim o que está em questão não é a percepção e sim o afeto, não podemos dizer que não houve recalçamento e nem a renegação.

Trata-se não de luto, nem da depressão que toma conta da perda de um objeto, mas de um remorso de um certo tipo, desencadeado por um desenlace que é da ordem do suicídio do objeto. Um remorso [...] de um objeto que entrou, de algum modo, no campo do desejo, e que por sua ação, ou por qualquer risco que correu na aventura, desapareceu (LACAN, 1960-61, p. 380).

Com a súbita suspensão do desejo do Outro, resta o nada como único lastro do Outro para que seja efetuada uma identificação. Paradoxalmente, esse nada é, no caso do melancólico, um traço, um significante, que garante ao sujeito melancólico sua inscrição na cadeia simbólica.

Marcia não recebeu um diagnóstico fechado no serviço, alguns profissionais defendiam a hipótese de que ela fosse psicótica, enquanto outros acreditavam em uma histérica muito grave. Marcia, após um de seus surtos havia conseguido compor uma música com o musicoterapeuta Nelson Falcão Cruz³⁷. Infelizmente, não é possível o acesso a essa música atualmente, nem ao clipe e nem a letra. Entretanto, a letra tinha uma composição bastante fragmentada, sem um nexos compartilhável, ao menos a primeira vista. As palavras se juntavam em frases que careciam de que algo pudesse dar-lhes sentido. Essa estranha moça, que passava grande parte do tempo em completo alijamento da vida, quis conversar sobre essa composição e me contou que passavam por sua cabeça várias imagens quando cantava sua música. Havia no serviço uma câmera, que usávamos para registrar alguns eventos e, a partir do relato das imagens de Marcia, surgiu a ideia de usarmos essa câmera para transformar essas imagens em um “vídeo clipe”. Rapidamente formou-se um grupo de filmagem com

³⁷ Nelson Falcão Cruz, atualmente trabalha no CAPS Bispo do Rosário e está participando do projeto da criação de vídeos no Polo Programa de Criação Cinematográfica do Polo Experimental do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea.

técnicos e pacientes. Encontrávamo-nos regularmente para decidir como seria feito o vídeo, as imagens, o movimento e como gravaríamos. Esta primeira fase foi bastante longa. O tempo de Márcia foi respeitado, assim como suas ideias. Quando chegamos a um esboço do que seria o clipe, começamos. Gravamos a base de som na rádio comunitária e depois, iniciamos as gravações das imagens. As imagens idealizadas por Márcia eram transformadas em cenas possíveis de serem realizadas. Assim, um túnel virou uma cartolina enrolada, uma tempestade foi feita com uma mangueira que jogava água na frente da câmera, o efeito da terra girando foi conseguido girando a câmera, etc. Márcia, algumas vezes, também substituíu uma cena por outra que lhe parecia mais interessante na hora de filmar.

A ilusão do cinema, de alguma maneira interferiu na “hemorragia interna” (FREUD, 1895b) por onde se esvai a energia psíquica na melancolia por falta de representações, operando um estancamento e tornando possível o investimento em objetos externos. Foi um exercício importante para Márcia relativizar o objeto, substituir o impossível objeto ideal por outro possível objeto real. Deslocamentos de investimento, que para Márcia, em sua melancólica relação com o mundo, eram tão difíceis de realizar, foram trabalhados na confecção de seu vídeo clipe.

Em Luto e Melancolia, Freud (1917b) nos conta que na melancolia, diferente do que ocorre no luto, está barrada a mediação da palavra, o que permitiria uma elaboração livrando o sujeito da fixação da libido em um tipo de relação de objeto caracterizada pela regressão narcísica. Sendo a palavra barrada, Marcia colocou o próprio objeto em cena. Criou imagens figurando seu eu que nós filmamos. As imagens no vídeo eram criações de Marcia, expressões de sua subjetividade e, por isso, passíveis de investimento. Mas ao mesmo tempo, depois de idealizadas por Marcia, foram produzidas e capturadas pela câmera, tornando-se externas a ela. O vídeo favoreceu que houvesse representações simbólicas, realizando uma balança entre o fora e o dentro, fazendo com que o objeto pudesse assumir uma imagem substituível. O objeto havia abandonado sua posição de das Ding, ou o objeto parece ser somente uma imagem dele.

Para Marcia, ver sua imagem corporal no vídeo, causou um estranhamento. Ela me perguntou se não estava feia ou estranha. Aconteceu um contraste entre a imagem que ela fazia de si e a que estava exposta no vídeo. O reconhecimento e o desconhecimento, acontecendo simultaneamente, operaram sobre ela, causando um impacto em sua consistência imaginária. Márcia, ao dirigir a mim a pergunta, pareceu pedir um reconhecimento, demandar que outra pessoa atestasse sua existência. O olhar do outro, que a olha e a reconhece, assume a importância de não lhe apontar o vazio.

Quando a construção imaginária, em sua função de dar um contorno ao Real se fecha e se fixa em algo tão mortífero quanto o ‘eu sou nada’, sem brecha para a equivocação, como era a identificação narcísica de Marcia, o vídeo talvez possa ser utilizado para plantar uma distância entre o eu da tela e o eu que vê a tela e assim, da maneira que for possível, e na delicadeza de não cair na fragmentação total, fazer vacilar minimamente a consistência que adocece.

Se pensarmos essa experiência como um protótipo do estúdio do espelho, podemos propor que a câmera pode ter realizado a função do olhar do Outro sobre Marcia, que reconheceu sua imagem e depois, com a projeção do vídeo, devolveu a ela a imagem que foi olhada. A câmera foi a ferramenta que a capturou como imagem e acolheu a hemorragia, podendo lhe dar contorno e conteúdo. Mas esse objeto, câmera, não funciona sozinho, há um olhar que opera por traz da objetiva e que subjetiva a imagem. Podemos então adicionar mais uma hipótese que se relaciona com a transferência. A autoimagem de Marcia foi reconstruída e reinvestida por ela, sustentada pela transferência estabelecida com a pessoa que estava atrás da câmera, a quem ela conferiu a potencialidade de lhe afirmar sua existência. A operação do estúdio do espelho foi então realizada de forma satisfatória desta vez.

Para costurar as imagens feitas a partir da imaginação de Marcia, foi filmada a própria Márcia cantando sua música, acompanhada pelo musicoterapeuta. Esta cena não só iniciava e encerrava como também pontuava todo o vídeo clipe, funcionando como pontos de amarração.

Para terminar, destacamos o produto final concreto do vídeo, as várias imagens que antes estavam fragmentadas, espalhadas, despedaçadas, foram colocadas em uma fita de vídeo de VHS, respeitando uma organização, um sentido. E de agora em diante, a fita guardaria dentro dela, um lugar concreto, uma narrativa com contorno.

Marcia continuou a ser tratada no EAT e realizou uma transferência com a arte extremamente importante e organizadora. Ela fez parte do “Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado” desde o seu início. Esse grupo artístico performático é formado em sua maioria por técnicos e clientes do serviço, mas conta também, com a participação da comunidade próxima em geral. Podemos pensar agora, no ‘après-coup’, que simbolicamente, com sua integração no “Sistema Nervoso Alterado”, a existência de Marcia recebeu outro lugar. Ela já não era mais apenas uma paciente grave de um serviço de saúde mental, ela se tornou uma atriz que participava ativamente de um grupo de performances teatrais e musicais.

Em sua pré-história o Sistema Nervoso Alterado se chamava “O Prazer é todo meu”, grupo criado após a apresentação da performance “Desfile da camisa de Força”

(AUTUORI, 2014) uma das atrações em comemoração a criação da lei 10.216, no Dia Mundial da Saúde na Lagoa Rodrigo de Freitas no Município do Rio de Janeiro.

O ‘Desfile de Camisa de Forças’, é uma performance teatral que faz uma interferência na cultura e apresenta em seu conceito base, a ideia de que todos nós temos a nossa particular camisa de força, e que nós as desfilamos no cotidiano de nossas vidas. Não notamos, mas ela nos engessa em papéis e comportamentos. O espetáculo expõe a violência sofrida por todos que compartilham a vida social, loucos ou não. O lúdico e estilizado espetáculo ironiza o imaginário social, através de um ícone da futilidade e superficialidade, que é o mundo da moda com seus desfiles. Uma paródia que com humor, apresenta o que somos obrigados a suportar para nos mantermos no mundo social e não louco e que, paradoxalmente, acaba nos deixando "loucos". O principal objetivo do grupo era o de recorrer às expressões criativas mais espetaculares, (música, teatro, dança), como mediador da relação entre o social e a loucura, promovendo e fortalecendo a cultura da não exclusão. Nessa performance Márcia usava a “camisa de força noiva”, que procurava satirizar o papel da mulher que sofre a espera de um casamento feliz. Diferentemente do papel que interpretava nos palcos, Márcia, mais tarde, casou com um dos integrantes do grupo, também paciente e construiu uma relação bastante estável, tendo permanecido casada até o fim de sua vida.

O exercício da interpretação, que é próprio da função de atriz, exige que se possa efetuar uma báscula que se expressa na atitude de brincar de ser o que não se é. A capacidade alcançada por Marcia de relativizar os objetos parece ter se alastrado para seu próprio eu e ela passou a poder também se relativizar. Alcançando uma flexibilidade de sua personalidade que lhe permitiu trafegar por outros ‘eus’ sem se esvanecer no nada.

Márcia continuou a atuar nesse grupo de atividades artísticas que, com o passar dos anos, foi ganhando outros integrantes, dentre eles alguns músicos que criaram novas composições e coreografias que incrementaram o espetáculo. Com tantas mudanças no grupo e sucesso nas apresentações, por sugestão de um cliente participante, em 2005, os integrantes resolveram dar ao grupo um novo nome, passando a se chamar “Sistema Nervoso Alterado”.

Marcia participou desse grupo, que além de algum recurso financeiro, ajudou no seu casamento e na confecção de sua casa. Uma sustentação pela arte, que a acompanhou por toda a sua vida. A sustentação nos parece ter se efetuado também pela sua afirmação no campo político social, as performances do grupo sempre primaram pela afiada crítica a hipocrisia, ao preconceito e as diversas formas de opressão. Marcia, através das criações artísticas do grupo, das quais participava se afirmou como cidadã, que exerce de forma ativa e criativa sua inserção no mundo para transformação social.

O funcionamento do grupo, garante que todos os seus integrantes compartilhem o processo de criação, independentemente da formação intelectual, de seus saberes e histórias de vida. Os espetáculos realizados pelo grupo refletem um esforço coletivo e se transformam em experiência de vida, com efeitos importantes para os pacientes em seu intuito por recompor sua fragmentada personalidade.

Assim como Márcia, vários outros pacientes participaram do grupo “Sistema Nervoso Alterado” e puderam usufruir dessa experiência artística que combinava a possibilidade da expressão da subjetividade através da arte, da horizontalidade da organização interna que garantia a participação criativa e deliberativa de todos e a possibilidade de uma inscrição no meio social.

Lula Wanderley, coordenador do EAT, constata que “também se cresce pelo prazer”³⁸ quando percebe que os participantes que passaram pelo grupo puderam dar continuidade às suas vidas com mais leveza e realizações.

A mudança na trajetória de vida de Márcia se iniciou com a criação do vídeo e teve sua continuidade garantida pelo trabalho artístico que ela desenvolveu junto ao “Sistema Nervoso Alterado”. A performance do “Desfile de Camisa de Força” (AUTUORI, 2001), que foi o start para a criação deste grupo, se deu pouco tempo após a confecção do vídeo e é de minha autoria, o que pode ter favorecido a transferência de Marcia com o espetáculo. A continuidade, provavelmente foi se dando pelo acúmulo de benefícios psicossociais e artísticos que puderam ser usufruídos por Marcia. O que podemos afirmar, é que a última crise melancólica grave que Marcia sofreu foi a que aconteceu antes do início da realização do vídeo.

3.1.2. Brincando de vídeo – O vídeo como objeto lúdico.

Após o “vídeo clipe” produzido no EAT, foi realizada uma segunda intervenção clínica com o vídeo no campo da saúde mental pública, que contribuiu para que fosse sedimentado o interesse por esse dispositivo. Essa nova interseção da arte com a clínica aconteceu no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) Eliza Santa Roza.

O CAPSI Eliza Santa Roza é uma instituição pública municipal de saúde mental. Atende a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e em situação de risco da área

³⁸ Wanderley, Lula. Também se cresce pelo prazer. Texto ainda no prelo.

programática 4.0³⁹. Possui equipe multiprofissional que trabalha interdisciplinarmente. O funcionamento de uma equipe de saúde mental tem sido problematizado por Eduardo Mourão de Vasconcelos (2008), que aponta a interdisciplinaridade como ponto fundamental para a sustentação da Reforma Psiquiátrica. O autor enfatiza em seus textos, que foi necessário que houvesse uma mudança no modo de funcionar das equipes que trabalhavam com a loucura para a construção de um novo modelo de atenção, que prioriza a inserção social, o cuidado integral e contínuo, em base territorial. Não se sustentava mais o poder médico psiquiátrico como único saber. A inserção e valorização dos outros saberes foram indispensáveis para que essa nova forma de cuidado se estabelecesse. O discurso passou a circular de forma mais horizontal por todos os membros da equipe e cada um começou a poder colaborar no tratamento a partir de sua formação. Sendo assim, a diferença na abordagem permanece, o que favorece a multiplicidade de saberes, o que muda radicalmente é o peso dado a cada uma delas. A palavra passa a circular e expressar a diversidade da equipe de forma mais democrática.

O CAPSi Eliza Santa Roza é um serviço mutante, está sempre em plena criação e recriação, pois tem a clínica como orientadora de sua trajetória. É um serviço vivo que é afetado pelo próprio caminho que traça. Particpei de sua construção, fui ferramenta que o moldou dessa maneira plástica e mutante e ao mesmo tempo fui marcada por esse encontro que também me transformou.

Uma das especificidades do tratamento com crianças é o brincar; também podemos citar o trabalho com os pais e a intersetorialidade como outros princípios básicos.

Para a tese, a questão do brincar se apresenta pelo seu vínculo com a arte. Como vimos no capítulo anterior, Freud (1908) faz uma ligação entre a atividade artística e o brincar, indicando que é essa atividade o elo entre o artista e o homem comum. Assim, quando crianças, todos nós fomos artistas. Usamos nossa capacidade criativa ao máximo e através dela fizemos nossa leitura e intervenções no mundo. Entretanto, o brincar nem sempre foi considerado uma ferramenta importante na clínica com crianças. O próprio tratamento direcionado às crianças foi questionado. Nos primórdios da psicanálise com crianças houve entre Anna Freud e Melanie Klein uma batalha teórica (ROZA, 1999). Anna Freud considerava que as crianças não tinham maturação psíquica para serem submetidas ao

³⁹ O Rio de Janeiro é dividido em áreas programáticas, a 4.0 é composta pelos bairros: Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Pechincha, Praça Seca, Recreio dos Bandeirantes, Tanque, Taquara, Vargem Grande, Vargem Pequena, Vila Valqueire.

tratamento psicanalítico, julgava que sua prática poderia ser maléfica, contribuindo para, através da remoção dos recalques, fortalecer tendências impulsivas e negativas.

O argumento utilizado por Anna Freud para sustentar a inaplicabilidade da psicanálise às crianças (Freud, A., 1926), se refere ao fato de que os pais ainda existem como objetos de amor na realidade e que essa ligação dificultaria o estabelecimento da transferência com o psicanalista. Para esta autora, o analista de crianças poderia intervir somente em um sentido pedagógico, orientando-as na direção do ‘bom’ caminho da sublimação dos impulsos sexuais.

Diversamente, Melanie Klein (1932) apostava em uma psicanálise voltada às crianças; para isso estabelece o brincar como ferramenta principal. Klein compreendia que, com as crianças, o tratamento não poderia estar baseado em verbalizações, e propôs que a diferença entre a psicanálise de crianças e a psicanálise de adultos está no método e não em seus princípios básicos. O jogo lúdico surge como um campo transferencial fértil e equivalente à associação livre.

A discordância entre as duas teóricas teve fim com o recuo de Anna Freud em 1965 (ROZA, 1999), que acaba reconhecendo sinais de transferência na análise com crianças e admitindo que os princípios psicanalíticos pudessem ser estendidos ao tratamento infantil. A psicanálise conceitua o inconsciente como atemporal e se interessa pelo infantil presente em todas as idades.

Em 1980, no auge do pensamento lacaniano no Brasil, a psicanálise com crianças reaparece como motivo de questionamento. Essa corrente de pensamento se antagoniza com a substituição da regra fundamental da psicanálise, a associação livre, pela atividade lúdica. Posiciona-se contrária ao fato de que o jogo ou a brincadeira, independente da fala da criança, possa desvelar o inconsciente infantil através de manuais interpretativos de sinais e símbolos que estariam presentes nessa atividade.

Seguindo uma direção de não acatar a disputa entre a fala e o brincar, Roza (1999), entende que a experiência psicanalítica com a criança deve acontecer numa articulação do brincar com a verbalização. Ela situa o fenômeno lúdico no campo da linguagem, ao considerar que as crianças apresentam tendência à ação e limites nas suas possibilidades de verbalização. A criança não se dispõe a deitar no divã para se submeter à associação livre. Essa exigência a expulsaria de um tratamento psicanalítico, o lúdico e a brincadeira são a maneira que ela encontra para se expressar. Não é o caso nem de se substituir o discurso da criança pelo uso do brinquedo e nem de retirar a possibilidade do brincar (FERREIRA, 1999).

Para Winnicott (1975), quando a criança não é capaz de brincar, é preciso trazê-la para um estado em que ela possa brincar, pois é através do brincar que a criança dialoga com o mundo. O brincar permite o acesso ao simbólico o exercício de compreensão da complexidade da vida. Exprime a insuficiência humana e ao mesmo tempo uma busca à felicidade, tendo papel fundamental no processo de constituição do sujeito. O brincar é uma forma universal de comportamento característico da infância, presente em todas as formas de organização social, das mais primitivas às mais sofisticadas. É uma atividade que transcende às necessidades biológicas, sendo um elemento da cultura cuja função é a de representar a realidade. A brincadeira tem como característica fundamental a liberdade, deste modo, não poder ser imposta, é voluntária. Se virar uma obrigação, já não será mais uma brincadeira. Há, portanto, uma estreita ligação do brincar com o desejo.

A característica mais instigante do ato da brincadeira é que ela é uma atividade não séria, uma evasão temporária da realidade e, ao mesmo tempo, um momento da mais absoluta seriedade. Momento em que há um distanciamento da realidade, sem, no entanto, perdê-la de vista. Portanto, segundo Roza (1999), o brincar é uma pré-disposição humana para a ilusão, que ocorre no movimento pendular entre a magia, o irreal e a realidade, sendo uma conciliação entre o princípio da realidade e o princípio do prazer. A criança no jogo ‘agora eu era...’⁴⁰, promove um exercício mental de sentir ser algo que na realidade sabe que não é, assim como o ator ao representar e a plateia que em catarse com o personagem, vive seu drama.

Concordamos que o brincar não é um substituto da associação livre, no entanto, é capaz de engendrar sentidos, produzir associações e assim proporcionar uma articulação com o significativo linguístico. É uma atividade que proporciona trocas entre os sistemas inconsciente/pré-consciente através da expansão da possibilidade de expressão da criança no plano simbólico, permitindo novas significações. Nesse sentido, o brincar é constituinte da realidade psíquica, se aproxima dos devaneios e da criação artística mais do que do chiste e dos sonhos e não se restringe a expressão da sexualidade infantil. Mas o brincar não é uma formação do inconsciente, mesmo considerando que nele estão presentes mecanismos como a figuração, a condensação, o deslocamento e o simbolismo. Todavia, o brincar, como o sonho, é determinado por desejos inconscientes, porém nele a incidência da elaboração secundária é predominante, estabelecendo coerência e ordenação no seu conteúdo manifesto.

⁴⁰ Alusão à música de Chico Buarque de Holanda “João e Maria”

No texto “Os chistes e sua relação com o inconsciente”, Freud (1905), afirma que o chiste é um pensamento que brinca, e que tem o mesmo objetivo de obtenção de prazer que está presente no brincar. O prazer que o sujeito desfrutou ao iniciar suas experiências com a fala, brincando através de similaridades sonoras, é considerado como um primeiro estágio dos chistes. A criação mostra sua primeira faceta na pele da rebeldia, brincando com a lógica, com a razão. Aos poucos essa liberdade vai sendo tolhida e a criança para se comunicar passa a ter que obedecer às ordens gramaticais.

Em “Além do princípio do prazer” (1920), Freud relata a brincadeira de um menino de um ano e meio que atirava um carretel de madeira, para longe de sua vista e emitia um som o-o-o-ó e depois o puxava fazendo com que reaparecesse, emitindo o som daaaaá. Essas duas expressões foram associadas às palavras fort e da, respectivamente partir e ali. Freud analisa que o prazer que o menino sentia em jogar o carretel — algo que deveria ser vivido como aflitivo — se devia ao fato que essa brincadeira proporcionava a possibilidade dele trocar a atitude passiva, que ele experimentava quando era deixado por sua mãe, por uma atitude ativa. Freud atribuiu a essa situação uma produção de prazer que advém da pulsão de dominação. O menino também estava exercitando sua independência, sua possibilidade de existência, quando, ao brincar, comunicava à mãe que ela poderia ir, que ele não precisava dela. Lacan retoma essa brincadeira do Fort-da para situá-la em um ponto crucial da constituição do sujeito. Através do jogo surge na criança a possibilidade de superação da condição do desamparo (LACAN, 1953-54, p. 183). O Fort-da é uma metonímia de como nos realizamos na linguagem. O jogo da presença-ausência consagra o momento crucial em que a criança, através de um jogo de simbolização, passa a ser sujeito da ação e se inscreve na linguagem. A criança deixa o lugar de objeto, inerente ao bebê que nasce em uma situação de completa dependência e desamparo, para tornar-se um sujeito falante. A criança se compromete com o sistema linguístico exterior a ele, por esta razão o momento do Fort-da é a entrada do sujeito no simbólico e na cultura. Ou seja, momento da morte da Coisa (das Ding) ou do Objeto, e a instauração da falta no simbólico que institui o desejo: “o símbolo se manifesta inicialmente como assassinato da Coisa, e essa morte constitui no sujeito a eternização de seu desejo” (LACAN, 1953-54).

Os objetos da brincadeira assumem valor de objeto, a causa de desejo. Assim, podem ser qualquer coisa que a criança invista. Por esta razão, o brinquedo é ausência/presença, é a realização do que é desejado e, ao mesmo tempo, a expressão de sua falta. Assim, insere o sujeito na dialética do desejo.

Compreendemos que o jogo não tem uma significação prévia a ser desvelada pelo analista, mas sim faz irromper o significante. É o enlace entre o brincar e a palavra que interessa na clínica. O brincar já é uma interpretação da criança em relação a sua realidade. Não se trata de excluir o brinquedo, mas tratá-lo como significante e não como símbolo. “É que ao tocar, por pouco que seja, na relação do homem com o significante, (...) altera-se o curso de sua história, modificando as amarras de seu ser” (LACAN, 1957).

Entretanto, é importante que o analista não se apresse em dar um sentido de imediato, nem procure prematuramente reconstruir fatos, pois, a área de jogo, tem uma função decisiva por constituir o lugar onde o sujeito se interroga sobre o que ele é. (MANNONI, 1995). Assim, a intervenção do analista deve objetivar o andamento da cadeia significante. As observações do analista não se restringem ao plano da palavra, podem estar inseridas no nível do próprio jogo. Essa articulação abre espaço para se pensar a intervenção não apenas como uma interpretação da brincadeira, mas como uma interferência que acontece na brincadeira. Brincar com a criança, manejar esse brincar criando situações, dificuldades e interferências diversas que possam colocar em exercício a mudança de posição subjetiva da criança, que permita que ela rompa com estilos de comportamento repetitivo em que ela se vê presa.

No CAPSi Eliza Santa Roza, desenvolvemos uma prática clínica que incluía o brincar articulado com esses preceitos teóricos e pensávamos, junto com Freud (1908), que havia mesmo, nesta atividade, uma relação com a arte. A brincadeira nos levou quase que naturalmente a desenvolver um Ateliê de Arte, onde oferecíamos uma multiplicidade de materiais para que as crianças brincassem, criando seus próprios brinquedos. O vídeo como recurso foi fruto tanto do meu interesse em verificar sua aplicabilidade na clínica, como uma curiosidade das crianças por esse recurso que começava a se popularizar. Os celulares mais sofisticados começavam a apresentar a possibilidade de realizar vídeos e fotos, o que causava grande mobilização e atenção das crianças.

Carreteiro tem constatado em suas pesquisas-ação⁴¹, o grande apelo que o vídeo exerce aos jovens e adolescentes. A pesquisadora não utiliza o vídeo apenas como um recurso de armazenamento, para resguardar as informações das entrevistas, onde dados e impressões serão coletados; ela também trabalha com o material filmado, analisando-o cuidadosamente e fazendo relações que compreendem não só a pesquisa em si, mas também a relação que se pode verificar dos entrevistados com as imagens e depoimentos filmados, além de incluir

⁴¹ É uma metodologia usada pela psicossociologia que enfatiza o processo grupal e considera que o saber dos participantes da investigação pode ser transformado, clarificado e reelaborado.

proposições acerca do próprio recurso filmico, não como um dado a mais, mas como uma investigação que parece correr paralelamente, pois trata de outro interesse que se relaciona com a imagem, o vídeo e os efeitos de subjetivação que advém desse recurso (CARRETEIRO, 2009).

Neste mesmo texto a autora pondera sobre o fato de que as potencialidades do vídeo podem se mostrar em seu avesso, e que ele “pode ser empregado em várias acepções, desde aquelas que reforçam a visibilidade e fragilizam qualquer forma de interioridade, até as que o concebem como um dispositivo potente, auxiliando no aprofundamento reflexivo de uma determinada temática” e se coloca na perspectiva ética do segundo uso metodológico deste instrumento.

Carretero et al. (2007), se vale da atração que o áudio visual exerce nos jovens para que a capacidade imaginativa esteja incluída no trabalho e para que novos conteúdos possam surgir. Neste trabalho, o vídeo está presente trazendo a questão do clipe enquanto um paradigma das novas produções da juventude. É apresentada a ideia de que há no vídeo clipe o reflexo de um traço da contemporaneidade, o excesso. Nessa faceta midiática a fronteira entre ser e ter torna-se quase inexistente. Nesta pesquisa, Carretero ousou criar uma oficina em que jovens de 12 a 17 anos, moradores de Acari, utilizam, eles próprios, o recurso do vídeo para elaborar, investigar e entrevistar sobre o tema juventude e trabalho.

O inesperado acontece quando uma câmera foi disponibilizada para três jovens que poderiam fazer uso dela da maneira que mais lhes aprouvesse. Eles fizeram um videoclipe onde interpretavam a música “Toxicity”, da banda “System of a Down”. A autora realiza uma análise bastante ampla da criação desse vídeo, onde está presente a questão do clipe enquanto um paradigma das novas produções da juventude. O clipe criado pelos jovens proporcionou a eles que saíssem “imaginariamente da franja de exclusão social da qual fazem parte”. Assim se sentiram pertencendo ao mundo, como também, provaram um pouco do que é “ser artista”, mesmo que de forma imaginária. Mas talvez não exista outra forma mesmo de se sentir um artista nesse viés da contemporaneidade que iguala artista a celebridade. Certamente eles puderam operar essa vivência com criatividade e humor, pois, como nos conta a leitura do texto, eles brincam com a precariedade do clipe dentro do próprio clipe, na comparação com o clipe da banda “System of a Down”; inclusive usando o significante “falta” para falar do que eles não têm: guitarra, microfone e muita coisa. Carretero assinala que só não faltou criatividade. Mesmo assim se pergunta se o que aconteceu pode ser colocado na conta de uma reflexão que pudesse realmente causar uma ressignificação nos jovens ou se foi apenas uma forma de escape. Ao menos, podemos pensar que se tratou de uma elaboração e que esta se

utilizou do humor. Há uma quebra operada nessa dramatização quando eles, ao invés de imitar a banda seriamente, brincaram, trazendo de forma satírica a banda para o universo deles. De certa forma, uma desmistificação é produzida quando a banda pode ser objeto de brincadeira e eles estão à altura de realizar esse feito. Além do que, a própria condição econômica desfavorável deixa de ser algo da ordem do sofrimento, para virar motor para a criação.

Podemos dizer então que, não de forma ingênua e nem desavisada, Carreteiro e sua equipe vem apostando no vídeo como um veículo potente em suas pesquisas-ação e retirando dessa experiência sempre mais do que premeditavam. Ela opera com os inesperados acontecimentos, promovendo uma análise densa e profícua. Essas experiências parecem apostar que a utilização do áudio visual permite uma dinâmica criativa, proporcionando o aprofundamento reflexivo de um tema proposto para que possam surgir novos conteúdos e rupturas de comportamento.

Seguimos uma direção semelhante, mas no nosso caso premeditada, ao oferecer o recurso midiático para uma criança que era tratada no CAPSi Eliza Santa Roza.

3.1.2.1 *Pulando o muro*

A primeira experiência criativa que fizemos com vídeo no CAPSi Eliza Santa Roza, foi a realização de algumas filmagens com um cliente que fazia uso abusivo de drogas. Era um menino de treze anos, bastante difícil, desafiador, que gostava de tentar nos assustar. Fazia muita confusão no serviço, quebrando portas, subindo no telhado, desafiando o segurança, etc.

Quando Ênio, nome fictício, chegou à unidade já estava morando em um abrigo que o trouxe para tratamento. Ele tinha família. Seu abrigamento ocorreu pela tentativa de afastá-lo das ruas, não só para que a oferta de drogas não fosse muito intensa, mas também porque na comunidade que ele vivia a milícia era a força dominante e o ameaçava por seu envolvimento com as drogas.

Sua família era constituída por um pai, uma mãe e, atualmente, só um irmão mais novo. O irmão mais velho envolveu-se com o tráfico e acabou morto em um tiroteio entre facções, pelo domínio de um território em outra comunidade. Esse irmão havia sido uma forte referência para Ênio, que não tinha no pai um modelo que o satisfizesse. Os pais vieram do norte, eram muito simples e humildes, com baixíssima escolaridade. Ênio se destacava, era inteligente, argumentava bem, era esperto. A morte do irmão havia inserido uma marca no

menino que o dividia de forma radical, ao mesmo tempo em que queria ser policial para matar os traficantes que mataram seu irmão, também queria ser do tráfico e seguir o exemplo deste.

Os pais eram frágeis, na possibilidade de exercer a função parental. Enquanto a mãe seguia atendendo as demandas de Ênio de forma subserviente, como se fossem ordens, o pai era muito ausente, trabalhava o dia inteiro, sobrava pouco tempo para a família. Afora as condições sociais, o pai possuía uma personalidade bastante despotencializada, tanto pela vida que sempre levou com profundas dificuldades econômicas e pouco acesso a educação e cultura, como também por sua própria estrutura familiar. Quando criança, sua relação com seu pai havia sido bastante difícil. Diferentemente dele, seu pai era extremamente severo e violento. Provavelmente, por esta razão, o pai de Ênio recusava para si qualquer ato mais rigoroso, escapando assim de uma identificação com seu próprio pai.

O trabalho desenvolvido no caso, pautado em relação a Ênio, principalmente, no respeito a suas decisões e escolhas em relação a sua vida e ao seu tratamento; respeito e liberdade que não o eximiam da responsabilidade sobre elas. Em seu primeiro dia no CAPSi, acostumado com o fato de que as instituições sempre estiveram em sua vida para cerceá-lo ou obriga-lo a seguir certos ensinamentos, sem escutá-lo em suas aspirações, desejos e dificuldades, Ênio entrou na sala em que eu estava e disse que não queria ficar ali, que iria embora, fugir para rua. Pedi que o “educador”, como era chamado o funcionário do abrigo que acompanhava as crianças, saísse da sala. Ênio voltou a dizer a mesma coisa, e eu respondi que ele não teria nenhuma obrigação de se tratar no CAPSi e nem comigo, e que nosso serviço era aberto. Mas se ele quisesse ficar e conversar eu estaria ali para ouvi-lo. Ênio saiu da sala, deixando a porta aberta; passou pelo portão da unidade, andou um pouco pela rua e quando descobriu que ninguém vinha atrás dele, voltou. Foi a partir dessa escolha que ele fez, de retornar a minha sala, que entendi que havia uma brecha para que o tratamento se estabelecesse. Em vários outros momentos, quando Ênio estava fugido de casa ou do abrigo, morando pela rua, ele comparecia ao tratamento.

Durante o tempo que tratei de Ênio, ele oscilou entre morar no abrigo, em casa e na rua. Houve um período, quando a situação piorou muito, que ele começou a fazer furtos. Foi preso no Padre Severino, uma instituição para menores infratores, a mando do juiz.

O tratamento de criança é interinstitucional por natureza. No mínimo a criança traz consigo mais duas instituições, a família e a escola. No caso de Ênio, a situação era mais complexa, não se restringia somente a uma intervenção clínica com ele, a clínica necessária, era a “clínica ampliada”, onde são necessárias intervenções em várias instâncias e instituições. Foram realizadas reuniões com o abrigo, com a justiça, com o conselho tutelar e o

acompanhamento familiar. Foi bastante difícil traçar uma direção em meio a uma diversidade de olhares que têm diferentes inserções. Mas foi indispensável essa aproximação. Era preciso trabalhar a forma engessada e disciplinar presente no abrigo, a rigidez da justiça, a despotencialização dos pais e o nosso despreparo com as situações de abuso de drogas que estavam começando a chegar ao CAPSi.

O uso de drogas neste caso estava relacionado ao sofrimento psíquico. É nesse momento que a saúde mental é chamada a atuar. O tratamento no CAPSi Eliza Santa Roza, segue a direção de entender a droga como um sintoma e se propõe a escutar que tipo de relação cada sujeito estabelece com ela.

A droga, na infância e na adolescência, oferece problemas adicionais que não estão ligados apenas ao tabu, que muitas vezes impede o poder público de defender a redução de danos como forma de tratamento, visto que a elas qualquer quantidade ou qualidade de substância, tanto as lícitas quanto as ilícitas, é proibida. Na criança e no adolescente ainda não está estruturada, em sua forma final, a capacidade crítica e o discernimento. Nesta fase do desenvolvimento, a estrutura física, orgânica e psíquica ainda está em formação, o que interfere de forma mais substancial na possibilidade de posicionamento e discernimento. Por outro lado, a criminalização tem condenado à marginalização ou mesmo causado a morte de crianças na mais tenra idade.

De acordo com pesquisa desenvolvida pelo IETS (Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2002), por encomenda da OIT, (Organização Internacional do Trabalho) intitulada "O Emprego de Crianças e Adolescentes no Tráfico de Drogas na Cidade do RJ", entram para o tráfico de drogas no Rio de Janeiro crianças a partir de oito anos. Esta pesquisa demonstrou que 2,5% dos jovens entrevistados começaram a trabalhar no tráfico com esta idade e 5% aos nove anos e ainda que 67,5% dos adolescentes até dezoito anos que foram entrevistados entraram para o tráfico de drogas até os treze anos de idade⁴².

Os jovens que pertencem a essas organizações sofrem e são coadjuvantes de uma violência cruel e avassaladora. Eles vivem sem futuro, o momento presente é o único que é certo. Sabem que vão morrer ou em uma disputa de território, por um 'vacilo' qualquer ou por ação da polícia (FEFFERMANN, 2006).

A experiência de escutar Ênio de modo singular foi um exercício importante. Foi preciso suportar ouvir como e de que forma ele foi atravessado pela relação com as drogas, mantendo-me sem julga-lo a partir de um ideal social, nem assumir uma atitude

⁴² Informação adquirida em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u29703.shtml> acesso em 23 de Novembro de 2014.

condescendente de justifica-lo por sua condição de excluído social e carente, mas de interrogar sua posição de sujeito frente aquilo que o determina, convocando-o a responder com seu desejo e não mais como assujeitado.

A adolescência traz muitos impasses, há um corpo super sexualizado, um imaginário social que afirma ser o momento do gozo, da possibilidade de ganhar o mundo e ao mesmo tempo uma exigência de que o jovem se desenvolva e se afirme socialmente. O jovem se lança para experimentar seu corpo e sua potência de forma criativa e perigosa, o qual precisa afirmar. As fragilidades, sinônimo de desvalor, são descartadas. A experimentação do perigo ganha lugar principal. Entretanto, para os jovens ricos, esse momento é geralmente provisório e os excessos são tratados através de instituições que se encarregam de dar apoio e amparo, desde a família até um terapeuta ou advogado, dependendo da circunstância. Para os jovens de camadas sociais mais pobres, que também passam por este momento, as consequências podem ser mais duradouras. Principalmente por duas condições, a primeira é a proximidade com o tráfico que pode oferecer não só a adrenalina que esse jovem anseia, mas também o prestígio e ganhos materiais. Em nossa sociedade capitalista, integração social significa poder consumir bens que, pelos meios tradicionais de estudo e trabalho, só seriam alcançados por essa camada da população mais tardiamente e só com dedicação extrema, pois é necessário furar a estratificação social. A outra condição diz respeito às instituições que são colocadas para intervir. O jovem, menos favorecido, terá em seu encalço a polícia, as internações compulsórias, o conselho tutelar, e outras instituições disciplinadoras que, em muitos casos agem de forma extremamente violenta. Há também as instituições que oferecem benefícios sociais, mas que além de oferecerem auxílio muito aquém do que realmente seria razoável, muitas vezes podem provocar marcas psíquicas de desvalor. Assim, percebemos que o jovem que possui essa inserção acaba sendo relegado a um lugar de ausência de pertencimento institucional positivo. (CARRETEIRO, 2010).

No caso de Ênio, o CAPSi era a instituição pública chamada ao cuidado. Éramos o lugar de tratamento que precisava estar atento para manejar as diversas instituições convocadas a atuar e ao mesmo tempo, assegurar para ele um espaço de elaboração. O desafio seria fazer do CAPSi um local de pertencimento institucional positivo.

A redução de danos é um método de tratamento das pessoas que estão em abuso de drogas elaborado pelo Ministério da Saúde, surgido a partir da preocupação do governo com o aumento de casos de HIV/AIDS na década de 1980. A distribuição de seringas e outros equipamentos para o consumo de drogas tem a intenção de que eles sejam individualizados,

reduzindo assim, o contágio das doenças transmissíveis por sangue e saliva, quer dizer, visa não só a AIDS, mas também a hepatite, tuberculose e outras. A ideia é de que “se não é possível livrar o mundo das drogas, é melhor aprender a conviver com elas e ensinar as pessoas a usar essas substâncias com o máximo de segurança possível” (GORGULHO, 2004). A estratégia de Redução de Danos (RD) foi introduzida como política pública de saúde e educação no Brasil e em outros países como: Holanda, Canadá, Suíça, Inglaterra e Austrália, baseado na V Conferência Internacional de Redução de Danos em Toronto (MARLATT, 1999, p. 39).

As estratégias da RD, incluem a capacidade de compreender, decidir e abordar a questão pelos próprios usuários, isto é, fortalece a autonomia individual. Para isso as informações que são apresentadas aos usuários de drogas não podem ser maniqueístas e alarmistas, precisam ser calcadas em pesquisas científicas, e serem debatidas claramente e livremente, escapando do aspecto moralista e dando voz ao usuário. Valorizar a participação reflexiva e a promoção do autocuidado é uma estratégia que se baseia no fato de que o uso de substância psicotrópica ocorre longe do alcance dos adultos e responsáveis, assim é imprescindível que o próprio sujeito tenha construído sua visão crítica e autonomia para lidar com a realidade que enfrentam, inclusive porque a droga está presente na vida dos jovens, sendo eles usuários ou não (PASSOS, 2010).

A saúde pública, com a Redução de Danos escapa do imobilismo ao romper com o lema dos Alcoólicos Anônimos: “se você quer parar de usar drogas o problema é nosso, se você quer continuar usando drogas o problema é seu” e introduz a questão ética de que o cidadão/cidadã que quer continuar usando drogas continua sendo responsabilidade do Estado. (PASSOS, 2010).

Nesta direção, os Agentes Redutores de Danos não ficam esperando que ocorra uma demanda por tratamento em sua unidade de saúde, eles são ativos em suas inserções, frequentando os lugares onde há uso e abuso de drogas, oferecendo escuta e troca franca sobre o tema, além de suporte, caso haja demanda para isso. A não obrigatoriedade da abstinência também coloca em jogo a questão da liberdade, invertendo seu lugar na equação. A liberdade não é poder se drogar o tempo inteiro sem restrição, liberdade é a não dependência, esta sim aprisiona. Assim, o protagonismo e a autonomia são cruciais para esse projeto (PASSOS, 2010).

A conversa franca e aberta, onde um profissional escuta o que aquela criança tem a dizer sobre sua relação com a droga, tem sido uma direção interessante e eficaz, mas é preciso suportar ouvir, que para muitas delas, faltam motivos para que queiram que o futuro

lhes chegue. Elas demonstram muitas vezes, uma total inversão dos valores vigentes em nossa sociedade. Não é raro ouvirmos que, ao contrário do que a maioria das pessoas costuma pensar, a droga é o que as mantêm vivas, o único prazer que têm na vida. Essa dura afirmativa nos faz perceber que não é possível centrar apenas na saúde do modelo tradicional, o tratamento de crianças usuárias de drogas. Essa problemática só poderá ser trabalhada na intersectorialidade, com a participação da assistência social, da educação, da cultura, esporte e lazer.

O Ateliê de arte, que começamos a realizar no CAPSi, tinha a característica de ser um espaço para a criação artística sob o olhar e escuta clínica, que nos permitia favorecer a multiplicidade de linguagens. O Ateliê tinha como mote o oferecimento para que os clientes pudessem falar do que os faz sofrer e também uma nova maneira de nós escutarmos suas angústias. Oferecia dupla incidência, trabalhando através da arte e do vídeo a subjetividade de seus criadores/autores/cineastas, (clientes), e é prazeroso, podendo substituir outros prazeres menos benéficos como os conseguidos através do uso e abuso de drogas.

Ênio gostava muito de utilizar o recurso do vídeo. Fez algumas experimentações dramáticas, onde interpretava bandidos e caras maus. Nestes momentos ele podia exercitar sua potência adolescente tão valorizada sem se colocar em risco real.

Houve um vídeo que foi especialmente marcante. O CAPSi Eliza, é um serviço construído em uma casa dentro da Colônia Juliano Moreira, que provavelmente, havia sido uma enfermaria. O pé direito é muito alto, por isso alguns espaços são separados por divisórias, feitas de alvenaria, que não atingem o teto. São como muros. Essa arquitetura foi material de trabalho psíquico para esse menino. Certa vez ele começou a fazer bolinhas de sabão e a brincar de fazê-las pular esse “muro” e pediu que eu capturasse as imagens. Foi surpreendente o fato de este menino ficar tão dedicado e participativo nessa atividade de filmagem que durou o dia todo, contribuindo e interferindo com várias opções de posicionamento de câmera e enquadramentos. Normalmente ele se dispersava entre as atividades que estavam acontecendo no serviço, sem aderir a nenhuma delas de forma mais atenta e dedicada e, muitas vezes, a forma de participar era tentando, de alguma forma, atrapalhar e causar confusão com as outras crianças. Entretanto, nessa filmagem, ele dirigia a cena fazendo as bolinhas de sabão ultrapassarem o muro. Soprava um círculo de plástico molhado em detergente para formar as bolinhas e depois ficava soprando a bolinha que flutuava no ar para que subisse e passasse para o outro lado do muro. Após soprar, ele corria para ver pelo outro lado a bolinha chegando. Era uma brincadeira bastante pueril para um menino que em vários momentos se mostrava tão agressivo. Já havíamos aprendido com ele

que “pular muro” fazia parte do cotidiano de sua vida. Ele pulava muro para fazer “ganhos”, para comprar drogas, ele pulava o muro para fugir de casa, do abrigo e da detenção para menores.

Um tempo depois, esse menino quebrou o pé ao pular um desses muros que se apresentam em sua realidade e apareceu no serviço com o pé engessado. Procurou-me para que fôssemos à sala em que havíamos feito a filmagem da bolinha de sabão. Subiu e sentou em cima da mesma parede e me disse: “meu pé estourou como bolinha de sabão”. Depois quis ser filmado com o pé engessado, sentado no muro e chorando de dor. Podemos pensar essa construção filmica sob múltiplos enquadres que se verificam, inclusive, antagônicos. Na linguagem popular, usamos a expressão ‘pular o muro’ para descrever uma transgressão. Seguindo essa direção, poderíamos dizer que se trata de um menino sem limites e que precisaria ser educado e enquadrado. Mas por outro lado e, principalmente porque sua história de vida nos proporcionou um entendimento menos simplório, vemos que o que não faltou na vida deste menino foram limites; sua vida era totalmente limitada, não só pela sua escravidão às drogas. Ênio vive limitado em suas potencialidades, ele tem pouca chance de se desenvolver profissionalmente, mesmo sendo muito inteligente, já que não lhe são oferecidas escolas que possam cumprir a tarefa de prepara-lo de forma realmente competitiva, como outras instituições de ensino destinadas aos jovens da classe social alta. Ele também tem limitado o seu desenvolvimento artístico e cultural, pois o acesso a atividades que pudessem lhe indicar esse caminho são bastante reduzidas, tanto em quantidade, como em qualidade e facilidade de acesso. Mesmo a sua capacidade de troca afetiva está corrompida, pois os acontecimentos dramáticos ocorridos na família, como a morte do irmão em circunstâncias trágicas, a pouca proximidade com o pai e a atitude subserviente da mãe, somados ao fato de morarem em área de risco, abala de forma negativa o ambiente familiar que se mantém sem um mínimo de harmonia e aconchego que são indispensáveis para que um jovem adolescente possa se desenvolver satisfatoriamente.

Um fato não nos pode escapar, ao pedir para que registrássemos em vídeo seu pé quebrado e seu choro de dor, embora interpretado, ele estava fixando esse momento que significou punição por seus atos, o que pode sugerir um pedido de corte em suas transgressões.

Pular muro é uma expressão que corriqueiramente significa ultrapassar certo limite que não deveria ter sido ultrapassado; uma traição, uma escapada das regras que impunham certo modo de comportamento aceitável. De alguma forma, quebrar normas é deixar que se realize um desejo socialmente proibido. O social que nos humaniza pode ser

também uma barreira para que alcancemos nossos objetivos. Pular muro, para Ênio, seria então a sua única alternativa? E significaria estar contra o social e ser um delinquente? E no seu caso, justificadamente um delinquente? Já que lhe foram negadas as condições mínimas para se tornar um cidadão apto a estabelecer uma relação de troca social produtiva? Pensamos que não ajuda para considerarmos o caso, lançarmos mão da culpabilização e nem da vitimização de Ênio, e sim o escutarmos como sujeito responsável por suas escolhas a partir da realidade que foi esculpida. Seguimos a aposta de que como sujeito ele não é apenas efeito das circunstâncias e que pode influenciar o seu meio social e familiar, como também mudar sua posição subjetiva frente à vida.

A bolinha de sabão que pula o muro pode ter o sentido deste enquadre, mais do que transgredir normas, ela pode estar revelando o desejo de ir além do que lhe foi imposto. Ter liberdade, fugir da prisão em que se encontra, poder ser ativo em sua vida e assim transformá-la. O fato de que ‘pular o muro’ tenha sido objeto de uma criação artística, indica que já há uma elaboração psíquica sendo efetuada a esse respeito, já está sendo possível um certo deslocamento da realidade factual como algo imutável.

Freud desenvolve em alguns textos a questão da realidade, no que diz respeito à realidade que comparece na arte, reconhecendo haver uma aproximação desta com a realidade que interessa à psicanálise. Ambas apresentam relação com a fantasia e, portanto, se vinculam ao desejo do sujeito. O desejo é a pulsão que foi enquadrada, emoldurada por uma determinada fantasia, ou seja, todo desejo é fundado na fantasia. Na arte encontramos a realidade psíquica estruturada pelo desejo inconsciente. Entretanto, Freud (1910), ressalta haver certa distância na concepção de realidade por essas duas óticas, ao tratar o recurso estético como um elemento que distorce a realidade, não a apresentando ‘tal como é’ (FREUD, 1910, pg. 149). A necessidade de proporcionar prazer contaminaria a obra. A ciência seria então mais idônea para reproduzir a ‘essência da realidade’, embora seu trato seja mais tosco e proporcione menos prazer (FREUD, 1910 pg. 149). Nessa mesma direção, no texto “O Mal Estar na civilização”, há uma equiparação da arte à consolação fugidia, contrária à prática cirúrgica da psicanálise, esta sim estaria a serviço da realidade. Entretanto, por outro lado, nesse mesmo escrito, quando Freud relata que a arte oferece ‘satisfações substitutivas’ que são ilusões, em contraste com a realidade, ressalta que essas ilusões, graças ao papel que a fantasia assumiu na vida mental, não se revelam ‘menos eficazes psiquicamente’ (FREUD, 1930. p. 93). De toda forma, Freud sustenta que os dons artísticos podem favorecer com que, ao invés de sintomas, uma pessoa possa produzir a partir de suas fantasias, arte. E, através da arte realizar seus desejos no registro da imaginação e desta forma,

ao invés de se instalar a neurose, pode-se reatar ligações com a realidade (FREUD, 1911a e 1925).

Ênio, através do seu vídeo, virou bolinha de sabão e flutuou, ultrapassando os limites que sua condição social impunha. Uma das cenas que compõe o vídeo que ele fez questão de filmar, foi uma bola de sabão grande com seu próprio rosto atrás, o que dava a impressão de que ele estava dentro da bola. Esta foi uma das cenas mais difíceis de ser realizada. Eram muitas variáveis, a bolinha nem sempre ia para onde queríamos, além de ter tamanho grande e não estourar antes que ele conseguisse se colocar atrás dela. Foi extremamente interessante, ver um menino que normalmente tinha um temperamento difícil e inquieto, tão empenhado em realizar esta cena, inclusive obedecendo às orientações de onde e como se colocar em relação a câmera, para conseguir o efeito desejado. Esta filmagem refletiu mais um momento em que seu caráter transgressor sucumbiu. Desta vez, não mais através da demonstração da dor, mas pelo interesse que a atividade artística que ele desenvolvia lhe causava. Podemos pensar também, que o vídeo faz essa função da bolinha de sabão, pois é capaz de levar uma imagem para viajar para bem longe. Dando asas às suas ideias.

Outro ponto relevante no vídeo “Pulando o Muro”, é a presença da fragilidade. Uma bolinha de sabão é delicada, vulnerável, efêmera. Esses meninos que vivem entre instituições e a rua se machucam muito ao desafiar a vida... E muitos morrem. Ser bolinha de sabão é ser frágil, mas também é poder voar. Essa filmagem, mais do que ser um testemunho, possibilitou o voo de ultrapassagem de uma vida marcada pelo sofrimento à delicadeza da poesia imagética. A arte libertadora pôde tirá-lo do chão e colocá-lo além do muro cerceador de sonhos.

Muita coisa aconteceu nesse caso, apenas me detive nas questões relativas ao vídeo, mas devo ao leitor uma notícia sobre esse menino que agora já é um rapaz. Ele continua se tratando no CAPSi Eliza, fez grandes progressos em sua maneira de estar na vida e lembra com carinho dos momentos que passou criando seus vídeos comigo.

3.2 PRODUÇÃO

3.2.1 O Cenário

3.2.1.1 *Plano geral*

O CAPS Rubens Corrêa, cenário onde foi desenvolvido o Ateliê de Imagem, pertence ao campo público da saúde mental do Rio de Janeiro, conforme situado no primeiro capítulo da tese. Na época do início da pesquisa, em 2010, não havia ainda uma Superintendência de Saúde Mental e sim, uma Coordenação em Saúde Mental vinculada a SubPAV, estando os CAPS, juntos com a Atenção Básica e coordenados pela CAP 3.3 (Coordenação de Área Programática 3.3).

Os CAPS, nesta época, mantinham a proximidade com a Atenção Básica, o que favorecia a clínica psicossocial na ponta. A rede funcionava mais articulada, compartilhando casos e organizando o fluxo.

O maciço investimento na criação das clínicas da família, direcionou a atenção para a saúde, para a camada mais necessitada da população. Entretanto, esse ideário acabou por plantar a ilusão de que com a expansão da estratégia da saúde da família, os CAPS seriam desnecessários e os recursos para este serviço foram minguando paulatinamente. O argumento oferecido se pautava em que os CAPS não haviam sido capazes de cumprir o mandato que a Reforma Psiquiátrica lhes havia outorgado, de serem substitutivos ao manicômio e estratégicos em sua função de articuladores da rede de saúde mental no território. Entretanto, não se levava em consideração o fato de que não estavam sendo seguidas as orientações da portaria 336⁴³, sobre a relação numérica entre quantidade de CAPS e número de habitantes, nem em relação à formação da equipe.

O Rubens Corrêa, o primeiro CAPS criado no Rio de Janeiro, e por esta razão, uma espécie de ícone da Reforma Psiquiátrica, passava por um momento bastante difícil que ia além das dificuldades de infraestrutura. A direção clínica estava precisando de uma reorientação.

⁴³ A Portaria N° 336 – de 19 de Fevereiro de 2002 Estabelece e define os Centros de Atenção Psicossocial constituídos nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo.php?id=603>

Após uma reunião na Coordenação de Saúde Mental com os supervisores⁴⁴ de saúde mental, foi decidido que esse CAPS sofreria alterações significativas em seu quadro gestor. Compreendeu-se a necessidade de entrada de novos profissionais em posições estratégicas naquela instituição para tentar promover mudanças em seu funcionamento que restava cristalizado. A equipe trabalhava de forma alienada, não se posicionando de forma crítica ao que estava instituído e, sem uma posição autônoma acabavam limitados na função instituinte que é a que dá vida e criatividade a uma instituição. O imaginário reinante corroborava para que esta equipe não reconhecesse sua autoria no que estava sendo produzido (BARUS-MICHEL; ENRIQUEZ; LÉVY, 2005).

Em Novembro de 2010, a pedido da Coordenação de Saúde Mental, eu, Patrícia Guimarães e Luciano Elia, fomos nomeados, respectivamente, como coordenadora técnica, diretora e supervisor, para ajudar a operar uma reformulação clínico-institucional nesta unidade.

3.2.1.2 *Plano médio*

Como dissemos, o CAPS Rubens Corrêa estava descaracterizado em suas funções e mandato de um CAPS. Os CAPS como substitutos ao manicômio devem oferecer tratamento de base territorial em dispositivos prioritariamente coletivos, à clientela de saúde mental que apresente sofrimento mental intenso e persistente e laços sociais reduzidos ou mesmo rompidos que necessitem da complexidade que a atenção psicossocial em equipe interdisciplinar, pode oferecer. A clientela cadastrada no CAPS é muito superior a preconizada pela portaria 336, o serviço é referência para uma base territorial que conta com mais de 500.000 habitantes, e possuía cadastrados quase 500 pacientes. Entretanto o serviço estava desvitalizado e com pouca frequência diária.

De acordo com Kaës (1991), no texto Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições, um dos sofrimentos psíquicos presentes na instituição está ligado aos entraves para a realização da tarefa primária. Nos CAPS, a tarefa primária é tratar, dentro da lógica psicossocial, os pacientes que chegam em intenso e persistente sofrimento psíquico. O

⁴⁴ Cada CAPS tem um supervisor clínico institucional que vai ao serviço semanalmente para ajudar a pensar questões ligadas a clínica e a instituição e traçar direções para os impasses. Estes mesmos supervisores, nesta época, estavam passando a serem também supervisores de território, isto é, dando apoio para se ampliar a lógica psicossocial não só nos CAPS, mas também em todas as outras unidades que compõem a rede de atenção em saúde mental.

adoecimento psíquico das equipes de saúde mental tem profunda ligação com a falta de estrutura para que essa tarefa seja realizada a contento.

A instituição CAPS Rubens Corrêa, estava precisando de reformulação. Segundo Carreiro (1993), as instituições se nutrem de criar e recriar lugar de participação. Porém, é necessário dar lugar à imaginação para que o indivíduo possa se colocar de forma autônoma e criativa. Entretanto, a equipe do CAPS não mais se sentia potencializada e nem se mantinha compartilhando ideais. Havia adquirido a postura de heteronomia⁴⁵. Era preciso descongelar a criatividade e a autonomia no trabalho, para que as atividades grupais que eram desenvolvidas no CAPS se tornassem efetivamente clínicas. O CAPS, por atender uma clientela muito grave, necessita que outros dispositivos que não os ambulatoriais sejam criados. As oficinas e Ateliês são dispositivos que têm tido grande eficácia para o tratamento quando desenvolvidos de forma clínica e com princípios éticos, onde o paciente seja escutado e colocado em trabalho psicossocial.

3.2.1.3 *O Grupo em foco*

Um dos pontos principais da reformulação a ser posta em prática, se relacionava justamente com a questão dos dispositivos clínicos coletivos. Todas as formas de atendimento aos clientes nessa unidade haviam se resumido aos “grupos de referência”. Esses grupos haviam sido criados a partir de algumas dificuldades pelas quais o CAPS estava passando, dificuldades não muito diferentes das quais outros CAPS no Rio de Janeiro também passam, principalmente, a tarefa de oferecer tratamento a uma clientela extremamente grave e em número elevado, sem que haja uma estrutura de pessoal e física condizentes com essa demanda.

O Grupo de referência, que foi a resposta encontrada pela equipe para lidar com as dificuldades que enfrentavam, se resumia em ser uma reunião semanal em uma sala entre um ou dois técnicos com os seus pacientes, para conversar e entregar a medicação. Esse dispositivo que tinha a intenção de resolver a superlotação do CAPS e trabalhar a desmedicalização acabou por excluir do espaço de tratamento, exatamente a clientela mais grave, já que ela não se adequava a esse formato. Uma pessoa em intenso sofrimento mental, que pode estar acometido por delírios e alucinações, se sentindo invadido, em estado

⁴⁵ Carreiro, seguindo as ideias de Castoriadis, conceitua a heteronomia com o que se relaciona com um conjunto de regras e forças que reproduzem e sustentam os valores de uma ordem instituída. Autonomia, embora conviva com a heteronomia, ou a suceda em certo nível, atua como espaço de criação.

persecutório, com pensamentos confusos, tem grande dificuldade de suportar se sentar em um círculo com outros vários e conversar de forma organizada, como o dispositivo pedia, sobre suas questões. Para agravar ainda mais a ineficiência desses grupos, com o tempo eles acabaram se referenciando mais a um horário do que a um técnico ou a um coletivo. Assim, quando um técnico de referência, por ventura, precisava mudar seu dia de trabalho, o grupo permanecia e os pacientes tinham que se adaptar a outro técnico, que assumia aquele horário sem que conhecesse as histórias clínicas e de vida desses pacientes. No final das contas, a maioria dos pacientes não sabia mais quem era sua referência no CAPS e o próprio CAPS deixou de ser uma referência de lugar de escuta e tratamento para eles. Sob a justificativa da superlotação restringiu-se o trabalho clínico ao marco zero. A homogeneização de um único dispositivo de atenção, apenas (o do grupo de referência), o mesmo para todos, se mostrava a cada dia mais contrário a toda e qualquer diretriz da atenção psicossocial.

Concordando, que formar grupo é uma maneira de incluir o laço social na vida das pessoas, já que o grupo tem caráter civilizatório e protege o indivíduo ao dar contorno às pulsões, a convivência com outras pessoas oferece um limite ao gozo desenfreado e ao egoísmo humano. Ou seja, ao mesmo tempo em que protege a pessoa de si mesmo, do impulso de um gozo mortífero e incessante, dando um continente que refreia a pulsão, também favorece que se estabeleça a relação de trocas sociais, a solidariedade e o amor (ENRIQUEZ, 1990). Claro que sempre estarão presentes as diferenças, as comparações e as disputas humanas. O outro protege, mas também assusta e incita. Entretanto, o grupo possibilita que haja o compartilhamento de um projeto em comum.

A utilização do dispositivo “grupo terapêutico”, tem sido questionada pela psicanálise. Uma das razões se refere ao grupo ter como premissa a referência de seus membros a um líder, que assume o lugar de ideal do eu para todos, o que promove o laço social pela relação imaginária que provoca. A exterioridade do líder determina a coesão do grupo, fornecendo a ilusão de uma completude perdida e a busca por esse ideal (FREUD, 1921a). As relações imaginárias em que o grupo que se apoia desta maneira, pode favorecer a obliterar o sujeito, já que nessas circunstâncias a diferença subjetiva ficaria excluída.

Outro fator ao qual que precisamos estar atentos quando pensamos em utilizar o dispositivo grupal, é o fato de que muitos lugares de tratamento formam seus grupos pela identificação a um sintoma. Grupos de alcoólatras, de anoréxicos, bulímicos, deprimidos, etc. Para a psicanálise esse tipo de dispositivo traz o desafio de garantir uma escuta que esteja em conformidade com sua ética (RINALDI, 1996). A ética de sustentar o lugar do desejo inconsciente e que se apresenta na diferença singular de cada sujeito. Furar o grupo formado a

partir da premissa da identificação imaginária e sustentar uma escuta que se orienta para a singularidade, o um a um que se esconde em meio a uma miscelânea de discursos colados e amalgamados. Enfim, desatar ao invés de reforçar a alienação do grupo em um sintoma. E mesmo assim, conseguir manter essas pessoas que se apresentam e são acolhidas como díspares em um mesmo espaço e compartilhando o mesmo dispositivo.

A clínica da psicose nos ensina que essa estrutura psíquica tem grande dificuldade de estabelecer laço social e de se reconhecer como pertencente a um grupo. O agrupamento é sustentado pela fantasia compartilhada em torno da busca por um objeto, que viria suplantar a falta, circunstância que não comparece na psicose. As identificações simbólicas estão vetadas pela forclusão do nome-do-pai, assim não é possível a formação de grupos referenciados a um ideal do eu. Um coletivo clínico criado para tratar de psicóticos precisa suportar a idiosincrasia inerente a cada um dos participantes e incluí-la no trabalho. Exatamente pela dificuldade de que haja uma identificação a partir do sintoma unificante, já que a psicose se apresenta de forma muito particular em cada sujeito psicótico, inclusive costuma-se sustentar na psicanálise que o que há são “As psicoses” (SOUZA, N. S.1991). O risco que o coletivo se desfça, que não se sustente, é constante. Esse trabalho se apresenta ao técnico, que maneja com sua clínica e com a transferência que lhe é dirigida. Podemos propor que, estrategicamente, em um momento inicial, se acolha a identificação imaginária monossintomática, mas tendo a intenção de colocá-la em trabalho, produzir furo na identificação alienante a um sintoma (LAURENT, 1998). A ideia é a de que o Ateliê de Imagem possa traçar um roteiro que siga um rumo semelhante ao indicado por Laurent (1998), que o dispositivo escape das identificações imaginárias em que o sintoma toma o lugar do sujeito, e que siga a direção de criar um coletivo, entendendo coletivo como sendo composto por sujeitos singulares.

No Ateliê, procuramos colocar no centro, como significante que nos unia e que nos instituíamos, o vídeo. A intenção de realizar um vídeo era o ponto que compartilhávamos coletivamente. Como cada um contribuía singularmente e, ao mesmo tempo, tecendo articulações com essa premissa coletiva, era um dos pontos de maior riqueza do nosso trabalho. O Ateliê se equilibrava entre a garantia do espaço singular, de escuta não massificadora ou amalgamada em uma identificação imaginária e, ao mesmo tempo, construindo um fazer que adviesse do coletivo.

Giust-Desprairies (1999), em seu livro *L’imaginaire collectif*, propõe uma forma de manejo específico quando se trabalha com grupos. A autora oferece uma maneira de lidar com o risco da identificação imaginária que pode ocorrer nos grupos. Ela se propõe a

reelaborar esta questão, por compreender que é através do grupo que se pode compartilhar, criar laços e desenvolver projetos em comum com criações coletivizadas. A autora não nega que, provavelmente, comparecerá como força intensa o imaginário – que pode destruir a diferença e reforçar a tendência para a alienação que subtrai a singularidade – como também a possibilidade do aparecimento de rivalidades. Entretanto, ao invés de negar o dispositivo do grupo, inclui as diversas facetas, propondo que se trabalhe com essas forças, decompondo-as e desafiando-as, para que elas não impeçam a potencialidade criativa presente. Aproximo esta concepção do deslizamento que propomos de grupo para coletivo. Sendo coletivo o grupo pode não ser sugado pelas armadilhas imaginárias e que possa estar em permanente diferenciação do instituído.

Por sua ineficácia clínica, os “grupos terapêuticos” que vigoravam no CAPS Rubens Corrêa, que estavam instituídos em um formato que não previa nenhuma interferência e mutabilidade, foram se esvaziando na mesma proporção em que a dispensação de medicação foi tomando conta do CAPS, tornando-o uma grande farmácia. Os pacientes quase não frequentavam mais o serviço, não havia necessidade, seus familiares ou mesmo seus conhecidos e vizinhos iam buscar uma quantidade de remédios suficientes para determinado período.

Entendíamos que a tarefa que havíamos recebido da Coordenação de Saúde Mental de promover significativas transformações na forma de funcionamento do CAPS Rubens Corrêa, incluía a formação de coletivos clínico diversos do “grupo de referência”. Essa escolha na direção de trabalho, trazia consigo, o intuito de operar com a tensão inerente à reunião de pacientes que apresentavam singularidades tão radicais e pouco compartilháveis, e que esse manejo produzisse trabalho psíquico. Apostávamos que nosso oferecimento gerasse o retorno dos pacientes ao CAPS, para que o serviço voltasse a ser um lugar estratégico para a atenção psicossocial, que pudesse atender pacientes com transtornos mentais graves em crise ou fora da crise em seu cotidiano.

Precisávamos instaurar formas de cuidado coletivas, como oficinas e Ateliês que não caminhassem na direção do entretenimento, nem no estricto profissionalizante e que também não seguissem um viés educativo ou cognitivo. Isto é, não era o momento de incentivarmos oficinas profissionalizantes que têm na aprendizagem e feitura de um objeto a ser posteriormente comercializado, seu principal intuito.

Há no campo da saúde mental, algumas experiências que ficam na fronteira de serem oficinas para a produção de objetos utilitários vendáveis e ao mesmo tempo objetos

artísticos. O projeto ‘É feito de papel’⁴⁶ ilustra bem essa dicotomia. As oficinas de geração de renda ganharam força a partir do ano 2000, com a preocupação da inserção do usuário de saúde mental no meio social pela produção, pelo trabalho. Essas oficinas não visam à elaboração de conteúdos psíquicos, os efeitos terapêuticos são secundários ao bem estar que produzir, vender e ganhar dinheiro pode ofertar ao sujeito. Efeito que pode ser vinculado ao sentimento de pertencimento que advém da possibilidade de troca com o mundo. Essa vinculação do bem estar com o terapêutico deixa clara a distância dessa atividade com a clínica. Sabemos que um tratamento psíquico produz muitas vezes angústia e sofrimento, traz sentimentos e sensações difíceis e que necessitam de elaboração. Inclusive, a procura pelo tratamento está vinculada a presença de sofrimento mental, de que o sintoma não esteja sendo mais uma solução de compromisso apaziguadora. A pressa em extirpar o sintoma que faz sofrer, pode, ao mesmo tempo, calar o sujeito. Sintoma é pista que precisa ser seguida. Em relação ao bem estar também nos ocorre dizer que, como já vimos em outro artigo, (AUTUORI, 2005), se o bem for uma aspiração de outro sobre um sujeito, que o utiliza baseado em uma pré-concepção de saber sobre a verdade e instituído como tendo o mesmo valor para todos, ele mata o sujeito singular. Sob esse formato, querer o bem para o outro, pode ser uma violência (LACAN, 1959-60), pois resta ao objeto da ação ficar sequestrado na bondade alheia, a qual tem que demonstrar reciprocidade ou se sentindo atropelado, responder de forma agressiva. As relações de produção de trabalho e renda não são fáceis, principalmente na psicose. O mundo neurótico das relações de troca pode exigir ao sujeito psicótico respostas que ele, eventualmente, a depender de sua configuração psíquica, não poderá dar. A forma como as oficinas de geração de renda têm trabalhado com essas dificuldades é que o usuário participante tenha um serviço de referência para ser acionado, caso necessário.

Entretanto, fazer artesanato e utensílios que não são objetos artísticos, pode proporcionar outros ganhos. Nas oficinas de geração de renda, os usuários compartilham a vida fora do discurso médico e também do discurso “psi” e sem pressão, para que haja uma criação artística original. Afinal, seria insuportável e invasivo que todo o lugar que os usuários de saúde mental frequentassem, fosse clínico ou de produção de arte.

O CAPS Rubens Corrêa carecia de dispositivos clínicos coletivos, nossos clientes não se adaptam ao estilo do ambulatório tradicional, suportam por pouco tempo e em

⁴⁶ O Projeto "éfeito de papel" foi desenvolvido pelo Instituto Franco Basaglia, em parceria com a Gerência de Saúde Mental, e apoiado pelo Programa Desenvolvimento & Cidadania Petrobras, 2008 e coordenado por Neli de Almeida. Contou com a implantação de pólos de produção artesanal na rede de saúde mental da Cidade do Rio de Janeiro, para gerar renda para os usuários da rede de CAPS.

momentos específicos, as sessões individuais, que contam apenas com o recurso da fala no tratamento.

Não apenas para dar exemplo na prática da consistência e eficácia dos dispositivos clínicos coletivos em um CAPS, mas também pelo interesse já nutrido pela arte e especificamente pelo vídeo, na interface com a saúde mental, propusemos na reunião da equipe técnica a criação de um Ateliê de Imagem estruturado, como um dispositivo clínico coletivo que tinha o vídeo como ferramenta a ser desenvolvida pelos próprios pacientes. O Ateliê teve seu início em Novembro de 2010, no CAPS Rubens Corrêa, logo depois de eu ter assumido o cargo de coordenadora técnica do serviço. O novo dispositivo aconteceria toda 2ª feira, às 10 horas. Claudio Carvalho, enfermeiro do serviço, se interessou em realizar o dispositivo comigo e se juntou a nós, Juliana, a estagiária do serviço. Combinamos em nos reunir na sala mais ampla e manter a porta aberta para avaliar se haveria interesse por parte dos pacientes na nova atividade.

Nesse início usávamos uma máquina de fotografia do serviço, o meu celular que podia filmar e gravar sons e o meu laptop. Enfim, contávamos com pouquíssima infraestrutura oferecida pelo serviço público para realizar o Ateliê.

Lidar com esse complexo cenário, que apresentava uma multiplicidade de questionamentos e possibilidades de ações e contradições, nos afligia e ao mesmo tempo nos impulsionava a permanecer na inventividade de um dispositivo que não seguisse fórmulas prontas e pré-estipuladas, mas sim, a força da maré. Isto é, deixar que cada momento pudesse ser, através das falas, escutas, manejos, afetos, lembranças, interesses e outras forças inomináveis, originalmente criado. Brotava, neste momento, o rumo a seguir.

3.2.2. Argumento

O que nos animava era o projeto de efetuar uma reformulação clínica institucional no CAPS. Essa posição já impunha ao Ateliê não ser apenas uma oficina terapêutica ou com fins de entretenimento, o cunho clínico era o que lhe daria o norte.

A clínica ampliada da reforma psiquiátrica, foi a que incluiu outros saberes que não só o médico no tratamento dos pacientes, mais do que isso, é a clínica que articula as questões psíquicas com as sociais, que percebe uma interação entre elas. Que trata no território, fazendo rede com as demais instituições que rodeiam a vida de cada paciente. Que visa não só ajudar aos usuários para que possam estabelecer trocas sociais, como também tem o mandato de interferir na sociedade, na intenção de mudar o lugar social da loucura. Nossa

clínica estava afinada com esses princípios reformistas, os quais orientavam nosso trabalho no Ateliê. Entretanto, além deste norte, tínhamos como referência para a nossa clínica a psicanálise. Certamente que não estamos falando da psicanálise estrito senso, aquela que é praticada dentro dos consultórios particulares, mas sim de seus princípios.

Freud (1919), no texto “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica”, visionariamente predisse outra aplicação para a psicanálise no futuro, que não se restringiria nem apenas a uma determinada camada da população e nem ao setting tradicional do consultório particular:

[...] é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose [...] Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. [...] Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. [...] É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; [...] No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (FREUD, 1919. p. 210 e 211)

Coube então, a alguns autores psicanalistas, que adentraram na saúde pública principalmente após a Reforma Psiquiátrica, que abriu espaço para outros saberes que não o estritamente médico, delimitar quais seriam os “ingredientes” que continuariam a afirmar a “psicanálise estrita e não tendenciosa”.

Freud (1905), em seus ensinamentos, se mostrava contrário a utilização da psicanálise no caso de psicoses, entretanto previa que algumas mudanças adequadas poderiam ser operadas para que futuramente essa clínica pudesse ser interessante para outros casos que não só os de neuróticos.

As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses (FREUD, 1905 p. 161).

Lacan se dedicou a pensar sobre em que poderia consistir a ‘modificação apropriada’, prevista por Freud; desde o início de suas investigações teóricas a preocupação com a psicose esteve presente⁴⁷. Lacan segue o ensinamento de Freud e considera que tomar um psicótico em análise o empurraria para a loucura, a psicanálise em sua aplicação estrita, com seus métodos, serve para a neurose. Ir desatando os nós e amarras imaginárias de um sujeito o fazem cair na angústia, o que proporciona a construção de outra lógica de existência. Entretanto, um psicótico pode não ter como responder a tamanha falta de apoio imaginário e o ponto onde caduca a amarração esgarçar, situação que será respondida com um surto psicótico.

Muitos autores atuais que trabalham no campo da saúde mental, têm se ocupado da maneira pela qual a psicanálise pode estar inserida; as diferenças e aproximações de um tratamento em consultório e da prática exercida na instituição. As posições são várias. A maioria concorda que haja em uma instituição efeitos psicanalíticos, escuta psicanalítica e orientação psicanalítica, embora se perceba diferenças da psicanálise exercida dos consultórios. Alguns denominam a psicanálise que ocorre na instituição de ‘psicanálise em extensão’, principalmente baseados na Proposição de 9 de outubro de 1967, de Lacan. Outros substituíram o termo ‘extensão’ pela nominação de dispositivo psicanalítico ampliado e outros defendem haver na instituição efeitos de sujeito provocados pela ação da psicanálise, mas não sujeitos em análise.

Mesmo com muitos entraves, os psicanalistas hoje, assumem sua filiação teórica e se firmam no contexto da saúde mental. É inegável que o futuro previsto por Freud chegou e nos vemos construindo uma clínica que atende casos graves. Não nos cabe duvidar de uma realidade que já está posta. Os psicanalistas atuam hoje em dia, em unidades de saúde públicas.

O momento atual é o de seguir reinventando a psicanálise na prática clínica exercida nestas instituições públicas que lidam com casos de psicose, autismo, enfim, de grande sofrimento mental, sustentando com rigor ético a direção e os princípios psicanalíticos.

Nesta tese, propomos princípios que possam afirmar nossa prática como estando no campo da psicanálise. Em primeiro lugar, faz-se necessário distinguir princípios de standard. O standard pode ser a degradação do próprio princípio do qual ele foi gerado, eles não estão em um mesmo plano, se ficamos presos a standard podemos perder o essencial do

⁴⁷ “O caso Aimée” - *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (1932) foi o seu primeiro estudo teórico e a gênese para sua tese de doutorado foi “Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade” (1932) e o seu seminário III é sobre As Psicoses e especificamente sobre esta questão nos escritos ainda há o texto “Questão preliminar a todo tratamento da psicose”.

princípio. A guisa da defesa de conceitos caros à psicanálise, precisamos ter cautela para que não transformemos os princípios em modelos, com formatos universais que são normas a serem seguidas. Normas que excluem os que não a cumprirem, o que contraria os princípios da psicanálise que funciona ressaltando o singular e, que coloca a escuta clínica como soberana (RÊGO BARROS, 2003).

Alguns dogmas quanto ao tratamento psicanalítico vêm sendo desconstruídos, mas ainda é preciso ir além e escaparmos da disciplina que até pouco tempo defendia padrões estereotipados de conduta para a afirmação da psicanálise.

Na oposição entre standard e princípio em psicanálise, o primeiro representa o que se repete sem invenção, a reprodução do mesmo, enquanto o segundo se refere à singularidade, ao caráter único e irrepitível de um objeto ou ato. O ideal último do standard é um princípio que passe por inteiro à modalidade, a ponto de já não se distinguir dela. (RÊGO BARROS, 2003, p. 41).

Enfim, o standard, a maneira obsessiva ou religiosa, não leva em conta o sintoma como singular, sendo compreendido em vista do universal. É também uma produção de resposta à fantasia e ao imaginário social do que é “ser um analista”, o que visa garantir um modus operandi que abriga um grupo coeso.

Figueiredo (1997), também se preocupa com esta questão. Em sua pesquisa, delimitou e desconstruiu uma série de pré-requisitos formais ortodoxos, instituídos historicamente como sendo indispensáveis para a definição da prática da psicanálise e, ao mesmo tempo, se preocupou em formular uma contextualização teórico/prática que diferencie a psicanálise de outro tipo de clínica terapêutica. Isto é, a autora deixa claro que, mesmo considerando que o processo analítico não está ancorado a normas formais, isso não significa que não haja nada que possa ancorá-lo. Ela define que a prática psicanalítica possui outros critérios básicos e definidores.

Cuidadosamente e rigorosamente, a autora desnaturaliza o contexto formal do que tradicionalmente seria considerada psicanálise, destituindo os ícones: dinheiro, o divã e o tempo da sessão, para postular, baseando-se nos conceitos fundamentais da psicanálise, a contextualização teórico/prática que diferencia a psicanálise de outro tipo de clínica terapêutica e intitula ‘condições mínimas’ os princípios que devem reger o modo pelo qual determinada clínica possa ser identificada como psicanálise. As condições mínimas, resumidamente, podem ser descritas como: realidade psíquica, transferência e tempo. Estas condições estão subordinadas a uma condição primeira e fundamental que é o desejo de

analista. O conceito de realidade psíquica delimita a única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito; a transferência psicanalítica é o que permite a produção de um modo de fala que vai proporcionar o trabalho na análise; e o tempo, que é pertinente à psicanálise, por ser o que permite a interpretação é a posteriori ou posterioridade ou ainda só depois.

No Ateliê de imagem, trabalhamos balizados por essas premissas. Entendemos que a expressão ‘realidade psíquica’ não retrata significados de realidades opostas, mas de realidades que se interpenetram. Deriva dessa ideia a noção de que nossa percepção só pode se dar parcialmente, pois tanto o mundo externo, quanto o interno, são exteriores a nossa capacidade de apreensão. Na Conferência XXIII, Freud (1917a), sustenta que para levar uma análise adiante é preciso igualar fantasia e realidade. O Ateliê, por se tratar de um dispositivo que trabalha com a criação artística, já impõe sua relação com os participantes, incluindo a fantasia e a realidade psíquica. Ao fazermos vídeos, não buscávamos uma remontagem da realidade factual, não era a tentativa de ligar as criações com fatos vividos na realidade, para uma compreensão consciente que nos movia. O que comparecia já era tratado como uma releitura e reinterpretação e conseqüentemente uma tentativa com sucesso ou não de uma elaboração. Impressões que compareciam sendo elas mesmas uma descrição da realidade filtrada e processada por fantasias. O que também não significa dizer que fantasia é o inverso de verdade, não para a psicanálise. A realidade psíquica repete para fazer valer a sua verdade. A verdade está no que o paciente traz para sua análise. Fantasia e realidade se encontram nesse processo que inclui certo tipo de escuta e acolhimento do que é colocado em trabalho. A verdade para a psicanálise é que diz respeito de forma mais radical ao sujeito, o que fala dele, o que fala nele. Retomando Figueiredo (1997):

No campo de sujeito temos os processos primário e secundário onde o primeiro tem primazia sobre o segundo na tópica do inconsciente. O desejo é a mola mestra do tecido da fantasia inconsciente e se constitui a partir de um hiato entre o que o sujeito quer e o que ele é levado a buscar na trilha de significantes que constituem sua fala. A compulsão à repetição, que faz falar a verdade, articula o campo pulsional desde a fixação da libido até a insistência da pulsão de morte como limite da palavra e do desejo. (...) No campo propriamente analítico, temos a resistência em suas diferentes modalidades que, em última instância, se articula à repetição. E, como solução, há a elaboração que deve levar o sujeito a uma nova ação sobre a realidade. (FIGUEIREDO, 1997, p.137).

A transferência é um conceito extremamente complexo e diz respeito diretamente a clínica, pois é provocado pela situação analítica. O Ateliê depende de que haja transferência para que ele se efetive. Não só a transferência com os técnicos que o desenvolvem, como a transferência com o dispositivo e com a linguagem que é utilizada. O Ateliê é aberto à

participação e depende do desejo do sujeito o seu funcionamento. Seria impossível haver o Ateliê, no formato que ele foi constituído, se não tivesse havido transferência. Também é necessário que haja uma escuta que acolha as falas e criações dos sujeitos, dando-lhes espaço e acreditando nelas como verdades do sujeito e não como mera fabulação sem vínculo subjetivo. Uma escuta orientada pela ética psicanalítica é liberta do discurso moralizante e disciplinador (LACAN, 1959-60). O espaço visava provocar a liberdade de criação nos participantes para que eles pudessem colocar suas invenções em movimento. Há uma transferência tanto para com os coordenadores como para o próprio dispositivo, que possibilita a expressão de conteúdos importantes para os participantes, o que não autoriza que haja interpretações totalizantes, isto é, não trabalhávamos com nenhum tipo de manual “psi” que pudesse oferecer significados para as criações. O que aponta para outra condição mínima levantada por Figueiredo, a que se relaciona com o tempo na versão “a posteriori”. O tempo pode ser observado, em uma primeira versão, no respeito ao tempo de cada um, a não preocupação com prazos para a finalização dos vídeos, embora a finalização tivesse relevância no processo. A liberdade para que fossem sendo criadas as imagens que depois foram escolhidas e montadas, foi oferecida ao coletivo. Tínhamos a intenção de que o vídeo fosse produzido, ou alguns vídeos, mas o tempo para sua maturação respeitava o movimento dos pacientes. As criações seguiam o ritmo da possibilidade que cada um, singularmente, apresentava; como também as possibilidades do coletivo. Não era exercida pressão quando, por qualquer motivo algum integrante se encontrava impedido de participar com sua criação, mesmo que a intenção da finalização permanecesse presente. O processo de realização também era movido pela força do coletivo que, variava no sentido da concretização como também, em outros momentos, impulsionava no sentido contrário, da dispersão e descontinuidade. Mas a transferência com o trabalho mantinha a direção e era possível não atropelar os sujeitos em nome de um tempo cronológico. O que não significa dizer que havia ali um tempo sem mediação, um tempo sem fim. Havia o tempo de concluir o vídeo, um ponto de basta, uma amarração que oferecia um continente. Para a estrutura psicótica, esse fim produzia um efeito importante. Ajudava na construção de um contorno ao sujeito psicótico, que em diversos momentos, pode se sentir despedaçado; um momento em que há uma barreira da qual não se pode passar, o vídeo está pronto, finalizado e dentro de uma mídia digital. Essa concretude também barra o Outro, que não pode mais atingir essa produção protegida. O Outro, para o psicótico, não é barrado; ou seja, o desejo do Outro não foi barrado pelo nome-do-pai. O artifício da finalização do vídeo ajudava então nessas duas direções, barrar a invasão do Outro, como também fornecer uma moldura ao próprio sujeito. Segundo

Quinet (1997), “o que constitui o sofrimento do sujeito, na psicose, é justamente a dispersão, o despedaçamento de gozo, sendo eminentemente apaziguadora a tentativa de condensar o gozo num objeto fora do sujeito” (QUINET, 1997, p.71).

Entretanto, o que fazíamos, embora balizados por esses princípios que expomos, apresentava seu efeito ‘a posteriori’, não seguíamos nenhum manual de causa e efeito. Havia uma elaboração sendo realizada naqueles vídeos e não era possível encurtar caminho, ou, até mesmo, prever onde se ia chegar. O trabalho analítico, através da articulação lacaniana de ‘tempo lógico’ é constituído em três tempos — o instante do olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir (LACAN, 1945). O instante do olhar é o primeiro tempo, é o momento anterior à elaboração. Inicia quando um sujeito se apresenta, quando algo emerge que revela parte do desejo ou de construções psíquicas que se coloca em trabalho. A postura de quem acolhe não precisa ser imóvel nesse primeiro tempo. Nesse sentido, pode haver o convite para que continue a se processar a fala e a demonstração de que há alguém que escuta. Não é antipsicanalítico que se reforce o convite, que se afirme a disponibilidade. No início do trabalho no Ateliê, convidávamos ativamente todos os pacientes do CAPS e acolhíamos suas falas e criações, estimulávamos a criatividade que brotava e a cada encontro o vínculo foi ficando mais forte. Estabelecia-se então uma relação de confiança, uma transferência comigo e com o trabalho e entrávamos no tempo de compreender. Passava a existir então, no caso do Ateliê, duas suposições de saber; uma em relação a minha capacidade de acolhê-los, escutá-los e entendê-los, muitas vezes esta capacidade era mais uma suposição deles do que uma realidade propriamente dita, pois a idiosincrasia, presente na psicose, muitas vezes barra a compreensão neurótica, embora nos tenhamos mantido disponíveis a um tipo de escuta que não precisa estar presa ao significado. A outra suposição era a de que nós poderíamos ajudar a realizar o vídeo, que sabíamos fazer vídeos, que teríamos um vídeo ao final de nosso trabalho. Esta segunda atribuição não é menos importante, pois dela deriva a transferência com o trabalho e também a ponte que pode ligar a capacidade de criação, a criatividade, ao empenho e participação no dispositivo. Assim entrávamos no tempo de compreender, que é o tempo da repetição e da elaboração. Para o Ateliê, esse era o tempo de criação, aonde os conteúdos eram trazidos e as cenas elaboradas. O contorno e o sentido que seriam dados ao vídeo, iam sendo construídos coletivamente. Cada um com sua singularidade, colocando um pouco de si e o vídeo ia tomando corpo. As interferências que fazíamos iam seguindo as contribuições dos participantes, tinham um viés que poderíamos intitular de clínico estético, isto é, tínhamos tanto a preocupação com a clínica quanto uma acuidade estética, para que o vídeo ficasse com qualidade. Além disso, também estava presente a delicadeza e o cuidado com cada um que

compunha o vídeo com um pedaço de si, de sua história, de sua problemática. A clínica se fazia presente não só no manejo com os pacientes, quanto nas reuniões que ocorriam com a equipe, após o término de cada encontro no Ateliê. Conversávamos procurando tecer ligações da clínica singular de cada um, com as criações propostas. Às vezes completávamos nossas averiguações conversando com os técnicos de referência de algum dos pacientes; muitas vezes essas conversas elucidavam muito para nós as escolhas dos pacientes por determinadas cenas. Esse saber sobre os mecanismos psíquicos que envolvia as escolhas dos recursos técnicos e estéticos nos auxiliavam a fazer intervenções e pontuações no sentido de que houvesse a ampliação das elaborações de seus conflitos. Mas também não esquecíamos a estética, pois o vídeo seria visto por outros e era importante que assumisse uma forma interessante.

As elaborações das cenas e as articulações com a vida de cada um, as paixões da alma, os enganos, os desenganos, sofrimentos e gozo, iam sendo trabalhados e elaborados em meio às imagens que iam se processando até o momento de concluir o vídeo. O tempo de concluir o vídeo era um momento importante, pois era quando acreditávamos que tínhamos conseguido contornar um conteúdo. Quando chegávamos neste momento, tínhamos um vídeo que não sabíamos anteriormente como seria. Nossas produções foram sempre elaboradas no caminho. O resultado, saberíamos depois. Assim também eram os efeitos produzidos que cada vídeo causava, na singularidade e também no coletivo. Eles eram colhidos depois, não sabíamos a priori.

Há outro conceito caro à psicanálise, que é o desejo de analista. Esse conceito serve de base para que os tempos acima destacados e que fazem parte do processo do ato psicanalítico se deem. É uma forma de se incluir no processo que será travado. Estar na posição de psicanalista não é atestado de normalidade. A psicanálise é um modo de intervenção que pode ser exercido por pessoas comuns. O que se apresenta como indispensável para a utilização dessa prática é, em primeira instância, a própria análise do psicanalista. O limite do alcance do ato do analista está vinculado diretamente, até onde ele poderá ir, em sua própria análise. Essa posição ética é firmemente defendida por Lacan (1964), que diferencia o desejo de analista, da demanda idealizada do que é ser um psicanalista.

Para Freud, a ‘firme convicção da existência do inconsciente’ é indispensável para exercer a psicanálise. E não só quando emerge no analisando, mas sobre tudo, a necessidade de perceber em si próprio sua manifestação. A importância da análise pessoal é destacada por todos os psicanalistas que se mantiveram na proposta de Freud. “A análise pessoal, portanto, é

a condição necessária, porém não suficiente para que um analisante sem passar por qualquer padrão standard de ensino, se qualifique a condição de ser analista. Só do lugar de sua própria análise é que um analista, quando existe, condiciona a ordem do que é capaz de dizer e fazer” (SOUZA, A. 2004 p. 7).

As outras duas condições para que uma pessoa possa se autorizar psicanalista, que complementam o famoso tripé estipulado por Freud (1919), é o estudo teórico e a prática clínica com supervisão de um psicanalista. Para Lacan (1964), o analista está para o paciente, na posição de sujeito suposto saber. Isto é, o paciente supõe um saber específico ao analista sobre ele mesmo, sobre seu inconsciente. Em contrapartida, o analista faz o semblante de ‘objeto a’, causa de desejo. Não assume o lugar de um objeto determinado, e sim uma posição de causar desejo aberto em significações, que coloca em marcha, ou causa desejo. Ele não dita um modelo de comportamento a ser seguido como exemplo e nem manipula, com seu saber, a verdade do sujeito. O semblante é para que a transferência se instale, mas que não se fixe. É preciso manter uma fenda para que o trabalho de elaboração ocorra. Para Figueiredo (1997), o amor sem limite de Lacan é similar ao amor à verdade de Freud. Esse amor, pertencente ao analista, não significa o exercício de uma neutralidade benevolente, pois não é a ausência de desejo, e sim, o entendimento de que acolher não significa, obrigatoriamente, ceder às demandas do sujeito. O conceito de amor sem limite não tem paralelo com os amores da vida. É um tipo de amor que não apresenta uma expectativa, e nem um anseio a ser correspondido.

No Ateliê de Imagem, como relatei acima, havia uma suposição de saber dupla. Uma relativa ao suposto saber que eles atribuíam a mim sobre eles e que eu poderia ajudá-los em suas questões psíquicas. Mas também havia a suposição de que minha contribuição também se daria na expansão da maneira com que eles iriam poder externar e trabalhar as questões expostas, utilizando o vídeo.

A psicanálise, para ser assim designada, mesmo que se apresente com roupagens diversas, respeita certos princípios. O espaço institucional inclui a possibilidade da prática psicanalítica se o laço analítico – o laço entre a função analista e a função sujeito – se estabelecer. O que há de novo é que, a clínica nesses espaços tem demonstrado que o laço não é dependente do setting tradicional de consultório particular.

Tais funções não se destacam e enlaçam apenas quando há só duas pessoas, dois corpos, em uma sala O que é exigível é que essas duas funções sejam verificáveis, que um laço analítico se estabeleça entre elas. Não é relevante (quanto a esta condição de análise) que, no espaço institucional considerado, estruturado segundo as diretrizes e princípios do dispositivo psicanalítico (que não coincide com o consultório particular), haja duas ou mais pessoas, desde que, entre elas, analista e

analisante se destaquem do conjunto como situando-se fora dele, mas articulados a ele. (ELIA, 2004)

O Ateliê se deu com pacientes, na sua grande maioria, psicóticos. O que nos impõe algumas especificidades. Retomemos o que já elaboramos anteriormente nesta tese, quando lembramos Lacan e sua contribuição à psicanálise acerca da função paterna na relação com a estrutura psíquica psicótica. Este autor ressalta que a possibilidade de uma pessoa se manter em estabilidade psíquica que garanta não estar fora do discurso e estabelecendo laço social, não dependeria exclusivamente de que o Nome-do-Pai tenha entrelaçado o simbólico, o imaginário e real, a arte poderia fazer esta articulação. (LACAN 1975-76).

Acreditamos no deslocamento dessa aposta para o campo de tratamento psíquico e assim apostamos em uma clínica que trabalhe na intercessão com o fazer artístico (AUTUORI, 2005).

No campo da saúde mental, a maior parte das oficinas terapêuticas visa à atividade dirigida, onde a preocupação com o produto final se sobrepõe ao trabalho psíquico envolvido na ação. Operamos um deslocamento no conceito da arte, de estrita posição de objeto, resultado da produção artística para uma atividade clínica-criativa; mesmo que alguns pacientes apresentem um talento artístico especial, esse não é o nosso único e prioritário interesse.

A atividade do Ateliê de Arte que passamos a desenvolver mais especificamente no CAPSi Eliza Santa Roza, a partir de 2002, tinha algumas características que a diferenciava de outras oficinas que operavam no campo da reforma psiquiátrica e tinha a preocupação de se afirmar apoiando-se em princípios psicanalíticos. Mantinha-se livre e aberto à participação dos clientes, o que não significa dizer, que não havia oferecimentos de materiais plásticos como tintas, argila, papéis, cola, entre outros. Porém, estes oferecimentos poderiam ser recusados, acrescidos ou mesmo trocados por outro. Chegamos ao ponto de considerar que não há incompatibilidade com a prática psicanalítica, o oferecimento de algum material, desde que a razão que oriente o oferecimento esteja ancorada na clínica do sujeito em trabalho psíquico e não em uma demanda do analista. Em última instância, a criação artística aponta para o vazio, mas um vazio que põe em movimento a inventividade. A arte desencadeia (tanto no sentido de deslizamento como no sentido de libertação), a potencialidade de criação, de invenção. Pensamos a arte na clínica, como um elemento que ajude o sujeito a inventar uma forma de estabelecer seu contorno singular em torno do vazio (REGNAULT, 2001).

A prática clínica da arte com a psicanálise revelou diferentes maneiras de articulação arte/psicanálise se estabelecer; elas foram conceituadas e separadas apenas didaticamente, pois muitas vezes há concomitância entre elas e formas diferentes no mesmo

caso clínico. Apresentamos esses construtos teóricos talhados na pesquisa de dissertação de mestrado (AUTUORI, 2005).

A arte mediando o encontro – Esse primeiro modo de inserção da arte na clínica ocorre quando o trabalho artístico está presente em um dispositivo clínico-criativo, mas não é o protagonista. A arte que está sendo criada serve como um atalho para que o trabalho psíquico opere. Um disfarce, algo que atrai e concentra a atenção do paciente, absorvendo seu “raciocínio”, ou melhor, sua atenção deliberada e libera-o para a fala. Esse modo da arte estar na clínica, parece ter uma vantagem no que concerne aos impasses da transferência. A arte que media o encontro funciona como um mais um, algo que dilui a sensação de invasão muito severa na psicose e ajuda a barrar o Outro. O momento de criação pode permitir que se de o laço analítico, ao fazer a pessoa que habita o analista desvanecer-se frente à atenção do cliente que está absorvido pelo fazer artístico.

Interpretação da arte – Essa é uma interseção entre a arte e a clínica bastante delicada, quando a arte é objeto da interpretação. O grande risco é o de cair na cilada de acreditar que em si mesma, a obra vá construir uma psicobiografia do paciente. Acreditar que a arte, aliada a psicanálise, desvende o lado obscuro da mente humana. Nossa experiência clínico-artística nos mostrou que não parece haver uma técnica ou um manual de interpretação da arte em psicanálise, com decifrações prévias à fala do sujeito e correspondências diretas entre criação e significado. Outro risco presente é o de que a leitura realizada da obra esteja contaminada pela vivência do próprio analista, anuviando toda sua interpretação. Oferecer ao paciente esse tipo de intervenção é no mínimo selvagem. A arte ser como uma obra aberta e ter como a sede de significações o entre o espectador e o criador, favorece que isso aconteça. Por outro lado, se o analista não estiver desavisado, esta mesma característica pode colaborar para que a transferência aconteça e seja objeto de trabalho analítico. A obra criada não é sem vínculo com o analista presente no setting, não se pode sair da reta da transferência. Outro ponto a ser destacado é referente à qualidade da interpretação. Se ela for dada, tendo como direção a descoberta de um significado, mesmo que o significado tenha sido construído a partir da fala do sujeito e, mesmo que seja um significado novo, a interpretação da arte poderá até ser um ato de mestre, mas não um ato psicanalítico (Lacan, 1967-68). A intervenção psicanalítica ocorre como a indicação de um possível sentido, dentre outros, um sentido como direção, não um significado e sempre restando algo de não dito que alimente o deslizamento dos significantes.

Intervenção na arte – A análise dessa outra relação arte/clínica parte do ponto onde chegamos no item anterior; mantém a mesma posição relativa ao sentido e a

transferência na clínica psicanalítica. Entretanto, nesse novo modo, o analista participa da criação. A intervenção na arte se assemelha à intervenção na brincadeira da análise com crianças. Na psicanálise com crianças, muitas vezes, ao invés de interpretar uma brincadeira, nós intervimos na brincadeira, brincamos com a criança sabendo que o que estamos fazendo é coisa muito séria. Na psicanálise com arte, podemos intervir participando na arte que está sendo criada. O momento deste tipo de intervenção é ditado pela clínica do sujeito, sendo um movimento delicado e arriscado do analista. Geralmente ocorre com pacientes que estão a bastante tempo em tratamento. Não é um recurso que possa ser utilizado em larga escala. Entretanto, quando a intervenção na arte ocorre na transferência e aliada a história do sujeito, ela pode promover um exercício de deslocamento da posição subjetiva. É uma intervenção que trabalha na possibilidade de ruptura, da entrada do novo. Colocamos elementos, mudamos uma ordenação repetitiva, adicionamos algum tipo de novidade, de surpresa ou diferença no que está sendo produzido. A pesquisa pode inferir que as transformações produzidas nas artes também compareciam no comportamento dos pacientes; eles pareciam aprender que também era possível criar outras formas de estar no mundo. O recurso da intervenção na arte ocorreu muitas vezes durante a realização do Ateliê de Imagem, talvez mais do que ‘intervenção’, o que ocorria era mesmo uma interferência, que não vinha apenas dos coordenadores do dispositivo, já que havia participações cruzadas do coletivo de pacientes na construção das imagens e depois em sua edição. Outra diferença ou acréscimo nesse item da interseção da psicanálise com a arte na clínica, que vimos acontecer no Ateliê de Imagem, é o fato de que a interferência presente também era orientada pela preocupação artística, isso é, sem que se desligasse do fato de que estávamos em um dispositivo de tratamento e que as produções criativas eram pertencentes de elaborações psíquicas, havia o aspecto estético. Assim, o Ateliê que funciona na fronteira do artístico com o tratamento, podia ser considerado como um dispositivo estético-clínico.

A arte como analista – Essa última forma destacada para pensar os modos de interseção entre dois campos independentes, o da arte e o da psicanálise, na clínica se refere a momentos em que os pacientes têm uma relação direta com a sua criação. Quando parecem estar realizando algum tipo de elaboração enquanto criam, de forma solitária, da qual nenhum outro técnico ou coordenador do dispositivo esteja participando. Constatamos que muitas vezes ocorrem melhoras, independentes de nossas intervenções, só pelo fato de estarem criando. Este acontecimento faz lembrar um ponto importante na trajetória de uma análise: o “saber fazer com seu sintoma”, que desemboca na construção do Sinthoma, que Lacan nos aponta como o final de uma análise. A partir da possibilidade deste modo de relação entre o

paciente e a arte – neste encontro onde o analista é dispensável – que podemos compreender o fato de que muitos loucos artistas atingem algum tipo de estabilização ou equilíbrio só por criarem. A arte parece fazer a vez de analista, assumir o mesmo lugar vazio do analista. Talvez seja essa a explicação para haverem tantas “oficinas de arte” em lugares de tratamento da loucura, oficinas que efetivamente alcançam melhoras em seus pacientes sem que haja muitas vezes nenhum analista por perto. O que nos faz lembrar mais uma vez de Joyce e seu saber-fazer com seu sintoma. Entretanto, na equação de Lacan acerca da estabilização de Joyce através de sua escrita, há um segundo elemento que parece ser essencial, que é o fato de ele ter conseguido inscrever seu nome no campo social⁴⁸.

O Ateliê trabalha com a arte do vídeo e se encontra no campo da saúde mental, tendo como balizador de sua prática clínica os princípios da psicanálise.

No entanto, não podemos negar que existem pontos de atrito entre a abordagem psicanalítica e a concepção presente na Reforma Psiquiátrica do louco. Rinaldi (2003) relata que conceitos caros à psicanálise são utilizados com sentidos bastante diversos por trabalhadores de saúde mental. A psicanálise não se coloca contrária a luta pelo direito a cidadania para aquele que está em tratamento psíquico. Entretanto, ressalta que este é um direito que precisa vir indicado pelo sujeito em seu trabalho clínico e não para responder a aspiração de algum profissional de saúde mental. A advertência de Lacan (1973), é importante, pois chama a atenção dos que lidam com a ‘miséria do mundo’ para que não ‘joguem fora o bebê com a água suja do banho’, isto é, para que a exigência por cidadania não se torne obliteração de sujeito. No afã de fazermos o bem para o sujeito, a partir de nossos próprios valores, caímos em uma dupla esparrela; a de respondermos pelo outro, o que acaba por anulá-lo, sentido inverso do qual a clínica psicanalítica aponta, e o de acreditarmos que existe um bem que pode ser alcançado sem que um trabalho psíquico realizado pelo próprio paciente seja cumprido, Enfim, não há bem comum a todos (LACAN 1959-60). Mesmo que em sua “boa vontade” o que trata de um paciente acertasse a indicação de escolha para ele, Freud já nos alertou para o equívoco do “furor sanandi”; não é possível, no trato com os distúrbios mentais, administrarmos “remedinhos inócuos”; a seu ver é necessário à aplicação de uma “psicanálise estritamente regular e forte” (FREUD (1915, p.106).

A posição da psicanálise tem se transformado com o tempo no que diz respeito a sua relação com o social. Os psicanalistas brasileiros, frente à redemocratização do país em

⁴⁸ Esse ponto parece crucial, faz lembrar Vang Gogh, que embora tenha pintado muito, sua arte não foi capaz de evitar o suicídio, talvez o tenha retardado. Resta a pergunta, se ele tivesse conseguido firmar seu nome no social, ter tido reconhecimento público, isso o teria ajudado? Pergunta impossível de ter resposta, ainda mais no caso de Van Gog que recebeu o mesmo nome do irmão que havia morrido antes de ele nascer.

1980 e com a emergência dos movimentos sociais que reivindicavam seus direitos, ficaram perdidos, sem saber como se posicionar. Muitos acabaram optando por uma postura intitulada por Éric Laurent (1999), como “posição do intelectual crítico”. Uma posição de se abster, do analista que se retira no intuito de produzir um vazio. Embora a intenção inicial desta atitude tenha sido provocar uma fenda nos discursos fechados que se colocavam como verdadeiros dogmas através de palavras de ordem, não dando espaço para equívocos e nem para que a diferença, esta atitude impôs um alijamento do psicanalista que se anulava frente a questões políticas e sociais, cruciais para aquela época. O que seria um exemplo da prática da desidentificação, no sentido de silenciar as paixões narcísicas desencadeadas pelas identificações imaginárias, acabou se tornando uma espécie de escudo protetor que forjava um ideal de psicanalista que se subsumia do social que, ao se desidentificar ao infinito acabava no lugar do que realmente não servia para nada. A postura o tirava de cena e o apagava. O mesmo autor declara que ao contrário disso, abre-se a partir da redemocratização do país, o oportuno momento de que se passe do lugar do especialista para o de analista cidadão. Ele verifica uma comunhão de interesse entre o discurso psicanalítico e a democracia. Um sistema que inclui a diferença, onde a verdade não se situa em um lado ou na melhor das hipóteses, se verifica sua inexistência real que vai sendo confirmada pelo decorrer da história política de cada país. Isto é, a verdade é circunstancial e datada. Na democracia é possível uma maior circulação do saber/poder (FOUCAULT, 1979). Não cabe aqui fazermos críticas ou abordagens mais profundas a esse sistema de governo, mas se faz necessário esclarecer que estamos cientes que ele também apresenta diversas restrições ao seu funcionamento. Não há ingenuidade alguma na afirmação pela democracia, quando sabemos que ela é quase uma utopia inalcançável, devido à existência de forças muito pouco equânimes que se enfrentam. Mesmo assim, a alternativa, a ditadura, seja ela de esquerda ou de direita, estaria ainda mais longe da possibilidade de uma sociedade mais justa e de cunho libertário.

A desconstrução de paixões narcísicas tem um papel fundamental na afirmação da cidadania, pois liberta delas as escolhas se abrem e o sujeito pode optar de forma ética como se posicionar frente à vida. Laurent, (1999), percebe que a psicanálise tem um papel social importante que colabora, junto com outros atores sociais, para que a civilização respeite a articulação entre normas e particularidades individuais.

Particularmente interessante para a tese, é o ponto em que Laurent cita o fato da escuta dedicada ao louco, realizada pelos psicanalistas que não recuaram frente à psicose, conforme a orientação lacaniana (LACAN, 1955-56). Pois esta estrutura apresenta a diferença em sua radicalidade. Para além de escutar e respeitar o louco, a psicanálise sustenta a

diferença como um princípio ético (RINALDI, 1996). Laurent, (1999), deixa claro que a posição do psicanalista é a de se colocar ativamente, para que a saúde mental seja uma clínica de respeito a cidadania dos sujeitos psicóticos. Principalmente denunciar que a promoção de novos ideais não é a única alternativa após a derrubada do ideal anterior; sustentar essa lógica, que é própria à psicanálise nos espaços públicos de discussão política, se posicionando frente a todas as formas de opressão e segregação (HABERMAS, 1997).

Outro ponto bastante relevante é a necessária voz dos psicanalistas contra o discurso organicista que vem sendo difundido pelos meios de comunicação de massa. Por uma ciência interessada na comercialização maciça de psicofármacos, aprisionando os médicos na ideologia das multinacionais farmacêuticas, uma indústria milionária que está tentando banir toda e qualquer subjetividade das relações humanas. Enfim, o psicanalista é alguém que deve intervir socialmente e politicamente na sociedade. A psicanálise comporta uma lógica que se distingue da lógica capitalista, mercadológica e organicista e os psicanalistas têm uma função social para além de seus consultórios particulares. É também função dos psicanalistas afirmarem suas práticas, que escrevam e publiquem sobre sua clínica e, através destas publicações, interfiram no imaginário social de que há um remédio para todo e qualquer sofrimento mental e que ele está disponível na farmácia mais perto, bastando ter dinheiro para compra-lo.

O ponto de afirmar o psicanalista como tendo função social é muito caro ao campo da saúde mental. O movimento da reforma é um movimento político, engajado na luta pela cidadania, pela saúde pública gratuita e como direito do cidadão e dever do estado. Isto é, segue os preceitos mais caros ao SUS, a saber: a universalidade, a integralidade, a equidade. É descentralizado e conta com a participação social⁴⁹.

Um dos principais pontos para a reforma é a reabilitação do social, ou seja, a transformação da sociedade, para que nela caibam os loucos e as pessoas diferentes.

Afinados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que favoreceu a entrada de outros saberes quando quebrou com a hegemonia do saber médico, caminham na direção de inverter a lógica hierárquica da psiquiatria tradicional e afirmar a integração e a inclusão do louco na esfera social, várias iniciativas que se relacionam com a arte.

Há muitas oficinas e ateliês espalhados pelos serviços de saúde mental do Rio de Janeiro, na verdade, hoje em dia é quase impossível encontrar um serviço que se destine a

⁴⁹ Princípios contidos na Constituição Brasileira de 1988, artigo 196 até o artigo 200. Reforçados pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm, acesso em 23 de nov. de 2012 e pela lei nº 8.142 disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm, acesso em 23 de nov. de 2012, que incluiu o controle social.

tratar um transtorno psíquico grave, que não tenha em meio as suas atividades, um dispositivo que, de alguma forma, trabalhe com a arte.

As comemorações realizadas no campo da saúde mental, geralmente contam com apresentações de grupos musicais, de performances teatrais, vídeos, e exposições de artes plásticas, geralmente oriundas dos próprios serviços e unidades da rede de Saúde Mental. Todo ano, no dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial, ocorrem intervenções na cidade com essas apresentações. Entretanto, durante o ano ocorrem várias outras inserções no campo social que se utilizam do veículo da arte na direção da destigmatização da loucura. Existem dois pontos de cultura: “Tá pirando pirado pirou” e “Loucura Suburbana”, que além de serem blocos de carnaval que desfilam pelas ruas da cidade, mantêm durante o ano uma série de atividades artísticas culturais. Existem ainda, vários outros grupos e serviços, como o “Hotel da Loucura”, que baseado nas orientações do teatrólogo Amir Haddad realiza incursões teatrais no meio da rua; o Museu de Arte Contemporânea Bispo do Rosário, que oferece vários cursos e promove artistas, tecendo articulações que visam à troca e a potencialização entre a comunidade e os pacientes; dois Centros de Convivência que também funcionam na lógica de misturar o dentro dos muros da loucura com o fora, promovendo a acessibilidade da arte e da cultura para os pacientes e comunidade com o fornecimento de ingressos para diversas atividades artísticas na cidade, além de oficinas de artes; o Museu do Inconsciente que ao identificar alguns pacientes com talento artístico ajuda a promovê-los no cenário artístico e vários grupos de música e performances.

Já ressaltamos acima, mas não é exagero repetir, como são múltiplas as experiências que dialogam com a arte no campo da saúde mental. Algumas têm pontos semelhantes e outras parecem ser completamente antagônicas. Algumas afirmam a clínica e a colocam acima de qualquer estética ou produto final, outras valorizam a capacitação do usuário fornecendo aulas e cursos, outras chegam a negar a clínica como uma postura política de mudança do lugar do louco na esfera social. Encontramos iniciativas que funcionam acreditando ser indispensável à participação de técnicos “psi” na coordenação das oficinas e ateliês e outras, no revés dessa ideia, afirmando que é preciso que profissionais ligados a área das artes estejam na direção do dispositivo. Alguns trabalham com artes plásticas; outros, com fotografia, teatro, vídeo, música, enfim, há arte para todos os gostos. Toda essa disposição e criatividade se verificam, inclusive quando é preciso ultrapassar os limites impostos pela dureza do serviço público com suas restrições de gasto com esse tipo de atividade. Criatividade que começa na utilização de recursos pessoais próprios e culmina na participação

em editais públicos e na obtenção de patrocínios para arrecadar verbas. Isso sem falar dos bailes, feijoadas e festas realizadas para esse fim.

Parece ser esse um dos pontos em comum entre todas essas iniciativas, que é mais o desejo dos técnicos e dos usuários o que sustenta essas atividades do que o reconhecimento do poder público revertido em financiamento.

Outro ponto que reúne todas essas experiências que se situam na interface arte/cultura e saúde mental é sua referência à Reforma Psiquiátrica. Embora os caminhos sejam diferentes, embora cada um pense que a jornada deva ser feita de uma determinada maneira, todos apontam um norte em comum, todos se dizem afinados com os princípios reformistas e antimanicomiais, trabalhando nessa direção.

Acreditam que é potencializador para todos, loucos ou não, estar em um lugar de produção cultural, que isso provoca efeitos. São lugares de produção de vida; desta forma estabelecem outras relações e outra abertura para o encontro com a experiência da loucura. Procuram romper com a lógica do capitalismo e ampliar a relação com a vida. Através de suas atividades artísticas culturais, buscam criar um novo lugar na sociedade para as pessoas em sofrimento psíquico. Nessa via, entendem que não basta que o tratamento se restrinja a um cuidado ao paciente, a própria sociedade necessita também ser modificada. Visam à ampliação da capacidade de contratualidade dos pacientes da saúde mental, que em sua troca social eles possam se firmar como cidadãos e exercer a autonomia da melhor maneira possível, oferecendo como moeda de troca a criatividade e posicionamento crítico.

De toda forma, há o consenso de que a clínica da reforma psiquiátrica tem como um de seus intuitos reabilitarem o social. Traçar um diálogo que vá para fora dos muros do hospício. Para a pessoa que está em sofrimento mental, em tratamento, ter seu trabalho reconhecido amplia e melhora seus laços familiares e com a sociedade de forma geral. Eles saem do lugar de loucos que só causam problemas para pessoas capazes de criação, produção e realização. O usuário de saúde mental que realiza atividade artística, passa a não ser mais visto só como um maluco, é um ator, é um repórter, é um produtor, é um pintor, escultor, enfim, alguém que tem recursos a oferecer. A expressão artística pode ser um instrumento de ressignificação da loucura na sociedade, possibilitando a construção de laços para além dos muros das instituições psiquiátricas.

O Ateliê de Imagem se localiza pertencendo a esse campo rico e multifacetado. A clínica que afirmamos neste dispositivo se afina tanto com os princípios da psicanálise quanto com os que são os impulsores da Reforma Psiquiátrica.

Entendemos que o vídeo é um recurso midiático que pode proporcionar visibilidade e publicização de uma nova imagem da loucura. Exerce um papel importante para a transformação da cultura em relação às representações sociais da loucura, ao imprimir um processo de desconstrução de mentalidades retrógradas. Sendo uma ferramenta para transformar o meio social, faz com que ele se torne mais solidário e menos avesso às diferenças.

Por outro lado, em relação aos pacientes, a atividade de realização do vídeo pode funcionar como um organizador psíquico, fazendo barreira à psicose. Para que se consiga imprimir uma visão de mundo, suas concepções e estética em um vídeo, é necessário que haja um fazer que dependa de certo pragmatismo e praticidade. A criatividade, sem um mínimo de organização, vira apenas um sonho. O artista não é apenas uma pessoa criativa, cheia de ideias interessantes, ele precisa colocar sua criatividade no mundo, precisa também ser um realizador.

Entretanto, seguimos em nosso dispositivo do Ateliê Clínico, também com a preocupação de não esquecermos que o sujeito autor de seu processo e de sua obra precisa ser respeitado não só como cidadão social, mas em sua idiosincrasia, sua organização psíquica. O discurso sobre as obras criadas pelas pessoas em sofrimento mental pode se apresentar de forma abusiva. A estrutura psicótica às vezes permite criações estéticas com uma qualidade especial, entretanto a decisão expô-las passa por outras delicadezas que vão para além da qualidade. A principal nos parece ser a autorização do próprio criador. A exposição dessas criações em eventos não tem sentido se for apenas para a afirmação da terapêutica envolvida na produção, pois se for assim, ela pode ser a expressão de mais um abuso ao louco, agora feito pelo próprio lugar do seu tratamento.

Algumas questões importantes se colocam em relação ao produto final. Sua importância não tem apenas a conotação estética ou importância social, pois clinicamente, ter um objeto finalizado e que de certa forma possa dar um continente concreto para os diversos conteúdos psíquicos que foram sendo trabalhados durante o processo, faz sentido para o artista e pode produzir um efeito organizador. Entretanto pode também ocorrer que continuar uma criação seja insuportável psiquicamente e/ou expô-la também. Uma escuta apurada, cuidadosa e singularizada pode auxiliar sobre qual direção tomar.

Outro desafio importante e que é delicado, é a articulação entre a singularidade de cada participante e o coletivo, que juntos realizam o vídeo. Manejar a realização coletiva do vídeo, que tem uma importância particular para cada um e ao mesmo tempo um sentido compartilhado é crucial. O Ateliê é um dispositivo que também funciona como lugar de

referência para os usuários e que, mesmo existindo exigências práticas que são voltadas para o coletivo, há a necessidade de um olhar e escuta que não despreze o cuidado com momentos de vida singulares. A tarefa de administrar os momentos de oscilação e saber dar voz as singularidades e também ao anseio coletivo, cada um a seu tempo é uma tarefa cotidiana e extremamente sutil e que necessita uma grande acuidade clínica.

3.2.3. Roteiro

Como relatamos após a apresentação da proposta na reunião de equipe, o Ateliê de imagem teve início. A porta permanecia aberta como convite a quem quisesse chegar e também havia a possibilidade de sair. Para ficar era necessário o desejo de participar. Mas o tempo de permanência também era variável, se ficava o tempo que o Ateliê estava fazendo algum sentido. Alguns entravam e saíam várias vezes.

Logo nos primeiros encontros com os pacientes dentro do dispositivo do Ateliê, percebemos uma dubiedade na maneira com que eles se posicionavam; se por um lado demonstravam avidez em participar de um dispositivo que fosse diferente do grupo de referência, onde haveria novo espaço de escuta e trabalho clínico, por outro podíamos perceber uma força inversa, expressa em um discurso que tendia a repetir o modelo do grupo de referência. Os pacientes acostumados aquele formato, se escondiam atrás de palavras amontoadas em frases vazias de autoria. Relatavam sintomas e efeitos medicamentosos. Mesmo algumas questões relativas às suas relações com familiares, soavam apenas como descrições direcionadas para o que supunham que fosse a demanda do técnico. Os pacientes pareciam ter esquecido que era possível estar de outra forma quando em tratamento, que não responder que “estou bem, obrigado” ou que o remédio estava fazendo bem ou mal, e que estavam com ou sem problemas na família... Enfim, um discurso mecânico, automático. Os pacientes se posicionavam como doentes, atendendo a antiga demanda institucional. Atuavam, basicamente, apoiados em o que Enriquez (1997), denomina de uma crença que sustenta a identificação imaginária aos ideais propostos pela organização, a de que estes são verdadeiramente seus próprios ideais. Essa posição tem como resultado, a recusa ao novo e o vínculo ao que está cronicamente institucionalizado.

Era preciso operar uma ruptura, uma descontinuidade, naquela maneira de estar na clínica, tanto em relação aos pacientes, quanto em não nos deixar sugar por aquele roteiro de atuação. Provocar estranhamentos, ruídos, diferença de posição na escuta, para que houvesse ali um acontecimento, um encontro que rompesse com aquela ordenação viciada. A ideia era

introduzir linhas de fuga, descontinuidade, pontos de rachadura, ao que se apresentava como dado (DELEUZE; GUATTARI 1997)⁵⁰.

Nossa escuta precisaria furar um discurso viciado, automatizado, onde a fala, ao invés de revelar sujeitos, os escondia em respostas prontas de pouca autoria e responsabilização. Mas o que esperávamos da fala? A verdade, não a realidade. A fala dos alienados estava repleta de realidade, mas quase não havia verdade, já que não supomos erro nem déficit nas alucinações ou delírios. Dependia de uma posição de escuta para que essa diferenciação se fizesse e pudesse aparecer no dito dos loucos o que era a sua verdade.

Lacan (1946), no escrito “Formulações sobre causalidade psíquica” propõe que a realidade pode estar mais próxima do registro do imaginário e “convém assinalar que, se um homem que se acredita rei é louco, não menos o é um rei que se acredita rei” (p. 171), e continua:

[...] zelando por manter exatas as distâncias humanas que constituem nossa experiência da loucura, conformei-me à lei que, literalmente, faz existirem seus dados aparentes: sem o que o médico, tal como aquele que contesta ao louco que o que ele diz não é verdade, não divaga menos que o próprio louco (LACAN, 1946, p. 178).

Ainda Lacan, quando aponta para a fala da histérica nos diz que sua ambiguidade não decorre da vacilação de seu conteúdo e nem que o que diz seja mentira, mas que “... ela nos apresenta o nascimento da verdade na fala e, através disso, esbarramos na realidade do que não é nem verdadeiro nem falso.” E, ainda em “Função e campo da fala e da linguagem” (Lacan 1953), acerca da anamnese, o autor afirma que não se trata, para Freud:

[...] nem de memória biológica, nem de sua mistificação intuicionista, nem da paramnésia do sintoma, mas de rememoração, isto é, de história, fazendo assentar unicamente sobre a navalha das certezas da data a balança em que as conjecturas sobre o passado fazem oscilar as promessas do futuro... não se trata de anamnese psicanalítica, de realidade, mas de verdade [...] (LACAN, 1953, p. 257).

No início desse mesmo escrito, Lacan (1953), nos dá a direção para onde irá orientar sua posição de ouvir a verdade na fala do paciente. O ouvinte interfere na fala, ou melhor, no modo em que ela se dá, “... a fala pede uma resposta” (p. 248) mesmo que com seu silêncio. E o oferecimento da escuta, principalmente, para aquela escuta que aponta menos para a realidade do que para a verdade, promove que haja discurso.

⁵⁰ Tomamos emprestado o conceito de Deleuze e Guattari de linha de fuga para definir a atitude que precisaríamos seguir, escapar da linha, sair da linha, para dar linha a outro modo de estar ali. Uma fuga nada covarde, porque permanece, só que de uma forma nova. Os agenciamentos se mantêm, porém sob uma nova lógica.

Mesmo sendo em sua maioria, psicóticos, a fala que proferiam estava presa a realidade. Isso se dava em uma análise que fazíamos, pela razão de que suas verdades poderiam ser entendidas como insanidades, as quais aquele lugar de tratamento da loucura parecia querer usurpar.

Encontramos no primeiro dia de Ateliê de Imagem, um discurso morto e o assassino, havia sido o intuito da instituição em curar seus pacientes através da utilização do confronto com a realidade como método e a orientação pedagógica como lógica.

Oferecer a escuta já operava uma diferença, mas parecia não ser suficiente; o silêncio como resposta também não surtia muito efeito, pois a fala automatizada fazia uso dele e se repetia, se repetia... Também não estávamos em um setting psicanalítico tradicional, a associação livre, regra fundamental, podia ser uma direção para a fala no sentido de dispensarmos qualquer orientação, racionalização e certezas, mas em se tratando de coletivo, seriam necessárias outras ferramentas.

Durante o tempo da pesquisa, no Ateliê de imagem foram realizados quatro vídeos. O primeiro vídeo criado foi “Vida somente vida”, o segundo a ser concluído foi o clipe “18 de Maio - Acolhimento sim, recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende”, o terceiro, “Representações”, teve sua filmagem iniciada antes do segundo, mas sua edição só foi concluída posteriormente e o último que foi realizado intitulou-se “Saudade”. Vídeos que são muito diferentes entre si. Foi feito um diário de bordo onde foram registrados os encontros e ainda algumas impressões e deduções relevantes para auxiliar em nossa pesquisa.

Os vídeos foram realizados em momentos diferentes e embora se possa notar uma direção de trabalho em comum, as diversas conjunturas nas quais estavam circunscritos – tanto em relação aos pacientes e técnicos que compunham o Ateliê, quanto como estava a instituição além da própria intencionalidade de cada vídeo criado – influenciaram profundamente o processo de trabalho que se mostrou de forma singular em cada um deles, os diversos cenários ditaram processos diferentes de criação.

O primeiro vídeo, “Vida somente vida”, por ser o primeiro, partiu de um quase zero. O que tínhamos era somente a proposta de fazer com eles um Ateliê de Imagem. O que era isso? Não sabíamos.

Estávamos em um momento de reformulação clínica institucional no serviço e isso mobilizava muito a participação dos pacientes. Algumas construções acerca do formato de como fazer o vídeo “Vida somente vida”, foi mantido na realização dos outros que se

seguiram. Ao mesmo tempo e por outro lado, como se pode notar ao ler o processo acontecido em cada um dos vídeos, muitas coisas se transformaram e seguiram outras potencialidades.

O que podemos adiantar como sendo um elemento em comum em todos os vídeos, é a participação ativa dos usuários em todas as etapas e o respeito ao tempo necessário para que esse princípio fosse seguido. Outro elemento que destacamos, é que embora houvesse o oferecimento de fazer o vídeo, buscávamos que ele fosse o mais moldável e plástico aos desejos dos pacientes inseridos na atividade. Não impúnhamos temas e nenhuma direção, isso era proposto pelos usuários. Procuramos trabalhar sem que o oferecimento se tornasse uma demanda dos técnicos. Para que houvesse clínica naquela atividade, o sujeito em questão era o paciente com suas questões e elaborações que surgiam pela criatividade, nossos desejos pessoais e demandas não teriam lugar nesse espaço. O desejo que caberia aos técnicos seria o de que houvesse criação, ou melhor, que houvesse elaborações psíquicas que promovessem criatividade e, no revés do movimento, que elaborações fossem atizadas por criações.

Quase todos os vídeos que realizamos no CAPS, seguiram um roteiro que visava quebrar com a maneira engessada com que todos estavam acostumados a se comportar. Apenas o vídeo “Acolhimento Sim, Recolhimento não”, apresentou outra organização, que iremos apresentar oportunamente.

Nossos encontros se iniciavam na maior sala do CAPS, que geralmente ficava muito cheia. Inicialmente dois técnicos coordenavam a atividade com a ajuda de uma estagiária⁵¹. Os encontros se iniciavam em uma conversa em círculo em uma sala. Um círculo não muito organizado, e os assuntos variavam pelo interesse dos participantes. No primeiro encontro que realizamos no CAPS foi exposta a proposta de fazer um vídeo, aliás, essa era a única ideia prévia e todos se interessaram. A maneira como o vídeo seria feito não sabíamos e o tema estava em aberto, não tínhamos muita regra nem destino. Como o que estava acontecendo era algo novo, diferente de tudo que já havia sido feito no CAPS, quando perguntávamos o que eles gostariam de fazer, as respostas nem sempre, ou melhor, quase nunca eram esclarecedoras ou orientadoras. O resultado é que geralmente ficávamos bastante perdidos em meio a discursos que se misturavam em várias direções. A mescla entre propostas direcionadas a feitura do vídeo e questões da vida deles era uma constante. Para furar com aquele discurso, propusemos uma forma diferenciada de relatar o que nos contavam. Resolvemos aproveitar essa aparente confusão e ouvir o que dessas falas poderiam

⁵¹ Eu e Cláudio Arnoldi que era enfermeiro da equipe técnica do CAPS e a estagiária era Juliana.

ser indicações de cenas. Assim, íamos colhendo e articulando as falas e demandas. Incluímos a pergunta/intervenção ao que eles nos diziam: “Ok, mas se isso que você nos fala fosse uma cena ou uma imagem, qual seria?”. Perguntávamos: “Que imagem tem isso que você está dizendo?” “Se o que você diz fosse uma imagem qual seria?” As respostas óbvias e viciadas se calavam com essas perguntas estranhas e deu-se início às elaborações. Assim as questões médicas e comportamentais foram dando lugar à criação de imagens. Anotávamos em um papel cada ideia de imagem, ao que ela se referia e qual paciente a havia sugerido. Geralmente ficávamos nessa prévia organização todos os dias antes das filmagens. Mesmo quando sobravam cenas que não haviam sido filmadas no último encontro, sentávamos primeiro para decidir se íamos e como íamos dar seguimento à produção do filme/vídeo. Esse artifício, usado durante toda a duração do Ateliê; se destinava a provocar que ali se originasse uma direção compartilhada para o nosso fazer diário.

A filmagem propriamente dita se iniciava depois dessa conversa. As filmagens que se seguiam contavam com a participação de todos que se interessassem. A direção da cena, geralmente era feita pelo seu criador, que optava pelo ângulo que concebesse mais interessante, o famoso plano ponto de vista cinematográfico, os efeitos, a luz e o movimento interno dos atores, como o também de câmera, caso tivesse. O autor da cena escolhia entre os que se dispunham a encená-la, seus “atores” caso a cena pedisse. Às vezes o próprio autor preferia participar da cena ao invés de filmá-la. Alguns queriam segurar a câmera e outros preferiam que algum técnico realizasse o movimento que eles desejavam. Enfim, não havia um modelo prévio, era respeitado que cada um pudesse realizar sua criação da maneira que achasse mais conveniente.

Houve vários contratempos relativos aos equipamentos que seriam necessários para a realização do Ateliê. Inclusive, inicialmente, foi preciso que usássemos recursos próprios e não institucionais. Não havia nem filmadora, nem máquina fotográfica e muito menos um computador para editarmos os vídeos nesse primeiro momento. Assim, nossos recursos iniciais foram os aparelhos celulares e notebook que os próprios participantes dispunham. A máquina fotográfica foi nossa primeira aquisição, doada pela CAP 3.3.⁵² Como esse equipamento também oferecia a possibilidade de filmar, parte do problema estava resolvido, embora tenhamos tido que comprar um cartão de memória para ela com recursos próprios. Para editar, ao final da feitura do vídeo, depois de muita solicitação e conseguir vencer a máquina emperrada da burocracia, recebemos um computador da Coordenação de

⁵² Na época o Coordenador da Área Programática 3.3 era o Dr. Alexandre Modesto que nos cedeu uma câmera fotográfica digital que tinha recurso de foto e filmagem.

Saúde Mental⁵³. Ele foi destinado unicamente para essa finalidade, não sem certa reclamação e resistência de algumas pessoas da equipe do CAPS Rubens Corrêa, que prefeririam que o computador tivesse outro uso. Entretanto, como o computador tinha muito pouca memória interna, não podíamos correr o risco de perder as imagens que íamos armazenando. Como ele havia sido uma conquista desse dispositivo clínico, foi possível sustentar essa posição.

Muito brevemente começávamos a passar as imagens para dentro do computador para liberar a máquina de fotografar para que novas fotos e cenas fossem tiradas.

Inicialmente, antes de termos o computador, que foi recebido ao final da edição do primeiro vídeo, utilizávamos o meu notebook que ficava em cima de uma mesa com os participantes sentados ao redor. Na medida em que inseríamos e armazenávamos as imagens no computador, íamos identificando e nomeando cada uma delas. Criávamos títulos ou utilizando a palavra que havia sido o disparador para a geração da imagem, ou usávamos o nome de quem a havia criado, ou mesmo inventávamos outro título. Tudo era decidido coletivamente.

Muitas vezes dividíamos o grupo, alguns ficavam editando e outros produzindo e realizando outras cenas. Como sempre foi possível chegar a qualquer momento, muitos recém-chegados se interessavam em também fazer suas filmagens. Assim, enquanto uns ficavam acompanhando e participando dessas novas produções, outros davam continuidade à catalogação das já realizadas. O processo de filmagem ia se estendendo por vários encontros, até o momento em que achamos que era preciso dar um contorno para toda aquela avalanche de imagens e iniciarmos a edição.

A edição seguia certa lógica. Coletivamente escolhíamos a ordem da disposição das imagens e sua duração, assim como o melhor ponto de entrada e saída da cena. Também eram escolhidos os efeitos de transição entre os takes. Todas as escolhas eram feitas com a participação ativa dos pacientes.

Após a montagem, começávamos a pensar no áudio. E o áudio foi muito particular em cada um dos vídeos criados. No primeiro vídeo realizado, “Vida Somente Vida”, assistimos juntos ao vídeo montado e colocamos a pergunta no sentido inverso do que havíamos feito para a criação das imagens: “Que som tem essa imagem?” Surgiram palavras, músicas, frases, barulhos, etc. A pergunta, não necessariamente era respondida pelo autor ou ator da imagem. Todos opinavam e o vídeo ia se tornando cada vez mais uma criação

⁵³ Digno de nota o empenho de Alexander Ramalho gerente de atenção psicossocial na época para que esse computador chegasse à unidade.

coletiva. Dois outros vídeos foram sonorizados com músicas compostas pelos participantes e o último foi composto por depoimentos que estavam em sincronia com a imagem.

A finalização dos vídeos também foi diferente em cada um deles. No primeiro ainda não tínhamos criado o logo, que acabou por nomear o grupo de “Locotipo” e se firmou como a assinatura dos outros vídeos. Neste primeiro vídeo, após muitas filmagens e edições concomitantes, ponderamos que seria interessante realizar algum tipo de finalização, que um acabamento iria oferecer um ponto de parada. Na mesma direção e orientados pela clínica, consideramos que afirmar a autoria do vídeo pelos pacientes seria fundamental, uma forma de inscrever seus nomes no campo social.

Entendemos que os créditos finais entrariam como ponto de basta no discurso áudio visual, operação que na psicose não é possível ser efetuada. O mal entendido da linguagem não é suportado por essa estrutura onde não se pode operar a significação fálica (LACAN, 1955-1956), resultando um discurso que deriva em uma enxurrada de significações que, se por um lado nunca bastam, por outro refletem a necessidade de que haja uma correspondência de forma exata ao sentido.

Como as leis da simbolização (*Verdichtung*⁵⁴, *Verdrängung*⁵⁵ *Verneinung*⁵⁶), não operam, o psicótico permanece em errância. O sujeito não barrado não suporta o não sentido e o fato de o significante não dizer tudo e, através de sua fala tenta burlar as leis do simbólico na busca pela verdade absoluta, a qual coloca no dito do Outro. A finalização do vídeo foi a inclusão de um ponto de basta naquele discurso áudio visual. O vídeo precisava ter um fim.

Juntamos essas duas proposições, autoria e ponto de basta e sugerimos que cada paciente criasse sua própria assinatura se utilizando de algum material que escolhesse. Foram usados os mais diferentes materiais: caneta, lápis, tinta, argila, areia, papel, cola, massinha, pano, etc. Com eles, cada um escreveu seu nome que depois foi fotografado alguns por eles próprios e outros por técnicos do serviço.

Como imagem, ao fundo, atrás de suas assinaturas, os pacientes propuseram uma cena específica, que foi fotografada e também filmada. A última etapa da realização do vídeo foi a de editar os créditos finais. Cada participante, durante o horário do Ateliê, indicou o momento e o local do quadro e cena final, em que iria ser inserida sua assinatura. Esse resultado foi conseguido através de um recurso técnico específico, feito em outro computador fora do serviço, já que o editor de imagem que havia no CAPS não podia realizar o efeito

⁵⁴ Condensação ou metáfora. Lei do mal entendido, do equívoco que é inerente ao significante.

⁵⁵ Refere-se ao recalque, ao ponto do impossível que há no plano da significação.

⁵⁶ Refere-se à denegação, o sujeito enuncia e, “paradoxalmente”, destitui o próprio enunciado.

desejado. Mas seguiu a indicação das preferências de localização das assinaturas já expostas pelos pacientes. Por fim, os coordenadores do Ateliê também incluíram seus nomes e o primeiro vídeo ficou pronto.

3.2.4. O elenco

Aproximando o enquadre e em um momento posterior que é o agora, possibilitado pela visão de imagens que estão capturadas em formato de vídeo, vamos apresentar esse grupo que acabou se intitulando Ateliê Locotipo.

Os usuários de um serviço chegam depois da instituição estar em funcionamento, da engrenagem do tratamento em saúde mental já estar montada e em movimento. Entretanto, mesmo porque dentro da história da Reforma Psiquiátrica, os usuários sempre tiveram um papel preponderante, suas interferências provocam repensar o serviço. Procuramos desde o início da nossa chegada ao CAPS sermos sensíveis às suas influências, para que pudéssemos abalar o instituído e retornar ao movimento instituído; para que a dinâmica no serviço retornasse a sua plasticidade, que ele se reconstruísse mutante, aberto aos sujeitos que o compõe. Colocamo-nos em luta constante contra a normatização. A assembleia dos usuários foi retomada e dentro dos dispositivos clínicos coletivos havia espaço para as colocações políticas e para colaboração dos usuários em sua organização.

A estrutura da instituição precede a cada sujeito singular que dela participe, mas ao mesmo tempo, a instituição é influenciada pela singularidade de cada membro, assim como pelas relações conscientes e inconscientes entre todos os componentes, sendo eles pacientes ou técnicos. É isso que pode garantir que a instituição não se cristalize (KAËS, 1991).

Os participantes do Ateliê estão reunidos pela instituição CAPS e no campo da instituição da Saúde Mental. Isso tem consequências. A instituição está lá, presente, influenciando o fazer coletivo.

O movimento de retomada de uma clínica psicossocial no CAPS Rubens Corrêa foi bem recebido pelos clientes, que se mostravam ansiosos para que atividades como oficinas e ateliês, que já haviam sido a marca do serviço, voltassem a acontecer⁵⁷. Muitos deles estavam no serviço há muito tempo, alguns desde sua inauguração em Julho de 1996. De

⁵⁷ O CAPS Rubens Corrêa foi o primeiro CAPS a ser criado no Rio de Janeiro, muitos técnicos comprometidos com a reforma psiquiátrica e direcionados para a inclusão dos pacientes no território, no convívio social e em programas de geração de renda haviam desenvolvido várias oficinas e Ateliês significativas tanto na vida particular, pessoal e profissional dos clientes como no cenário mais amplo da luta antimanicomial no Rio de Janeiro. Houve no passado do CAPS Rubens Corrêa, publicação de livros e jornais, oficina de pastas recicladas entre outros acontecimentos.

forma geral, os pacientes se mostravam mais interessados nas mudanças anunciadas do que grande parcela da equipe, que havia se acostumado a trabalhar de uma maneira engessada e sem maior compromisso com a clínica psicossocial.

Só o fato de oferecer algo que não fosse os grupos de referência, já era bem recebido pelos clientes, que expressavam verbalmente sua satisfação dizendo: “... os bons tempos estão voltando”, pelos corredores do serviço. Pediam a volta de várias oficinas e atividades. A direção era a de provocar mais do que uma retomada, o acontecimento de algo novo que pudesse interferir no marasmo que corroía o ambiente. Nesse ponto, a retomada pode ser equiparada com o novo e com rompimento. O que retorna é uma lógica, mas os caminhos que iriam se abrir para o exercício dessa lógica não precisavam ser os já trilhados. Eles eram outros, nós éramos outros, a época era outra.

Mesmo se caracterizando como um coletivo aberto, acolhedor a quem chegasse, havia um núcleo de pacientes fixo, que participou do Ateliê durante todo o processo. Esse núcleo era formado por dez pacientes. Nove tinham hipótese diagnóstica de psicose, em um permanecia a dúvida, ela havia passado por um período muito longo em asilamento e apresentava um quadro de retardo importante, o que atrapalhava na hipótese diagnóstica. Além dessa pessoa, mais dois haviam sido desinstitucionalizados após a reforma psiquiátrica; sendo que um chegou à instituição pouco tempo depois de nossa chegada, com a intervenção em uma clínica onde ele havia passado quase que sua vida inteira. O trabalho de reinserção familiar e a entrada no CAPS foram realizados por mim. Os outros sete frequentavam o CAPS e alguns já haviam sido internados em momentos de crise, mas não com longa permanência.

Fora esse núcleo mais presente, participavam de forma oscilante mais oito pacientes, que durante momentos variados permaneceram na criação de um dos vídeos. Além desses, ainda recebíamos outros pacientes do CAPS de forma bastante esporádica. O grupo era aberto e qualquer paciente podia participar pelo tempo que quisesse.

Cada um tinha sua história particular e sua idiossincrasia. Fora o fato de que possuíam a indicação para o tratamento psicossocial em um CAPS, nada poderia transformá-los em um grupo que compartilhava algum sintoma específico. Uns eram casados, outros moravam com a família, outros sozinhos, alguns tinham mais autonomia, outros eram bastante dependentes, uns mais criativos, outros mais presos a formatos prontos... Essa pluralidade dava ao grupo um colorido especial. Houve episódios em que um participante, tomado por questões psíquicas ou mesmo por impasses relativos à vida familiar ou social, demonstrava dificuldade em acompanhar o processo filmico. Momentos em que a

particularidade impunha a necessidade de expressar conflitos singulares e, esse participante tomava a fala e a atenção do grupo. Ocorria o inverso também; do sujeito em crise se abster e se anular das decisões relativas ao vídeo. Os outros participantes lidavam com esses momentos com solidariedade e também humor. Sem desconhecer o momento pelo qual esse participante passava, ajudavam a incluir no trabalho as questões levantadas e quando havia a alijamento, buscavam chamar e provocar o interesse para o trabalho. Havia outro movimento no grupo, que era bem interessante. Eles podiam rir de certos maneirismos dos colegas; algumas loucuras, marcas próprias de alguns sujeitos, provocavam risadas nos outros participantes. Entretanto, a pilhéria não poderia ser traduzida por insulto ou picardia, – nunca houve um convite sequer para que qualquer um se retirasse da sala nem por mim e nem por outro participante – diferentemente disso, essa reação era uma forma de inclusão.

3.3. VÍDEOS EM ANÁLISE

3.3.1. O Projeto e precursores

O projeto de pesquisa de análise sobre o Ateliê de Imagem do CAPS Rubens Corrêa, intitulado “O vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial”, sobre o qual repousa a nossa tese, passou por processo de avaliação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, CEPCMM/HUAP nº 381/11 e CAAE: 0397.0.258.314-11. Recebeu parecer favorável. O mesmo projeto de pesquisa foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Cabe ressaltar que o Comitê de Ética da SMSDC fez a exigência, para além do Consentimento Livre e Esclarecido, já estabelecido também pelo Comitê de Ética da UFF, da realização de um documento de autorização de uso de som e de Imagem assinado pelos participantes do Ateliê. Essa exigência foi devidamente cumprida e a pesquisa recebeu o parecer favorável em 13/07/2012, sob o nº 18/12⁵⁸.

Como alguns pacientes eram tutelados, seus responsáveis legais foram chamados e autorizaram a participação na pesquisa, tendo assinado os documentos necessários. Tivemos o cuidado de não excluir esses pacientes que eram tutelados do processo de autorização; muito pelo contrário, ele só se dava com a prévia autorização e desejo do paciente. Inclusive a assinatura deles foi igualmente valorizada na autorização.

⁵⁸ O consentimento livre e esclarecido e a autorização de imagem estão em anexo.

Desde o início, todos os participantes sabiam que o Ateliê de Imagem, além de ser um dispositivo clínico do CAPS, como outros que lá aconteciam, era também campo de pesquisa para a nossa tese de doutorado. Frequentemente voltávamos a esse ponto, visto que havia uma população flutuante no Ateliê, explicávamos a pesquisa e a não obrigatoriedade da participação. Inclusive, havia a possibilidade de que alguém participasse do dispositivo e não quisesse ser citado pela pesquisa. O dispositivo do Ateliê era um atendimento clínico coletivo aberto à participação de qualquer paciente do CAPS. A pesquisa é uma análise sobre esse dispositivo e seus efeitos nos pacientes e na clínica psicossocial, entretanto, para que determinado paciente fosse sujeito da pesquisa, houve sua concordância expressa, em permanente reavaliação. Estávamos prontos a rever essa autorização caso algum paciente solicitasse sua exclusão da pesquisa.

A questão da exposição dos pacientes em vídeos, já vinha sendo matéria de discussão na saúde mental. Para situarmos nossa pesquisa na interseção entre o fazer artístico e o campo da atenção psicossocial, fizemos algumas entrevistas com pessoas que trabalham também nesse viés, além de pesquisas na internet e na biblioteca do IPUB. Não encontramos muitas experiências específicas com o recurso do vídeo no Campo da Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro. Nenhuma das que encontramos está em funcionamento atualmente. Dentre as que encontramos onde a questão ética da exposição em vídeo de pacientes foi objeto de observação destacam-se a TV Pinel⁵⁹ e o vídeo “Corpo Santo”⁶⁰.

Esta última foi uma videoinstalação, realizada em 2012, pelos artistas plásticos contemporâneos Maurício Dias (Rio de Janeiro, 1964) e Walter Riedweg (Lucerna, 1955), com pacientes do IPUB. Foi resultante de uma encomenda feita aos artistas plásticos para ser apresentada na comemoração de 150 anos da primeira exposição da Coleção de Hans Prinzhorn na Clínica Psiquiátrica Heidelberg⁶¹.

O vídeo contou com a participação ativa dos pacientes. Antes de acontecerem as filmagens, esse projeto foi primeiramente submetido à aprovação dos pacientes em uma assembleia e depois aprovado pelo comitê de ética. Mesmo assim, vários profissionais se posicionaram contrários, exercendo muita resistência por discordarem com a exposição de pacientes em filmagens que seriam divulgadas publicamente.

⁵⁹ Foi realizada entrevista com Naole Toja e Vera Carrilho, coordenadoras da TV Pinel

⁶⁰ Para a escrita deste tópico foi realizada uma entrevista com Julio Verztman psiquiatra e psicanalista responsável pela avaliação de projetos externos no IPUB e pesquisa em sites e a diretora do IPUB Maria Tavares Cavalcanti

⁶¹ Site do programa do museu com a exposição pode ser visto em: <http://prinzhorn.ukl-hd.de/index.php?id=61>

A direção do IPUB deu consentimento para a execução do vídeo, levando em consideração primeiramente o interesse dos pacientes, mas também a importância internacional do projeto. Ele seria uma referência ao nascimento do reconhecimento de que a arte poderia ser produto de criação de uma pessoa louca. Todo o processo de filmagem, entretanto, foi acompanhado pelo próprio Júlio Vertzman, que exerce no IPUB a função de acompanhar e verificar a adequação e pertinência de projetos ligados à arte, que lá são desenvolvidos, mas que são demandas de pessoas ou outras instituições externas ao Instituto.

A TV Pinel⁶² é, sem dúvida, emblemática, para se pensar o vídeo na atenção psicossocial. Seu embrião está ligado ao interesse de Doralice Araújo em acompanhar a evolução das crianças em processo terapêutico, no Núcleo de Atendimento à Criança Autista e Psicótica (NACAP), onde trabalhava. Ricardo Peret, na época, diretor do Instituto Philippe Pinel, conseguiu a doação de uma câmera e de uma ilha de edição.

Paralelamente ao trabalho no NACAP, Doralice, que era fotógrafa, também filmava os acontecimentos no Cais, nome do Hospital Dia do Pinel, e foi percebendo o interesse dos pacientes pela câmera. Assim surge a ideia de fazerem uma TV na instituição. O diretor do IPP fica um pouco reticente, com receio de que uma televisão de doido poderia ser considerada bizarra e prefere pensar em uma televisão comunitária. Para isso pede e recebe ajuda de Claudius Ceccon e Eduardo Coutinho que participavam do Centro de Criação de Imagem (CECIP) que produzia o Projeto de Vídeo Popular, a TV Maxambomba⁶³.

O acordo selado para a realização de uma TV que divulgaria as transformações que estavam ocorrendo na assistência em saúde mental, tanto para os funcionários quanto para a sociedade em geral, teve o aval do Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, na época, Domingos Sávio. Entretanto, Doralice fez a ressalva, que foi aceita, de que alguns usuários do serviço deveriam ser contratados para trabalhar na TV. Assim, em 1996, foi criada a TV Pinel. Os usuários contratados receberam capacitação e participaram de todas as etapas da feitura dos vídeos, desde a reunião de pauta até a atuação como repórter ou ator. Surgiram vários questionamentos sobre a TV Pinel, relativos tanto à ética quanto à clínica. Alguns profissionais da saúde mental acreditavam que a divulgação da imagem dos pacientes era uma exposição antiética. Colocavam em dúvida a capacidade e autonomia de eles mesmos decidirem sobre isso. Outros profissionais se preocupavam com a saúde mental dos usuários;

⁶² Tópico escrito a partir de entrevistas realizadas com Vera Roçado e Noale Toja e os textos: 10 anos de TV Pinel, disponível no site: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/10anos.htm> : http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_tv_pinel.htm As imagens do afeto: homenagem à Doralice Araújo de Edvaldo Nabuco, disponível em <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/491/872>

⁶³ Site do projeto: <http://www.visoesperifericas.org.br/2012/cecip-maxambomba.html>

acreditavam que participar das filmagens poderia desencadear surtos psicóticos. Mesmo com todas as oposições, a TV Pinel seguiu seu caminho; muito provavelmente pelo formato adquirido por ela, que inclui a participação dos usuários em todo o processo e o cuidado com as autorizações de imagens, feitos dentro das exigências legais e sendo condição para as filmagens.

O Ateliê de Imagem, objeto de nossa pesquisa, mantinha uma ligação mais estreita com a clínica estrito senso, sendo fruto da criação artística de pacientes que estavam em um dispositivo clínico. Os vídeos criados no Ateliê estão situados na fronteira entre arte e tratamento psíquico. Posição que abre possibilidades perigosas, principalmente quando a nossa intenção não é colocar o cinema/vídeo no divã.

Atualmente há círculos de diálogo entre cinema e filosofia⁶⁴, como também entre psicanálise e cinema⁶⁵. Nesses encontros, de forma geral o interesse costuma girar entre duas formas de lidar com o material filmico. O primeiro se detém na análise da posição do espectador e os efeitos que a obra proporciona; guiado provavelmente, pelo fato de que a obra só é obra, quando encontra o olhar do público, que empresta a ela sua subjetividade. Os próprios autores costumam relatar que não têm domínio e nem saber sobre a multiplicidade de afetos que a sua produção pode proporcionar. A partir desse interesse, muita produção é construída. A outra vertente encontrada é a de esmiuçar, esclarecer conceitos através das tramas, imagens e personagens. Isso ocorre tanto na área da filosofia, onde os conceitos filosóficos são revisitados com ajuda do cinema, quanto nos círculos psicanalíticos que trabalham com conceitos da psicanálise; incluindo aí, análises de processos psíquicos.

Essas vertentes são profundamente interessantes e profícuas. Entretanto, nossa pesquisa seguirá outro caminho: o de traçar uma relação e efeito subjetivo entre o autor e sua obra. Entretanto, essa escolha não desconhece que a obra é bem maior do que o artista e que há o além da intencionalidade presente na criação, que comparece independente do controle do autor. Mais do que isso, por mais que tenhamos a intenção de respeitar os ditos do criador, sabemos que algo sempre escapará. Por outro lado, seguindo a mesma lógica, não podemos nos enganar. Quando há interpretação de uma obra, há também um ato de criação, o que inclui uma coautoria. Um fato não existe em si, apenas a interpretação do fato. Ou seja, ao analisar uma obra de arte, também estaremos criando.

⁶⁴ Círculo psicanalítico, Escola Lacaniana, Associação Psicanalítica Rio 3, Intersecção psicanalítica do Brasil, CCBB do Rio e de São Paulo com "Freud 150 Anos - O Cinema no Divã", núcleo psicanalítico de Aracajú, Festival Loucos por cinema patrocinada pela Caixa Econômica e realizada pela DM Filmes, entre muitos outros.

⁶⁵ Curso intitulado "História da Filosofia em + 40" com Alexandre Costa e Patrick Pessoa, acontecido na Caixa Cultural Rio de 21 de maio a 24 de março de 2012.

A questão da coautoria comparece em nossa pesquisa de duas maneiras diferentes. A primeira, em relação ao que produzimos teoricamente após o término do Ateliê, ao nosso olhar frente a esse acontecimento. A segunda, em relação ao momento mesmo em que o Ateliê estava acontecendo e assumíamos um lugar dentro do dispositivo. Este lugar se diferenciava do qual os pacientes estavam, mas ainda assim, era um espaço de participação na criação.

Aproximamos esse apontamento do perspectivismo, conceito criado por Leibniz e sustentado por Nietzsche, que considera que toda percepção e pensamento estão intimamente ligados a uma determinada perspectiva, que é alterável (HIRATA, 2008).

O primeiro caso, de produzir uma leitura que precisou de uma distância para ser efetuada, pode ser comparado ao que Ortega y Gasset (1998), que também foi influenciado por Leibniz, destaca: A perspectiva está ligada a circunstância, ela influi no conhecimento. Na metáfora do bosque, oferecida por Ortega y Gasset sobre a invisibilidade do todo para o contemplador que passeia por entre as árvores, a questão da verdade é recolocada, diferentemente de negá-la ou de considerá-la falsa, o autor afirma o ponto de vista individual como sendo o que pode olhar o mundo em sua verdade, construindo a hipótese de que a realidade só pode ser contemplada sob a perspectiva singular.

Relacionando essa metáfora com a análise que realizamos dos vídeos, percebemos que para efetuar nossa análise, a distância operada pelo passar do tempo, foi crucial para que ampliássemos nosso campo de visão e enxergássemos o que, no momento mesmo da confecção dos vídeos, não era possível ver (DE CARVALHO; BESSA, 2010). Agora, no momento de análise da tese, temos a missão de comunicar nosso modo de apreender o que ocorreu durante o Ateliê; a nossa verdade sobre essa experiência e assim dar acesso a outros de nossa perspectiva, que de outra forma, seria inatingível. Lembrando que essa nossa análise é mediada por um olhar que assume uma distância.

O segundo ponto que levantamos, se refere ao fato de que fomos coautores dos vídeos produzidos pelo Ateliê; o que traz a questão sobre o lugar que ocupa quem está coordenando essa atividade. A referência à psicanálise não pode suplantiar a particularidade dessa situação. Há aproximações e distanciamentos em relação ao lugar de analista, tal como é preconizado por Lacan, na atuação do coordenador do Ateliê.

O lugar do analista no tratamento, para Lacan, é o de quem dirige o tratamento. O que não significa dizer que o analista dirige o paciente. Muito diferente disso, o que Lacan propõe é que o analista não faça interferências a partir de seu ser, na cadeia significante

trilhada pelo paciente. Ele se empresta a transferência, perdendo sua personalidade e se anulando como sujeito moral (LACAN 1958).

O analista, para Lacan (1967-68), ocupa um lugar vazio de poder e de saber para que ocorra a transferência. “O psicanalista se faz de objeto a. Ele se faz, entenda-se: faz-se produzir; do objeto a: com o objeto a”, ou seja, ele não encarna o objeto a, ele faz semblante de objeto a. No desejo de obter a pura diferença de que o paciente se desassujeite do mandado do Outro. Ou seja, que ele se liberte das construções imaginárias que o prendem. O analista se empresta à transferência para ir desmontando significações e para que os nós de gozo do sintoma se desfaçam. O analista se oferece e suporta os avatares do percurso para escorregar do lugar em que é colocado e promover o novo, a diferença. O desejo do analista em última instância é de que haja análise.

O modo pelo qual a análise se dá, a maneira como o analista dirige o tratamento com seu desejo de que haja análise, tem estreita relação com seu estilo. E seu estilo singular é a herança de sua própria análise. Se entrelaça com o momento do passe de analisante à analista (QUINET, 1999).

A palavra/conceito Estilo, (do latim *stilus*), pode ser descrita por vários significados, foi inicialmente usada para designar um instrumento metálico pontiagudo utilizado para escrever ou desenhar e acabou nominando uma maneira particular de se fazer algo, como também, no campo da arte, usada como instrumento de segregação entre talentosos e não talentosos. Importante assinalar que estilo também pode se referir a um sistema organizado e generalizado que é seguido por alguns, o que podemos chamar, a grosso modo, de moda⁶⁶. Inversamente, também é nomeado estilo a atitude de romper ou mesmo transgredir com o sistema de regras generalizado e fundar uma maneira própria e singular, isso é a criação de um estilo.

Para um acerto de vocabulário, vamos apresentar o recorte que interessa a essa pesquisa. A saber: o estilo como veículo da singularização, da ruptura ao generalizado, sem que haja nisso um índice de valoração. Quinet (1999), baseado em Lacan, confere ao estilo ser tributário das leis do inconsciente: "não há forma de estilo, por mais elaborado que seja; em que o inconsciente não abunde" (p.217).

O sintoma, motivo de sofrimento e gozo, para a psicanálise, de forma diversa da medicina, não é para ser extirpado. Ele é via de acesso à verdade. Seguindo seu rastro se

⁶⁶ Definição apoiada no site de cultura do Itaú cultural, disponível em : http://www.itaucultural.org.br/aplicExternas/enciclopedia_IC/index.cfm?fuseaction=termos_texto&cd_verbete=3184 acessado em 29/07/2013.

chega ao estilo. O sujeito, ao atravessar sua fantasia, passa do semidizer seu sintoma, ao bem-dizer seu sintoma. Isto é, no final de uma análise, o Outro com sua exigência superegóica, se esvanece. O sujeito já não se deixa mais enganar e não se apressa em respondê-lo. É possível realizar uma versão própria do que inicialmente ele supunha ser o desejo do Outro, que já se apresenta com sua inconsistência. Opera-se uma conciliação com o sintoma que é então bem dito, mas não todo, sem as amarras imaginárias. Esse momento, na teoria lacaniana, é conhecido como *savoir y faire*, saber lidar com o sintoma (LACAN, 1975-76). Ponto a partir do qual podemos dizer que desemboca na questão do estilo.

O sintoma, que foi aos poucos decantado e desacreditado, tem dois destinos: o estilo, o modo de enunciação de sua verdade e o sintoma como real irreduzível.

É de se esperar que um psicanalista chegue a esse ponto e que em sua clínica, possa não responder a fala e a atuação de seu paciente com seu sintoma, caindo nas garras da transferência. Mas operar com seu estilo dirigindo o processo analítico sustentado pelo que Lacan denomina "desejo do analista". O analista contribui com algo seu, ele não é resultado de uma máquina de fabricação em série. A célebre frase de Lacan "Façam como eu, não me imitem", contém o paradoxo de que existe, no exercício da psicanálise, uma ética da qual não se abre mão; algo que Lacan procura transmitir, mas, que fora esse ponto, o que há é a abertura ao diferente, ao inusitado. Arrisco pensar que talvez seja exatamente esse o ponto do qual não se deve abrir mão: de que é preciso estar aberto ao que vem do sujeito, deve-se não se identificar e sustentar a ética da diferença.

Quinet, (1999), elabora essa frase de Lacan pela via da transmissão:

A transmissão pela via do estilo pode ser pensada a partir dessa frase paradoxal de Lacan: "Façam como eu, não me imitem". Podemos interpretá-la da seguinte forma: "Façam como eu, saibam lidar com seu sintoma, e inventem um estilo que lhes seja próprio". E mais: "Ponham algo de si na Psicanálise, não se identifiquem comigo". Poderíamos formular que o "não me imitem" está do lado do sintoma, e o "façam como eu", do lado do estilo, podendo então ser traduzido por: "Tenham [cada um] seu estilo próprio, pois eu tenho o meu" (QUINET, 1999, p.224).

Para tecermos uma articulação entre o lugar do analista e o lugar do coordenador do Ateliê, destacamos alguns pontos que propomos como princípios, aos quais um analista, em sua tarefa, não deve ceder. O estilo não é uma personalidade, não obedece a nenhum plano prévio, ao contrário disso, está a serviço das contingências; o que nos aponta para que, ao respeitar o aforismo de que cada caso é um caso, mais do que isso, de que cada momento é um momento, afirmamos que a psicanálise se reinventa a cada momento de cada caso, a partir da escuta do sujeito.

A questão se complexifica quando o lugar de sustentar a direção da psicanálise está ocupado por um coordenador de Ateliê de Imagem. Entram em jogo algumas contingências extras. Três contingências acerca do Ateliê já foram anteriormente tocadas nesse trabalho. A saber: se tratar de um coletivo composto por uma clientela grave, em sua maioria de psicóticos e inseridos em uma unidade pública de saúde mental. Podemos somar a essas, ainda outra: o próprio dispositivo do vídeo, que trás em si não só a questão do oferecimento de uma atividade, mas também algumas particularidades que se relacionam com a imagem, com a estética e com o olhar.

Inicialmente houve a tentativa de que a interferência operada no setting pelo coordenador fosse minimizada ao máximo, se possível extirpada. Essa tentativa operada por mim mesma, dizia respeito a um zelo levado ao extremo de impedir a incidência de posicionamentos morais e também o cuidado para que minha estética não sobressaísse a dos outros participantes. Enfim, uma proteção que aos poucos se verificou desnecessária, pois os pacientes foram demonstrando que sabiam expor suas opiniões. Essa estratégia se revelou mais do que equivocada, impossível de ser realizada. Ela provocava um efeito colateral, obliterava as intervenções tanto clínicas quanto estéticas, que poderiam ser altamente profícuas. Assim, foi preciso aprender a manejar as interferências no processo como uma ferramenta. Foi um desafio manter-se inicialmente em quatro e depois de deixar de ser coordenadora técnica, três modos de inserção no Ateliê; de estar no lugar de pesquisadora, de ser alguém que escutava e entrevistava clinicamente e de fazer parte da criação dos vídeos, colaborando com o saber técnico e a sensibilidade artística. O lugar de pesquisadora era mais um pano de fundo. Todos sabiam que havia um pensar e uma produção teórica sendo processada sobre o dispositivo. Entretanto, nossa pesquisa não havia nenhuma pretensão de operar um distanciamento para que houvesse uma observação objetiva. A proposta se aproximava da ideia de ‘observação participante’, estávamos inseridos no dispositivo e participávamos efetivamente do seu desenrolar (QUEIROZ et al., 2007).

As intervenções clínicas estavam autorizadas e se sustentavam no fato de que eu integrava a equipe técnica e tinha conhecimento das questões psíquicas que perpassavam a clientela inserida no Ateliê. Mantínhamos contato com os técnicos de referência dos pacientes e trocávamos com eles sobre o que comparecia nas criações. Na maioria das vezes, as intervenções clínicas não se assemelhavam àquelas de consultório; elas se davam através das criações artísticas. De certa forma se assemelhavam ao que denominamos anteriormente nesta tese, de “intervenção na arte”, que se assemelha a “intervenção na brincadeira”. Também não podemos esquecer de que a clínica da atenção psicossocial não é constituída apenas de

questões intrapsíquicas, da clínica estrito senso. A preocupação clínica, muitas vezes se entrelaçava com intervenções no social, o que chamamos de uma veia política que está associada à clínica presente na Reforma Psiquiátrica. A clínica política teve lugar no espaço público, não só no momento de filmagens, mas também das exposições que realizávamos dos vídeos. Essa clínica está inserida na lógica psicossocial e em comunhão com a mudança do lugar social da loucura, já trabalhada anteriormente nesta tese e que terá retorno principalmente quando tratarmos do vídeo clipe “Acolhimento sim. Recolhimento não”.

O ponto mais complexo nesta trilogia é o da colaboração ou coautoria artística. Não é possível negar que a preocupação estética e a criação também estavam presentes e, em alguns momentos chegaram a protagonizar as intervenções. Não ficamos apenas no lugar de secretariar os pacientes (LACAN 1955-56)⁶⁷, efetivamente interferíamos na criação. Mas tivemos a preocupação constante de que esse vértice estético do Ateliê não ficasse acima da clínica. A forma não podia atropelar os sujeitos e a preocupação estética não poderia ensurdecer-nos.

3.4. OS QUATRO VÍDEOS DO ATELIÊ LOCOTIPO.

3.4.1. 1º Vídeo “Vida somente vida”

Este vídeo é composto por imagens que inicialmente foram pensadas e realizadas de forma independente pela demanda dos membros do Ateliê, o que oferece um primeiro aspecto de serem desconectadas uma da outra, mas em seu decorrer, ao acompanhar a sequência do vídeo, notamos um alinhamento e percebemos sua contextualização, que parece o reflexo do momento de retomada do CAPS como um local de tratamento, que volta a oferecer espaço para acolher outra vez seus pacientes e uma resposta dos pacientes a esta retomada. O filme, como resultado, é um caleidoscópio composto de uma diversidade de cenas e takes.

A oferta do Ateliê, desde o princípio, teve boa aceitação entre os clientes. A sala em que nos reuníamos, geralmente ficava muito cheia. O coletivo de pacientes que era mais

⁶⁷ Lacan, nesse seminário apresenta a proposta de secretário do alienado. Ela reflete uma indicação de manejo clínico, um fazer ativo do analista frente à fala e às construções do psicótico. É também uma inversão, o que era uma referência à impotência dos alienistas, agora se torna a possibilidade de dar crédito à fala do alienado. O secretário do alienado auxilia na busca de uma forma de se barrar o gozo invasor, sem que o recurso utilizado seja o da passagem ao ato, na direção da estabilização psíquica.

assíduo e acabou formando um grupo frequente, começou a se formar desde o início. E mesmo hoje, sem a atividade do Ateliê, esse grupo, que se tornou um grupo de amigos, continua existindo e se mantendo bastante unido.

Esse vídeo, o primeiro, foi o que inaugurou o método que apresentamos, de nos sentarmos antes de começar a feitura do vídeo em uma sala e provocar com perguntas que procuravam furar os discursos que pareciam vir prontos. Mesmo as ideias apresentadas como fruto da pergunta/intervenção, que acabou sendo nosso carro chefe: “Isso que você está dizendo, se fosse uma imagem, que imagem seria?” Muitas vezes não ofereciam uma direção clara. Era preciso uma escuta atenta à criatividade que poderia estar latente nas falas apresentadas. Pinçar com sensibilidade uma potencialidade criativa realizável, uma escuta que continha também uma visualização e acuidade estética.

No círculo formado e a partir dos elementos que eles nos traziam, como questões que estavam comparecendo na vida deles naquele dia ou momento, as ideias de cenas surgiam. Pequenas encenações, filmagens de objetos, de locais do CAPS, enfim, uma miscelânea de imagens. O áudio foi pensado a partir da imagem, conforme relatamos anteriormente. Os créditos do vídeo realizado com a filmagem das assinaturas dos participantes, feitas por eles mesmos com materiais que utilizávamos nas oficinas de arte, de pintura, escultura, etc.

Podemos olhar para o vídeo “Vida somente vida” de vários ângulos diferentes e provavelmente jamais esgotaremos suas possibilidades de interpretação e análise. Vamos tentar eleger alguns enquadres que se mostraram mais significativos para essa pesquisa.

Um enquadramento que nós propomos para análise, inclui a sua contextualização temporal e histórica, que perpassa toda a criação. Este primeiro vídeo foi criado em um momento onde estava ocorrendo uma reformulação clínico-institucional no CAPS Rubens Corrêa. Os clientes estavam voltando a ter um lugar naquele serviço que não mais só o de vir buscar remédios e frequentar grupos esvaziados. Suas falas começavam a ser acolhidas e não mais respondidas automaticamente por um discurso que se evidenciava apenas moral e médico.

O título para o vídeo foi escolhido pelos próprios pacientes e inicialmente atribuímos a ele um tom pueril ou mesmo infantil e ingênuo. Reconhecemos que existiu nessa primeira análise uma pitada de preconceito de nossa parte, relativo à capacidade intelectual dos pacientes. Entretanto, o nome dado “Vida somente vida”, acabou por revelar uma pertinente sintonia com o conteúdo do vídeo e com o momento de sua criação. Percebemos que ele em si, revela um paradoxo. O título apresenta a vida, que é a representação de tudo

que temos, ao lado da palavra “somente”. A vida é extremamente complexa, mas no contexto do título, ela aparece como revelando um pedido, o de viver, de existir. Queriam voltar para o CAPS, se reunir e trocar, fazer laço social, criar, viver, existir, falar de suas vidas. Lá dentro poderia ser outra vez um lugar em que haveria tolerância para suas loucuras e idiossincrasias. Seriam tratados sim, além disso, queriam a garantia de que suas existências teriam um lugar. Os pacientes frequentam o CAPS, eles não vêm apenas para tratamento, eles vêm para se encontrar, para comer, para assistir TV, para criar, para não fazer nada, para viver e existir. Falar que o CAPS é o lugar de tratamento, é diminuir em muito seu significado para os que o frequentam. Essa colocação não se indispõe com o fato de que para os técnicos que lá trabalham, tudo isso que os pacientes fazem lá dentro, está circunscrito na clínica.

A clínica da loucura, que foi remodelada no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, ainda está em andamento. Aprendemos que acolher a vida/existência, tem efeitos clínicos e nossa escuta e olhar estão avisados disso. Vida somente vida, um pedido simples: deixar que eles estejam na vida vivendo. Entretanto, para pacientes da saúde mental que sofrem grande estigmatização social e que não podem, muitas vezes, responder à demanda da lógica social contemporânea do capital e do consumo, esse anseio é legítimo e também uma afirmação de que há outra forma de inserção possível.

“Vida somente Vida”, inicia com a imagem de um relógio de pulso no braço de um paciente marcando 10h48min e a data de 21-02. Essa é a primeira cena do primeiro vídeo e graças a ela foi possível determinar a data exata do início do Ateliê, três semanas antes, dia 07 de Março.

1ª Cena – Tempo, tempo, tempo.

A imagem do relógio filmada, capturou um momento no tempo, e o momento capturado é o próprio tempo marcado no relógio. A cena foi proposta pelo próprio paciente que mostra o relógio no vídeo. Um cliente que havia chegado há pouco tempo no CAPS e que apresentava uma lentificação em seus movimentos bastante importante. O tempo para ele parecia ter uma velocidade diferente; ele se colocava na vida de forma lenta. Para tratar esse rapaz seria mesmo preciso que o CAPS não funcionasse no viés do imediatismo das respostas prontas, com saquinhos de remédios separados previamente para serem entregues. Teria que haver tempo para a escuta, para acolher o tempo que é relativo a cada vivência diferenciadamente. O áudio que pertence a essa cena no vídeo é o som de tic-tac feito pelos pacientes. Esse paciente, que escolheu mostrar o seu relógio para que fosse filmado, expôs no vídeo essa qualidade da sua subjetividade, que parecia afirmar que ele tinha o seu tempo, mesmo que diferente dos outros.

Era também época de mudança naquele serviço. O Rubens Corrêa é o CAPS mais antigo no Rio de Janeiro. Faria quinze anos naquele ano. O tempo, como um significante importante dentro do Ateliê, comparece em outras imagens e também em outros vídeos, mas nesse, especificamente, parece vir em comunhão com a transformação que está sendo impressa dentro do próprio CAPS. Vários espaços internos que faziam parte da unidade foram filmados. Foi um filme feito em sua totalidade dentro do Rubens Corrêa. Podemos propor que essa primeira cena, onde um relógio é mostrado, um relógio que fixa um momento específico no tempo, momento de início das filmagens do Ateliê, também anuncia uma passagem ou mudança dos tempos para o CAPS Rubens Corrêa.

2ª cena – Desviando do perigo.

Através de um movimento de câmera, fizemos a imagem do CAPS tombar no eixo para a direita. No áudio ouvimos a frase: “Desviando do perigo”. O CAPS está desviando de que perigo? A resposta parece vir na próxima imagem, que é uma foto. Isto é, foi utilizada uma imagem sem movimento, estática, do jardim do CAPS. No áudio há sombrios assobios que transformam a imagem que poderia ser apenas uma foto do pátio do CAPS, em uma cena que oferece uma impressão de vazio, de deserto e o clima de suspense ou terror.

A próxima imagem que aparece no vídeo é, outra vez, a do relógio. Só que dessa vez acompanhada pelo som de uma corneta, feita com o recurso da voz dos pacientes. O som da corneta, imitando a música que costumeiramente ouvimos nos filmes de faroeste quando a cavalaria está chegando para salvar alguém em apuros.

A imagem, que é uma foto do CAPS com sons de assobios assustadores, reforça a ideia de que havia um estado de abandono naquele serviço. E o relógio, com o som de trombetas de cavalaria, parecia ressaltar que pessoas estavam chegando com a incumbência de mudar o estado de coisas. A cena que vem a seguir, é a imagem do CAPS, que retorna no mesmo eixo, através do movimento inverso de câmera para sua posição inicial. No áudio ouvimos a frase: “Correção de risco” falado por várias vozes. Essa cena demonstra que algo volta ao prumo. Antes de o CAPS estar nessa situação difícil, em que a clínica havia se restringido a medicamentos e escuta psicopedagógica, ele havia sido um lugar de produção de vida e clínica, um ícone da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, o primeiro CAPS.

3ª Cena – Cotidiano reestruturado

Outras imagens que compõe o novo cotidiano se seguem. Primeiro um paciente tomando café. Essa ação possui um valor especial em lugares de tratamento em saúde mental. O café é um elemento bastante valorizado. Os pacientes, em sua maioria, pedem café o tempo

todo; há diversos incidentes relacionados com essa demanda. Pois dar ou não o café é regulado pelos técnicos. Não foram poucos os pacientes que já quebraram portas e ou ficaram agressivos ao ser negado a eles mais um copo de café. Na maioria das vezes, essa simples ação é recheada de manejo clínico delicado e complexo. Por outro lado, o café também é um elemento para a aproximação com a clientela, como também um momento de afirmação dos laços entre eles mesmos. Entretanto, nesse take, um dos pacientes sentado na mesa, saboreia um café tranquilamente, livremente. A sonorização dessa imagem foi repetida diversas vezes, pois era uma exigência dos participantes do Ateliê, que realmente ficasse claro tanto o som da deglutição, quanto um “haaaaa....” de prazer após o gole. Vemos nesse take a expressão e demonstração de liberdade, de uma ingerência sobre si mesmo e de prazer.

Outra imagem que compõe essa cena é novamente a imagem do jardim do CAPS. Entretanto, o som produz a diferença em relação ao jardim mostrado na cena anterior. Ouvimos sons de pássaros que foram também realizados pelos pacientes através de imitações; algumas muito convincentes. A sensação produzida, diversamente da conseguida no outro take do jardim, que tinha sons assustadores, é de paz. Compondo a ideia, temos em seguida a imagem de mãos que imitam asas, fazendo alusão à pomba da paz e, ainda, cenas com abraços, apertos de mão e frases sendo proferidas como: “gentileza gera gentileza”, “você está de volta” e “correção de risco”. Esta cena e o vídeo como mensagem final, demonstram um acolhimento positivo, por parte dos pacientes, da nossa chegada para o trabalho de reformulação clínico-institucional no CAPS. Uma mensagem de boas vindas produzida coletivamente na reunião das cenas.

Foi basicamente a montagem das cenas nessa ordem e a sonorização feita após a filmagem e edição, que ofereceu a possibilidade dessa leitura. Uma visão que ressalta a produção de uma subjetividade coletiva e compartilhada. Durante a confecção do vídeo não sabíamos o que estávamos fazendo. As ideias de imagens e sons brotavam naturalmente, sem nenhuma intenção de expor ou formar qualquer mensagem mais organizada.

Entretanto, a posteriori, pudemos obter esta leitura e perceber que o vídeo foi instrumento para a expressão de como estávamos vivendo naquele momento.

Conforme relatamos, os pacientes que participavam do Ateliê eram, em sua maioria, psicóticos. A criação artística na neurose se articula ao conceito de sublimação e está referida ao Nome-do-Pai. Enquanto na psicose optamos pela aproximação da criação ao conceito de Sinthoma, conforme apresentamos na leitura de Lacan em relação à obra de Joyce.

Oury, (1989), referindo-se à criação artística na psicose, relata que, o que o psicótico constrói ou cria é uma tentativa de cura, uma reconstrução. O autor aproxima este mecanismo de ordenação do que opera no delírio e, para isso, se baseia na análise do caso Schreber por Freud. Parece-nos que neste vídeo está presente a construção de um discurso sobre as mudanças que estavam em curso no CAPS. Um esforço na direção de organizar tanto as impressões do que estava ocorrendo no CAPS anteriormente, como também dar lugar e contorno aos afetos que estavam brotando com a nossa chegada. As cenas analisadas e o conteúdo do vídeo, no geral nos sugere que houve uma elaboração da intervenção que acontecia no CAPS. O Ateliê de Imagem foi palco para que exercícios psíquicos que se relacionavam com a nossa chegada ao CAPS tivessem lugar. Dar vazão de forma criativa a possíveis sensações de estranhamento ou mesmo sentimentos de invasão pode ajudar para que esses afetos não se transformem em atuações ou sofrimento mental.

Outro autor que segue o caminho de pensar a criação na psicose na relação ao Sinthoma e não pela via da sublimação é Alfredo Zenoni (2000). Destaca-se em sua teorização a afirmação de uma “clínica positiva”. Esta entende que há uma diversidade de arranjos possíveis para a subjetividade humana. Por entender que há outros arranjos que não se limitam a uma amarração do Real, Simbólico e Imaginário pelo Nome-do-Pai, não desqualifica a estrutura psicótica. Considera que são possíveis maneiras de existir diversas e por isso não segue a “clínica do déficit”, que trataria as consequências negativas de uma falta da Foraclusão do Nome-do-Pai. Mas que opera na possibilidade da criação de um Sinthoma como efeito de criação, de invenções de sujeito.

Nossa clínica tinha a intenção de se posicionar de forma a ser positiva, principalmente no sentido de entender aqueles sujeitos como providos de recursos que iriam inventar além dos vídeos, maneiras de existência singulares, talvez aos olhos da sociedade um pouco esquisitas, mas com a potencialidade e a possibilidade de expressão e posicionamento.

Podemos encontrar nesse vídeo cenas que, mesmo que comunguem com essa ideia produzida pelo coletivo, também se referem a algumas individualidades dos pacientes. Questões que dizem respeito a momentos da vida ou elaborações psíquicas singulares. Apenas para introduzirmos esse outro olhar sobre o vídeo, – que não se contrapõe ao que foi deduzido a partir da criação coletivizada, mas que oferece, para usarmos a linguagem cinematográfica, a aproximação do ponto e vista, um close-up – vamos citar algumas cenas específicas, onde oferecemos outro lugar ao que era visto, até então, apenas como sintoma (este com letra minúscula, o sintoma da clínica medicamentosa, que é colocado como o principal foco na medida em que está lá não para ser trabalhado e sim para ser extinto).

Um paciente apresentava um andar compulsivo, não conseguia manter-se parado. Algo o colocava em marcha, mesmo que ele dissesse não querer. Esse andar que era do Outro que o invadia, virou uma das cenas do vídeo. Realizamos filmagens dessa marcha sob dois pontos de vistas que oscilavam. Um de fora que o via andar e outro que era o olhar do próprio paciente. Este segundo foi feito por ele mesmo, que segurava a câmera voltada para seus pés. Em cinema, esse plano ponto de vista se chama “câmera subjetiva”. Essa cena foi pensada e interpretada por ele próprio. Era um caso grave que ainda permaneceu no CAPS mesmo depois de nossa saída. Mas para nossa surpresa, na filmagem do dia subsequente a descrita acima, ele quis ser fotografado parado, encostado em uma árvore. Esta foto também é cena do vídeo “Vida Somente Vida”; e o som escolhido, pelos participantes para compor a cena, é o trecho de uma música cantada por outros dois clientes que diz: “... sentado à beira de uma árvore, ouvindo os pássaros cantar....”⁶⁸

Quinet, (1997), concebe que para o psicótico a via da construção do delírio ou da criação artística é também uma forma de operar uma separação. A Coisa, que não teve seu gozo esvaziado pela castração, necessita ser localizada para fora de seu corpo. “Este processo, abre a questão da constituição de obras de artes na psicose, como uma tentativa, além do delírio, de constituir algo que possa vir a representar esse objeto, para que o sujeito, dele se separe” (p.64). “... O Sinthoma é uma modalidade criacionista de o sujeito lidar com o gozo da Coisa para não ser aniquilado.” (p.223).

Outro exemplo de que componentes singulares se apresentam e podem ser manejados clinicamente, foi observado através de outra cliente que tinha o hábito de desenhar sempre o mesmo pato, atitude que era vista como um ato repetitivo, constante e esvaziado de significações; tratado como se fosse uma estereotipia. O desenho do pato foi inserido no vídeo, percebíamos que ele deveria ser a expressão de algo que falava sobre ela. Aquela repetição não seria sem significações, e a partir de nossa disposição e escuta para aquela ação, realmente surgiram elementos de sua história. O pato era um representante de sua vida antes de ser uma paciente de saúde mental, antes de sua primeira internação. Ela nos contou que havia sido criada em uma fazenda e cuidar dos animais tinha sido sua tarefa; a vida que tinha tido, antes de morrer na doença. Ela alimentava os patos e o seu desenho se tornou uma imagem dessa época. Ele não era um sintoma da doença, ao contrário disto, ele era o representante da vida sem a doença. Nesta paciente foi possível verificar uma grande

⁶⁸ Música “Na Sombra de Uma Árvore” de Hyldon.

mudança de atitude no decorrer do Ateliê. Ela participou de todos os vídeos. Inicialmente ela parecia ser transparente, apenas uma fazedora de movimentos estranhos e bizarros. Com muita dificuldade de dizer o que queria fazer e como. Perguntava a toda hora se podia sair da sala e a resposta era “claro que sim, você fica aqui se quiser”, ao que ela respondia dizendo que iria voltar, e voltava pouco tempo depois. Voltaremos a essa participante em outros vídeos. Vou nomeá-la de Iza, para que possa ser acompanhada em sua diferenciação. Neste momento, ela demonstrava grande regressão, com pouquíssima expressão de sua vontade e de suas ideias. Com uma participação constante, mas sem se permitir se afirmar enquanto pessoa. Tinha sempre a tendência de se abster de fornecer a sua opinião. Ou mesmo de ela própria ter opinião. A institucionalização tinha deixado marcas profundas em sua personalidade que parecia esgarçada, sub-sumida. O processo pelo qual Iza passou no Ateliê, demonstra diferenças entre desinstitucionalização e desospitalização. Algumas pesquisas têm sido feitas para demonstrar o efeito que a longa permanência em hospitais psiquiátricos causa nos pacientes (GONÇALVES, et al., 2001), e comprovar que o tratamento em comunidade, no seio social, traz maiores benefícios tanto para a qualidade de vida do paciente, quanto relativo à melhora no quadro clínico. As pessoas que ficaram afastadas do meio social e submetidas às regras institucionais durante longo tempo, apresentam um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica. A permanência no manicômio destitui do indivíduo da noção de existência própria.

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. Seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. (GOFFMAN, 1974. p.24).

A permanência em local naturalmente iatrogênico, acaba por gerar pessoas com grande dificuldade de viver sozinhas, de gerenciar sua vida (GONÇALVES, et al.,2001).

A desospitalização é uma das ações importantes que integram a desinstitucionalização, que é a redução do tempo de permanência e a diminuição do ingresso nas instituições psiquiátricas, além da promoção de altas, (AMARANTE, 2007b). Entretanto a desinstitucionalização não se resume a essas ações. A instituição permanece impregnada na pessoa, sua lógica de aniquilação do sujeito entranha e são necessárias outras iniciativas para minorar seus efeitos. Ações que perpassam diversos aspectos de reconstrução de políticas

públicas em saúde mental, de reabilitação psicossocial, que visam não só o sujeito, mas também o próprio meio, no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente. Questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais (KODA, 2007).

Iza, e muitos outros que participavam do Ateliê, haviam sofrido essa marcante experiência da longa internação. O Ateliê se mostrou potente no que se refere a afirmação de sua existência, ao considerar seus desejos e opiniões e sendo um espaço para suas recordações e elaborações. Mas também levou para fora da ‘instituição campo da saúde mental’, os vídeos, interferindo na lógica reinante, na direção da desestigmatização da loucura. O Ateliê foi produtor de vídeos. Esses vídeos visavam interferir no olhar que se tem para a loucura. “Vida somente vida”, foi o primeiro a ser feito e projetado fora dos muros do CAPS. Ele foi exibido na comemoração de 15 anos do CAPS Rubens Corrêa, que era também a comemoração de 15 anos de CAPS no Rio de Janeiro, visto que ele havia sido o primeiro. Na plateia, com os olhinhos brilhantes, estava Iza.

3.4.2. - 2º vídeo - “Representações”

“Representações” foi o segundo vídeo que iniciamos no Ateliê de Imagem. Entretanto, seu processo foi interrompido para que realizássemos outro vídeo, intitulado “Acolhimento sim, Recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende – O Clipe”. Desta forma ele foi realizado de maneira cindida, entre duas fases bem distintas da atividade do Ateliê no CAPS Rubens Correa, que refletem dois momentos da relação da pesquisa com o serviço.

O primeiro momento, que foi subsequente à realização do vídeo “Vida Somente Vida”, sendo seu início imediatamente posterior à apresentação do vídeo no evento de comemoração do aniversário de quinze anos do CAPS. Desta forma, o processo de sua confecção seguiu a mesma lógica e organização da realização do primeiro vídeo. Iniciávamos geralmente, com um grande círculo com todos e fazíamos uma prévia para a construção do que seria feito no dia. Continuamos a transformar os conteúdos trazidos em imagens. Não orientávamos, não oferecíamos temas, deixávamos as falas correrem livremente e elas acabavam seguindo uma direção. O que diferia do primeiro vídeo “Vida somente vida”, não estava na direção do trabalho e sim em um visível amadurecimento do trabalho. As questões levantadas e a forma de tratá-las haviam atingido um grau de elaboração maior, tanto estético quanto clínico. A resistência ou o estranhamento por parte dos pacientes ao novo dispositivo

de tratamento, muito diferente dos grupos de referência, tinham sido vencidos e a entrega dos participantes era intensa e interessada. Talvez pelo sucesso da apresentação do vídeo “Vida somente vida” no aniversário do CAPS, quando eles puderam ver o vídeo projetado em uma grande tela em um teatro, o Ateliê contava com uma grande adesão dos pacientes, a sala estava sempre lotada. Diferente do vídeo “Acolhimento sim. Recolhimento não”, que fizemos no meio da realização deste e mais próximo do vídeo “Vida somente vida”, o vídeo “Representações”, (que ainda não havia sido batizado com esse nome), não tinha um propósito prévio.

Pergunta lançada na sala: “o que faremos agora?” “qual o próximo vídeo?” “que imagens?” “que ideias?”. Em meio a muitas respostas embaralhadas havia temas recorrentes: o tempo, espaço e direção. O tempo aparecia em várias possibilidades, tempo da infância, tempo que passa, tempo de chuva, de maremoto, tempo de decidir, de ir embora, das lembranças, tempo ritmo, tempo em movimento, passar o tempo, tempo de parar, de encontrar, de desencontros, tempo da vida... O tempo tinha uma significação singular para cada um dos participantes que expunham suas versões e faziam relações com os momentos pelos quais estavam passando; ao mesmo tempo rememoravam coisas do passado.

Seguíamos a mesma organização de nos reunirmos antes e sair para filmar depois. Eventualmente não conseguíamos terminar todas as cenas que nos propúnhamos e deixávamos para continuar no próximo encontro, o que efetivamente nem sempre acontecia. Muitas vezes o que não havia sido transformado em imagem, já não era mais importante para eles, havia se perdido. As ideias metamorfoseavam e outras imagens eram propostas e realizadas; não havia um apego por parte dos participantes para que continuássemos do ponto em que paramos. Entendíamos que essa particularidade estava correlacionada a estrutura psicótica. Se fosse um dispositivo com participantes neuróticos, provavelmente o compromisso com a continuidade seria maior. Nós, que coordenávamos o Ateliê, não contaminávamos o movimento e a lógica do coletivo com nossas exigências neuróticas e nos deixávamos levar pela falta de amarração própria e próxima àquelas pessoas.

Para acompanhar esse percurso era preciso não se fixar muito no já resolvido, “tudo muda o tempo todo no mundo⁶⁹”, flexibilidade era essencial. Na verdade, dependia mais deles se iríamos ou não dar continuidade as ideias ou se as trocaríamos por outras. O exercício de combinar o que faríamos abria muitas perspectivas, era feito com muito interesse e criatividade por todos. Era preciso que nos mantivéssemos abertos as marés oscilantes da

⁶⁹ Frase da música “Como uma onda” de Lulu Santos foi cantada por um dos pacientes no início das filmagens deste vídeo.

criatividade, mas ao mesmo tempo, era necessário que houvesse uma vela no mastro para captar o que daria o movimento e canalizar em uma direção, para que tudo não se esvanecesse. Sem muita organização, fomos criando e conversando sobre o tempo da vida e pensando imagens para recobri-lo.

Na primeira fase de feitura deste vídeo, fomos filmando cenas que tivessem a ideia do tempo para cada um. A imagem que aparece iniciando o vídeo é de uma chave sendo trocada de uma mão para a outra. Ela foi idealizada por uma paciente e tinha relação com sua questão no momento. Ela pensava em sair de sua casa e se separar de sua companheira, mas essa decisão ainda não havia sido tomada. Ela oscilava e, assim como a chave, não sabia em que mão ficar. Aquela situação a desestabilizava pois sua companheira, de certa forma, a amparava quando ela entrava em processo de perturbação mental mais agudo. Por outro lado, a relação ultimamente estava promovendo muita angústia; elas estavam brigando muito. A relação desigual dava um lugar de dependência emocional que não a deixava confortável. No Ateliê, a filmagem desta cena foi realizada sem nenhuma elaboração verbal. Após a atividade, em reunião de turno com os demais técnicos do serviço, costumávamos falar sobre o Ateliê e fazíamos referências nas cenas. Foi através dessa troca com o técnico de referência da paciente que pudemos entender melhor a confecção daquela imagem e a relacionarmos com seu momento de vida atual. Esse fato nos alertou para que, provavelmente, muitas vezes o Ateliê servisse para elaborações psíquicas que não teríamos alcance. Perguntávamo-nos na época, como lidar com o fato de que o Ateliê iria tocar em situações importantes e proporcionar exercícios mentais de elaboração para os pacientes que nem sempre teríamos como controlar ou mesmo saber. Tivemos notícia de que a paciente em questão levou para seu atendimento falas sobre a filmagem. Porém, mais do que as elaborações que ela continuou a fazer, agora em outro setting, é relevante para pesquisa termos acesso ao fato de que realizar a cena no Ateliê, já havia sido uma simbolização importante de sua problemática.

O tempo foi trazido operando um deslizamento interessante em seu significado, que ia sendo imaginado, realizado e comentado por todos. O tempo prometendo chuva pede que um guarda-chuva seja aberto, ação que remetia a proteção que se necessita diante de certos acontecimentos da vida. A própria chuva caindo, “água que lava a alma e também o CAPS”. O tempo rítmico, que se sente ao balançar um chocalho e que marca a pulsação presente no viver. O tempo que pode ser visto figurado pela areia que escorre dentro de uma ampulheta. O tempo que provoca maremotos. O tempo que mexe no ar e colore o vento. O tempo de trabalhar e produzir, na mão que faz tricô... Tempo de parar de fumar, anseio de alguns. Tempo de parar e sentir a planta do pé, que sustenta o caminhar. Tempo de pedir uma

‘colher de chá’. Tempo de esbarrar com a vida. E foi assim, brincando de preencher o tempo com significantes diversos, que fomos compondo cenas.

A demanda por ter algo que costurasse as cenas começou a se apresentar quando notamos que apesar de existir um tema em comum, havia a necessidade de que algo desse um contorno aqueles fragmentos. A escolha por incluir cenas que remontassem a infância foi bastante natural. Um dia, em uma das reuniões que fazíamos costumeiramente antes de sairmos filmando, quando falávamos sobre o tempo, mote de nossa atual criação, o assunto infância aparecia e cada participante começava a contar como havia sido a sua, e principalmente, a relação que era estabelecida com os pais. A importância desse momento foi sublinhada por todos e a ligação com a mãe bastante destacada.

Pensar cenas que pudessem retratar esse momento foi motor para que ocorressem desdobramentos reflexivos. Uma paciente rememorou que havia perdido sua mãe muito cedo e que seu pai, no momento, estava bastante doente, em risco de vida. A exposição de suas lembranças foi compartilhada pelo coletivo que também tinha histórias para contar. Mas esta paciente em especial, acabou despertando um ponto interessante para a pesquisa. Ela dizia guardar em sua mente imagens de uma infância feliz em parques e brinquedos. Entretanto e estranhamente, ao mesmo tempo dizia não saber se essas imagens eram lembranças de situações efetivamente vividas ou se eram construções suas, ou mesmo histórias contadas por outros que ela havia transformado em imagens de seu passado infantil. Verdadeiras ou falsas as imagens? Não sabia dizer. Vividas efetivamente ou não? Não sabia ao certo. Mas eram imagens que ela retinha na mente, das quais desconfiava da veracidade, mas que gostava de guardar.

A forma escolhida pelo coletivo para que o tempo da infância comparecesse no vídeo, costurando as outras imagens, foi filmar a eles próprios brincando em um parquinho que ficava em uma praça perto do CAPS. A paciente que nos havia relatado a sua dúvida em relação à veracidade de sua lembrança de estar no parque com sua mãe, quis realizar uma cena em que ela, no papel de mãe, acarinhava sua filha, representada por outra paciente do CAPS que era a mais nova de todos. Essa cena foi feita em dois pontos de vista; um em plano médio com as duas, outra em câmera subjetiva da “criança”, isto é, da paciente que fazia o papel da filha olhando o rosto da mãe. O que se vê na tela, nesse segundo ponto de vista, é o close da paciente que interpretava sua mãe olhando para si mesma. A paciente fez o papel da mãe, que em sua “lembrança” a olhava com carinho.

As cenas dessa paciente brincando conforme ela “lembrava”, em companhia da mãe, poderiam ser então como a fotografia de um arco íris? O mesmo que Lacan, (1953-54),

relata na tópica do imaginário? (p.106). Imagens virtuais, subjetivas, que são capturadas por uma objetiva e transformadas em reais? Mas transformadas em uma realidade que é também virtual? Já que é pura imagem? Além de ser uma representação e uma representação de algo que não é ao certo uma imagem realmente acontecida? E mesmo que fosse a representação, já é outra coisa da qual é representante. Lacan, para falar disso, nos trás uma foto de um aro íris. Em si, o arco-íris é uma ilusão ótica; essa ilusão é tornada imagem objetiva ao ser fotografada, entretanto, a fotografia também não é algo real, é uma imagem produzida e produzida pelo olhar do outro em sua subjetividade. A câmera subjetiva faz o papel dela criança, que vê o olhar de sua mãe para ela. Esse olhar que é o dela própria, que olha para a câmera. Um jogo de espelhos, onde ela e a mãe se confundem, mas a câmera mesmo que subjetiva, em sua existência real media o encontro dos olhares.

Os outros pacientes também realizaram suas cenas neste parque. Cada um deles escolheu um brinquedo de sua preferência e registramos, filmando suas brincadeiras. Também utilizamos o recurso dos dois pontos de vista dessas filmagens. Um em plano médio ou geral e outro com plano ponto de vista subjetivo dessas brincadeiras. Esses planos subjetivos foram realizados por eles próprios que seguraram a câmera na mão enquanto brincavam.

A brincadeira na praça trouxe para o Ateliê lembranças relativas à infância, e também descrições sobre a relação atual dos pacientes com seus parentes. Houve relatos sobre o fato de que por serem pessoas com transtorno mental, os familiares têm muita dificuldade de aceitar e acatar suas opiniões e escolhas, e que muitas vezes, os tratam como crianças. Têm dificuldade de perceber que eles cresceram e que são pessoas que podem decidir sobre suas vidas. Temos a hipótese de que a torção operada entre a saudade da infância que compareceu no início das filmagens para a afirmação de uma posição adulta frente à vida, foi realizada com auxílio da autoimagem, que ia sendo reconstruída a partir das imagens que eles filmavam deles mesmos. Interessante ressaltar que o termo “comportamento pueril” é utilizado pela nosografia psiquiátrica como sendo uma das características para descrever o comportamento psicótico, contra o qual eles, ao final, contestavam.

O vídeo “Representações” foi bastante articulado com a clínica, nas reuniões de turno que ocorriam depois do Ateliê. Fazíamos muitas reflexões sobre as filmagens. Outros técnicos que não participavam do Ateliê, mas eram referência de alguns pacientes auxiliavam ao nos pontuar os conflitos pelos quais estes estavam passando; o que nos esclarecia sobre o que estava sendo formulado através das imagens realizadas.

Tivemos outros takes que marcaram considerações relevantes para pesquisa ainda neste vídeo. O marmoto, cena proposta por um paciente, foi realizado com o recurso de um

prato azul com água e azeite sendo balançado por um lápis. Se por um lado esta cena tinha vínculo com o coletivo, no sentido de que oferecia ao significante tempo uma forma, ela também se relacionava com uma vivência singular pela qual o autor desta ideia estava passando. Havia efetivamente uma turbulência na vida desta pessoa. Inicialmente participava ativamente não só do Ateliê, mas de outras atividades clínicas no CAPS. Entretanto, após os últimos acontecimentos em sua vida familiar, estava quieto, sem querer estabelecer contato com as pessoas. Mesmo assim seguia frequentando o Ateliê. Mas em casa enfrentava muitas brigas com o irmão e expressava ao CAPS um pedido de salvamento. Foi particularmente interessante, a utilização do lápis na cena, pois era através dele que o líquido era mexido, provocando um maremoto. E era o paciente que realizava essa ação, o que lhe conferia uma participação ativa na cena. Era ele quem fazia o maremoto acontecer na filmagem, enquanto em casa, as brigas eram protagonizadas pelo irmão. Mais um ponto nos faz destacar o objeto lápis. Desde que as brigas na família tinham se acentuado, ele quase não mais utilizava a fala; para se comunicar, ele geralmente recorria a sua escrita. Sempre nos pedia um lápis para se expressar e era através deste objeto que ele conseguia algum tipo de contato com o mundo. O lápis em sua mão era ao mesmo tempo uma ligação ativa entre ele e o maremoto e uma ponte entre ele e a vida externa.

Na feitura deste vídeo foi ficando mais clara a percepção de que havia no dispositivo clínico do Ateliê um coletivo composto de singularidades. A própria presença e troca de afetos, palavras e ideias, além de nossa acuidade clínica, era motivo para que nos reuníssemos. A intenção de realizar um vídeo funcionava como um catalizador, um ponto de amarração. Neste vídeo em especial, existia também um significante que orientava nossa criação: o tempo. Fazer um vídeo e o significante tempo era o que nos unia, era o que compartilhávamos e nos tornava um coletivo com um ideal. O ‘fazer vídeo’ permaneceu neste lugar de ponto de ancoragem, de referência, centro de onde partiam uma diversidade de desdobramentos e filiações pelo tempo em que o Ateliê de Imagem existiu. Um ponto que nos parece ter a função mesma quando no ato de costurar, amarrar o tecido, mas não lhe tirar o movimento. Por outro lado, o significante tempo foi específico deste vídeo, foi eleito pelos participantes que o sustentaram. Evidente que esse outro ponto de ancoragem também oferecia uma referência, mas descobrimos que, mesmo compartilhando essa ideia, o coletivo que dava a esse mesmo significante os mais diversos revestimentos. Funcionava como um significante que animava a produção, em torno do qual eles se organizavam, mas que proporcionava que cada um pudesse exercer seu ponto de vista. Havia algo partilhável coletivamente e que era ao mesmo tempo singular e próprio a cada um diferentemente; e

nessa báscula, o sujeito se apresentava, entre o fora e o dentro, entre o coletivo e o intrapsíquico. O que faz lembrar a banda de Moebius, figura, inventada pelo matemático August Ferdinand Mbius, que serviu de inspiração para vários artistas e tericos⁷⁰. Um espaço topológico, resultado de uma meia torção em uma tira de papel e da união de suas extremidades, o que torna as duas superfícies uma face só, sendo possível passar de um lado a outro sem que se passe pela borda. Os dois lados são uma só face, sujeito sem lugar fixo, deslizando entre o dentro e o fora.

No vídeo “Representações”, o sentido provisório dado por cada um para o tema ‘tempo’, foi trocado, acrescido ou modificado, abrindo ressignificações. O Ateliê era um espaço bastante plástico. Entretanto, em se tratando de vídeo, algo se mantm que oferece uma concretude, se eterniza. Podemos propor que essa propriedade do vídeo funciona como um organizador das múltiplas facetas de cada um, em sua articulação com o todo produzido pelo coletivo.

Estávamos iniciando a montagem do vídeo, ainda perdidos em meio a uma grande quantidade de imagens, sem saber direito como iríamos organizá-las quando surgiu a ideia do vídeo comemorativo “18 de Maio – Acolhimento sim, recolhimento não – O Clipe”. Interrompemos esse vídeo e são o retomamos depois para sua edição e finalização após o término do Clipe. O intervalo entre esses dois momentos foi marcado pelo meu afastamento do serviço e da função de coordenação técnica, afastamento que acabou ficando de diversas formas impresso nesse vídeo, mesmo que por ausências. São no momento de escrever a qualificação, ao ler o diário de anotações sobre o Ateliê, percebemos que muitas cenas que foram gravadas não foram utilizadas, pedaços do vídeo caíram, imagens se perderam...

Foi acordado com a direção do CAPS, por intermediação da Coordenação de Saúde Mental, que a pesquisa e o Ateliê se manteriam.

Editamos o vídeo seguindo o mesmo princípio do vídeo anterior, isto é, com a participação dos clientes. Cada um ia escolhendo onde sua imagem brincando no parque ficaria.

Um diferencial, muito provavelmente por influência do Clipe que havíamos acabado de realizar, foi decidido: compormos e gravrmos uma música para costurar as

⁷⁰ Alguns exemplos: Max Bill com a *Unidade Tripartida* exposta Bienal de São Paulo em 1951; Escher com o passeio de suas formigas em 1963 e Lygia Clark, que em seu trabalho *Caminhando*, de 1963. Essa última operou um corte transversal na fita, corte que ficaria infinitizado pela trajetória contínua que vai tornando a fita cada vez mais longa. Movimento que são termina em virtude do limite da largura da fita. Lacan desde 1962 no Seminário 9 - A identificação, explora essa figura, tirando consequências fundamentais para sua teoria, esquematiza o *oito interior* (uma espécie de fita de moebius desenhada em duas dimensões) para falar de conceitos caros a psicanálise, como a repetição, o corte e a falta. Lacan também apresenta o *cross cap* (mitra), a forma topológica da fantasia fundamental, figura que conjuga a banda de moebius (o sujeito) e o disco não mobiano (o objeto *a*).

imagens. Queríamos que o vídeo tivesse uma unidade, algo que pudesse fazer das imagens um todo, e a música poderia fazer esse papel unificador. Pensávamos em mais uma vez usarmos a rádio revoluções, onde havíamos gravado a música do clipe “Acolhimento sim, recolhimento não”, para que a qualidade ficasse boa. Entretanto não foi possível. Minha saída da coordenação técnica dificultou as articulações com a equipe para que isso acontecesse. Mesmo assim decidimos fazer e gravar uma música com o recurso de celulares e tablets, o que prejudicou muito a qualidade. Nesta época, vários técnicos saíram do CAPS , entre eles, Cláudio Arnold, que vinha fazendo o Ateliê comigo. Durante algum tempo o CAPS ficou sem indicar técnicos da equipe para ficar no Ateliê comigo, depois chegaram Marcos Vinícius Jordão e Mariane Oselame⁷¹. Esta última era musicoterapeuta, o que facilitou muito nosso intuito de compor uma música.

Abaixo a letra composta coletivamente:

O pai valente lutando com o dragão.
 Suave liberdade, ficar a vontade e se sentindo bem.
 Lembrando da infância regressão,
 Altos e baixos, de um lado pro outro, pra frente pra trás.
 Mecanismo de defesa, tempo de existir,
 Tempo a tempo, tempo de primavera,
 Cada vez mais mãe, Maremoto.
 Tempo de chuva no mundo todo, no mar também.
 Se ir, Se lançar na vida.
 Trabalhando, Vivificando.
 Roda moinho na vida colorindo o que for.
 Sem querer querendo,
 Cuidando da raiz, da planta dos pés,
 A base do copo equilíbrio do ser.
 Uma colher de chá na medida certa,
 Um encontro casual, representações.

⁷¹ Ambos saíram do CAPS algum tempo depois e foram trabalhar no CAPSi Heitor Villa Lobos para qual fui convidada para ser diretora, sob meu convite.

A música foi composta baseada nas imagens que haviam sido ideadas e realizadas pelos pacientes. Nós assistíamos ao vídeo que já estava montado e a letra ia sendo feita. Relacionava-se cada cena do vídeo:

“O pai valente lutando com o dragão” – Se refere à placa da rua onde nós fizemos as cenas da praça com os brinquedos, que se chama “Vila Pureza”, e um azulejo que está na parede de uma das casas, em que tem pintado São Jorge em um cavalo, lutando contra um dragão. Foi sugerido pela paciente citada acima, que havia perdido a mãe muito cedo e que foi praticamente criada pelo pai. O que pode sugerir um agradecimento a esse pai valente que enfrentou a vida sem sua mulher.

“Suave liberdade, ficar a vontade e se sentindo bem” – Se relaciona com a chave que troca de mão. O que na imagem reflete certa dificuldade de decidir pela entrega da chave que fica trocando de mão, na letra aparece como uma libertação, uma afirmação do ganho interno por poder ter decidido se libertar.

“Lembrando da infância regressão. Altos e baixos, de um lado pro outro, pra frente pra trás” – Foi composta para ressaltar a sensação causada pelo ato de brincar. Gangorra, balanço, etc. Mas ao mesmo tempo, também foi comentado que ao crescer os altos e baixos, de um lado pro outro, pra frente e pra trás é o movimento da própria vida, que faz todos oscilarem.

“Mecanismo de defesa, tempo de existir” – A frase tem o guarda chuva como referência e foi uma tradução literal do fato de que, no ato de existir podem acontecer tempestades e precisamos ter mecanismos para nos defender. Quando essa frase foi composta pelos pacientes pensei que fariam alguma alusão ao termo psicanalítico, mas não fizeram. Podemos pensar em uma incorporação inconsciente do termo?

“Tempo a tempo, tempo de primavera” – A razão para essa frase, composta pelos participantes, foi que a chuva caindo mostra a mudança de estação; o tempo então é tanto uma referência ao clima como uma referência a mudança, a transformações que o tempo, relativo ao cronológico, pode operar.

“Cada vez mais mãe, Maremoto” – São duas ideias que acabaram unidas quase que paradoxalmente. Já que a primeira parte tem como referência a imagem do rosto que revela uma mãe olhando com carinho sua filha e a segunda cita a discórdia que estava havendo na família de outro paciente. Mas enfim, revela as relações familiares conturbadas e ambíguas que eram assunto no Ateliê.

“Tempo de chuva no mundo todo, no mar também” – Esta parte da letra parece mesclar algumas ideias já relatadas. O tempo em sua significação de clima que desliza para uma chuva choro, que invade o mundo, que tem a ver com a tristeza das brigas familiares.

“Se ir, Se lançar na vida. Trabalho, Vivificando.” – Esta parte foi composta por causa da imagem da mão que faz o tricô e também a do balanço. Ambas se relacionam a uma forma de conseguir escapar de destinos difíceis e se superar, através do trabalho e ou do prazer. A paciente que faz o tricô realmente utiliza essa atividade para ganhar algum dinheiro.

“Roda moinho na vida colorindo o que for” – A frase tem relação com duas imagens, a do ventilador com celofane e a da ampulheta. Ambas colocam colorido no tempo e o torna visível, tanto o tempo que se sente no corpo através do ar que vira vento, como o tempo cronológico.

“Sem querer querendo” – É uma frase curta, mas conta uma longa história que perpassou o Ateliê inteiro. Uma brincadeira interna com um dos pacientes que constantemente trazia a questão de parar de fumar. Ele dizia “Não pode fumar não, não é? Tem que parar de fumar.” Mas aos poucos percebemos que esse não era um desejo dele, aliás, ele não parou de fumar. Era a frase que a mãe dele ficava repetindo para ele o tempo todo, querendo convencê-lo a não fumar. Ele infernizava a todos repetindo e repetindo essa questão o tempo todo, como se isso o tivesse congelado no tempo e o impedisse de deixar a vida rolar. Ele quis gravar a imagem de um homem pedindo para acender o cigarro e depois jogando o cigarro no chão. Pediu para que outro representasse esse homem e preferiu segurar a câmera e filmar. O coletivo, a partir da cena filmada e de conversas com ele sobre a sua insistente pergunta, resolveu então incluir a frase na música. A imagem revela a ambiguidade, o homem pede para acender o cigarro que não é aceso e depois o joga no chão.

“Cuidando da raiz, da planta dos pés. A base do copo equilíbrio do ser” – Esta cena reflete à imagem correspondente a uma pessoa fazendo massagem nos pés de outra. Fruto da conversa que tivemos sobre o crescimento; este plano retratou o ponto de torção entre querer sentir o prazer infantil e querer ser respeitado, assumindo uma postura adulta frente à vida. Reconhecimento de que pisar no chão e se sustentar não é fácil e que muitas vezes ter uma mão amiga para massagear os pés é uma boa ideia.

“Uma colher de chá na medida certa” – Esta frase se refere à imagem igualmente retratada de uma mão que segura uma colher de chá e se relaciona ou completa a ideia da imagem e frase anteriores. Pois a vida é difícil, e todos nós merecemos uma colher de chá de vez em quando.

“Um encontro casual, representações” – É descritivo de um encontro casual de duas pessoas que deixam os livros caíam no chão. As conversas sobre a cena trouxeram para o centro de atenção a questão do acaso. Um pouco do imprevisto, do imprevisível que ocorre na vida de qualquer um... Também foi feita uma menção a possibilidade de encontros amorosos inesperados. Já que essa cena é amplamente utilizada em filmes para aproximar casais. A palavra “representações”, que intitula o vídeo, serve para finalizar a música. Fecha a música e ao mesmo tempo abre, apontando para o fato de que existem diferentes representações para o tempo. Tempo que é aberto a significações diversas que outros possam vir a produzir, singulares e ou coletivas.

O vídeo “Representações” marca o momento em que tivemos que ceder à vontade dos pacientes de aparecerem no vídeo. Até o vídeo “Vida somente vida” havia sido possível manter apenas cenas em que os participantes do Ateliê não apareciam. Estávamos convictos de que esse posicionamento iria facilitar as coisas. A nossa relutância em identificar os pacientes se referia a duas problemáticas, ambas relacionadas com a ética. A primeira resistência é que tínhamos a dúvida sobre se estaríamos expondo os pacientes e se isso seria, ao contrário de que nos propúnhamos, estigmatizador. Não queríamos correr o risco de, em prol da pesquisa, prejudicar, expondo de forma depreciativa algum paciente. A segunda era mais prática. Já possuíamos a aprovação da pesquisa no comitê de ética, mas ainda não havíamos incluído a autorização de imagem e som, o que precisaria ser feito, caso resolvêssemos filmar os pacientes; o que também criava mais um problema relativo à confecção do documento, o qual nós não sabíamos como deveria ser.

Na verdade, não nos foi dada escolha. Os pacientes decidiram que queriam ser filmados na praça, se utilizando dos brinquedos. Já havíamos determinado a direção de que o Ateliê seguisse as indicações dadas por eles, não havia muito a fazer. Ou melhor, havia muito a fazer. Adequar os documentos e submeter ao Comitê de Ética, como também seguir observando se em algum momento haveria algum incômodo ou efeito nocivo no fato de eles aparecerem no vídeo. Embora essas filmagens tenham sido feitas antes do Clipe “Acolhimento sim, Recolhimento não”, este último foi exposto antes, e em praça pública, durante o evento da comemoração do dia da Luta Antimanicomial – 18 de maio. A projeção dos vídeos nos lugares em que foram apresentados, nunca causou qualquer desconforto ou malefício aos pacientes; muito pelo contrário, causava muita satisfação. Além de duas comemorações do dia da Luta Antimanicomial - 18 de Maio, e do aniversário do CAPS Rubens Corrêa, eles também foram projetados na I Mostra Itinerante - Arte Insensata, evento

patrocinado pela Secretaria Municipal de Saúde, área técnica de saúde mental no Centro Cultural Municipal Laurinda Santos Lobo.

Neste vídeo, em especial, o meu afastamento da Coordenação Técnica e da equipe do CAPS operou alguns efeitos. Um deles, podemos destacar como sendo, de alguma forma, positivo. Foi o fato de eu poder estar mais voltada para o Ateliê. Eu já não me dividia mais entre outras tarefas relativas ao serviço e a atividade com os pacientes. Ia ao CAPS apenas na segunda feira para coordenar o Ateliê e não foi mais necessário que eu me ausentasse, como ocorria antes em alguns momentos, para resolver problemas de gestão. As preocupações com o funcionamento institucional não mais ocupavam minha cabeça e nem atravessavam a pesquisa. Minha atenção, quando eu estava no serviço com os pacientes, estava apenas voltada para aquela atividade. Entretanto, meu afastamento, que foi acompanhado pela saída de outros técnicos, também gerou alguns incômodos e dificuldades. Meu afastamento se deu por discordâncias técnicas e clínicas, em relação à direção de trabalho, internas ao serviço, que foram se intensificando. Essas diferenças, relativas ao modo de concepção da clínica, acabaram por gerar tensões entre o Ateliê e a instituição, que começaram a atravessar a pesquisa. Já não era mais possível estabelecer com a equipe que havia se mantido no CAPS, conversas que eram importantes para que a ligação entre a criação e a história clínica dos pacientes fosse traçada.

Entretanto, a adesão ao dispositivo por parte dos clientes continuava grande. Inclusive, foi nesta época, que surgiu a ideia de que criássemos uma assinatura, um logotipo para o Ateliê. O nome surgiu de forma espontânea, por iniciativa dos participantes; como uma brincadeira, uma junção da palavra logotipo com a palavra louco, e assim o Ateliê passou a ser intitulado Ateliê Locotipo.

A imagem que participaria do “Locotipo” foi criada coletivamente, um olho com uma câmera dentro, do qual sairiam feixes de luz coloridos. Solucionamos tirando fotos de vários olhos dos participantes e escolhendo uma. Ampliamos a foto, colocamos um espelho convexo na pupila e filmamos. A câmera ficou refletida no centro do olho, no qual inserimos um feixe de luz com o recurso de um editor gráfico.

Com o passar do tempo, a relação do CAPS com a pesquisa e com o Ateliê foi se tornando cada vez mais tensa. A finalização deste vídeo foi circundada de episódios difíceis. Aos poucos a objeção da equipe ao dispositivo foi se tornando mais aparente. Atendimentos individuais eram marcados com os participantes no mesmo horário do Ateliê, a sala onde ditávamos ficava ocupada, sem que pudéssemos usar. Além de alguns questionamentos que apareciam de forma meio difusa por alguns técnicos e outros pacientes.

Um episódio foi o responsável por decidirmos interromper a pesquisa no CAPS Rubens Corrêa. Conforme relatamos, após o interesse dos pacientes por aparecerem nas filmagens, elaboramos um documento de autorização sob a orientação do Comitê de Ética e iniciamos o recolhimento das assinaturas. Seguindo nossa proposição, explicitada no projeto aprovado, primeiro conversamos com os clientes para só depois contatar os responsáveis dos participantes que eram tutelados. Tivemos o cuidado de explicar calmamente o que significava a autorização. Líamos o que estava escrito ponto a ponto, e ao final, caso tivessem dúvidas, esclarecíamos. Desde o início do Ateliê conversávamos com eles sobre a pesquisa. Nunca qualquer objeção por parte deles. Entretanto, aquele momento da autorização era bastante significativo. O fato da deliberação de participar ou não na pesquisa estar sob o crivo deles, refletia a atribuição de sujeito que vínhamos afirmando durante todo o processo. Eram os participantes do Ateliê que, como sujeitos, teriam a decisão sobre se queriam ou não participar da pesquisa e aparecer nos filmes. Os pacientes eram sujeitos, com o direito de decidir se dariam ou não a sua assinatura para participar da pesquisa.

Não era qualquer coisa esse momento que conjugava o fator de atribuição de sujeitos; ponto que requer manejo clínico, com a atmosfera adversa à pesquisa no CAPS. Provavelmente essa confluência de fatores contribuiu para o que se sucedeu. Uma das clientes mais participativas e criativas do Ateliê, desde o primeiro vídeo criado, foi a personagem principal do episódio. Ela havia assinado a permissão e nunca teve dúvidas sobre seu desejo de participar do Ateliê. Entretanto, após um atendimento individual com um membro da equipe que tinha uma posição divergente em relação à continuidade do dispositivo do Ateliê de Imagem após o meu afastamento da coordenação técnica, veio conversar comigo por estar na dúvida se deveria ter assinado a permissão de uso de imagem. Sua dúvida foi acolhida e após uma longa conversa, com todos os esclarecimentos fornecidos, ela decidiu manter a permissão. Na semana posterior, assim que eu cheguei ao CAPS, fui chamada para uma reunião convocada pela técnica de referência dessa paciente, com a atual coordenadora técnica e a própria paciente. Essa reunião era para voltarmos à questão da autorização. Desta vez, o incômodo por estar expondo uma paciente a essa situação foi intenso, e o caminho que adotamos foi o de resolver o impasse rapidamente. Mais uma vez oferecemos a possibilidade de revogar a autorização e explicamos que se ela fizesse isso a sua imagem não seria mais exibida nos vídeos. Ela rasgou o papel com a autorização de uso de imagem e nós ficamos muito preocupadas com a violência do acontecimento. Não era mais possível continuar. O mal estar instalado havia extrapolado à relação CAPS/pesquisa e atingido os clientes. Entendemos

que seria impossível proteger os participantes do Ateliê do sofrimento que isso poderia causar.

A dificuldade que já ocorria em relação ao pouco acesso ao tratamento oferecido aos pacientes, impossibilitava mantermos o enlace com a clínica mais singular de cada caso. Sem ter conhecimento das vicissitudes pelas quais os pacientes estavam passando em suas vidas, como tecer a análise que os relacionasse com as imagens criadas? Como estabelecer se o Ateliê estava sendo palco de elaborações psíquicas? Parte da pesquisa estava comprometida, já que seu aporte clínico lhe foi vedado. Mas mesmo assim, estávamos seguindo com o Ateliê e com a pesquisa por entendermos que havia um enlace dos pacientes com o dispositivo que sustentava a continuidade. Depois deste incidente, decidimos que o Ateliê não poderia ser fonte de sofrimento mental. Rasgar aquela autorização nos pareceu a decisão mais sadia a ser tomada. Aquela paciente estava sendo colocada no lugar de escolher entre seu tratamento e o Ateliê, o que significa dizer que o Ateliê, naquele momento, ficou em oposição ao tratamento. Era preciso encerrar a pesquisa.

Após essa decisão ainda realizamos mais um vídeo, intitulado “Saudade”. Mas como relatamos inicialmente, o vídeo “Representações” foi realizado em duas partes por ter sido interrompido pela realização de outro vídeo, o “Acolhimento sim, recolhimento não – O Clipe” o qual iremos analisar a seguir.

3.4.3 - 2º Vídeo “18 de Maio – Acolhimento sim, Recolhimento não – Saúde não se vende. Loucura não se prende”.

Este clipe foi bastante diferente, em vários aspectos, dos outros dois vídeos. Ele foi realizado com a participação de vários técnicos e pacientes de outros serviços⁷². A ideia de sua criação surgiu em uma reunião de diretores e coordenadores de CAPS com a Coordenação de Saúde Mental, na Secretária de Saúde e não de uma demanda dos pacientes do CAPS Rubens Corrêa. Como também não seguiu à lógica das reuniões em que assuntos e problemáticas trazidas se transformavam em imagens.

O que não quer dizer que sua realização tenha sido a revelia dos participantes do Ateliê. A ideia de sua realização foi apresentada, discutida e aprovada dentro do dispositivo. Entretanto, ela partiu de um espaço externo e sem a presença dos pacientes.

⁷² Participaram da realização deste vídeo os serviços: CAPSII Rubens Corrêa, Centro Estadual de Assistência sobre Drogas, Ponto de Cultura Loucura Suburbana: Engenho, arte e folia, Rádio Revolução, CAPSII Clarisse Lispector, Espaço Aberto ao Tempo, CAPS III João Ferreira, CAPS AD Mané Garrincha, CAPS III Maria do Socorro, CAPSII Torquato Neto.

Durante a gestão de Pilar Belmonte na Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, (2009 a início de 2013), eram realizadas entre esta gestão e os diretores, supervisores e coordenadores de CAPS uma reunião mensal. Um encontro bastante profícuo onde era possível trocar com os outros serviços os impasses clínicos e políticos, além de pactuar as direções de trabalho, sustentando a Reforma Psiquiátrica, o SUS e afirmar as políticas públicas que estavam acima das políticas ou programas de governos pontuais. Atualmente essas reuniões não acontecem mais, esse coletivo foi desfeito e as decisões têm sido hierarquizadas. As discussões políticas foram caladas e, como atualmente os gestores públicos são, na maioria das vezes contratados, existe pouca resistência ao novo modelo, que segue a lógica de defender a produtividade acima da coerência com os balizadores antimanicomiais que antes norteavam a atenção psicossocial.

A feitura deste vídeo exemplifica bem o quão era potente esse encontro entre os gestores. Todos nós que participávamos deste coletivo estávamos preocupados com o recolhimento compulsório de usuários de álcool e outras drogas, que acontecia na cidade do Rio de Janeiro por orientação da própria prefeitura, no sentido de limpar a cidade para o acontecimento da Copa do Mundo de Futebol. Mesmo no seio da própria prefeitura, pensávamos nesta reunião, em como nos manifestar contrários àquela prática.

A situação era grave. Estávamos próximos da data comemorativa da Luta Antimanicomial, o dia 18 de Maio e, acordamos que seria importante que algo marcasse essa nossa posição no evento que ocorreria neste dia. A ideia da realização de um vídeo surgiu e como já desenvolvíamos no CAPS esta atividade, ficou sob nossa responsabilidade a articulação para sua confecção. Pela urgência da situação, apresentamos aos participantes do Ateliê a proposta de realizar um vídeo clipe sobre a temática do recolhimento compulsório. Explicamos que a ideia era nos reunirmos com outros pacientes e técnicos de outros CAPS em outro lugar fora do Rubens Corrêa e filmarmos todo o processo da composição da música e também as conversas sobre o tema das drogas que acontecesse. Eles aceitaram e ficaram animados com tanta novidade: sair do CAPS, compor uma música, expor a opinião deles e se relacionar com outras pessoas de outros serviços. Assim, interrompemos a realização do vídeo “Representações” e iniciamos o vídeo clipe “Acolher sim, Recolher não – Saúde não se vende. Loucura não se prende”.

O videoclipe, que atualmente está na internet, no Youtube⁷³, é o testemunho de todo o processo que se deu para a composição de uma música sobre a questão das drogas e a

⁷³ O vídeo “Acolhimento sim, Recolhimento não” pode ser assistido no endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=ImjGNfhvFow>

própria gravação na rádio, da música. Foram realizados encontros entre usuários e técnicos de diversos serviços de saúde mental do Município do Rio de Janeiro; no Ponto de Cultura Loucura Suburbana, situado no Instituto Nise da Silveira, onde a música foi composta e posteriormente gravada na rádio comunitária – Rádio Revolução. Além do processo de criação e gravação da música, há o registro de depoimentos e conversas travadas entre os participantes sobre a internação compulsória, tratamento e serviços.

Integrantes do Ateliê participaram desses encontros, colaboraram na criação da música e letra e também expressaram suas opiniões sobre como a questão das drogas vem sendo tratada pelas autoridades. A captação das imagens foi feita apenas nos dois lugares em que esse processo se deu. No Ponto de Cultura e na rádio comunitária, com câmeras emprestadas e, na maioria das vezes, operadas pelos próprios profissionais dos serviços. Os pacientes integrantes do Ateliê ficaram mais ocupados com o processo de criação e gravação da música.

Após as filmagens e a gravação da música, passamos para a edição do clipe. Todo o material foi capturado para dentro do computador do Ateliê no CAPS Rubens Corrêa e começamos a pensar em como iríamos reunir as imagens. Decidiu-se coletivamente que faríamos um vídeo em duas partes. Uma primeira com cenas que revelassem o making off do clipe, composto por imagens das conversas que foram travadas durante a criação da música e também dos ensaios para a gravação do áudio e uma segunda parte, que seria o clipe propriamente dito, com o áudio da música composta e gravada na rádio e o vídeo mostrando cenas feitas durante a gravação desse áudio. Também foi acordado, que o making off não seria editado cronologicamente. Explicando, houve três encontros em três semanas, além do dia da gravação da música na rádio. Decidimos que os takes não seriam montados em ordem: o primeiro dia, depois o segundo, etc. Mas, eles queriam marcar que haviam sido realizados mais de um encontro e fazer uma distinção entre os diferentes dias. Essa marcação foi demonstrada com a utilização de efeitos de cores; o primeiro dia ficou com uma coloração azul, o segundo verde, o terceiro vermelho e o último, que é o dia da gravação na rádio, ficou sem o efeito, a imagem ficou com sua cor natural. Fui voto vencido nessa escolha. Tinha sugerido a ideia tradicional: colocar em preto e branco as cenas do making. Um dos pacientes, que é extremamente criativo em suas fabulações e tem uma relação com a tecnologia muito peculiar, defendeu a ideia das cores. Ele explicou muito minuciosamente sobre prismas, cores, cores básicas, etc. Na hora, não entendemos muita coisa, mas quando fomos editar colocando a coloração sugerida, percebemos que essas eram as cores fornecidas para o efeito de coloração da imagem no computador, elas eram as cores básicas do sistema RGB, que são as

responsáveis para que a imagem capturada por uma câmera possa ser vista em cores. Misturadas, elas viram todas as cores. O que me fez suspeitar que ele entendesse mais da tecnologia de vídeo do que eu supunha e que nem tudo o que ele falava era puro delírio.

Contamos basicamente com o nosso desejo e a infraestrutura pessoal e particular dos participantes dos serviços para que o vídeo fosse realizado. O transporte foi feito com carros da própria equipe e o equipamento também. Conseguimos espaço no Ponto de Cultura e contamos com um lanche que o Instituto Nise da Silveira forneceu aos pacientes.

Um dos pontos que parece alheio ao vídeo, mas que acabou se apresentando como importante, diz respeito ao nosso deslocamento pela cidade. O local dos encontros com outros técnicos e pacientes de outros serviços, como já dissemos, era no Ponto de Cultura Loucura Suburbana, dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira, que era longe o suficiente para que tivéssemos que nos locomover de carro ou ônibus. Esse contato com a cidade se tornou um atrativo a mais no processo. Os pacientes psiquiátricos, em geral, tem pouca mobilidade pela cidade, normalmente se prendem a trajetos fixos e bastante limitados. Para alguns, - indo na radicalidade dessa constatação - que ficaram quase toda a sua vida sem praticamente nenhuma circulação, presos em manicômios que ainda existem no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, era o evento de ida e volta a grande atração da feitura do vídeo. Inclusive, foi essa uma das reivindicações dos pacientes para a continuação do Ateliê de Vídeo, mesmo depois de minha saída, que houvesse mais externas.

O contato com a rua também se deu na exibição desse vídeo, durante a comemoração do dia 18 de Maio⁷⁴, em plena praça XV. Esse acontecimento produziu nos técnicos e nos usuários um efeito de difícil tradução; uma mescla de euforia, satisfação e sentimento de realização. Existiu a união em torno de uma causa. As falas, em relação ao afeto experimentado, diziam respeito ao fato de que ver o trabalho projetado era diferente de se apenas tivéssemos composto uma música e cantado na praça. A diferença consistia no registro das imagens que teria eternizado e exposto os momentos da criação, sendo o vídeo a prova concreta, final, do trabalho realizado. A exposição do clipe, dava corporeidade a todo o processo que, testemunhado pelo olhar dos espectadores, forneciam um reconhecimento que causava júbilo.

⁷⁴ O dia 18 de Maio foi instituído como dia nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, dia que marca o Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo. Desse movimento resulta a Reforma Psiquiátrica, sustentada pela lei 10.216, que reformulou o modelo de Atenção à Saúde Mental, anteriormente concentrada na instituição hospitalar, que passou a ser gerido em uma Rede de Atenção Psicossocial por serviços abertos e territorializados.

Um fator importante que atravessou esse vídeo, e que merece análise, foi que o meu desligamento do CAPS se deu em meio a sua realização. Um dos pontos que pareceu ter sustentado a continuidade da confecção do vídeo em meio a uma tempestade de emoções foi a sua importância, como um contraponto ao cenário constituído de ações efetuadas pela prefeitura de recolhimentos compulsórios e internações involuntárias da população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. O reconhecimento que esse vídeo comportava uma posição ideológica contrária a essa prática higienista e que esta representava a posição de um coletivo, foi mais forte e potente que desavenças de âmbito privado e institucional.

Diferente dos outros dois vídeos, este era marcadamente político, este era seu viés mais forte, embora houvesse preocupações estéticas, uma atenção ao enquadramento, edição e própria qualidade da música, esses outros fatores tinham o propósito claro de expor uma ideia, uma posição, frente ao que ocorria na cidade. Então os loucos tinham opinião, pensavam e queriam expor opiniões. O sujeito sócio político está à frente deste vídeo. A clínica que exercíamos era a clínica ampliada da reforma psiquiátrica, que afirma o direito cidadão da pessoa que tem problemas psíquicos, mesmo que graves. Eles querem ser ouvidos, querem participar, principalmente quando as decisões atingem diretamente a eles.

A clareza quanto à aproximação da clínica com a política vem sendo trabalhada por diversos autores no Campo da Saúde Mental. Trago aqui, um dos pioneiros, que já desde o início da Reforma Psiquiátrica alertava para esse fato:

“Assim, se o primeiro momento desta ação de transformação pode ser emocional (no sentido em que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo só pode ser a tomada de consciência de seu caráter político, no sentido em que qualquer ação que se desenvolva no contato com o doente continua oscilando entre a aceitação passiva e o rechaço da violência sobre a qual se funda nossos sistema sócio político. O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara.” (BASAGLIA, F., 1985 p. 113)

Esse vídeo parece alertar para algo a mais em relação à cidadania. Principalmente, porque está impressa uma postura advinda deles próprios e, não somente, uma posição reformista dos profissionais de saúde mental. Não compareceu apenas o anseio por terem garantidos os direitos cidadãos no sentido de serem respeitados em sua diferença, como o das outras pessoas do corpo social, mas, mais do que isso, eles estavam dizendo que queriam ter

participação política ativa, queriam ser ouvidos em suas ideias e opiniões. Desejavam o direito de se expressarem e serem respeitados. Geralmente, quando falamos de cidadania, nos restringimos a garantir direitos já estabelecidos para outras pessoas, mas eles querem mais: ser sujeitos, cidadãos politizados, que se posicionam perante as políticas públicas sobre saúde mental.

3.4.4. – 4º Vídeo “Saudade”

Último vídeo. Última cena – take único.

Eles olham fixamente para a câmera e saem de quadro um a um até restar uma sala vazia.

Ideia de uma das pacientes, essa cena foi gravada na sala em que editávamos os vídeos. Foi um dia de difícil descrição; muitos afetos se contrapunham, mesmo os que pareciam contraditórios se completavam e se mesclavam. Mas, principalmente, se assistia afirmações de posição e desejo que causavam em nós, pesquisadores da clínica, uma admiração feliz. Entretanto, não se conseguia esconder que transbordava no ambiente uma tristeza, pelo já anunciado término do Ateliê. Nosso trabalho, desde o início seguiu a direção de provocar a emergência de sujeitos naquelas pessoas que eram pacientes da saúde mental. Tanto o sujeito de direitos e deveres, que se expressa e se firma no contexto social através de sua palavra e vontade, um sujeito político, como também o sujeito do desejo como denomina a psicanálise, àquele que se apresenta como resultado do trabalho analítico, onde a subjetividade está implicada e é realizada uma elaboração psíquica que assume a direção de que a partir do sintoma se construa um estilo próprio⁷⁵.

Um ciclo havia se fechado e era hora de encerrar a parte prática da pesquisa que realizávamos no Ateliê de Imagem do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa. Esse término poderia custar a eles, o próprio Ateliê. Não por falta de desejo dos clientes, como o vídeo “Saudade” pode atestar e nem tão pouco por falta de interesse nosso no dispositivo que se mostrou tão potente. Mas a equipe do serviço não expressava mais interesse em manter o

⁷⁵ A análise inicia pela insistência de um sofrimento mental, um sintoma e a suposição de saber sobre esse sintoma a um analista que escuta para além do sintoma, o gozo que comparece nesse sintoma. No Seminário 24 Lacan, depois de recusar o fim da análise pelo viés da identificação imaginária com o analista e pelo viés da identificação do inconsciente, propõe que o final da análise passaria por identificar-se, tomando suas garantias, uma espécie de distância, ao seu sintoma. *Savoir faire avec ce symptôme*, proposto nesse mesmo seminário, é traduzido por saber fazer com seu sintoma, no sentido de se virar, saber lidar com seu sintoma. Propomos aqui que o sintoma, ao longo da análise, ao ir sendo apropriado pelo analisando vá se tornando um estilo próprio.

dispositivo do Ateliê de Imagem. Felizmente, para nossa pesquisa, já havia muito material colhido. Um diário de bordo foi escrito durante toda a realização do Ateliê, que se estendeu por mais de um ano e que serviria para a elaboração da tese. Quatro vídeos que foram feitos durante o percurso, que apresentavam pontos cruciais para análise de nossa hipótese: que o vídeo é um dispositivo de intervenção na clínica ampliada na atenção psicossocial.

A impossibilidade de continuação da pesquisa, foi aos poucos se mostrando evidente. Tínhamos como premissa a ancoragem na clínica. A ideia que sustenta nossa hipótese é a do vídeo enquanto um dispositivo clínico. A pesquisa se configura em analisar os recursos técnicos e estéticos utilizados nas filmagens e edições de vídeos e sua relação com a subjetividade dos autores/criadores e, ainda, nos efeitos que a realização desses vídeos pode causar.

O laço com a clínica exercida no CAPS Rubens Correa, foi se esgarçando e chegamos a um momento que não sobrou nenhum vestígio ou possibilidade de troca e contato com a equipe. Foi necessário o encerramento da etapa da pesquisa de campo que acontecia no Ateliê no Rubens Corrêa, já que a clínica mais singular de cada cliente estava fora de nosso alcance e não tínhamos notícias de questões importantes e nem do direcionamento dado pelos técnicos.

Depois da análise do fato marcante ocorrido com uma paciente, conforme já expusemos, de ela ter rasgado a autorização de imagem, se impõe uma mudança incontornável. O acontecido, paradoxalmente ao mesmo tempo em que determinou o limite na possibilidade de continuidade da pesquisa dentro do Ateliê, também mostrou um novo caminho para a continuidade da pesquisa e sua análise. Esse caminho se abriu quando o anúncio de que não iríamos mais continuar a acompanhar o dispositivo do vídeo dentro do CAPS Rubens Corrêa, provocou nos pacientes um grande descontentamento. A decisão fechada, irrevogável, de encerrar imediatamente minha participação no Ateliê, se dissipou quando, ao chegar ao CAPS, os participantes demonstraram grande consternação em relação a essa posição e um interesse em fazer outros vídeos, de não parar a produção. Mesmo assim, com a calorosa recepção, em uma sala lotada, comuniquei que eu iria me desligar definitivamente do Rubens Corrêa, saindo do Ateliê. Eles já haviam acompanhado meu afastamento da coordenação técnica, porém, a notificação dessa notícia provocou uma forte reação contrária, com muita emoção, choro, incômodo, revolta, falas contra mim e contra o CAPS. A resposta gerada deixou claro que não seria possível um término abrupto e um afastamento instantâneo. A situação carecia de elaboração. Um vídeo de despedida, para que eles se colocassem a respeito, foi quase uma decorrência natural. O vídeo “Saudade”, bastante

diferente estética e dramaticamente dos outros três que haviam sido feitos anteriormente no Ateliê, foi criado com depoimentos dos clientes sobre o próprio Ateliê e também sobre seus sentimentos em relação ao término desse dispositivo e do meu desligamento do CAPS Rubens Corrêa. Um vídeo de depoimentos. Eles queriam falar.

Este último vídeo se inicia com a cena que descrevi no início deste tópico. É um vídeo em que aparecem fatores múltiplos que se estendem desde o exercício da afirmação de uma posição política, passando por uma gama diversificada de afetos que atravessam tanto os pacientes quanto os técnicos envolvidos, e que alcançam também a dimensão subjetiva.

O vídeo “Saudade” trouxe de volta ao dispositivo, vários pacientes que andavam distantes. Inclusive a paciente que havia decidido rasgar a autorização, quis participar. Esse foi um movimento interessante, pois inicialmente ela se colocou de costas para poder falar o que gostaria, mas com o desenvolvimento das filmagens, decidiu aparecer e falar diretamente para câmera. Ela voltou a dar a autorização, por decisão própria; mas, como era tutelada, depois sua tutora foi chamada para assinar também a autorização.

Os depoimentos foram feitos dentro do próprio CAPS em três dias diferentes. Foram momentos de grande emoção para todos. Se por um lado os pacientes expressavam claramente seu descontentamento pela minha saída do Ateliê, por outro, eu era pressionada pelo CAPS, que me perguntava insistentemente quanto tempo ainda seria necessário para terminar a pesquisa. Em resistência a essa pressão e por entender que os pacientes faziam força no sentido contrário, decidi que não iria apressar a feitura do vídeo; ele seria feito tomando o tempo que fosse necessário para sua realização com a participação dos pacientes.

O vídeo “Saudade” expõe claramente dois desejos: o primeiro é que eu não vá embora. “Não vá!”, primeira fala da paciente que denominei Iza. Uma paciente que teve uma transformação visível no decorrer do Ateliê. Inicialmente ela parecia apenas uma ex-institucionalizada, com todos os maneirismos característicos, sem conseguir acompanhar as filmagens, nem escolher imagens. Mais que isso, era uma paciente que nem ficar sentada muito tempo conseguia. Costumava repetir a última frase da pergunta que fazíamos como resposta. Foi um trabalho cuidadoso e insistente para que ela mostrasse quem era e o que preferia esteticamente. A quantidade de suas saídas e retornos da sala foi ficando menor e ao final ela já se colocava com muita clareza “Eu vou voltar”. Cada vez mais um sujeito aparecia naquela moça simples que estava escondida no desenho de um pato e, aos pouco, foi se mostrando interessada e participativa, exercitando sua autonomia e possibilidade de se colocar, decidir e criar.

O segundo desejo exposto foi o de que o Ateliê não terminasse. Este segundo ponto era inicialmente pano de fundo e mais acentuado por mim do que pelos “atores”, que visivelmente prefeririam ficar falando para que eu não fosse embora. Talvez por ser difícil escutar tanta demonstração de afeto e, de certa forma, estar propiciando sofrimento àquelas pessoas, eu tentava amainar a situação, utilizando a pergunta relativa à continuidade do Ateliê mesmo sem a minha presença. Claro que essa pergunta era importante, pois destacava o dispositivo da pessoa que coordenava e procurava situar sua importância. Mas honestamente, essa explicação é posterior ao ato. O que movia a pergunta era mesmo diminuir o sofrimento, o nosso sofrimento.

O quanto um dispositivo de tratamento tem relação com aquele que o protagoniza? Nas entrevistas que foram realizadas com os trabalhadores de saúde mental, que desenvolviam Ateliês e Oficinas, que de alguma forma lidavam com arte, ficou claro que o desejo daquela figura que fazia o oferecimento, tinha uma importância fundamental. Podemos pensar em um estilo que perpassa o dispositivo que é originado naquela pessoa. Os pacientes não aderem apenas ao tipo de atividade, seja ela, pintura, escultura ou vídeo. Algo do coordenador do dispositivo agrega as pessoas em torno daquele fazer. Desejo é sem dúvida a mola, o desejo de oferecer aquele dispositivo, de desenvolvê-lo, de vê-lo caminhar... Mas também há o estilo do coordenador e o método utilizado. O nosso método, que já foi minuciosamente apresentado, teve relação com o compartilhamento da criação, de apostar em sujeitos e pautado em uma escuta que era clínica, mas que estava também atenta para a estética e para o político que se mostravam presente.

Além dos depoimentos, usamos algumas imagens que foram ideadas pelos pacientes, para exemplificar o que significava para eles aquela separação. Algumas procuramos na internet e outras foram feitas pelos próprios participantes e as inseridas no vídeo, nos pontos em que eram escolhidos por eles.

As cenas retratam com muita clareza, um término ou uma separação. Luz apagando, porta fechando, uma cachorra dando de mamar aos filhotes, folha caindo, etc. Mas uma das cenas merece ser destacada. Uma paciente que mantinha uma transferência muito forte comigo pediu para que sua cena fosse uma lágrima rolando no meu rosto, um choro meu. Concordei, usei um colírio para fazer a cena do choro e ela própria filmou. Quando assistiu a cena, ela ficou extremamente feliz, ria muito. Ver o meu sofrimento por me afastar dela lhe dava grande contentamento, eu havia lhe dado uma prova de amor? Essa mesma paciente, que quando cheguei só expressava respostas que pareciam desinvestidas de desejo, que só desenhava florezinhas, não me deixou amenizar a situação. Quando, durante a

filmagem, eu tentava dar menos peso a minha saída acenando com a possibilidade da permanência do Ateliê com outro técnico, ela puxou minha mão que segurava a câmera e falou “Sandra, não vai! Se não, eu vou chorar muito!” “Sem você o Ateliê não é nada!”. Outra paciente falou no vídeo “Antes do Ateliê eu era um morceguinho de cabeça para baixo”, este era o formato ao qual ela se identificava, no escuro, de cabeça para baixo e sem visibilidade. O Ateliê havia lhe dado a consistência de ser uma pessoa, nos disse durante essa filmagem. A frase está gravada no vídeo.

Uma cena deste vídeo é particularmente intrigante. Eles estão sentados na sala em que geralmente nos reuníamos para a parte da edição, sala que acabou sendo nosso lugar de encontro também. Estávamos falando sobre a minha saída do Ateliê e resolvemos filmar a despedida deles para mim. Eu, por trás da câmera, fazia os takes. Era uma câmera subjetiva de mim mesma e para ela, eles falavam, se despedindo. A câmera está visivelmente instável pela minha emoção ao ouvir as mensagens. Mas, o mais curioso nas mensagens é o fato de que vieram algumas falas em francês, inclusive um “Au revoir mademoiselle!” geral dado por todos. Na época, pensei ter dito a eles em algum momento que iria passar um tempo na França, no doutorado sanduíche, mas algum tempo depois, quando estive lá no CAPS, eles me disseram que não sabiam e eu fiquei pensando em algumas possibilidades menos concretas, pois há coisas que são transmitidas e que não são faladas. Existe uma comunicação não explicitada. Inclusive, já informados pela clinica com crianças, que há segredos que atingem membros de uma família de forma intensa e que fantasmas metem mais medo do que palavras ditas. Enfim, podemos concordar com Safatle, (2000), que “O sujeito da enunciação é sempre algo não dito, que só pode se fazer presente ausentando-se do enunciado, tal qual o inconsciente. Ele sempre existe ao enunciado. Operação que Lacan chamará de sutura” (p. 64).

Notadamente, esse vídeo é a expressão de múltiplas interferências. Apresenta uma tensão entre o desejo dos pacientes de que eu me mantenha no Ateliê e com eles, a minha preocupação de que, ao menos seja assegurada a eles a permanência do dispositivo, já que minha saída era irrevogável e a instituição que já não apoiava aquela atividade. Tudo isso recheado de diferentes e intensos afetos.

Só aos poucos, durante as filmagens, fui trabalhando também em mim o afastamento e pude suportar ouvir a tristeza que figurava nos depoimentos e os deixar falar.

Agora, ao comparar o primeiro momento do Ateliê, onde pessoas resistiam em se colocar e que estavam viciadas em discursos automáticos e o momento da feitura deste vídeo, em que os pacientes se posicionam de forma clara, inclusive sustentando uma posição que era

contrária à instituição, podemos verificar um crescimento e apoderamento deles mesmos sobre as próprias vontades. Para além do vídeo, por iniciativa deles mesmos, organizaram um abaixo assinado para pedir minha permanência no CAPS. Soube também que essa reivindicação foi exposta na assembleia e também manifestada por alguns familiares à direção do CAPS, por pedido dos pacientes.

Com o tempo alguns pacientes foram aceitando que realmente não seria possível a minha permanência no Ateliê e a maioria passa a expressar o desejo de que o Ateliê permaneça, mesmo depois de minha saída.

Há um retorno da questão institucional nesse último vídeo. Entretanto, muito diferente do primeiro, quando estavam colados a uma maneira de se comportar, que respondia ao lugar que lhes havia sido imputado pelo modo de funcionamento do CAPS, agora eles eram capazes de se contrapor.

Esse deslocamento, operado na posição dos pacientes, nos faz retornar para declarar como fictícia a separação que alguns teóricos insistem em fazer entre sujeito da psique e o sujeito histórico. Como nos diz Enriquez:

De minha parte, pareceu-me sempre aberrante fazer desaparecer o indivíduo humano do movimento da história, pois, em maior ou menor grau, ele participa da dinâmica de uma determinada sociedade, como psique, como lugar de condutas significativas e como ser em interação contínua com outros, em grupos e organizações. Fazer desaparecer o indivíduo ou o sujeito [...], sob o pretexto de que o pensamento "de direita" [...] pareceu-me o sinal do triunfo de teorias que enaltecem, [...] um determinismo absoluto dos processos sociais. [...] O indivíduo torna-se, assim, um ser falado, um ser agido; ele nunca é um ser falante nem um autor de seus atos. [...] todo indivíduo nasce em uma sociedade que instaurou, em parte voluntariamente, em parte inconscientemente, uma cultura. (ENRIQUEZ, 1994, p. 27)

A pesquisa sobre o cinema/vídeo como dispositivo clínico, não terminou com o afastamento do CAPS Rubens Correa, assim como não se iniciou quando na entrada nessa unidade. A proposta de uma intersecção entre dois campos originalmente independentes: o campo das artes audiovisuais, cinema/vídeo e o campo da saúde mental, especificamente o tratamento psíquico continuará a ser desenvolvida.

O final da pesquisa de campo no CAPS Rubens Corrêa está delimitado nesse ponto. Entretanto, esse não é o fim da história, nem se pensarmos na pesquisa propriamente dita, pois essa trajetória percorrida irá produzir ainda muitos desmembramentos teórico-clínicos e, nem tão pouco em relação ao meu percurso profissional que ainda está por ser trilhado. A arte continuará sendo um recurso possível quando indicado clinicamente, na prática clínica na atenção psicossocial.

Algum tempo depois estive no CAPS para dar aos participantes cópias dos vídeos em DVD. Sentamos na sala em que costumávamos realizar o Ateliê e quis saber notícias. Fui muito bem recebida pelos pacientes, como sempre; rodearam-me e vieram conversar comigo. Soube que o Ateliê de Imagem não tinha ido adiante, eles haviam pedido, inclusive em assembleia, mas o máximo que conseguiram foi criar um dispositivo que o serviço chamou de oficina de vídeo, o qual eles não aderiram.

Perguntei por que eles não quiseram fazer a oficina e as explicações eram difusas. Mas entendi que a proposta e a organização eram muito diferentes do Ateliê. A técnica, que eles reclamaram ser mais psicóloga do que cineasta, queria fazer filmes com história e personagens, com começo, meio e fim e que a maioria ficava cansada de ter que ficar esperando para entrar em cena; foram se desestimulando. Lamentei que não tivesse sido possível que algum técnico que permaneceu no CAPS pudesse ter participado da realização do Ateliê, para que pudesse seguir o nosso modelo. Disseram sentir saudades, mas que eu estava mais bonita, que havia me feito bem me afastar de lá. Foi neste encontro que, ao comentar que iria viajar para França, descobri que eles não sabiam disso. Expliquei que não poderia voltar lá tão cedo e deixei os vídeos dos que não estavam com os pacientes, para que entregassem. Fiquei preocupada com a paciente que havia demonstrado muita tristeza com minha saída, ela não havia mais voltado ao CAPS. Tentei telefonar para saber notícias, mas os telefones que me deram no serviço não atendiam. Duas delas pediram para que eu mandasse um postal de Paris e, em um dia frio, muito longe daqui, da nossa cultura e realidade, onde fazia o meu doutorado sanduiche, enviei os cartões postais mandando notícias e agradecendo por tudo o que eles haviam me ensinado.

Articulações entre os quatro vídeos.

A ética da diferença, da singularidade, é um dos pontos que une a arte, a saúde mental e a psicanálise, pois estas três sustentam e são sustentadas por sua afirmação. Acreditamos que a tese pôde esclarecer essa proximidade e que, um dispositivo que trabalha com o recurso da arte do vídeo no campo da saúde mental com os princípios da psicanálise, funciona intimamente ligado aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

O dispositivo do vídeo tem a capacidade de se lançar extramuros da instituição psiquiátrica e dar visibilidade aos ideais libertários que impulsionam o Movimento da Reforma Psiquiátrica, de uma sociedade mais solidária, mais justa, mais humana, que respeite dos direitos dos cidadãos, todos eles, loucos ou são.

O Ateliê de Imagem Locotipo realizou quatro vídeos e em todos eles, podemos ver presente, de forma diferenciada, a preocupação com a estética, a afirmação de uma posição política e a atividade clínica. Esses três eixos se mostraram, na nossa prática, inter-relacionados. Mesmo que por vezes possamos reconhecer que uma dessas visões se mostrasse predominante, não era sem articulação com as outras. O vídeo “Vida somente vida”, onde os pacientes avaliam a reformulação institucional que estava ocorrendo no CAPS, mostra uma visão política coletiva, mas também são visíveis os efeitos clínicos nos sujeitos destas mesmas transformações institucionais. Dentro deste mesmo raciocínio, observamos que a expressão estética, através da escolha de enquadramentos, cenas, materiais, etc., é uma comunhão entre o que o coletivo estava construindo enquanto posicionamento, mas também, em muitos casos, revelava questões vinculadas à singularidade de determinado paciente.

No vídeo “Representações”, o viés clínico onde a questão de como cada um atravessou a sua infância e o que desta vivência vem se arrastando pela vida, compareceu de forma mais clara. Entretanto, a questão estética no seu viés técnico, cinematográfico, de utilizar o ponto de vista subjetivo, em que a câmera faz vez do olhar de um ator/personagem, participou ativamente na construção das intervenções clínicas. Clínica estética com revestimento técnico. Mas também há um trabalho de afirmação de sujeito no sentido de posicionamento de cidadão frente ao mundo, de se afirmarem como tendo direitos e deveres sociais e de decidirem suas vidas. Essa é a torção que fazem ao atravessar a infância rumo à vida adulta, que aparece claramente na composição da música. Aliás, a música atesta, de forma bastante evidente, essa tripla incidência a clínica estética política. É uma música (tem sua estética), que inclui elementos da clínica singular, da interação coletiva e de posicionamento político-social.

No vídeo “Acolhimento sim, Recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende”, a afirmação de um sujeito político é evidente, como atestam os depoimentos, a letra da música e a própria decisão de fazer o vídeo. Desde seu início o que moveu a todos na direção de sua realização foi expor publicamente um posicionamento político contrário ao recolhimento compulsório. A preocupação estética acompanhou toda a filmagem, o vídeo tinha a intenção de ser divulgado em redes sociais e era preciso que tivesse qualidade. A estética estava a serviço da política. Entretanto, houve atravessamentos clínicos singulares que foram aprovados pelo coletivo, como a decisão pelas cores a serem usadas para colorir as cenas. Também foi clínico no sentido do processo de sua construção; ganhar às ruas da cidade não era meramente político, para pessoas que haviam sido aprisionadas a vida toda.

Observávamos que a afirmação de serem sujeitos sociais tinha efeito clínico singular em cada um. A construção de ser sujeito cidadão é imbrincado em ser sujeito psíquico.

O último vídeo, “Saudade”, atesta, assim como os outros, este embrincamento entre o político, o psíquico e o estético. Talvez seja o vídeo que mais conjugue essas três propriedades, pois não parece haver nenhuma que sobressaia ou que esteja a serviço da outra. Os recursos técnicos e estéticos, a afirmação de posição enquanto cidadão de direitos e o sujeito em sua subjetividade estão presentes de forma equânime. Até a subjetividade singular, modo como cada um, inclusive eu, sofremos esse momento, está também conjugada com o coletivo que compunha o Ateliê.

Nesta tese, sustentamos que o Ateliê de Imagem é um dispositivo clínico; atestamos que o Ateliê de Imagem é um dispositivo que trabalha com a estética; testemunhamos que o Ateliê de Imagem é um dispositivo onde a cidadania é afirmada. E, por fim, reconhecemos que este dispositivo que inventamos coletivamente, sob a luz da psicanálise, focados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e em ação através da arte do vídeo, é uma atividade que merece ser ampliada para que outros venham a fazer uso dela.

THE END: A CONCLUSÃO.

A primeira conclusão se refere ao tempo. Uma tese demora quatro anos para ser feita e “o tempo não para...” Há outra frase do Cazuzza que também ilustra o significado de apontar o tempo neste momento: "E as ilusões estão todas perdidas. Os meus sonhos foram todos vendidos. Tão barato que eu nem acredito." Atualmente, na saúde mental, temos um retrocesso. Além dos já citados nesta tese, algumas outras derrotas estão sendo imputadas. As internações psiquiátricas estão sendo realizadas por vários outros serviços que não os CAPS, através de um sistema computadorizado chamado SISREG (Sistema de Regulação), que regula o pedido de internação para ser atendido o mais rapidamente possível, sem respeitar nem o território no qual o paciente está inserido e nem o cuidado da tentativa de acionar um CAPS antes. Tudo pela praticidade e rapidez. Assim como a quantidade, que para esta prefeitura, tem relação com eficácia, internar o mais rapidamente possível, é também considerado eficiência.

A Reforma Psiquiátrica vem de outra época e se antagoniza com os ideais que vigoram na sociedade atual. Estes relacionam tempo com rapidez no sentido mais estreito, e desconsideram que o que parece ser perda de tempo – como aprofundar uma discussão, se perguntar com mais cuidado qual direção tomar, em um caso, em sua singularidade, averiguando e investigando – se revela como a resolutividade que é eficaz para o sujeito em sofrimento.

Os valores são os monetários, o capital, o lucro, a ascensão social, a homogeneização, globalização, etc. Cânones que se chocam com os princípios da solidariedade, do respeito à diferença, o valor do ser acima do ter, enfim, “outras palavras” (Caetano Veloso).

Estamos em um momento delicado e mais perdendo do que ganhando, mas “água mole em pedra dura... mais vale que dois voando, se eu nascesse assim pra Lua não estaria trabalhando” (Guilherme Arantes). E quando ficam mais claras as controvérsias, se pode lutar com mais vigor. Os trabalhadores de Saúde Mental do Rio de Janeiro e de Niterói começaram a se organizar, muito por conta do não recebimento de salário, por causa de contratos não renovados pela prefeitura, com algumas empresas contratantes. Mas já é um começo. Em meio a lutas que parecem ser apenas pelos direitos dos trabalhadores, começam a aparecer, através da implicação com o trabalho, os lemas da Reforma Psiquiátrica.

Existe no campo da saúde mental, uma grande quantidade de iniciativas com arte e cultura. Algumas mais ligadas à política, outras mais preocupadas com os efeitos clínicos e outras voltadas para o resultado estético. Entretanto, elas, em sua totalidade, se posicionam como fazendo resistência à homogeneização, tanto ao comportamento adaptado, massificado e enquadrado, quanto aos conceitos de estética e beleza.

A tese que apresentamos, está situada na interseção do campo da saúde mental e da arte, mais precisamente do vídeo. Neste cenário, articulamos os princípios da Reforma psiquiátrica com os da psicanálise. A pesquisa realizou análises que promoveram tessituras entre os campos sociais, políticos e psíquicos com o suporte da psicossociologia. Neste encontro passamos por territórios distintos e, sem perder a dimensão de suas diferenças, traçamos pontos de encaixe que sustentaram nossa tese. Incluímos também a sensibilidade artística, pois não pretendíamos uma tese com um linguajar meramente acadêmico. O rigor da academia precisou suportar pontuações e análises onde as delicadezas da emoção e do afeto compareceram. O que não foi assim tão antagônico, pois a matéria era o humano, o sofrimento mental e as possibilidades de minorá-lo. O vídeo, com seus recursos técnicos e estéticos que eram utilizados pelos pacientes, foi instrumento e lugar onde operou essa diversidade de elementos.

Agora, após toda a vivência que experimentamos, entendemos que o Ateliê de Imagem é um dispositivo clínico. Que mesmo que ele não atingisse os anseios que objetivávamos, demonstra ter relevância. Aprendemos logo com o primeiro vídeo: “Vida, somente vida”, que apenas garantir a existência se revela essencial.

Entretanto, pudemos verificar em muitos pacientes, de forma singular, como também no coletivo, mudanças na posição subjetiva e objetiva frente à vida. Os pacientes que iniciaram o Ateliê estavam muito diferentes quando terminamos as atividades. Isto pode ser verificado comparando os vídeos, principalmente “Vida somente vida” com o “Saudade”, mas também na própria postura em querer realizar o segundo vídeo citado.

Os vídeos deram voz, imagem e contorno para a existência de desejos e posicionamentos. Acompanhamos a emergência desses sujeitos que são sócio-políticos e psíquicos, que lá já estavam, mas precisavam ser olhados. Eles próprios precisavam se ver. Não foi à toa que, já no segundo vídeo quiseram ser filmados. O Ateliê é intrinsecamente interdisciplinar, totalmente dependente do desejo e da participação ativa dos pacientes e, por ser uma mídia, prevê a possibilidade de transcender os limites do campo restrito da instituição da psiquiatria. Assim, importam não só os resultados de eficácia clínica, como também a amplitude dos efeitos no meio social que as atividades artístico-culturais podem alcançar.

Nossa tese parte da concepção de que criar vídeos tem a potencialidade de produzir efeitos no sujeito, o que está em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Como vimos antes mesmo da reforma, já havia experiências da arte no tratamento, como as da Nise da Silveira e de Osório Cesar, mas a Reforma Psiquiátrica garantiu que esses acontecimentos deixassem de ser experiências que dependiam de iniciativas individuais e passassem a integrar um modo de tratamento previsto nesse novo modelo de assistência. O dispositivo do Ateliê segue afirmando e fortalecendo os princípios desse novo modelo. Ele escapa do modelo médico e dialoga com outros saberes e disciplinas.

São múltiplas e díspares as experiências que dialogam com a arte no campo da saúde mental. Enquanto algumas afirmam a clínica, outras valorizam a capacitação do usuário, fornecendo aulas e cursos. Ainda existem outras que, por uma postura política, negam a clínica. Uma funcionam acreditando que é necessária a presença de um “psi” no dispositivo desenvolvido, enquanto outras, exatamente no revés dessa ideia, preferem apostar em um profissional qualificado para coordenar a atividade. Mas todas com as quais tivemos contato dizem pertencer à mesma direção da Reforma Psiquiátrica.

Na tese, apresentamos em uma espécie de pré-história do Ateliê de Imagem, a utilização do recurso do vídeo em dois casos de difícil manejo. Um videoclipe realizado com uma paciente melancólica que nomeamos de Marcia, e um vídeo com um menino adolescente em uso abusivo de drogas, Ênio. Casos tão diferentes, onde a utilização do vídeo apresentou um efeito extremamente benéfico, parecem demonstrar a grande amplitude que este dispositivo pode oferecer.

No primeiro, o vídeo teve uma tripla incidência clínica; em primeira instância proporcionou que Márcia organizasse seus conteúdos psíquicos no espaço delimitado do clipe, através de representações simbólicas, onde o objeto passou a assumir roupagens diversas; a reverberação desta operação. A segunda instância é o estancamento da hemorragia interna pela qual se esvaia a sua energia psíquica. E, por fim, o reconhecimento/desconhecimento que ela realizou em relação a sua própria imagem no vídeo, foi o resultado do deslocamento da identificação que antes determinava a ela ser ‘eu sou nada’. Essa primeira aplicabilidade do vídeo na clínica, nos mostrou a força deste dispositivo e que ainda retiraríamos mais e proficuas consequências dele.

O vídeo também se mostrou um recurso potente no caso de Ênio. Conforme relatamos na tese, ele fazia uso abusivo de drogas e estava no momento de uma passagem conflituosa da adolescência para juventude. Esse jovem menino pulava muros, se colocava em risco tanto com o uso de drogas além do limite, como também ultrapassando as leis e regras,

cometendo furtos e tendo posicionamentos arriscados frente à vida. O vídeo o fez virar bolinha de sabão e o ajudou a dar outro enquadre ao desejo de ir além do que lhe foi imposto. Ênio, através do seu vídeo, virou bolinha de sabão e flutuou... Ultrapassando os limites que sua condição social impunha. A arte libertadora pôde tirá-lo do chão e colocá-lo além do muro cerceador de sonhos, um voo para o qual ele não precisou se drogar.

O Ateliê era um dispositivo que foi criado em um momento de reestruturação do CAPS Rubens Corrêa, que precisava retomar sua direção clínica. Ser um coletivo nos suscitou diversos questionamentos apresentados no corpo desta tese. Primeiramente, entendemos que, para uma clientela tão grave, os atendimentos individuais, na maioria das vezes, são pouco eficazes. Por outro lado, a clínica da psicose nos ensina que essa estrutura psíquica tem grande dificuldade de estabelecer laço social e de se reconhecer como pertencente a um grupo. Esse impasse nos fez pensar em sustentar um coletivo em um formato que favorecesse a ampliação dos laços sociais, mas que não se caracterizasse como um grupo identificado a um sintoma ou a um ideal. Constatamos a eficácia desse modelo, não só através dos efeitos clínicos singulares que apontamos na tese, mas também porque não funcionávamos como um grupo terapêutico onde cada um aguarda a sua vez para despejar seus problemas e aflições, mas sim, um local que favoreceu a troca, o diálogo, o tempo e o movimento das relações e interferências internas. Neste dispositivo coletivo, era preciso escutar o outro para que se decidisse como fazer o vídeo. A intenção de realizar um vídeo funcionava como um significante que possibilitava a aproximação das falas, e ao mesmo tempo apontava para as particularidades, fazendo daquela junção de pacientes um coletivo, composto por sujeitos singulares.

Nossa tese opera uma conciliação da psicanálise com a Reforma Psiquiátrica ao afirmar que o Ateliê funciona sob essas duas orientações e que os princípios de afirmação da cidadania valem para ambos. Demonstramos que Freud já previa a ampliação de seu recurso clínico para a população menos favorecida, assim como a possibilidade de que ele sofresse transformações em sua aplicabilidade, para que pudesse ser usado na psicose, alterações realizadas por Lacan que se empenhou neste sentido desde sua entrada no campo.

Os psicanalistas que atuam na saúde mental, a muito já quebraram com os ideais do que seria “ser” um psicanalista, com padrões estereotipados de conduta e seguem construindo, pensando e teorizado sobre manter a direção da psicanálise mesmo em settings tão diferentes do tradicional. Concordamos que isto é possível e desejável, mas que para isso precisamos resguardar alguns princípios, aos quais não se pode ceder. Entendemos que não é preciso que nos fixemos em pré-requisitos formais ortodoxos, como divã, tempo de consulta

estipulado, pagamento efetuado pelo próprio paciente, etc. Mas também não se pode se autorizar como psicanalista e não colocar sua clínica balizada pela realidade psíquica, transferência e a escuta do inconsciente. Também é preciso que não assumamos uma conduta moralizante, psicopedagógica e disciplinadora. Operamos no ‘a posteriori’, desta forma, não sabemos de antemão, apenas temos uma aposta, e a aposta é que ali há um sujeito que vai se fará ouvir e ver. O Ateliê seguiu a direção apontada pela psicanálise. Desta forma, situamos esse dispositivo como sendo afinado com a Reforma Psiquiátrica e também na direção da psicanálise. Mas estar na direção da psicanálise não é só ter uma clínica com esses apontamentos. É também intervir na sociedade para que nela esteja assegurado o lugar da diferença. A ética da psicanálise se relaciona tanto com a afirmação da diferença na clínica singular do sujeito, como também sendo esta a função social do psicanalista. Ao entendermos essa aproximação, fica mais clara a razão de que no campo da saúde mental haja tantos psicanalistas trabalhando. A loucura é uma diferença radical que precisa estar inserida no contexto cultural; para isso, o psicanalista intervém na direção de desconstruir a lógica mercadológica e consumista. É neste ponto, que é fundamental, a Reforma e a psicanálise se encontrarem.

Destacamos o vídeo, que é um recurso midiático e que tem a possibilidade de proporcionar visibilidade, tornando pública uma nova imagem da loucura. O vídeo “Acolhimento sim, Recolhimento não” levou para praça pública o posicionamento político e a estética subjetiva de seus participantes. Essa troca com o mundo ajuda a transformação da cultura em relação às representações sociais da loucura. Essa potencialidade do vídeo, entretanto, merece ser explorada de forma cuidadosa. A exposição dos pacientes precisa de uma avaliação psicossocial e que passe por uma aprovação do próprio sujeito. O Conselho de Ética exige de todo projeto de pesquisa que lida com pessoas, que seja assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e qualquer produção de vídeo, para a sua exibição, necessita de autorização de imagem e som dos participantes. O resultado, caso se confirme a adequação da exposição, pode ser o de que eles deixem de ser vistos como doentes mentais e se afirmem como cidadãos ou, quem sabe alguns, como artistas.

Dois outros pontos merecem destaque nesta conclusão. A relação com o fazer e com o produto final. O primeiro tem relação com o método que adotamos para a estruturação do dispositivo do Ateliê. Tínhamos a premissa de não termos premissa, isto é, seguiríamos as indicações dos pacientes e éramos abertos à participação de quem chegasse. Não iríamos impor nem temas, nem ideias de como realizar, embora não fugíssemos do diálogo sobre a realização das cenas. Tínhamos a pergunta intervenção “Se o que você me fala fosse uma

imagem, qual imagem seria?”, como disparadora para que as ideias brotassem. Mas na direção do tratamento está o analista, não do paciente, isto está claro. Assim caminhávamos para que em algum momento a ebulição de ideias se configurasse em um fazer e que depois ela se dirigisse para um finalizar. Três tempos para que o vídeo fosse feito, tempos que eram acompanhados e conduzidos cuidadosamente. O produto final é o vídeo e chegarmos a ele é uma necessidade clínica; os conteúdos psíquicos não podiam restar espalhados, era preciso dar-lhes contorno. Desta forma, o vídeo é um produto que agrega componentes de ordem singular e coletiva e, sua finalização se articula com a clínica da psicose, com a sua função social e com o produto artístico.

As análises que realizamos dos vídeos, foi fruto de um recorte que interessava a nossa pesquisa. Sabemos que o mesmo vídeo pode oferecer leituras diversas, orientadas por outros parâmetros, sejam eles clínicos ou meramente estéticos. Assumimos o lugar de pesquisadores participantes, tanto no momento em que os vídeos foram realizados, quando abdicamos de uma pretensa neutralidade e participamos da criação, quanto na hora de os analisarmos. A postura isenta, meramente crítica, durante a realização dos vídeos, conforme descrevemos na tese, acabava por impedir intervenções clínicas. Consideramos como intervenções clínicas-estéticas as intervenções que tinham a característica de interferir na criação e no produto criado. Agora, mais uma vez, voltando a essa questão, percebemos que esse posicionamento que consideramos clínico pode se aliar ao, já citado, modo de intervenção na brincadeira, quando em uma sessão de análise, ao invés de ficarmos analisando a brincadeira de uma criança, brincamos com ela. Também podemos apoiar nossa crítica à postura neutra aproximando-a do que Laurent (1999), no texto *Analista Cidadão*, aponta como uma pretensa idealização do lugar do analista e da posição do analista como “intelectual crítico”.

As análises são fruto de criações a partir de olhares que respeitam certos ângulos e pontos de vista. Sob este aspecto, a pesquisa, ou melhor, a pesquisadora, é também autora dos vídeos. O tempo passado entre a feitura do vídeo e a análise, produziu um distanciamento que permitiu elaborações mais globais. Ampliou o enquadramento para que o percurso fosse acompanhado, concedendo-lhe certa lógica. Por outro lado, ter participado do Ateliê, ter estado dentro dele, permitiu as impressões que foram experimentadas, permanecessem ativas. Assim, além do olhar geral, detalhes foram revisitados.

O Ateliê de Imagem, foi construído afinado com os princípios da Reforma Psiquiátrica, na direção da psicanálise e, para realizarmos a pesquisa, encontramos na psicossociologia terreno e amparo para efetuar as articulações necessárias. Provavelmente por

ter essa filiação, o Ateliê foi produto também dos pacientes. Muito do que fomos aprendendo com os participantes durante a caminhada, foi relatado na tese. O que nos arriscamos em destacar, a giza de conclusão, é que um Ateliê que trabalhe com vídeo em outro lugar e com outros técnicos e pacientes, mesmo que respeite os mesmos princípios e indicações, vai gerar outras questões e efeitos. Consideramos, no entanto, que algumas semelhanças provavelmente se manterão se algo do método se mantiver. Este algo, certamente tem relação com o princípio que não deve ser confundido com standard ou com uma regra qualquer. Mesmo sabendo que o princípio é o que gera um modelo, é necessário que se sustente a pergunta, se o modelo continua a responder ao princípio que foi sua causa. Se o modelo for se repetindo e se tornando regra, se seu fundamento for esquecido, a repetição não só perdera a razão de ser, como perverterá o sentido pelo qual foi criado. O princípio é que vale, é ele que deve ser perpetuado, o método pode e deve ser transformado para que o princípio se mantenha, mesmo que a realidade e as circunstâncias se transformem. Enfim, o modelo, as regras podem e devem ser plásticas para que o princípio perpetue.

No primeiro vídeo, o que ficou mais evidente foi à utilização do dispositivo para que os pacientes elaborassem a transformação que estava ocorrendo no CAPS, embora também tenha se revelado como lugar para que elaborações mais particulares fossem efetuadas. O segundo vídeo, inversamente, foi mais recheado de questões singulares da clínica de cada paciente, mas também apresentou questões subjetivas que foram compartilhadas, como a infância, vivida diferentemente por cada um, mas tendo sido crucial para todos. O significante ‘tempo’, mote do vídeo, foi atravessado por significações diversas, mantendo a oscilação necessária para que não obtivesse um significado fechado para todos, mas, ao mesmo tempo, guardava um ponto de amarração para o qual se organizavam as narrativas imagéticas. A música, um pouco herança do Clipe “Acolhimento Sim, Recolhimento não”, também serviu como um continente onde as imagens pudessem acontecer mais livremente e, ao mesmo tempo, não esvanecessem em um total sem sentido.

Este segundo vídeo marca algumas mudanças cruciais no Ateliê e, conseqüentemente, na pesquisa. Parece-nos paradoxal que, exatamente no momento em que o Ateliê estava ganhando um nome: “Ateliê Locotipo”, que os pacientes haviam decidido aparecer no vídeo e que a produção estivesse em franco amadurecendo, inclusive se expandindo extramuros, tenha se iniciado o processo do final da pesquisa. Ocorreram movimentos antagônicos em uma mesma instituição. Forças opostas relativas ao mesmo dispositivo que tornou insustentável, pela saúde mental de todos os envolvidos, sua

continuidade. Mas não só. A pesquisa em si também dependia do aporte clínico que não seria mais oferecido, o que a inviabilizava.

O vídeo “Acolhimento sim, Recolhimento não. Saúde não se vende. Loucura não se prende” nos fez concluir que muitas coisas que circundam a feitura de um vídeo, podem assumir o primeiro plano. Neste, o passeio pela cidade foi para alguns, o que mais interessou. Aliás, o contato com o fora, foi marca deste vídeo. Fora que se apresentou como circulação pelo território, o contato com outras pessoas de outros serviços, um posicionamento frente uma questão pertinente à sociedade, a projeção em praça pública e finalmente, sua exposição no youtube, que permanece até hoje. Neste vídeo o fora pode ocupar o lugar de dentro do Ateliê, de ser também parte da vida dos pacientes. Pois eles também são cidadãos do mundo. O fora e o dentro deixam de ser lados diferentes de uma mesma moeda. Passam a ser, como na banda de moebius, lados que estão na mesma pista, prontos a serem percorridos, como para todos os humanos. Esse talvez tenha sido o exercício psíquico mais significativo realizado neste vídeo.

O vídeo “Saudade”, o último, traz em seu nome a antecipação de um sentimento que nós intuíamos que sentiríamos. Como relatado na tese, foi um vídeo imposto pelas circunstâncias, pela necessidade de elaboração da minha saída. Os pacientes estão dialogando com a instituição, como no primeiro vídeo, mas, desta vez, em posição de sujeito de direitos que reivindicam. Estão expostos seus rostos, seus corpos e compartilham um significante, como aconteceu pela primeira vez no segundo vídeo. Mas agora suas vozes estão em sincronia com suas imagens e falam com a câmera. O significante é a ‘saudade’, e ele é comum a todos, embora de diferentes maneiras. Neste vídeo eles articulam também a questão do fora/dentro que aparece no videoclipe, o terceiro vídeo. Eles falam de um sentimento interno a eles, e operam a balança com o fora na relação com o CAPS que é o fora/dentro. A instituição é o local onde está inserido o Ateliê e que interfere em seu funcionamento. Os participantes colocam para fora o sentimento interno, como também percebem o quanto o que está fora, o CAPS, pode influenciar na emoção de cada um. Neste momento eles se sentem como sujeitos com direito de reivindicar o que desejam. Isto nos parece um grande ganho!

Entretanto, não bastou que eles quisessem. A instituição não pôde dar continuidade ao Ateliê, não que ela não tenha tentado, uma oficina de vídeo foi montada e oferecida aos clientes. Mas, quando a linha que unia o Ateliê à instituição se rompeu e os técnicos que haviam feito parte do dispositivo se afastaram do CAPS Rubens Correa, os princípios que sustentavam a prática do dispositivo não se mantiveram e foi impossível a

continuidade. Os próprios pacientes não se adequaram a oficina que estava sendo oferecida e não quiseram participar.

Este ponto nos faz ver a importância de relatar a experiência do Ateliê. Houve pontos, que destacamos no decorrer da tese e que ressaltamos agora nesta conclusão, que sustentaram o dispositivo e a aderência a ele pelos pacientes.

Nosso The End, a conclusão deste trabalho, termina desejando que a narrativa que realizamos sobre a potência do vídeo para o campo da atenção psicossocial dê frutos e incentive que dispositivos com vídeo sigam a lógica que apresentamos e possam ser desenvolvidos em outros serviços.

Um The End que anime os primeiros takes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.11, pp. 2309-2319. ISSN 0102-311X. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>> Acesso em: 23 de set de 2014
- AMARANTE, P. *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade cultural*. Brasília: Ministério da Cultura, 2007a.
- _____. *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ ENSP, 1995.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007b.
- _____. e NOCAM, F. (orgs.) *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Ed. Zagodoni, 2012.
- AUTUORI, S. A arte sinthomática na clínica das psicoses. In: Lima, M. M. e Jorge, M. A. C. (Org.). *Saber fazer com o real: diálogos entre Psicanálise e Arte*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p.255-264. 2009.
- _____. *Clínica com arte: considerações sobre a arte na psicanálise*. 2005. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Programa de Pós Graduação em Psicanálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ.
- _____. *Desfile de camisas de força*. Performance teatral, 2001.
- _____. e Rinaldi, D. A arte em Freud: Um estudo que suporta contradições. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*. São Paulo. vol. 34, n 87, p. 299-319. Julho / Dezembro, 2014.
- AYRES, J. R., et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 117 - 139. 2003.
- BARROS DIAS, P. *Arte, loucura e Ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. 2003. 172f Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ.
- BARUS-MICHAEL, J.; ENRIQUEZ, E; LÉVY, A. (Org.) *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1985.
- BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. 3, n. 2. 2000. Disponível em: < http://psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a_clinica_da_depressao_questoes_atuais.pdf>. Acesso em 13 de ago de 2013.
- BEZERRA, JR. B. Da contra Cultura a sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: AIMEIDA, M. I. M; NAVES, S. C. (Org.) *Por que não?: Rupturas e continuidades da contra cultura*. Rio de Janeiro. 7 Letras, 2007.
- _____. O lugar do corpo na experiência do sentido: uma perspectiva pragmática. In: BEZERRA JR B.; PLASTINO, C. A. (Org.) *Corpo, Afeto, Linguagem: A questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro : Rios Ambiciosos, 2001.
- _____. *História da Psicopatologia*. Palestra proferida no Café Filosófico. Rio de Janeiro 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=k4T4DZux6hk>> Acesso em out 2013.
- BRASIL IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial 2010. Relatório final. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

BRASIL Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas Ministério da Saúde Brasília 2005, “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil disponível in: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL Decreto no 4.345 de 26 de Agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm

BRASIL. Lei n. 3.657, de 11 de Dezembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

BRASIL. Lei 11.343/06, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

BRASIL. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS.

BRASIL. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde

BRASIL Portaria nº 3.088 da RAPS de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

CALICCHIO, R. R. *Vinte anos de luta antimanicomial no Brasil – arte e comunicação como estratégia de participação e transformação social no contexto da reforma psiquiátrica*. ECO-PÓS- v.10, n.1, janeiro-julho 2007, pp.13-21. Disponível em: < <http://www.pos.eco.ufrj.br/ojs-2.2.2/index.php/revista/article/view/63/42>> Acessado em 15 de julho de 2011.

CARLINI, E. A., et al. *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País São Paulo – 2005* CEBRID/SENAD 2006.

_____, *V Levantamento Nacional Sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo, CEBRID 2004.

CARRETEIRO, T. Adolescências e experimentações possíveis. In: MAGNABOSCO, M. M.; COSTA, F. L. (Org.) *Temas da Clínica do adolescente e da família*. São Paulo : Ágora.15 -24, 2010.

_____. *Exclusion Sociales et construction de l' identite*. Ed. L' Harmattan. Paris, 1993.

_____. Pais e filhos adolescentes, constituindo sentidos, ideais de trabalho e projetos profissionais. In: FERES-CARNEIRO, T. (Org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 253-272, 2009.

_____. e RODRIGUEZ, L. ; PINTO, B. ; OLIVEIRA, S. Subjetividades Juvenis em debate: rumo as subjetividades. In: OLIVEIRA, H.; CHAGAS, M. (Org.). *Corpo Expressivo, construção de sentidos*. Rio de Janeiro: BAPERA/ Mauad X, 2008, p. 165-178, 2007.

CARRIÈRE, J. C. - *A linguagem secreta do cinema*. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1994.

CÉSAR, O. *Expressão artística dos alienados: Contribuição para o Estudos dos Símbolos na Arte*. Monografia. São Paulo, Brasil 1929.

- CHARNEY, L. SCHWARTZ, V. *O cinema e a invenção da vida moderna*. São Paulo: Cosac & Naify, 2001
- CRARY, J. *Techniques of the Observer*. Cambridge: Mit Press, 1990.
- COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.) *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2008.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Editora Xenon, 1989.
- DAVENPORT-HINES, R. *The pursuit of oblivion: a global history of narcotics*. London – New York: W. W. Norton, 2002.
- DE CARVALHO, J. M.; BESSA, V. C. O sentido de perspectiva no El Espectador de Ortega y Gasset. *Revista de Ciências Humanas*, v. 44, n. 2, p. 399-415, abr. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2010v44n2p399>>. Acesso em: 08 Jan. 2014.
- DELEUZE, G. *Imagem Movimento: Cinema 1*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- _____ *Imagem tempo: Cinema 2*. São Paulo: editora Brasiliense, 1990.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo. Editora 34, 1997.
- _____ *O Que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1991.
- DELGADO, P. G. G. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro, Ed. Te Corá, 1992.
- DUARTE, M. J. de O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. *Revista Saúde para Debate*, n. 50, p. 39-48. Rio de Janeiro, 2013.
- ELIA, L. O sujeito demasiado visível do autismo. In: I Jornada Clínica da Sede Rio do LAEP *O Autismo tratado pela clínica psicanalítica*, realizada no dia 11 de dezembro de 2004 no Museu da República, Rio de Janeiro.
- ELOÁ, C., e tal. Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários. *Revista Saúde para Debate*, n. 50, p. 32-38. Rio de Janeiro, 2013.
- ENRIQUEZ, E. *Da Horda ao Estado: Psicanálise do Vínculo Social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1990.
- _____ *Le Jeux du Pouvoir et du Désir dans l'entreprise*. Paris, Declée de Brouwer, 1997
- _____ O Papel do Sujeito Humano na Dinâmica Social. In: MACHADO, M. N. M. et al. (Org.). *Psicossociologia: Análise Social e Intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994 p. 24-40
- FARGES, J. “Une préhistoire du cinema” documentário Cinematográfico, 1981
- FEFFERMANN, M. Vidas Arriscadas: um estudo sobre jovens inscritos no tráfico de drogas. *Boletim do Instituto de Saúde* Nº 40. 2006
- FERRAZ, M. H. C. *Arte e Loucura, limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- FERREIRA, T. *A escrita da Clínica*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 1999.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva 1978.
- _____ *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal 1979.
- _____ *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____ *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREUD, A. *Le Traitement psychanalytique des enfants* 1926, Editora Presses universitaires de France, 2002.

FREUD, S. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Rio de Janeiro, Imago. 1986.

FREUD, S. A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose (1924) *In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Ed. Standard Brasileira. Imago. 1977. vol. XIX

_____ Além do Princípio do Prazer (1920) vol. XI, *ibid*.

_____ Alguns tipos de caráter encontrado na prática psicanalítica (1916) vol. XII, *ibid*.

_____ Chistes e Sua Relação com o Inconsciente. (1905) vol. VIII, *ibid*.

_____ Cinco lições de Psicanálise” (1909) Vol. XVIII, *ibid*.

_____ Conferência XXXI (1932), vol. XXII, *ibid*.

_____ Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise” (1917a) vol. XVI, *ibid*.

_____ Delírio e sonhos na Gradiva de Jansen (1907) vol. IX, *ibid*.

_____ Dostoiévski e o parricídio. (1927). vol. XXI, *ibid*.

_____ Escritores Criativos e devaneios (1908) vol. IX, *ibid*.

_____ Formulações sobre os dois Princípios do Funcionamento Mental (1911a). vol. XII, *ibid*.

_____ Interpretação de sonhos (1900) Método De Interpretação Dos Sonhos: Análise de um sonho modelo. Capítulo II. vol.IV *ibid*.

_____ Lembranças Encobridoras (1899) vol. III, *ibid*.

_____ Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância (1910) vol. XI, *ibid*.

_____ Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919) vol. XVII, *ibid*.

_____ Luto e melancolia (1917b) vol. XIV, *ibid*.

_____ Neurose e Psicose (1924) vol. XIX, *ibid*.

_____ Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (1911b), v.XII, *ibid*.

_____ Observações sobre o amor transferencial: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise (1915), vol. XII, *ibid*.

_____ O Ego e o Id (1923) Vol. XIX, *ibid*.

_____ O Estranho (1919) vol. XVII, *ibid*.

_____ O Mal Estar na Civilização (1930) Parte II vol. XXI, *ibid*.

_____ Projeto para uma psicologia científica (1895a). Vol. II, *ibid*.

_____ Psicologia das massas e análise do eu (1921a) vol. XV, *ibid*.

_____ Psicologia de grupo e análise do ego (1921b) vol. XVIII. *ibid*.

_____ Rascunho G. (1895b) Melancolia, *In: A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Rio de Janeiro, Imago, p. 98-106. 1986.

_____ Recordar, repetir e elaborar (1914) *In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Ed. Standard Brasileira. Imago. 1977. vol. XII.

_____ Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901) vol. VI, *ibid*.

_____ Sobre a psicoterapia (1905). vol. VII, *ibid*.

_____ Totem e Tabu (1913) vol. XIII, *ibid*.

- _____ Uma breve descrição da psicanálise (1924 [1923]) vol. XIX, *ibid*.
- _____ Um Estudo Autobiográfico (1925) vol. XX, *ibid*.
- _____ Um Tipo Especial De Escolha De Objeto Feita Pelos Homens (1910). Vol. XI *ibid*.
- GAULEJAC, V. de, O âmago da discussão: da sociologia do indivíduo à sociologia do sujeito In: *Revista Cronos*. Natal: UFRN, v.5/6, n1/1, p.59/77, jan./dez. 2004/2005.
- GIUSTI-DESPRAIRES, F. *L'imaginaire collectif ou la construction du monde dans les groupes institués*. Revue Française de Psychanalyse. Paris, PUF, 1999.
- _____ Répresentation et Imaginaire. In: Barus-Michel J; Enriquez E; Lévy A. *Vocabulaire de Psychosociologie*. Paris. Eres, 2004.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.
- GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública* (1994) Te Corá Editora. Rio de Janeiro.
- GORGULHO, M. Entrevista. *Revista Época*, ed. 333, 4 de out. 2004. Fonte: CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas População de 12 a 65 anos de idade – 2004.
- GONÇALVES, S., et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.1, p. 105-113. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100009>.
- GUATTARI, F. O divã do pobre. In: METZ, C. (Org.) *Psicanálise e cinema*. São Paulo: Global, 1980.
- HABERMAS, J. *Direito e Democracia: entre a facticidade e validade*. v. II, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1997.
- HIRATA, C. O perspectivismo e o projeto leibniziano de conciliação das filosofias. 2008. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-26112008-123853/>>. Acesso em: 2015-01-28.
- KANT, I. – *Crítica da Razão Pura* (1781). São Paulo, Editora Nova Cultural, 2000.
- KAPNIST, E.; ROUDINESCO, E. A Invenção da Psicanálise. Documentário Cinematográfico. 1997. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yz96qUO4QRQ>.
- KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1996.
- KAËS, R. Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In: *A Instituição e as Instituições - Estudos Psicanalíticos*, (p.1-39). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- KLEIN, M. A psicanálise de crianças (1932) in: *Obras Completas de Melanie Klein: Volume II A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1998. p. 591-652.
- _____ A instância da letra no inconsciente instância da letra (1957), p. 496-533, *ibid*.
- _____ Ciência e verdade (1965-66), p.869-892, *ibid*.
- _____ *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (1932) Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.
- _____ De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1955-56), In: *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1998. p.537-590.
- _____ Formulações sobre causalidade psíquica (1946) p. 152-194, *ibid*.

- _____ Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953) p. 238-324, *ibid.*
- _____ O estágio do Estádio do Espelho como formador das funções do Eu (1949), p.96-103. *Ibid.*
- _____ *O seminário, livro 1: Os Escritos técnicos de Freud.* (1953-54) Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1988.
- _____ O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada (1945). In: *Escritos.* Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1998. p. 197-213.
- _____ *O seminário 3: As psicoses* (1955-56), Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1988.
- _____ *O seminário 7. A ética da psicanálise* (1959 – 60), *ibid.*
- _____ *O Seminário 8 – A Transferência* (1960-61), *ibid*
- _____ *O Seminário 9 - A identificação* (1961-1962). Inédito.
- _____ *O Seminário 10 Angustia* (1962-63), Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1988.
- _____ *O seminário 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964), *ibid.*
- _____ *O Seminário 15 - O ato psicanalítico* (1967-1968). Inédito.
- _____ *O Seminário 17 – O Averso da Psicanálise* (1969-70), Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1988.
- _____ *O Seminário livro 22 – R.S.I.* (1974 – 75). Inédito.
- _____ *O Seminário livro 23 – O Sinthoma* (1975 – 76), Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1988.
- _____ *O Seminário 24 - “L’insu que sait de l’une bévue s’aile à mourre”* (1976-77). Inédito.
- _____ Proposição de 9 de outubro de 1967 de Lacan, sobre o psicanalista da Escola, In: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 248-264, 2003
- _____ *Televisão* (1973), p.508-543. *Ibid.*
- LAMBOTTE, M-C. *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia.* Rio de Janeiro, Cia. de Freud, 1997.
- LAURENT, E. A função do pequeno grupo na lógica da psicanálise. In: *Relatório das Escolas da Associação Mundial de Psicanálise (AMP)*, École Européene de Psychanalyse. p. 257-285, 1998
- _____ O analista cidadão. In: *Curinga n.13.* Belo Horizonte: EBP-MG, set.1999.
- MACEDO, M. C. Do lado de dentro do EAT. In: *Cadernos do IPUB / Instituto de Psiquiatria UFRJ nº 14;* Rio de Janeiro 1999.
- MACHADO, A *O sujeito na tela: modos de enunciação no cinema e no ciberespaço.* São Paulo, Paulus, 2007.
- MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia. ciência. profissão.* [online]. 2013, vol.33, n.3, pp. 580-595. ISSN 1414-9893. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.>
- MALAGUTI, B. V. *Difíceis Ganhos Fáceis: Drogas e Juventude Pobre no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro. 2ª ed. Revan, 2003.
- MANNONI, M. *A criança retardada e sua mãe.* São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- MARLATT, G.A. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco.* Porto Alegre, ARTMED, 1999.
- MELLO, L. C. Flores do abismo. In: *Mostra do Descobrimento.* Fundação Bienal de São Paulo, Associação Brasil 500 anos Artes Visuais, 2000.

- MELO, W. *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro/Brasília, Imago. 2001.
- MESQUITA, F. C. AIDS e drogas injetáveis. In: H. Daniel, et al. *Saúde & Loucura*, São Paulo, Hucitec, 1991.
- NABUCO, E. da S.; ARAÚJO, D. *No Espelho do Olhar do Outro - A TV Pínel e a Construção Coletiva da Auto-Imagem em Vídeo*. Comunicação & Informação (UFG), Goiânia, v. 7, n.2, p. 232-238, 2004.
- ORTEGA Y GASSET, J. Meditaciones del Quijote. In: *Obras Completas*. Vol. I, 2ª edição. Madrid, Alianza, 1993.
- ORTEGA Y GASSET, J. Verdad y Perspectiva (El Espectador). In: *Obras Completas*. Vol. II, 3ª edição. Madrid, Alianza, 1998.
- OURY, J. - *Création et schizophrénie*. Paris, Editions Galilée, 1989
- PAIVA, I. L. ; YAMAMOTO, O. H. . *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 14, p. 549-569, 2007.
- PASSOS, E. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. Prefácio, in: DE BONI SANTOS L. M. *Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que usam Drogas*. Porto Alegre, Ideograf, 2010.
- PEDROSA, M. *Forma e Percepção Estética*. São Paulo, Ed USP, 1995.
- PICCININI, W. J. História da Psiquiatria. Franco da Rocha: vida e obra. Psychiatry On-line Brazil Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/wal0403.htm>. Acesso em 09 de Setembro de 2013
- PITTA, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1996
- QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.
- QUINET, A. *O estilo, o analista e a Escola*. In: SCHERMANN, E. ; POLLO, V. *Comunidade analítica de Escola*, Rio de Janeiro, Marca d'Água Livraria e Eitora, 1999.
- QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- REGNAULT, F. – *Em Torno do Vazio a arte à luz da psicanálise*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2001.
- RÊGO BARROS, R. Sem standard, mas não sem princípio. In: *Usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo freudiano*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2003, p. 39-48.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In COSTA N. R.; TUNDIS A. S. (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, p. 15-74, Rio de Janeiro, Petrópolis, 1987.
- RINALDI, D. *A Ética da Diferença*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996.
- _____. Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: os novos dispositivos de cuidado do campo da saúde mental (2003) UERJ/CNPq, In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Revista do Instituto de Psicologia/UERJ Ano 3 nº 1, 1º Semestre/2003
- RIVERA, T. *Arte e Psicanálise: Psicanálise, passo a passo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2002.
- _____. *Cinema, Imagem e Psicanálise: Psicanálise, passo a passo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2008.
- _____; SAFATLE, V. (Org.) *Sobre Arte e Psicanálise* São Paulo, Escuta, 2006.
- ROUDINESCO, E. PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- ROZA, E. S. *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 1999.

SAFATLE, V. A ilusão da transparência: sobre a leitura lacaniana do cogito cartesiano. *Ágora*, Estudos em teoria psicanalítica, UFRJ vol. III, nº1, p.59-76, Rio de Janeiro, 2000.

SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Brasília, Editora Alhambra Ltda, 1981.

_____. 20 anos de terapêutica ocupacional em engenho de dentro. *Revista Brasileira de saúde mental*, 1966 p. 108.

SOUSA, E. L. A. *Uma invenção da utopia*. São Paulo: Lumme Editor, 2007.

SOUZA, A. O que se escreve entre o analista e o analisante. *Cogito*, Salvador, vol. 6, 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 fev. 2014.

SOUZA, N. S. *Psicose: um estudo lacaniano*. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

_____. Transferência e direção da cura na psicose. In: *Pulsional*, n.57, p.36-43. São Paulo, Livraria Pulsional, 1994.

TAFFARELLO, R. F. Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal. 2009. 155p. Dissertação (mestrado em direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. disponível em: www.teses.usp.br/teses/.../2/.../DISSERTACAO_SIMPLIFICADA.pdf. Acessada em 31 de Ago. de 14 às 14:50

TAVARES DE MELO, C. M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 1, Feb. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100007>.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. in: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria: 189-197*. Rio de Janeiro, 1995

_____. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo, Hucitec, 2010.

_____. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde Mental. In: *Cadernos do IPUB nº 7*, 1997.

_____, et al. (Orgs.) *Abordagens Psicossociais* Vol. II Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e dos Movimentos Populares. São Paulo, Editora Hucitec, 2008a.

_____, et al. (Orgs.) *Abordagens Psicossociais* Vol. III Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo, Editora Hucitec, 2008b.

_____. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis, Editora Vozes, 2002.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2001

WANDERLEY, L. *O dragão Pousou no Espaço*. Editora Rocco, Rio de Janeiro. 2002

_____. Também se cresce pelo prazer. No prelo.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago 1975.

_____. Porque as crianças brincam. In: *A criança e seu mundo*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1982

World Health Organization. Office on drugs and crime: Principles of Drug Dependence Treatment. Geneve, 2008 Acesso em 22/08/2013. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?ua=1

ZENONI, A. Psicanálise e instituição: A segunda clínica de Lacan. *Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Ano I, Nº 0, 2000.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Renato Augusto M. Sá - **Coordenador Geral**
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Rosângela Arrabal Thomaz - **Sub-Coordenadora**
Faculdade de Medicina

Herbert Praxedes
Representante Comunidade Científica

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra
Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia

Abrahão Santos / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

CEP CMM/HUAP nº 381/11CAAE: 0397.0.258.314-11

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP
 A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

“O vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial.”

Pesquisador(a) Responsável:

Teresa Cristina O. Cordeiro Carreteiro

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):

Sandra Autuori

Data: 02/12/11

Parecer: Aprovado

Atenciosamente,

Prof. Renato Augusto Moreira de Sá
Coordenador

ANEXO B



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 78A/2012

Rio de Janeiro, 06 de julho de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

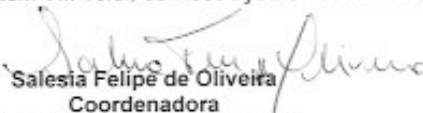
<p>Coordenadora:</p> <p>Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores:</p> <p>Fabio Tucho Pedro Paulo Magalhães Chispim</p> <p>Membros:</p> <p>Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburger Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva:</p> <p>Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 18/12</p> <p>TÍTULO: O vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Teresa Cristina O. Cordeiro Carreiro</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAPS Rubens Corrêa</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 13/07/2012.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “O Vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial”, porque você é paciente do CAPS Rubens Corrêa e já participa do Ateliê de imagem e Som.

Nossa pesquisa é sobre essa forma de tratamento que você está recebendo no Ateliê, com a utilização do vídeo, da fotografia e do som. Queremos entender se fazer vídeos e imagens ajuda a você a se sentir melhor, se ajuda você a pensar nas coisas que são importantes pra você, se faz com que vocês consiga expressar melhor o que você sente. Também queremos entender se as imagens que você inventa e realiza filmando tem a ver com as coisas que são importantes pra você, se tem relação com os seus problemas e se ajuda a pensar neles. Se as escolhas que você faz sobre o que filmar e com filmar e as imagens que escolhe estão relacionadas como os momentos importantes de sua vida, sobre os quais você acha que deve pensar mais e melhor.

Vamos participar do Ateliê com você e acompanhar a realização dos filmes. Vamos estar interagindo com você o tempo todo, vendo as escolhas em relação as imagens e escutando o que você fala sobre elas. Não realizaremos nenhum questionário, nossa pesquisa é o acompanhamento de todo o processo que é desenvolvido no Ateliê desde o início quando são pensadas quais imagens serão filmadas até o final com a edição do vídeo. Essa pesquisa não acarreta nenhuma despesa financeira para você. Você não precisará pagar nada como também não receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa.

As imagens que você produz poderão ser usadas para a apresentação da pesquisa e de trabalhos que vierem a escritos sobre o Ateliê de Imagem e Som e sobre a utilização do vídeo como forma de tratamento. Não vamos receber nenhum dinheiro com isso. Se em alguma imagem você aparecer, ela só poderá ser usada com uma outra autorização, que é uma autorização de uso de imagem específica, feita por escrito e assinada por você.

Esperamos que essa pesquisa possa incentivar que esse tipo de tratamento com a utilização de imagens e de vídeo, diferente do tradicional, aquele só de remédio, ou só de conversas rápidas, possa acontecer mais e em mais lugares para que outras pessoas também possam vir a ter esse tipo de tratamento. Você não tem nenhuma obrigação de participar da pesquisa, se não quiser não participa, e manterá seu tratamento no CAPS da mesma maneira como vem fazendo. Se você decidir participar da pesquisa, pode a qualquer hora mudar de ideia e parar de participar. Para proteger você não citaremos seu nome na pesquisa, você pode ficar tranquilo; suas falas, suas ideias e seus pensamentos não poderão ser identificados nem

ligados a você. Usaremos outro nome ou não utilizaremos nome nenhum. Você está totalmente livre pra decidir participar ou não dessa pesquisa e pode mudar de ideia a hora que quiser. Se você tiver qualquer dúvida agora ou em qualquer momento durante a pesquisa pode perguntar que responderemos. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, você não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante da pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, _____
_____ firmado abaixo, residente
à _____, concordo em participar do
estudo intitulado “O Vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial”. Eu fui
completamente orientado pelo Dr. _____ que está
realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Dados de identificação

Título do Projeto: “O Vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial”

Pesquisador Responsável: Teresa Cristina O. Cordeiro Carreiro

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 22563228 - (21) 26299189 - (21) 87103728

Email: tecar2@uol.co.br

Pesquisador: Sandra Autuori

Telefones de contato: (21) 32355762 – (21) 88934900

Email: autuori_s@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463

Email: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, SOM E DEPOIMENTOS PARA FINS CULTURAIS E ACADÊMICOS.

Eu, abaixo assinado e identificado, autorizo o uso de minha imagem, som da minha voz, dados biográficos e depoimentos e, além de todo e qualquer material de minha criação entre fotos e vídeos, para ser utilizado na pesquisa “O vídeo como dispositivo de tratamento na atenção psicossocial”, que faz parte do projeto de doutorado realizado por Sandra Autuori sob a orientação de Teresa C. Carreiro na Universidade Federal Fluminense, como também em escritos, artigos, trabalhos, work shop, e quaisquer outras produções acadêmicas e culturais sem fins lucrativos provenientes dessa pesquisa. A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros) como também em mídia eletrônica (programas de rádio, podcasts, vídeos e filmes para televisão aberta e/ou fechada, documentários para cinema ou televisão, entre outros), Internet, Banco de Dados Informatizado Multimídia, “home vídeo”, DVD (“digital vídeo disc”), suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento, sem qualquer ônus aos responsáveis pela pesquisa, Sandra Autuori e Teresa C. Carreiro, por essa expressamente autorizadas, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza acadêmica ou cultural sem fins lucrativos em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos a minha imagem ou som de voz, ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____

Responsável legal: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____