

Introdução

Para onde ir quando não se tem lugar?

“... a realidade está aí para nos deixar constrangidos, maluquice é mais que CID é jeito de viver”.

(Um amigo)

Jonas era assim: um metro e meio, corpo franzino, dentes falhos. Porém, quando arrebatado, em furor, mobilizava a todos, que das mais variadas maneiras, tentavam salvaguardar sua integridade física. Mas não bastava; batia violentamente a cabeça contra a parede, sangrava e não encontrava lugar onde aquietar o desatino.

Para ele, não havia lugar na casa de seus pais, mas o destino lhe ofereceu avós e tios que com ele se importavam, mesmo sem saber o que fazer quando não cabia mais em si. Estes, esperançosos, delegaram a uma psiquiatria reformada um honesto desejo de cura, por eles entendida como “correção do problema”.

Teve cinco internações, todas crescentes em duração. Na última, de dois anos, finalmente pareceu ter novamente um metro e meio, corpo franzino, dentes falhos. Já não assustava mais ninguém.

O trabalho possível deixou de ser contenção do caos, passando ao acompanhamento do que lhe era possível compartilhar. Compartilhamos coquinhos, goiabas, caminhadas, e a falência de uma amarração para o sentido “das coisas do mundo”. Assombrava-se com a chuva, interrogava se haveria vida em estátuas, se o super-homem poderia destruir uma montanha com um só golpe, ou levantar caminhão com as mãos.

Quanta melhora! Em um período próximo passado, lhe aterrorizavam os buracos de bala pelo corpo, a transformação de seu cérebro em cérebro de galinha, voz decretando a morte de sua avó, sangue se esvaindo, morte e destruição de si e do mundo. Naqueles dias, porém, ria, fazia transparecer sua loucura por meio de gargalhadas sem fim, ou outros que pudessem rir com ele.

A família tinha dado um prazo razoável para si e para psiquiatria: quando aquele odioso ferimento, fruto das incontáveis batidas com a cabeça na parede estivesse fechado, e coberto novamente por seus cabelos negros tão bonitos,

estaria pronto para voltar para casa; estaria consertado, disse seu avô. No final de um ano e meio da última internação, a torpe mistura de sangue e pus que lhe marcava a fronte, ícone da bizarrice de seu comportamento adoecido, fechou, já não era visível.

Mas estava menos louco?

Estava pronto para a redentora alta que “naturalmente” ocorreria?

Seu tratamento tinha chegado ao fim?

Necessitava menos do hospital como um lugar de referência para continuidade de sua existência?

Estava pronto para voltar para casa e tudo ser como “*dantes no quartel de Abrantes?*”

Consertou?

Estas foram algumas das questões com as quais me correspondi, juntamente com outros integrantes da intrépida trupe responsável pelo projeto terapêutico deste paciente. Passamos a fazer intervenções em sua casa, tentando aproximar as “partes” da melhor forma possível. Contudo, o estranho, a sensação de que “algo se perdeu”, foi se evidenciando. Permanecia o carinho, o cuidado, mas entre sua família e ele havia sido criada uma distância, não só decorrente dos dois anos de internação, mas também desta loucura residual, que não se localizava em seu vigoroso comportamento auto e heteroagressivo.

Ele já podia ir e vir sozinho do CAPS Artur Bispo do Rosário para o hospital Jurandir Manfredini, onde estava internado, do hospital para casa, e de casa para onde quisesse ir. Ainda assim dizia, se referindo à Colônia Juliano Moreira: ou então tire esse dado “... às vezes eu acho que estou no Morro São José, onde eu posso pedir café pros outros”, ou simplesmente, quando falávamos da alta: “... quero não, quero não, estou bem aqui”. Ou ainda: “... eu gosto muito de você Marcelo”.

Mas o que fazer quando os pacientes remitem daqueles sintomas tão inconvenientes? Sua melhora era tão evidente, tão inegável. Um profissional muito querido (tanto por mim quanto pelo paciente), em um momento de maior euforia disse genuinamente: “... estamos diante de um caso inédito na psiquiatria, é praticamente um milagre!”.

Nada seria mais justo e lógico que reformular a configuração do cenário de seu tratamento, desinstitucionalizá-lo, diriam alguns. O que significou por parte

do hospital em que se encontrava internado, corretamente avaliar a manutenção de sua internação como desnecessária. O CAPS corretamente avaliar que o local de tratamento deveria se referenciar cada vez mais aos seus domínios. Sua casa fazer um esforço honesto para, com ele, “tocar o barco pra frente”. Ele, com o que lhe era possível e da forma como lhe era possível, buscar um espaço que acolhesse seu tempo.

Em sua última licença, contrariando a vontade de seus avós, vai à casa de sua mãe e discutem violentamente. Ele sai dizendo ir para não mais voltar, “... *não quero mais saber de vocês*”. Passa na casa de seus avós, pega seu passe livre, relata rapidamente o ocorrido, diz que retornará ao CAPS. Ao que consta, pula, ferindo-se mortalmente, da passarela do trem.

-----X-----

Iniciemos com algumas questões: fomos, enquanto equipe, capazes de acompanhá-lo, ou, avançando, acolhê-lo, criando uma estratégia de relação entre CAPS - hospital – moradia que lhe assegurasse a possibilidade de encontrar lugar para seu sofrimento, minimizando a necessidade de uma provável “passagem ao ato?”

Se fomos capazes de trabalhar na direção da construção deste lugar, quais conceitos ou referências nos teriam sido úteis? A remissão de sintomas é sinônimo de cura para o campo da saúde mental? Ou haveria algo mais?

O Dispositivo¹ que será investigado no decorrer deste trabalho se propõe levar a termo a existência do campo da saúde mental enquanto depositário deste mandato social: cuidar da vida, se ocupar dela, acompanhando e, como quero propor, acolhendo o sujeito na particularidade de seu sofrimento, criando com este; estratégias pró-vida. E a Psicoterapia Institucional entra aí como a aplicação de técnicas desta mediação. Acompanhar nossos pacientes na humilde perspectiva da passagem de seu mundo de caos para um mundo partilhado com outros, Jonas poderia ter morrido em qualquer hora ou lugar. Todos nós morreremos um dia. Mas na caminhada entre berço e caixão, cabe pensar, com cada um, formas de, no

¹ Dispositivo aqui tem um duplo sentido; um recurso disponível na rede de cuidados em saúde mental, como CAPS, hospital, ambulatório, residências terapêuticas, psicofarmacologia, etc. E também as relações entre equipe técnica e paciente privilegiadas em cada uma destas unidades (CAPS, ambulatório, etc). Estes dois sentidos, neste trabalho, se referem à oferta terapêutica tanto das unidades quanto das relações no que diz respeito ao acolhimento necessário para o sofrimento de cada um. Este tema será melhor abordado no primeiro capítulo.

mínimo, preencher tão dignamente quanto possível esse tempo. Assim, a pergunta: O que podemos aprender com este caso? Não se refere apenas ao paciente, mas, principalmente, aos tantos Jonas e Marias vivendo entre nós e com os quais não sabemos o que fazer para valer nosso papel. A ética convida tratarmos essas pessoas não como gostaríamos que fossem, mas, mesmo contra nossas ideologias, tratá-las como são, ou seja, partindo do acolhimento das necessidades apresentadas pelo sujeito ao longo de sua vida.

Mas o que é acolher? O que é isto aparentemente tão importante, que neste texto para Jonas, se faz condição sem a qual não há possibilidade de existir? Porque acolher é importante? Onde acolher? Quem acolher? Pacientes? Equipe técnica? Ambos e quem mais vier? O que é necessário para se sentir acolhido? Estas são as perguntas que proponho discutir nas próximas páginas. Mas como promover essa discussão no campo da reforma Psiquiátrica?

O primeiro ponto será compor um histórico da origem e formação da Psiquiatria, apontando para seu surgimento institucional, e, derivando destas instituições, formas de tratamento e suas respectivas “terapêuticas institucionais”. Aqui abordaremos a ossatura, a formação e sustentação da prática psiquiátrica. Se, conforme pretendo apontar, ficar claro a formação institucional da psiquiatria, sua herança de controle sobre marginais sociais, com o exercício de práticas astigmáticas para seu público alvo, partiremos para o segundo capítulo, carne, aquilo que deve envolver os ossos lhe permitindo movimento, e com isso, direção, apresentando detalhadamente uma teoria sobre a psicose, a de Jacques Lacan, que aponte tanto para sua especificidade clínica, quanto para questões sobre o tratamento de longo prazo para esta clientela. Apontaremos para que uma intervenção institucional possível na psicose se dê no campo simbólico. Estando aberta e pavimentada esta estrada, chegaremos ao terceiro capítulo, onde será abordada a psicoterapia institucional francesa, em especial o coletivo; tal como proposto por Oury.

Finalmente, em “errância” delimitaremos a liberdade de se mover para onde desejar, ou se sentir causado a, desde que saibamos, na realização deste movimento, nossa história e a direção que estamos tomando. Neste capítulo caberá desenvolver e indagar como a noção de acolhimento, a partir do conceito de Coletivo na Psicoterapia Institucional pode ou não beneficiar o trato com pacientes psicóticos em sua “lida cotidiana por uma vida melhor”, (Delgado,

1997, p. 42), objetivo *príncipeps* da reforma.

Talvez, a investigação do tema proposto tenha relevância ao concluir que, conforme já foi apontado por Cavalcanti (1992), são as relações que os pacientes podem desenvolver em um determinado tipo de instituição a matéria prima da qualidade de nosso trabalho, sendo esta relação mais importante que o dispositivo em si mesmo. Isto nos mostraria então, a urgência de uma reflexão sobre como estamos acolhendo (e sendo acolhidos) em nossas instituições, quais técnicas de mediação entre quem é atendido e seu entorno, e que qualidade de relação estamos favorecendo, estamos facilitando surgir em nossas instituições.

Roteiro pronto? Então vamos aos ossos do ofício.