



Coleção E-Livro

# Residência em Saúde Mental

Educando trabalhadores  
para a Atenção Psicossocial

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Mônica de Oliveira Nunes  
Suely Maia Galvão Barreto  
(Organizadoras)



**Residência em Saúde Mental**  
educando trabalhadores para a Atenção Psicossocial

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Reitor**

João Carlos Salles Pires da Silva

**Vice-reitor**

Paulo Cesar Miguez de Oliveira



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Diretora**

Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

**Conselho Editorial**

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo

**EDUFBA**

Rua Barão de Jeremoabo, s/n Campus de Ondina

40170-115 Salvador-BA

Tel: (71) 3283-6160/6164

[edufba@ufba.br](mailto:edufba@ufba.br)

[www.edufba.ufba.br](http://www.edufba.ufba.br)

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Mônica de Oliveira Nunes  
Suely Maia Galvão Barreto  
(Organizadoras)

**Residência em Saúde Mental**  
educando trabalhadores para a Atenção Psicossocial

Salvador  
EDUFBA  
2017

2017, Autores

Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.

Feito o depósito legal

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,  
em vigor no Brasil desde 2009.

Projeto Gráfico

**Angela Garcia Rosa e Josias Almeida Jr.**

Capa e Editoração

**Josias Almeida Jr.**

Revisão e Normalização

**Letícia Rodrigues  
Cíntia Oliveira Gonzaga**

Sistema de Bibliotecas – UFBA

Residência em saúde mental [recurso eletrônico] : educando trabalhadores para a atenção psicossocial / Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Mônica de Oliveira Nunes, Suely Maia Galvão Barreto, (Orgs.). - Salvador: EDUFBA , 2017.  
3,4 MB ; epub. - (Coleção E-Livro)

Modo de acesso: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21612>  
ISBN 978-85-232-1579-8

1. Saúde mental - Estudo e ensino. 2. Centro de Atenção Psicossocial (Salvador,BA). 3. Pessoal da área médica - Saúde mental. 4. Pessoal da área de saúde mental e pacientes. 5. Equipes de assistência em saúde mental. I. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. II. Nunes, Mônica de Oliveira. III. Barreto, Suely Maia Galvão. IV. Série.

CDD - 362.2

Editora filiada à



# Sumário

Prefácio	7
Apresentação	15
Residência Multiprofissional como modalidade estratégica para a formação de trabalhadores em Saúde Mental	19
<b>PRIMEIRA PARTE - Planejamento participativo e construção de redes em Saúde Mental</b>	
O matriciamento de Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade	33
Relato de experiência da construção do grupo de trabalho de Saúde Mental do Distrito Sanitário da Liberdade	65
Promoção em Saúde na gestação: relato de experiência sobre uma abordagem conjunta entre as Estratégias de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial	87
O apoio institucional como estratégia para gestão do trabalho/cuidado em Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade: um relato de experiência	105
<b>SEGUNDA PARTE - Ação territorial e reinserção social</b>	
Uma caminhada pelo território da Saúde Mental: investigação acerca dos sentidos e experiências com o território em Centros de Atenção Psicossocial de Salvador	121
Quando o lixo não é lixo: relato da experiência de acompanhamento a uma usuária catadora de material reciclável	147

Reinserção social: sentidos e práticas dos cuidadores que atuam em Residências Terapêuticas	175
Produção do cuidado na assistência aos moradores das Residências Terapêuticas do Distrito Sanitário de Itapagipe: relato de experiência	201
<b>TERCEIRA PARTE - Manejos de uma Clínica sensível e social</b>	
Dissonâncias entre política e cuidado: a pedra no caminho da Clínica com pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas	225
Tessituras de redes sociais afetivas na trama da reabilitação psicossocial: contribuições para a intervenção clínica em AD	239
Intersubjetividade e ética: reflexões sobre a relação usuário-profissional a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira	267
Implicações da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental para os serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde	285
<b>QUARTA PARTE - Participação social e movimentos sociais em Saúde Mental</b>	
“Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante”: narrativas de participação social por militantes usuários dos serviços de Saúde Mental de Salvador/BA	299
A participação social de usuários de substâncias psicoativas no município de Salvador, Bahia	323
Sobre os autores	349



# Prefácio

Ana Marta Lobosque[1]

Ao receber e aceitar carinhosamente o convite para escrever este prefácio, destacou-se em minha memória uma lembrança que nela ocupa um lugar especial: o feliz encontro que tive com a Residência em Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 2012, num seminário em Salvador.[2]

Esse encontro ocorreu quando eu exercia a mais frutífera das tantas atividades de trabalho e ensino de um longo percurso nas lides do movimento antimanicomial: coordenar e atuar como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública (ESP) de Minas Gerais, em parceria com o município de Betim, da área da Grande Belo Horizonte. Abordarei brevemente esta também breve, mas inesquecível, experiência.

A Residência ESP-MG/Betim, iniciada como Multiprofissional em 2010, e acrescida, em 2012, de uma turma de Psiquiatria, visava formar jovens profissionais em redes de Atenção Psicossocial, pautadas pelo cuidado em liberdade, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal formação requeria, por um lado, um programa teórico que incluísse os principais campos conceituais com os quais deve dialogar uma clínica antimanicomial; por outro, um conjunto de cenários de prática aptos a dispensar o hospital psiquiátrico, ou seja, serviços articulados em rede, aptos a oferecer aos portadores de sofrimento mental os graus e modalidades de cuidados

---

[1] Psiquiatra, doutora em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental para a Atenção da Criança e do Adolescente (CERSAMI) da Secretaria Municipal de Belo Horizonte.

[2] O seminário em questão intitulou-se “Análise estratégica e efeitos práticos de uma política de educação de trabalhadores de Saúde Mental para o SUS e para a Reforma Psiquiátrica”, promovido pela Residência da UFBA em abril de 2012.

necessários nos diferentes momentos de sua trajetória. Até onde sei, essa Residência foi a primeira no Brasil a ousar essa radical ruptura com a instituição psiquiátrica hospitalar, contando com os recursos de uma rede já desde o início moldada para a sua desconstrução. A parte teórica era conduzida pelos tutores da ESP-MG: semanalmente, reuníamos-nos na Escola para uma intensa jornada de estudos, leituras e debates. Nos demais dias da semana, os residentes atuavam nos vários pontos da rede de Saúde Mental betinense, dentre os quais CAPS III, CAPSi, CAPSad, centro de convivência, centros de saúde. Para adquirir uma visão global do conjunto dos serviços, o residente se deslocava entre dois ou três desses pontos ao longo da semana, contando com a supervisão local de um preceptor de Betim.

Era um trabalho árduo, sem dúvida – sobretudo para os residentes, com sua extensa carga horária de 60 horas, entre atividades teóricas e práticas, além dos deslocamentos entre Belo Horizonte e Betim, e entre os serviços betinenses. Também nós, tutores e preceptores, desdobrávamos-nos no exercício de nossas funções, preparando e ministrando as aulas, as supervisões, o acompanhamento do trabalho nos campos de prática. Entretanto, tantas e tais atividades, embora nos cansassem, não nos aborreciam nem desvitalizavam, pois como raramente acontece no mundo do trabalho, havia ali uma direção e um sentido apontados pelo nosso desejo. Não as cumpríamos por mera obrigação nem perseguíamos metas de produtividade: fazíamos aquilo que entendíamos dever ser feito, e buscávamos fazê-lo da forma melhor e mais fecunda. Instigados pelo estudo, pelo cuidado e pela articulação de ambos, seguíamos adiante, tenazes e provocadores, num cotidiano por vezes penoso, mas jamais descolorido ou rotineiro.

A mim, debruçada há muito nas questões e nos impasses da formação em Saúde Mental, o empreendimento da Residência ESP-MG/Betim oferecia um peculiar encanto: sua potência em transmitir a jovens trabalhadores em Saúde Mental a preciosa herança dos princípios e da prática antimanicomial.

Denunciando violações dos direitos dos portadores de sofrimento mental, fechando hospitais psiquiátricos e abrindo serviços abertos, fazendo aprovar novas leis, organizando trabalhadores, usuários e familiares no movimento antimanicomial, a geração a qual pertencemos criou, ao lutar pela presença da loucura na cidade, um insólito e radical

espaço de construção de cidadania. Em 30 anos, modificou-se a face da assistência à Saúde Mental no Brasil, a partir de uma concepção libertária do convívio com a experiência da loucura. Essa concepção, nós a construímos a partir do pensamento e do esforço de tantos professores, autores, amigos queridos, que vieram antes de nós; cabe-nos, agora, deixar em boas mãos esse legado. Afinal, de que vale um patrimônio, por precioso que seja, quando não se tem como transmiti-lo e a quem dar-lhe destinação?

Como, pois, produzir condições para a continuidade e o avanço dessa luta, sem formar pessoas que os possam levar adiante? Os cursos de graduação da área de Saúde e Saúde Mental não têm ainda como fazê-lo: os currículos acadêmicos e, sobretudo, a lógica que os preside, estão demasiadamente distantes das experiências concretas da Reforma Psiquiátrica e do SUS, tanto quanto se encontra distante delas a própria universidade. Os cursos de especialização e de pós-graduação, mesmo quando traçam seu programa em sintonia com as questões da Reforma, esbarram no sério limite da ausência da articulação efetiva entre teoria e prática. Entretanto, numa Residência em Saúde Mental, quantas inúmeras e férteis possibilidades são abertas pelo diálogo incessante entre a atuação nos serviços e o estudo dos conceitos! Acompanhar os primeiros passos de um jovem trabalhador em uma rede de serviços abertos; orientá-lo na complexa cartografia de poderes e desejos que a configuram; mostrar-lhe a riqueza do que se faz nessa rede e os desafios desse fazer; ajudá-lo a indagar, questionar, agir; enriquecer nosso próprio olhar com visões novas, acrescentar novas perguntas às nossas ou formulá-las de outra maneira: eis aí um belo empreendimento, pautado por uma corajosa aposta no futuro.

Num empreendimento tal me encontrava eu profundamente imersa, quando fui convidada para palestrar em um seminário promovido pela Residência em Saúde Mental da UFBA. Sem lembrar exatamente o que disse então, recorro, todavia, com nitidez e vivacidade, do acolhimento que minhas palavras receberam, expresso, muito especialmente, nos rostos curiosos e atentos dos jovens residentes.

O tom de toda fala sobre uma causa querida depende em grande parte daqueles que a escutam. Apesar da paixão, terá algo de cediço e insosso, se conta apenas com ouvintes passivos; adquire força e brilho quando se endereça a interlocutores realmente interessados. E, seja lá

o que tenha dito eu então, minha voz, minhas palavras, minha postura se rejuvenesceram, a partir do intenso desejo de diálogo e troca que as receberam – dele adquirindo o valor que porventura tenham tido.

Um animado debate se seguiu. E travamos, a partir de então, a mais prazerosa das conversas: aquela entre pessoas que, sem conhecer-se ainda, partilham ideias que desejam ampliar e problemas para as quais buscam saídas. Ao longo do dia, assisti as apresentações dos trabalhos de conclusão de curso dos residentes – muitos dos quais se encontram nesta publicação – entremeadas por algumas criativas *performances* dos usuários: as primeiras nutrindo-se das segundas, as segundas fortalecidas pelas primeiras. Tocou-me, ainda, a carinhosa homenagem de despedida dos residentes aos seus preceptores. Enfim, findos os trabalhos do dia, a saborosa cerveja gelada que tomamos no Rio Vermelho permitiu que a conversa seguisse ainda por muito tempo, animada e viva – enquanto meu coração se aquecia no calor do encontro.

Pois bem: esse encontro, o que o tornou tão feliz? O que favoreceu tão pronta e mútua simpatia? Existe aí, sem dúvida, algo da ordem da coincidência, do acaso, da conjunção dos astros e sabe-se lá quantas coisas mais que não se explicam. A aproximar-nos, entretanto, existem também – e desejo pontuá-las aqui – importantes afinidades entre o trabalho de duas Residências em Saúde Mental que mal se conheciam até então: aquela da qual eu vinha e o daquela que me acolhia.

A primeira delas, e a meu ver, essencial: entre os cenários de prática da Residência da UFBA, não contava tampouco o hospital psiquiátrico. Essa característica chamou-me a atenção porque, ao contrário do que se possa pensar, ela não é, absolutamente, comum entre as Residências em Saúde Mental vinculadas à Reforma Psiquiátrica. Pelo contrário, a maioria delas recorre ao equipamento hospitalar, sob a alegação da insuficiência das redes dos seus municípios: por não contarem, por exemplo, com serviços de atenção integral à crise, a passagem pelo hospital, que ainda as atende, seria necessária para o aprendizado do residente.

Tal argumento parece ter certa procedência: o cuidado nos momentos de crise é certamente necessário à formação. Mas, por outro lado, o que pode o hospital psiquiátrico ensinar-nos a esse respeito? Ali encontramos, sim, as crises enquanto quadros clínicos que os residentes devem identificar e conhecer do ponto de vista psicopatológico. Mas não é o ensino da psicopatologia, quando se faz dentro do manicômio,

uma reedição do olhar e da prática manicomial? A forma pela qual ali se aborda o sujeito em crise não é inteiramente avessa a tudo o que praticamos e defendemos na rede em serviços abertos? Poder-se-ia re-estruturar que os residentes são orientados a considerar criticamente a estrutura e as práticas do hospital psiquiátrico; porém, essa visão não se obtém, quando os colocamos no interior da instituição que buscamos superar. Ao fazê-lo, caímos num círculo vicioso, pois assumimos, ainda que involuntariamente, uma posição passiva diante do que está dado. Recorreremos ao hospício enquanto ele ainda existir; contudo, como poderemos desmontá-los se a eles recorremos, sustentando assim, ainda que implicitamente, a necessidade de sua existência? Ao invés de esperar a implantação de uma rede “comme il faut” para formarmos nela, mais vale apostar em seu potencial formador, apesar de sua incompletude – e, sobretudo, em contribuir para formá-la melhor e incrementar-lhe a potência.

A esse respeito, pareceu-me singular a posição tomada pela Residência da UFBA. A Residência da ESP-MG que eu coordenava então pôde fazer a opção de descartar o hospital psiquiátrico como cenário de prática por contar com a rede de Atenção Psicossocial de um município como Betim, que praticamente dispensa tal equipamento; o mesmo pôde vir a fazer depois a Residência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A Residência da UFBA, todavia, estava longe de contar com os mesmos recursos: dada a política conservadora e o descompromisso com as políticas públicas então vigentes no município de Salvador, a política em Saúde Mental estava longe de aderir ao ideário da Reforma; os serviços abertos eram ainda poucos; uma parte expressiva da população era atendida em hospitais psiquiátricos. Contudo, a Residência optou por permanecer vinculada apenas a esses poucos – e algumas vezes precários – dispositivos do cuidado em liberdade.[3]

Essa opção não é desprovida de sérios riscos. O residente pode aprender mal as práticas de cuidado em serviços que nem sempre as exercem adequadamente; atuando numa rede muito frágil, pode não chegar à concepção do que deve ser uma rede de Atenção Psicossocial efetivamente voltada para o território; sua clínica pode permanecer restrita apenas a casos de menor gravidade. Contudo, não me pareceu

---

[3] Essas observações referem-se especificamente à conjuntura do ano de 2012, tanto no que se refere à Residência da UFBA, quanto no que concerne à situação da rede de Salvador.

que tais equívocos e problemas afetassem a formação dos residentes da UFBA; pelo contrário, pareciam antes provocá-los a desenhar e construir uma outra lógica de cuidado. Ao longo do nosso curto, mas fértil diálogo, não apenas mostraram uma percepção correta das falhas dos serviços e da rede na qual estavam inseridos, como também clareza quanto aos passos necessários para a sua transformação e disposição para ajudá-la a caminhar nesse sentido. Digo-o, naturalmente, a título de primeira impressão – mas as primeiras impressões, quando marcantes, mostram-se muitas vezes verdadeiras.

Faz toda a diferença, aqui, a relevante questão da formação teórica e da opção política dos tutores e preceptores. Saberá o corpo docente, diante de uma rede ainda muito limitada, apontar suas inconsistências e impasses, definir politicamente as prioridades para o seu crescimento, apontar o terrível poder de segregação dos manicômios e transmitir uma concepção clara do conjunto de dispositivos de Atenção Psicossocial que os deve substituir? Aqui, mais uma vez – e, também mais uma vez, a título de primeira impressão –, o interesse e a compreensão que encontrei nos residentes da UFBA fazem crer que esse programa conceitual e político guia o ensino oferecido por seus professores.

Portanto, as duas Residências, que mal se conheciam e pela primeira vez se encontravam, singularizavam-se entre as demais Residências do país, ao colocar-lhes o mesmo decisivo desafio: independentemente da amplitude dos serviços substitutivos no município, prescindir do hospital psiquiátrico como cenário de prática – e, portanto, negar-lhe o aval de atuar como instituição de ensino, política e teoricamente tão útil para a sua sobrevivência. Que tal desafio tenha tido respostas à altura, ou seja, que novas e felizes Residências sem hospícios tenham sido criadas desde então!

A importante afinidade advinda daí relaciona-se certamente a outras, já mencionadas aqui de passagem. O trato igualitário dos usuários e a relevância dada à sua participação nos debates sobre os serviços e as políticas de Saúde Mental; o respeito e o afeto entre alunos e professores, signos do pleno desabrochar dessa difícil e delicada relação; a ênfase dada à formação interdisciplinar de trabalhadores em Saúde Mental, venham eles desta ou daquela área acadêmica; a dedicação e o empenho de ambos os lados na construção da própria Residência e no compromisso com os serviços e o município que a acolhem.

Poderíamos apontar aqui vários outros aspectos indispensáveis para o potencial formador e transformador das Residências em Saúde Mental em sintonia com a Reforma. Dentre eles: a articulação dos tutores e preceptores num corpo docente que atue como tal, ou seja, que propicie a participação de todos e cada um na elaboração e implementação do programa, é fundamental, a meu ver, para que um processo tão rico não se extravie em conduções personalistas. A liberdade dos residentes para atuar como protagonistas da própria formação é indispensável para seu engajamento. A escolha das referências conceituais mais férteis, preservando o rigor teórico sem incorrer em formulações cientificistas, é também uma exigência fundamental.

Contudo, não cabe desenvolver aqui esses e outros pontos aos quais deve atender uma boa Residência em Saúde Mental. Tampouco hei de deter-me comentando e avaliando os textos que compõem esta publicação: limito-me a louvar essa aposta na palavra escrita, que nos traz textos de tutores, preceptores, residentes da UFBA, testemunhando a qualidade do seu trabalho.

Desejo, enfim, mais uma vez, voltar ao que de fato me chamou a atenção na felicidade desse encontro: entre os residentes da ESP-MG/Betim, com os quais eu trabalhava então diariamente, e os da UFBA, com os quais convivi num único e intenso dia, entre esses jovens de cidades e culturas tão diferentes, todos eles de uma geração tão distante da minha, eu me sentia igualmente à vontade, trocando ideias com os mesmos e queridos parceiros: em todos eles, reconhecia a mesma generosidade, o mesmo ímpeto, o mesmo brilho que aos olhos não pode faltar. Longe de casa, em casa eu me encontrava – pois a minha, a nossa casa, será sempre aquela que se abre para a cidade, e com a cidade se enlaça, dança e inventa novas formas de viver. A centelha que nos anima a pensar e a querer tão diferente daquilo que pensavam e queriam por nós não pertence a esta ou aquela geração: ela se transmite e perpetua, apesar dos tantos hospícios, concretos ou metafóricos, que a pretendem aprisionar. No mesmo mundo que produz a estéril juventude dos “cozinhas” e, à sua revelia, encontram-se também os audazes, os inquietos, os estranhos: essa espécie, embora desde sempre rara, não se encontra em extinção, e cabe àqueles que chegam agora propagá-la no futuro.

Concluo, pois, citando Nietzsche (19--?):

Todos esses ousados pássaros que voam para longe, para bem longe – é claro! em algum lugar não poderão mais prosseguir e pousarão num mastro ou num recife... Mas quem poderia concluir que [não] voaram tão longe quanto é possível voar? Todos os nossos grandes mestres e precursores pararam afinal, e não é com o gesto mais nobre e elegante que a fadiga se detém: assim será também comigo e com você! Mas que importa a mim e a você! Outros pássaros voarão adiante![4]

---

[4] Aforismo 575, com o qual se encerra o livro *Aurora*, de Wilhelm Friedrich Nietzsche.



# Apresentação

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou que, ao longo dos últimos 30 anos, ocorresse uma mudança quase radical na atenção em Saúde Mental no Brasil. Esse foi um período no qual aconteceram discussões, negociações, implantação de políticas públicas, mudança de modelo assistencial e renovação dos conhecimentos construídos, que foram e vão além da assistência em Saúde Mental propriamente dita, englobando saberes e práticas que envolvem a saúde, a cultura, a educação, a assistência social, o direito, principalmente o direito à cidadania, dentre outros.

Esse processo permitiu que o fenômeno que envolve o que se denomina como “loucura” fosse problematizado e tratado de forma complexa, fazendo com que a discussão não ficasse restrita ao aspecto psicopatológico ou à área “psi”, ampliando a possibilidade de abordagem e de convivência com esse fenômeno, considerando-se as diferenças. Isso fortaleceu o movimento social e fez com que a atenção em Saúde Mental fosse reestruturada, incorporando novas tecnologias do cuidar e deslocando a assistência dos manicômios para os serviços territoriais, desenhando, assim, um novo cenário no campo da Saúde Mental.

No contexto atual desse campo, no Brasil, temos já os “clássicos” serviços substitutivos, dentre os quais o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é colocado como estratégico. Entretanto, com a implantação da rede psicossocial, proposta pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088/11 GM, temos uma ampliação e diversificação dos serviços específicos de Saúde Mental, bem como uma aposta na necessária articulação com outros subsetores da saúde e com outros setores, como a educação, assistência social e justiça, permeada pelo controle social e relação com a sociedade de uma forma geral, com o objetivo de efetivar, de fato, uma atenção integral à pessoa com transtorno mental.

Muitos avanços na atenção em Saúde Mental aconteceram e continuam a ocorrer. No entanto, ainda existem desafios nesse campo, sobretudo no tocante aos trabalhadores, seja pela precariedade dos seus vínculos profissionais, seja pela necessidade de sua formação e

qualificação. Esse último ponto é quase sempre apresentado como problemático na avaliação dos serviços de saúde e estimulado em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

O atual campo da Saúde Mental requer, portanto, um perfil de trabalhador que tenha competência clínica, política e que seja negociador e articulador com pessoas, coletivos e instituições. Isso requer uma formação e qualificação em que esteja presente na teoria, articulada com a prática, a aprendizagem de atitudes e comportamentos necessários, tendo como objetivo a (re)inserção e participação das pessoas com transtornos mentais na sociedade. Essa é uma proposta que requer investimentos desde os cursos de graduação, das áreas que atuam nesse campo, com continuidade ao longo da vida profissional. Esse investimento deve acontecer tanto por iniciativa pessoal quanto através da esfera pública.

Uma formação de excelência no campo da Saúde Mental são os Programas de Residência Multiprofissional. As Residências Multiprofissionais iniciaram-se após a ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizadas pela portaria Interministerial nº 2.118, de 2005, que instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Este livro é resultado do trabalho realizado com a segunda turma de residência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental, no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, no período de 2010-2012. Esse programa tem como objetivo capacitar terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, cientistas sociais e professores de educação física, mediante o ensino em serviço, para uma intervenção interdisciplinar de caráter crítico, investigativo, criativo e propositivo no âmbito técnico, político, de gestão, ético e estético no campo da Saúde Mental.

Os capítulos que compõem este livro são frutos das experiências durante o referido período da Residência, que se desenvolveram tanto na esfera da gestão em Saúde Mental quanto nos diversos tipos de CAPS (CAPS II, CAPSi e CAPSad), tendo como diretriz a articulação com o território. Nesse processo, os residentes puderam vivenciar a relação com os usuários, seus familiares, demais trabalhadores do cuidado em saúde, da gestão, em meio às negociações difíceis e necessárias

e ao envolvimento no acompanhamento dos usuários e seus familiares. Parte dessa vivência está presente nesta obra.

O livro se inicia com reflexões sobre a educação de trabalhadores de Saúde Mental para o Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente sobre a importância de uma formação sob a modalidade da Residência, em que, para além do conhecimento teórico/prático, apreende-se atitudes, posicionamentos políticos, habilidades e competências para lidar com as especificidades das populações da infância e adolescência, usuários de álcool e outras drogas e os ainda estigmatizados “portadores” de transtornos mentais.

A primeira parte deste livro diz respeito ao planejamento participativo e à construção de redes no âmbito da gestão em Saúde Mental, tema em que essa Residência produz diferença, colaborando para que a ideia da gestão em Saúde Mental, nos distritos sanitários de Salvador, fosse consolidada. Sobre esse aspecto, o leitor pode se reportar aos textos sobre a construção de tecnologias leves e o empoderamento de pessoas, ligados ao matriciamento com a Atenção Básica, ao investimento, principalmente, nos agentes comunitários de saúde e à articulação com os serviços de saúde do território. Também a experiência de implantação da metodologia do apoio institucional em um Distrito Sanitário está aí problematizada. Essa metodologia se propõe a potencializar os conhecimentos da equipe na qualidade da atenção à clientela, além da intermediação e articulação entre os trabalhadores e a gestão, os trabalhadores dos CAPS entre si e destes com a Atenção Básica e o controle social.

A parte seguinte apresenta o investimento na clínica ampliada, procurando entender os sentidos e as experiências dos profissionais dos CAPS no território. O texto “Quando o lixo não é lixo”, por exemplo, discorre sobre a força e a delicadeza necessárias e importantes para as intervenções na história e nos espaços de vida das pessoas. Esse bloco também discute sobre os serviços residenciais terapêuticos, lugar híbrido entre moradia e cuidado, bem como sobre a necessidade de investimento no profissional cuidador, para que a (re)inserção das pessoas que estiveram muito tempo excluídas da vida na cidade aconteça.

Na terceira parte, que versa sobre o manejo de uma clínica sensível e social, discorre-se sobre a complexidade da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, sobre os aspectos éticos que dizem respeito ao cuidado em Saúde Mental, nas relações entre profissionais e usuários em

geral, e sobre as implicações da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental para os serviços de saúde do SUS. Nela são discutidas as necessárias conversas e consolidações das políticas, para que o cuidado voltado às especificidades dessa população seja efetivado. É apresentada a história de vida de usuários de drogas ilícitas, tendo como proposta a (re)organização das vidas desses sujeitos. É ressaltado o pertencimento da Universidade à rede de Atenção Psicossocial e sua colaboração na formação de trabalhadores do e para o SUS.

A quarta parte, por fim, aborda o tema da participação social e dos movimentos sociais no campo da Saúde Mental. Ela discute sobre os efeitos políticos e clínicos da participação social de usuários em atividades artísticas e na militância política, bem como sobre a importância do investimento no controle social como via de construção de novas relações sociais em torno da loucura, que possibilitem mudanças na vida das pessoas engajadas em distintas formas de participação social.

A partir desses relatos de experiências, percebemos que esse Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental possibilitou a qualificação de profissionais de diversas áreas no campo da Saúde Mental e contribuiu com o cuidado clínico ampliado prestado nos serviços de saúde. Na gestão, pode ajudar na implantação e consolidação da gestão em Saúde Mental em um Distrito Sanitário de Salvador. Na assistência, pode colaborar na atenção semi-intensiva a pessoas portadoras de sofrimento psíquico acentuado, nas múltiplas dimensões biopsicossociais, sem perder de vista o propósito da (re)inserção social e da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Isso se deu mediante o trabalho conjunto de profissionais comprometidos com a renovação do campo da Saúde Mental, assim como através da atuação de diversos profissionais engajados com o cuidado e com a educação em saúde no Brasil, nas funções de tutores e preceptores dos atores alvo dessa formação, que são os residentes. A integração entre distintos saberes e práticas se deu pela consideração da competência ética, relacional e técnica de todos, que possibilitou a convivência e a interlocução entre diferentes formas de conhecimento e de atuação, sem a busca de dominação ou hierarquização dos referenciais teórico-práticos ou das profissões.

**As organizadoras**

# Residência Multiprofissional como modalidade estratégica para a formação de trabalhadores em Saúde Mental

Mônica de Oliveira Nunes Torrenté

## Introdução

Em setembro de 2012, na reunião do I Colegiado Regional de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste, dentre os nós críticos destacados por profissionais, gestores e acadêmicos presentes nesse evento, um dos que retornaram, em diversos momentos, foi o da necessidade de formar bons trabalhadores para a rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os aspectos destacados, o significante “afetação” pareceu circular em múltiplas falas, significando, direta ou associadamente, qualidades tais como: desejo de atuar na área de Saúde Mental, entusiasmo na forma de trabalhar, coragem no enfrentamento das dificuldades, militância, criatividade na proposta de estratégias de cuidado. Achei curiosa a força expressiva de um significante que remetia, tão fortemente, a aspectos da subjetividade dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1993) ou das tecnologias leves/relacionais. (MERHY, 2000) Embora qualidades de competência técnica leve-dura – como, por exemplo, o tipo de conhecimento/saber desejável para atuar na área – tivessem sido mencionadas como necessárias sob a forma de educação permanente, muitas pessoas fizeram acreditar que esse estoque de conhecimentos não era suficiente para garantir bons trabalhadores e era visivelmente insuficiente para, em momentos de concurso público, garantir que o(a)s candidato(a)s selecionado(a)s estaria(m) satisfeito(a)s em atuar

nos serviços de Saúde Mental. Esses argumentos, de ordem prática, me confirmavam algo com o que já vínhamos trabalhando em um curso em Saúde Mental, na modalidade de Residência Multiprofissional: que a subjetividade é matéria-prima (primeira e primordial) no trabalho da Saúde Mental e que ela é transformada em ação prática e em motor de transformação clínica e social. (NUNES, 2015)

Para corroborar com essa ideia, gostaria, particularmente, de detalhar a quais referenciais de subjetividade me reporto quando associo essa demanda posta por técnicos de Saúde Mental comprometidos com a Reforma Psiquiátrica e a proposta de incluí-la como conceito-chave na educação de trabalhadores de Saúde Mental que desenvolvemos. Assinalo que o tema da subjetividade deve ser inscrito em seu contexto social de produção para que tenhamos a clareza do que queremos valorizar nas construções subjetivas se desejamos imprimir mudanças nas práticas sociais, nas quais insiro as práticas de cuidado.

Retomo então um texto escrito por Pelbart (1996), no qual ele discute as expressivas mudanças no mundo contemporâneo, afirmando que ideários tomados como libertários na década de 1960, tais como a liberdade sexual e corporal, criatividade, imaginação, entre outros, todos fortemente associados a qualidades subjetivas, foram progressivamente sendo incorporados por um novo tipo de capitalismo em rede, conexionalista. Esse capitalismo, que se apresenta como mais flexível e maleável, passa a

[...] exigir dos trabalhadores precisamente uma dimensão criativa, imaginativa, lúdica, um empenho integral, uma dedicação pessoal, uma dedicação mais afetiva, uma intimidade com o aleatório, com o imprevisível e até com o caótico". (PELBART, 1996, p. 14)

Mais do que isso, as próprias pessoas vivendo nessa sociedade incorporam esses valores e passam a exigí-los de si próprias em contextos cada vez menos libertários, posto que a serviço de objetivos produtivistas e controladores. Nessa direção, como sugere Deleuze (apud PELBART, 1996), observa-se a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle. Multiplicam-se os dispositivos capazes de mediar esses desejos de controle, a exemplo dos celulares, dos computadores, entre outros. Mais importante, refinam-se os mecanismos pelos quais o poder se exerce, os quais passam a ser cada vez mais

“anônimos, esparramados, rizomáticos”, conformando, com eles, modos de produção de subjetividade. (PELBART, 1996, p. 15)

Todavia, segundo Pelbart (1996), é no cerne dessa própria forma pós-moderna molecular, difusa, acentrada de operação do poder que se pode encontrar o seu contraponto, a resistência ao poder. A ideia que está posta é que se, de um lado, o capitalismo busca capturar a inteligência, a imaginação e a criatividade das pessoas para os seus próprios fins mercadológicos e lucrativos, de outro, esses recursos, pelo seu novo uso social e acréscimo de valor, passam a ser patrimônio de cada um e de todos, e não apenas das indústrias (ou dos donos dos meios de produção). Também por seu exercício diferenciado, é possível produzir-se outra coisa diferente de controle – não mais o poder sobre a vida, característico do biopoder, mas o poder de produzir vida, ou “biopotência”. É possível, ainda, reunindo um grupo de pessoas, criar uma comunidade de invenção que conecte “[...] singularidades tão diferentes, tão díspares, tão heterogêneas, mas que, justamente em meio a esse aparente caos, vai constituindo coisas comuns, territórios de existência compartilhados, campos de sensibilidade”. (PELBART, 1996, p. 16-17) O referido autor apresenta, de forma muito sintética, uma dessas comunidades de invenção a partir da sua experiência de direção teatral, na qual usuários de Saúde Mental compõem uma trupe de teatro. Essa seria uma forma possível de operar com as subjetividades humanas de modo inventivo e como capital de vida, e não como mercadoria.

Essa configuração (pós)moderna do (bio)poder (e da resistência ao mesmo) nos oferece um quadro de referências que ajuda na reflexão acerca das nossas práticas, especialmente quando estas se autorreferem como pautadas nesses ideários libertários aos quais nos referimos anteriormente. Aqui se inscreve a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), curso fundado e movido por muitos desses valores, sendo o objetivo principal desse curso o de capacitar profissionais,

[...] mediante o ensino em serviço, para uma intervenção interdisciplinar de caráter crítico, investigativo, criativo e propositivo no âmbito técnico, político, de gestão, ético e estético no campo da Saúde Mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (NUNES, et al, 2008, p. 4)

Assim, o nosso compromisso, antes de qualquer coisa, é o de formar sujeitos em Saúde Coletiva. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000)

Mas, afinal, em que medida poderíamos nos assegurar de que, na materialização desses objetivos, o que tem estado em curso não é apenas uma espécie de captura de novos ideais por velhos modos de operar? Se essa é uma pergunta que fazemos ao pesquisar dispositivos substitutivos de Saúde Mental, se temos que exercitar alguma reflexividade a partir da nossa própria atuação, ela diria respeito aos efeitos práticos produzidos no campo da Saúde Mental, mediados pelas práticas realizadas pelo intermédio dessa Residência. Denominamos efeitos práticos a todos os deslocamentos e refrações produzidos sobre aspectos da realidade concreta dos diversos atores envolvidos na Residência – usuários, profissionais, residentes, tutores e preceptores – que indiquem uma mudança valorada positivamente pelos mesmos, ou um poder de afetação sobre os outros na direção de uma transformação.

Tal como a trupe de teatro Ueinz, de Pelbart, acreditamos que essa Residência também se constituiu como uma comunidade de invenção cujos efeitos se observam para além do período de formação dos residentes. A Residência foi concebida como uma modalidade de formação, no campo da Saúde Mental, que, nascida sob os auspícios da universidade, teve sempre como alvo o território mais vasto e os espaços de trabalho concretos do SUS. Imaginada como uma maneira de contribuir para solucionar problemas evidenciados por pesquisas realizadas nos serviços substitutivos, a Residência era vista como um laboratório de práticas inovadoras desenvolvidas por acadêmicos em colaboração estreita com trabalhadores da Saúde Mental e com os seus próprios usuários. A ideia de experimentação agregava um sabor de liberdade desafiado pela ética da responsabilidade com o bem-estar do outro. O horizonte da desinstitucionalização orientava a ousadia, mas a complexidade das situações modulava os passos. Tínhamos como meta política contribuir com o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente a baiana.

Atualmente ela já concluiu duas turmas, em um total de 30 egressos, durante uma trajetória de quatro anos de existência. A maioria desses egressos compõe trupes de “fazejadores” à frente de coordenações de Saúde Mental de municípios diversos, consultórios de rua, ponto de encontro, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes



técnicas de Saúde Mental e espaços acadêmicos. Residentes e egressos são reconhecidos pelo diferencial de desencadear processos de desinstitucionalização, defenderem direitos humanos, resistirem a modos manicomial de produção, atuarem em espaços políticos e, sobretudo, por se colocarem do lado das pessoas que vivem situações de sofrimento psíquico: *“nesses meninos eu sei que posso confiar. Quando tenho minhas crises, sei que eles vão estar do meu lado, vão me entender”* (informação verbal de um usuário durante o nosso seminário de encerramento da segunda turma). Em Salvador, o Distrito Sanitário onde foram experimentadas as práticas de apoio à gestão em Saúde Mental se transformou na referência do município e as pessoas envolvidas nesse processo têm sido convidadas para apoiarem o planejamento em Saúde Mental na localidade. *Performances* culturais, como o desfile Briloucagens, concebido e produzido em uma parceria da Residência com os usuários de vários serviços de Saúde Mental, têm se repetido em espaços diversos e ganham legitimidade.

Apesar de termos muitos desses indicadores que apontam para efeitos práticos da Residência sobre a realidade de Saúde Mental do município de Salvador, não temos a pretensão de, neste texto, apresentar uma avaliação da Residência, tendo em vista que não seguimos ainda uma metodologia adequada para tanto. No entanto, julgamos útil produzir algumas reflexões sobre alguns aspectos pedagógicos centrais à Residência através dos quais julgamos que alguns desses efeitos práticos podem ser buscados, ou analisados. Esses aspectos dizem respeito a um tipo de pedagogia singularizada em coletivos de trabalho e eticamente implicada que tem como objeto de trabalho a Saúde Coletiva e individual.

## **Uma pedagogia singularizadora em coletivos e eticamente implicada**

Retomo aqui a centralidade ocupada pela produção de sujeitos no processo educacional dessa Residência e a relevância atribuída à emergência da subjetividade em sua dimensão positiva, ou seja, como parte constitutiva das práticas. Defendo que a apreensão da dimensão que diz respeito aos desejos e às formas de expressão singular das pessoas é fundamental para as boas práticas em Saúde Mental, e não é

contraditória com as ações focadas nos coletivos. Ao contrário, a subjetividade acresce uma possibilidade interpretativa para os fenômenos de agenciamento e de consciência crítica, tão importantes para os coletivos. Além disso, a apreensão da subjetividade permite alcançar as sínteses singulares, as produções alcançadas a partir de trajetórias pessoais e os modos idiossincráticos de operar. Por sua vez, a análise dos coletivos aporta a compreensão do que é produzido através das relações sociais, no que diz respeito às suas relações de poder, de interesses, mas também através de sua dimensão de intersubjetividade, constitutiva de qualquer relação com o outro. Aqui estão inscritos os diálogos entre tradições culturais, entre posições sociais e entre formas particulares de estar no mundo, condição de abertura ao universo semântico do outro (OLIVEIRA, 2000) e pré-requisito para a produção de encontros terapêuticos, etnográficos ou de outra natureza.

A subjetividade é tomada aqui também como meio e matéria relevantes de acesso à potência de inventividade presente nas pessoas e nos grupos e fundamental para romper com processos cristalizados na realidade concreta. Os coletivos, por sua vez, funcionam como agenciadores imprescindíveis dessa potência de invenção, uma vez que permitem sair de certos sentimentos de impotência que atingem as pessoas quando estão isoladas, criam espaços de trocas, de reconhecimento mútuo, além de permitirem alcançar níveis de complexidade no qual a sociedade opera e sobre os quais é preciso atuar, evitando ações atomizadas e fragmentadoras.

A fim de trabalhar essas duas dimensões, o subjetivo e o coletivo, no curso da Residência, buscamos algumas estratégias operacionais. O formato da Residência foi organizado a partir de pequenos grupos: 16 residentes por turma que eram, por sua vez, divididos em quatro subgrupos interdisciplinares que se alternavam em diferentes espaços de práticas. Cada residente e cada grupo interdisciplinar de residentes estabelecia, com os educadores (tutores e preceptores), relações tutoriais e supervisões de grupo, respectivamente. Esse formato permitia um processo pedagógico próximo e afetuoso, mas também multifacetado e complexo, através do qual era possível desenvolver um aprofundamento do conhecimento das pessoas e dos grupos, do trabalho que desenvolviam, mas também de referências teóricas necessárias para refletir sobre as questões e situações evocadas pelas práticas.

Essa forma de organizar os processos de trabalho e de aprendizagem criava uma dinâmica com duas possibilidades complementares. A primeira dessas possibilidades era de valorização das potencialidades individuais reveladas nas várias situações de trabalho, nas sessões clínico-institucionais e seminários interdisciplinares, como também nas relações interprofissionais ou com os usuários. Esse mapeamento de potencialidades individuais se dava, por exemplo, ao identificarmos que havia residentes com maior facilidade em se vincular com pessoas situadas em um extremo marginal da sociedade, como os usuários de drogas ilícitas moradores de rua e com suas redes informais de sociabilidade. Outros estabeleciam manejos clínicos com psicóticos muito arredios ao trato social. Outros ainda eram muito fortes na criação de estratégias de atuação no território, nas negociações das parcerias intersetoriais ou com a vizinhança. Essas potencialidades eram matéria de avaliação formativa de cada residente, eram muito importantes na discussão acerca de produção de tecnologias de intervenção na área de Saúde Mental, além de contribuírem enormemente nas interpretações acerca da dimensão vincular e do papel dos perfis dos profissionais no cuidado em Saúde Mental. (TORRENTÉ; PRATES; BORGES, 2015)

A segunda possibilidade era aquela de favorecimento de trocas interpessoais pelo intermédio dos subgrupos que criavam situações relacionais e interdisciplinares muito interessantes para serem analisadas. Cada subgrupo adquiria uma dinâmica própria: alguns eram extremamente coesos e formavam laços de amizade muito profundos; outros eram bastante conflituosos e evidenciavam as diferenças, produzindo muitas vezes alianças e isolamentos (geralmente de um dos seus membros). Essas situações eram tomadas como oportunidades pedagógicas relevantes, pois, através delas, problematizávamos aspectos político-ideológicos, disciplinares (das várias tradições das profissões em questão, o que envolve questões teóricas), técnicos (manejos e tradições clínicas) ou pessoais (afetivas) que estavam em jogo nessas disputas.

Esse segundo aspecto projeta-se sobre a formação interdisciplinar propiciada pela composição das equipes e pelas tutorias de grupo, a qual merece que nos detenhamos um pouco mais. Essa formação interdisciplinar era resultado de uma desejada e incentivada pluralidade de referências teóricas, expressa em uma gama diversa de componentes curriculares, envolvendo temas da Saúde Coletiva, das Ciências Sociais,

da Clínica, das Artes e da Ética. O desafio da interdisciplinaridade através desses componentes curriculares nem sempre foi suficientemente alcançado, tendo em vista a complexidade de vertentes teóricas e orientações práticas produzidas a partir dos seus diferentes conceitos e referenciais. No entanto, era no âmbito das intervenções práticas que os tensionamentos entre teorias se evidenciavam com maior clareza, como também as possíveis articulações entre as mesmas. Diante das exigências concretas de construir soluções, ainda que provisórias, para os casos clínicos ou para as situações institucionais, mobilizávamos extensas e profícuas discussões que orientavam e reorientavam o rumo das coisas, geravam propostas, *insights* e análises políticas que frequentemente se misturavam às análises clínicas. O estímulo a uma análise polissêmica dos casos e das instituições, seguindo as refrações de pontos de vista pessoal e de acessos a teorias e experiências, era a base das sessões interdisciplinares. Nesse processo, ficávamos atentos para a tentação da prática esvaziada de teoria, mas também tínhamos o cuidado de não abortarmos processos inventivos pelos excessos do rigor acadêmico. Como diz Lobosque (1996, p. 44): “acaba-se por ter medo da invenção, quando se foge indefinidamente da teoria”.

O estímulo à produção de conhecimento fica evidente quando um grande número de residentes da segunda turma opta por realizar suas monografias a partir dos resultados de pequenas pesquisas que eles realizam, motivando os tutores a ajudarem-nos na tarefa de construção de um processo de investigação dentro do tempo de realização da Residência. Isso acrescenta um desafio a mais a um processo educativo já extremamente exigente e intenso. Vale dizer que um dos aspectos que o caracterizam é uma imersão muito profunda e integral nos campos de práticas. Essa vivência temporal garante à Residência uma exploração espacial do território em torno dos serviços de atuação também muito vasta. Embora a dedicação exclusiva favoreça essa territorialização, na verdade, o que é decisivo para tal é um tipo de pedagogia desenvolvida que poderíamos chamar de pedagogia contextualizada. Nesta, o residente precisa ter um conhecimento complexo dos casos que acompanha, ultrapassando a perspectiva anamnésica clássica de incursões biográficas e se volta à exploração dos entornos do caso, de suas redes de relações, de suas trajetórias de cuidado formais e informais, de seus percursos intersetoriais, de suas condições de vida e existência.

Evidentemente esse empreendimento é mais ou menos bem-sucedido a depender dos empenhos pessoais, das possibilidades abertas em situações concretas ou até mesmo dos tipos de relações estabelecidas. O importante é que os diferentes movimentos produzidos nos vários residentes por esse horizonte de alcance transformam-se em soluções muito inventivas e em reflexões muito ricas, como as que poderemos acompanhar na leitura deste livro. E essas invenções e reflexões, muitas vezes individuais e, outras vezes, fruto de processos coletivos de produção, geram um patrimônio que é sempre do grupo e dos espaços para os quais e com os quais elas são produzidas.

As ações coletivas são prezadas também quando levamos a sério experiências de gestão participativa, autogestão de grupos e pedagogias emancipatórias. Trabalhamos com essas experiências especialmente quando formalizamos um apoio à Área Técnica de Saúde Mental em um dos Distritos Sanitários no qual atuamos. Ações de matriciamento, apoios institucionais a serviços substitutivos, ações culturais com os usuários e grupos de trabalho, em todos esses espaços e atuações que criamos no distrito em questão, a gestão participativa era priorizada, tornando-se a primeira experiência desse tipo em Saúde Mental em Salvador. Hoje essa experiência é tomada como referência para a implantação das redes de Atenção Psicossocial nos outros distritos da cidade.

A experiência de horizontalidade guiou também o funcionamento das equipes e as relações entre os vários atores que transitavam pela Residência: educadores, residentes, profissionais, usuários. Criávamos espaços de reflexão quando ocorriam situações de tensionamento entre esses atores, nos quais analisávamos diferentes tipos de atravessamentos pelo outro (que podiam ser invasivos, gerando a ameaça, ou descentradores, propiciando o crescimento). Esses espaços também funcionavam como sinais de alerta para situações de intenso sofrimento psíquico, especialmente dos residentes, produzido pelos diversos processos de trabalho da Residência. Esses espaços serviam como lugares de acolhimento, mas também de aprendizagem, de reflexividade e de empoderamento pelos contornos críticos atribuídos à situação, pelo acesso à sua compreensão ou produção de significados ou pelo fortalecimento de laços de afeto entre as pessoas.

Creditamos a essas formas de fazer da Residência também a sua dimensão política, em senso estrito ou em senso amplo. Aprendíamos

com as micropolíticas do cotidiano e com as macropolíticas do Estado e da sociedade. Interferíamos onde nos era possível interferir, ou onde nos sentíamos capazes, mas as tentativas não foram poucas. Os resultados também foram muitos e variados. No nível da vida dos usuários e de suas famílias, muitas foram as pequenas refrações que fizeram com que o movimento se colocasse em marcha, permitindo a saída de situações estanques e desesperançadas. Internações foram evitadas e crises foram mediadas.

Ainda nesse plano, múltiplas foram as experiências com a alteridade. Algumas mais outras menos mediadas por um saber psi. Quase todas muito intensas e angustiantes, porque era de praxe que os residentes buscassem casos mais complexos. Algumas mobilizavam lados mais sombrios, ou mais caóticos, da experiência de quem cuida e nos surpreendia a coragem com que eram manejados. Junto com a experiência do estranhamento produzido pela experiência psicótica, ou por sofrimentos emocionais intensos ou extremos, se acresciam invariavelmente os sofrimentos sociais produzidos pelos efeitos da desigualdade social ou da miséria humana. Nessas situações, frequentemente as ações intersetoriais, ou mesmo a ação política, eram aventadas como recurso coletivo de enfrentamento que ultrapassa o limite das ações de pequeno alcance.

A necessidade de medidas mais estruturais na transformação da realidade social das pessoas eram identificadas em diversos momentos, gerando reações de angústia e impotência e outras de força e mobilização. A identificação das relações de opressão na qual ainda se situam muitas das pessoas com problemas severos de Saúde Mental, agravados pelas péssimas condições de vida que compartilham com as suas famílias e pelo estigma atribuído à doença requeria ações militantes que se somassem à clínica e às ações intersetoriais. O apoio ao trabalho associativo dos usuários, o estímulo às reuniões nas assembleias dos serviços, a participação em passeatas, a militância nos coletivos de residentes, a presença em sessões nas Câmaras de Vereadores, a retomada do grupo de trabalho no Centro Social Urbano do Distrito Sanitário, a participação na organização das Conferências de Saúde Mental, todos esses eram considerados espaços de atuação legítimos da Residência e faziam parte do seu rol de atividades.

Nesse formato particular de educação, espaços de militância, espaços científicos e espaços do cotidiano faziam igualmente parte e eram igualmente valorados na construção desses sujeitos. O entendimento da realidade (e da realidade dos casos) pelas suas múltiplas e complexas dobras, fluxos ou vetores de determinação e de significação era um exercício valorizado e estimulado. A análise dos processos macroestruturais, dos valores centrais em momentos históricos precisos, do que está em jogo na cena globalizada e local dos interesses macroeconômicos é fundamental para se refletir sobre modos de produção de subjetividade, mal-estares na civilização, crises nos serviços de Saúde Mental e impasses na solução de casos clínicos.

A formação de trabalhadores em Saúde Mental voltados para a Reforma Psiquiátrica precisa ser pautada em uma ética da implicação, estabelecida a partir do exercício crítico. Por isso, acreditamos que conceitos e valores que orientam uma clínica antimanicomial sejam relevantes para outros espaços microsociais e macrosociais (e, eu diria, para outros espaços disciplinares) e interfiram no imaginário coletivo (e, eu diria, no imaginário científico). A título de exemplo, basta examinar o quanto

[...] o reconhecimento da singularidade, o respeito pela diferença, o incentivo à autonomia, o apelo à solidariedade, o apreço pelos laços de dependência recíproca, o estímulo à normatividade, a valorização da ação no espaço público, etc. (BEZERRA JUNIOR, 2007, p. 30)

presentes na clínica antimanicomial, têm sustentado ideais fortes no campo da Saúde Coletiva (reconhecendo que a influência tem sido mútua, nesse caso).

## Referências

BEZERRA JUNIOR, B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. p. 23-31.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições de escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem medo da invenção. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. p. 35-44.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

NUNES, M. O. Refletindo sobre a prática de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental: produções epistemológicas e pedagógicas. In: NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 17-48.

NUNES, M. O. et al. Projeto do Curso de Especialização sob a forma de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental. [Salvador], 2008.

OLIVEIRA, R. C. de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: OLIVEIRA, R. C. de. *O trabalho do antropólogo*. 2. ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2000. p. 17-35.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Novos sujeitos, novos paradigmas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. p. 73-104.

PELBART, P. P. Um convite à cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*. Minas Gerais: ESP/MG, 2007. p. 13-20.

TORRENTÉ, M.; PRATES, A.; BORGES, A. O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em Saúde Mental. In: NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas, inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 109-142.



**PRIMEIRA PARTE -  
Planejamento participativo  
e construção de redes  
em Saúde Mental**



# O matriciamento de Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade

Ewerton Cardoso Matias  
Maurice de Torrenté  
Adelly Rosa Orselli

## Introdução

Nos dias atuais, o cuidado em Saúde Mental (SM) tem se dado preferencialmente a partir do cotidiano e do território dos sujeitos que apresentam sofrimento mental, seja por demandas decorrentes da presença de transtorno mental, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. A Reforma Psiquiátrica e Sanitária brasileira orienta que a prática de promoção de saúde se dê na lógica da integralidade da atenção, e que a articulação da rede de saúde seja o grande impulso para efetivação da lógica do cuidado corresponsabilizado.

Na década de 1970, o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental dá início a outro movimento, o de desinstitucionalização da oferta de cuidado prestado aos pacientes que estavam sendo submetidos a internações nos hospitais psiquiátricos do país. Esse movimento se alinhou à luta pela redemocratização do país e tomou corpo com a publicação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2011, e Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que serviram de suporte para capilarização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com a implantação dos CAPS, o próximo passo seria implementar as ações de cunho territorial e uma oferta de cuidado pautados

na Clínica Ampliada[1] e nos anseios da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, paralelamente, em 1994, dá-se início, no país, a implantação de serviços de saúde, com base territorial, cadastramento de clientela adscrita, dentre outras ações, estando pautadas na lógica da Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica em Saúde), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, logo em seguida, o Programa de Saúde da Família (PSF).

No decorrer dos anos, muitas foram as dificuldades e desafios impostos à concretização da construção do cuidado corresponsabilizado entre os serviços de SM e os serviços de Atenção Básica (AB). Apesar de todo esforço lançado pelos atores sociais do processo de desinstitucionalização das formas de cuidado em SM, por muito tempo, prevaleceu o não lidar com a complexidade do usuário, compartimentando-o e submetendo-o a uma visão cartesiana, tendo como foco a doença que ora se apresentara.

Sabe-se que a evolução das práticas de cuidado dentro da SM não percorreu os mesmos caminhos trilhados pela Atenção Primária em Saúde, representada no Brasil pela AB. Para Figueiredo (2006), o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família na rede de AB vem causando tensionamento para incorporação de dimensões que envolvam a subjetividade e o contexto social no transcórre da prática clínica, tendo enquanto norteador o princípio finalístico da integralidade do cuidar. Isso abre trilhas para que o profissional se aproxime do cotidiano dos usuários e de seus problemas de Saúde Mental.

Acredita-se que alguns desses obstáculos para a produção do cuidado integral em SM podem ser superados a partir da problematização de diversos saberes/práticas comumente engessados no cotidiano de trabalho, com vistas à transformação do pensar/agir em saúde. Tais práticas pedagógicas, ao terem como ponto de partida as realidades vivenciadas no dia a dia dos serviços (problemas e desafios enfrentados) e as experiências e saberes dos trabalhadores (BRASIL, 2004a), atuam na perspectiva da educação permanente em Saúde. Essa é uma ferramenta

---

[1] Clínica ampliada é um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (BRASIL, 2004b)

que possibilita articular os processos de gestão, atenção e formação para enfrentamento dos problemas vivenciados pelas equipes de AB e SM.

O interesse pela realização dessa pesquisa está atrelado à história profissional do pesquisador que, entre os anos de 2004 a 2009, exerceu a função de Agente Comunitário de Saúde em um município do estado de Alagoas e, desde 2010, no lugar de residente, vem desenvolvendo ações no campo da SM na cidade de Salvador, através da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental (RMSM) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). No primeiro momento foi importante perceber e vivenciar as dificuldades existentes na qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Municipal de Saúde, que tinham demandas decorrentes de transtorno mental ou que o tinham, mas suas “queixas” eram, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, afecções ginecológicas, dentre outras. Nesse município alagoano, que tem aproximadamente 26 mil habitantes (IBGE, 2010), as ações de corresponsabilização pelo cuidado ao usuário, entre os serviços de AB e os CAPS, ainda não funcionam de forma organizada, havendo prevalência da hierarquização das formas de encaminhamento. Nesse sentido, Chiaverini e colaboradores (2011, p. 13) dizem que “Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica)”, existindo, assim, diferença entre quem está encaminhando o usuário e quem o está recebendo, o que pode acarretar transferência de responsabilidade nessa forma de encaminhar.

## **Desenho da pesquisa**

### **Contextualizando o Distrito Sanitário da Liberdade (DSL)**

A organização político-administrativa do município de Salvador, Bahia, compreende 18 Regiões Administrativas e 12 Distritos Sanitários (DS). Cada DS constitui um espaço geográfico que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. (MENDES 1993 apud SALVADOR, 2010) Segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), uma das

dimensões do DS seria a menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão das ações. Dentre esses DS, o DSL vem desenvolvendo trabalho de extrema relevância para implementar a forma de cuidado prevista pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela Política Nacional de Atenção Básica.

Sabendo que o DSL possui em seu território um histórico manicomial, que atravessa as ruas e as vidas dos sujeitos que ora ali habitam, considerando que muitas das instituições psiquiátricas de Salvador estiveram ali localizadas, isso muito contribuiu para a materialização de um imaginário coletivo, sustentado no ideal de que a “loucura” deveria permanecer encarcerada, quando não, institucionalizada. Atualmente, nesse DS existem dois CAPS (CAPS II e CAPSia) e algumas equipes de Atenção Básica – cinco equipes da Estratégia Saúde da Família e quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir do ano de 2010, com a estruturação da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) do DSL, composta por uma profissional de referência em SM e em parceria com a segunda turma da RMSM, foi pensado e estruturado um projeto de intervenção com plano de ação e vários desdobramentos, sendo um dos eixos de atuação da gestão local o apoio matricial em SM.

Assim sendo, o Matriciamento em Saúde Mental (MSM) foi uma proposta aplicada, nesse Distrito, para efetivar o cuidado aos usuários que apresentam sofrimento psíquico, através da responsabilização compartilhada do cuidado entre a SM e a AB. Tal arranjo técnico-assistencial visa à ampliação da caixa de ferramentas das equipes de saúde, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para um raciocínio de corresponsabilização entre as equipes de AB e SM, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, visando ampliar a resolutividade na assistência em saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

## **Contexto da RMSM**

A RMSM do ISC/UFBA, desde fevereiro de 2008, vem desenvolvendo atividades almejando-se a implementação da Reforma Psiquiátrica na cidade de Salvador. Esse programa é formado por coordenação, tutores e preceptores, além dos residentes, estando em sua segunda turma de formação. No DSL, em sua primeira turma, a RMSM tentou

desenvolver práticas de cuidado que tinham enquanto norte clínico a corresponsabilização entre serviços de AB e SM pelo cuidado aos usuários que tinham demandas decorrentes da presença de transtorno mental. No entanto, nesse período, essas ações ficaram no plano das ideias e de algumas discussões, não sendo abraçada em sua plenitude pelos diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) desse DS, isso tudo somado ao desfavorável contexto político administrativo, vivenciado pelo setor de Saúde, no município de Salvador.

Esse Programa de Residência, juntamente com a ATSM/DSL, empenha-se em desenvolver práticas integradoras de cuidado, de forma interdisciplinar, com foco no território dos sujeitos. Dentre essas práticas, o apoio matricial foi eleito enquanto uma importante ferramenta de gestão do cuidado, pois tem, enquanto objetivo, corresponsabilizar tanto os serviços substitutivos ao modelo manicomial, nesse caso, os CAPS, quanto as Unidades Básicas de Saúde, nesse caso, Unidades de Saúde da Família e aquelas que comportam os PACS desse Distrito, pela construção e viabilização das práticas promotoras de cuidado.

## **Objetivos e limites do estudo**

Visando investigar o processo de implantação e implementação do MSM no DSL, o presente estudo teve, enquanto objetivos específicos, descrever e contextualizar os momentos do MSM no DSL: tentativas de início; proposta do ISC/UFBA; propostas a partir da gestão local em SM, processo de sensibilização em SM; e constituição de Equipes de Referência (ER) em apoio matricial; levantar as tendências teórico-metodológicas que norteiam o MSM no DSL; e investigar a articulação das teorias e práticas do MSM no DSL com as práticas profissionais.

Certos limites podem ser considerados na elaboração desse estudo. Um deles diz respeito ao lugar de imparcialidade ocupado pelo autor, já que ele participou ativamente do processo de implantação e implementação do MSM no DSL. Outro fato importante é a não possibilidade de se captar, a partir da metodologia aplicada, a avaliação dos atores envolvidos sobre o referido processo, ou mesmo sobre a percepção da necessidade do MSM.

## Método

Pesquisa de caráter qualitativo e descritivo, ocorrida entre os meses de setembro de 2011 a abril de 2012. A proposta metodológica dessa pesquisa esteve baseada em análise dos documentos que propõem, descrevem e analisam o MSM no DSL, contemplando assim os objetivos do estudo. Os aspectos éticos[2] foram respeitados.

Os documentos analisados (Quadro 1), originários do acervo do ISC/UFBA bem como do DSL, serviram para retratar historicamente o processo de implantação e implementação da estratégia de MSM, no referido Distrito.

Quadro 1 – Documentos que retratam o MSM no DSL

Número	Tipo de documento
1 (Doc.1)	Relatório da Residência (CAPSia 2008/1)
2 (Doc.2)	Relatório da Residência (HEML 2008/1)
3 (Doc.3)	Relatório da Residência (CAPSia 2008/2)
4 (Doc.4)	Relatório da Residência (CAPS II Liberdade 2008/2)
5 (Doc.5)	Avaliação Normativa do ISC/UFBA
6 (Doc.6)	Plano de ação da Residência em Saúde Mental do ISC no DSL
7 (Doc.7)	Apoio ao Planejamento em Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade
8 (Doc.8)	Relatório da Residência (Gestão DSL 2010/1)
9 (Doc.9)	Relatório da Residência (CAPSia 2010/1)
10 (Doc.10)	Relatório da Residência (Gestão DSL 2010/2)
11 (Doc.11)	Atas das reuniões de Matriciamento em Saúde Mental
12 (Doc.12)	Relatórios da ATSM/DSL

Fonte: Pesquisa documental dos autores no acervo do ISC/UFBA e do DSL.

Os documentos analisados foram processados conforme um plano de trabalho, através de categorias de análise que procuravam verificar o processo em curso do matriciamento (implantação, implementação, tecnologias utilizadas, objetivos e resultados). Essa escolha é justificada

[2] Antes de se dar início a essa pesquisa, seu projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), órgão esse responsável por emitir pareceres técnicos sobre pesquisas em Saúde Coletiva que envolvem o nome dessa instituição.



por considerar que tais categorias analíticas são as que mais consideram os diferentes olhares dos atores sociais envolvidos.

## Resultados

### Concepção

#### *Processo histórico*

Pensado a partir das demandas surgidas nas atividades de cunho assistencial da RSM do ISC/UFBA, o MSM na Atenção Básica foi atravessado por um importante processo histórico. A partir da elaboração e construção de projetos de ação, dos quais emergiu todo o escopo de atuação e reflexão, essa ferramenta de gestão do cuidado movimentou a Clínica e a Política de SM no Distrito Sanitário da Liberdade, ampliando o repertório de ação dos diversos atores envolvidos no processo.

De acordo com os Relatórios da Residência (Doc 1, 2, 3 e 4), únicos documentos que retratam as tentativas de início do processo de MSM no DSL, o projeto intitulado: “Intervenção territorial: apoio às equipes de PSF” foi pioneiro ao pensar o referido processo no contexto do DSL. Proposto pelos residentes que realizavam práticas assistenciais no CAPSia, esse projeto, atrelado à proposta da equipe de Residência que se encontrava em prática no Hospital Especializado Mário Leal[3] (HEML), percebeu o grande quantitativo de usuários que frequentavam o ambulatório dessa instituição. Assim sendo, pretendeu-se organizar, minimamente, um fluxo de cuidados que garantisse o atendimento em SM da população, nos moldes da Reforma Psiquiátrica brasileira. De acordo com a análise desses documentos, as propostas dos residentes desses dois serviços tinham enquanto objetivos a organização da equipe da Unidade Saúde da Família do bairro Santa Mônica para que a mesma incorporasse em sua rotina a proposta do MSM; promover apoio matricial às equipes do PACS e do PSF do DSL (mas como dito anteriormente,

---

[3] O HEML é uma instituição psiquiátrica da administração pública estadual. A primeira turma de residentes da RSM do ISC/UFBA exerceu atividade nesse hospital por apenas seis meses, pois a prática adotada pela instituição não condizia com os anseios clínicos assistenciais desse Programa de Residência, sendo os residentes transferidos, no segundo semestre de 2008, para o CAPS II Liberdade.

foi iniciado pela USF Santa Mônica) com vistas a efetivar o cuidado integral em SM nas áreas adstritas aos Programas; e organizar as demandas/encaminhamentos para outros serviços quando necessários.

Entretanto, para esse primeiro momento, foi levantada pelos residentes uma série de dificuldades institucionais e político-administrativas que, naquele momento, causaram impacto negativo no Sistema de Saúde Municipal soteropolitano. Dentre esses empecilhos, foram citados a greve dos funcionários da Saúde (tanto AB quanto SM) e pouco “movimento” da equipe de SM dos CAPS (Ia e II) em ampliar e articular a rede de atenção à saúde, não havendo envolvimento dos profissionais para dar continuidade ao processo de MSM no DSL.

No ano de 2010, a RMSM construiu um projeto de apoio à gestão em Saúde Mental no DSL, juntamente com um plano de ação (Doc. 6) para a nova turma de residentes (2010-2012) que estaria para chegar, onde está exposta uma série de problemáticas relacionadas às ações de SM realizadas pela AB e conjuntamente com os serviços de Saúde Mental. O inchaço do ambulatório do HEML, referência nesse tipo de atendimento no DSL, assim como as dificuldades da Atenção Básica em atender essa demanda, tendo uma grande limitação na oferta de programas e ações em SM, não permitindo o acesso dos usuários com sofrimento mental aos serviços, foram algumas das dificuldades apontadas por esse documento da Residência.

No processo de organização para entrada dessa nova turma, foram levantados alguns objetivos quanto às formas de se construir coletivamente o cuidado aos sujeitos e seu território de atuação, a partir do apoio à promoção de ações conjuntas[4] entre os serviços de SM e AB; potencialização e ampliação das ações de SM na Atenção Básica, além de prestação de apoio para qualificação dos trabalhadores da AB para atenção em SM, tendo em vista uma perspectiva integral e intersetorial.

A partir dos dados coletados, em relação à retomada da proposta de MSM para o DSL, a presença de uma Técnica de Referência em SM e dos novos residentes (2010-2012) foi imprescindível para a efetivação dessa ferramenta de cuidado. As vivências compartilhadas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) emergiram a demanda para uma “sensibilização” em SM, para os próprios agentes, considerando

---

[4] Essas estão descritas e diagnosticadas quantitativamente na Avaliação Normativa das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário da Liberdade, realizada pelo ISC/UFBA.

que estes são importantes atores das práticas de cuidado às pessoas com sofrimento mental. Essas sensibilizações, realizadas em dois momentos, com dois grupos diferentes, foram inseridas no projeto desenvolvido pelos residentes, denominado de “articulação de rede” (gestão) e em um primeiro momento “Mapeamento e busca ativa” (CAPSia). A partir dessas sensibilizações, foram pensados, coletivamente, os rumos que tomariam o MSM no DSL. Ressalta-se que ao início da proposta só foram sensibilizados os ACS de um dos PACS do 16º Centro de Saúde Maria Conceição Imbassahy e do PACS da UBS São Judas Tadeu.

No Projeto Articulação de Rede, os residentes elegeram como objetivos prioritários a identificação das demandas de MSM e agendamento de encontro com os apoiadores estratégicos da AB. De acordo com relatório da Residência, nesse encontro, foram planejadas e avaliadas as ações realizadas, tendo um momento de compartilhamento de problemáticas encontradas no território de atuação de cada apoiador. Aproveitou-se para reafirmar a necessidade de um apoio matricial dos CAPS junto à ESF e PACS, tendo em vista que essas equipes apresentam resistência em acompanhar os usuários que têm um adoecimento mental ou mesmo uso abusivo de álcool e outras drogas, responsabilizando exclusivamente os CAPS pela oferta desse cuidado.

As referidas sensibilizações, planejadas e realizadas, segundo os Docs 8 e 10, com três equipes de PACS e duas equipes da USF Santa Mônica, aconteceram sob o formato de oficinas, tendo cada encontro construído coletivamente conceitos e percepções referentes ao usuário que apresenta transtorno mental em seu território de atuação. Os resultados demonstraram que essa atividade culminou com a formação de duas ERs em apoio matricial (ER1 e ER2), formadas por profissionais ACS, outros trabalhadores da AB, profissionais do CAPSia e CAPS II Liberdade, além da profissional que compõe a ATSM/DSL, com o apoio dos residentes. Segundo essa Área Técnica, o objetivo desses momentos foi o de “sensibilizar” a AB para a ampliação do seu repertório de atuação e fortalecimento da rede de suporte social de usuários com necessidades decorrentes da presença de sofrimento mental.

Há um entendimento sobre a importância desse processo de matriciamento, quando um dos ACS que participa de umas das ERs em apoio matricial (ER1) diz que o processo de implantação pelo qual eles (ACS)

estavam passando estava sendo difícil, pois era novo e era preciso conhecer e depois ver mudanças. Disse ainda: “*acho que está sendo ótimo*”.

### ***Atores envolvidos***

Quanto aos atores envolvidos[5] no processo de implantação e implementação do MSM no DSL, os residentes em SM do ISC/UFBA foram os pioneiros ao pensarem esse processo no contexto do DSL. Em um primeiro momento (Doc. 1 e 2), essa participação também se estendeu aos residentes multiprofissionais em Medicina Comunitária do ISC/UFBA.

Em 2010, com a chegada da nova turma de residentes em SM e, paralelo a isso, a chegada de uma profissional de referência técnica em SM para esse Distrito, o apoio matricial teve seu processo de início efetivado. Durante a implantação dessa lógica de corresponsabilização, houve o contato com diversas unidades de saúde do DSL. Como exemplos, podem ser citados o 4º e 16º Centros de Saúde, nos quais os ACS e as enfermeiras supervisoras puderam pactuar ações realizadas em conjunto com os serviços de SM.

Quanto aos serviços de SM, os profissionais do CAPSia e CAPS II Liberdade assumiram, ainda com timidez, as discussões sobre o processo em curso do matriciamento, no que tange às suas especificidades dentro do citado processo. A ER1 foi formada por esses profissionais, somados aos da AB (4º Centro de Saúde São Judas Tadeu e 16º Centro de Saúde Conceição Imbassahy), residentes que estavam em prática nos dois citados CAPS e a referência técnica de SM do DSL. A ER2 foi formada por profissionais da USF Santa Mônica (ACS, gerente e enfermeira) e outros profissionais, já citados, dos serviços de SM, residentes e ATSM/DSL.

Enquanto apoio a essa estratégia, tem-se a presença, no ano de 2010 até início de 2011, de uma apoiadora estratégica da AB no DSL, profissional que realizou a interlocução entre a AB e as ERs. Outro ator iniciante envolvido até os dias atuais é a responsável pelo subprojeto de apoio à gestão de SM do DSL. Essa profissional esteve presente em

---

[5] Considera-se um ator envolvido aquele sujeito que participou ativamente da construção e/ou execução da proposta de matriciamento em SM no DSL. Os mesmos foram divididos, didaticamente, em atores iniciantes (aqueles que iniciaram a proposta de matriciamento em SM no DSL, ou seja, profissional de referência em SM no DSL e profissionais da RMSM) e atores participantes (profissionais da AB e dos CAPS).

reuniões das ER, segundo constam os documentos analisados, como também no planejamento das mesmas. Vale ressaltar ainda que essa profissional ocupou a função de tutora dos residentes que ora estavam em prática na gestão em SM do DSL. Ainda na perspectiva da RMSM, tanto preceptores quanto os tutores ofereceram suporte à implantação e implementação do MSM, através de reuniões de tutoria e preceptoria.

### *Referencial teórico*

Quanto ao referencial teórico utilizado no processo de MSM no DSL, desde a atuação da primeira turma da RMSM do ISC/UFBA, no DSL, a teoria de Campos e Domitti (2007) sobre apoio matricial esteve à frente da investidura realizada por esses atores.

O documento do Ministério da Saúde intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2003), como apontado pelo Doc. 10, serviu de orientação quanto às políticas públicas de referência para implantação e implementação do MSM. Esse documento do Ministério da Saúde preza a responsabilização compartilhada pelos casos. Excluía-se, assim, a lógica do encaminhamento sem implicação, fazendo com que a capacidade de resolução dos problemas de saúde seja ampliada.

Na tentativa de assegurar a construção coletiva do cuidado aos usuários que apresentavam sofrimento mental no DSL, sabendo-se que, na AB, havia o desconhecimento de referenciais fundamentais para o cuidado nesse âmbito, o que porventura gerava angústia, já que esse setor não estava articulado aos serviços substitutivos ao modelo manicomial, iniciou-se um trabalho de articulação, de corresponsabilização pelo cuidado prestado entre AB e SM.

A lógica da educação permanente permeou todo o processo de construção coletiva, no qual a produção do cuidado se dava em diversos momentos, inclusive nos momentos em que se deu a produção pedagógica, reverberando assim numa autoanálise da práxis de cada profissional envolvido no MSM.

No entanto, podemos observar que não há um modelo ou uma metodologia pronta, a proposta lançada foi a de aprender fazendo e vice-versa, sendo que, nesse processo, a coprodução de sentidos e práticas é o que movimenta a clínica proposta pelo apoio matricial, sempre se baseando na lógica da Clínica ampliada.

## Implementação

### *Estratégias*

Para efetivação de um novo paradigma de saúde, pautado na reprodução social dos sujeitos, atores sociais envolvidos no processo de MSM utilizaram de estratégias para dar início, bem como para dar continuidade à lógica da corresponsabilização pelo cuidado aos usuários. As estratégias aqui são apontadas enquanto formas de se pensar para atuar no território dos sujeitos que ora necessitavam ser assumidos enquanto indivíduos que fazem parte do SUS e, até então, tinham sido esquecidos, no que se refere ao princípio da integralidade do cuidado. Elas apontam para a reconstrução da identidade dos sujeitos, visto que são simplificados a objeto pelo aparato manicomial, assim modificando as relações de poder instituídas pela lógica biomédica.

Em 2008, a turma de residentes (2008-2010) em SM do ISC/UFBA, através do projeto intitulado “Intervenção territorial: apoio às equipes de PSF” pensou, enquanto estratégia para iniciar o apoio matricial no DSL, reuniões com as equipes que ora seriam “matriciadas”. Com o grande número de profissionais da AB envolvidos, estes residentes repensaram a metodologia utilizada para, assim, contemplar na íntegra uma construção realmente coletiva. Para que esse objetivo fosse alcançado, pensou-se em realizar momentos que aqui podemos considerar “sensibilizações em Saúde Mental para AB”, o que esteve em consonância com o que foi pensando pela segunda turma de residentes (2010-2012) antes de iniciarem a estratégia do apoio matricial.

Para que a articulação entre AB e SM fosse efetivada, a partir da ótica dos residentes, seria preciso priorizar as unidades com maior necessidade em receber o apoio matricial, porém, para isso, era necessário mobilizar os serviços de SM para que os mesmos assumissem esse tipo de oferta.

Após a formação da ER1, definiu-se que haveria discussão de “casos piloto”, a partir dos quais haveria análises e avaliações de acordo com cada linha de ação construída e adotada pelos participantes. O Quadro abaixo permite visualizar as estratégias e objetivos das mesmas, pensadas por essa Equipe de Referência, ou mesmo pela ATSM/DSL.

Quadro 2 – Estratégias de gestão do cuidado

ESTRATÉGIA	OBJETIVO
Coconstrução do projeto de apoio matricial para o DSL.	Fortalecer o espaço coletivo de discussão e construção da rede de cuidados, especificamente SM e AB.
Coconstrução de instrumento (ficha de identificação de casos, ficha de encaminhamento e modelo de PTS).	Implementação da gestão corresponsabilizada dos casos.
Trabalhar/preparar os profissionais dos serviços de AB para reforçar o acolhimento do usuário/família	Tornar o acolhimento às demandas decorrentes de sofrimento mental rotina nos serviços.
Compartilhar responsabilidade sobre o usuário, referência e contrarreferência bem estabelecida.	Tornar o sistema de referência e contrarreferência bem estabelecido.
Realizar matriciamento com apoio dos residentes.	Fortalecer a parceria institucional entre Universidade e serviços de saúde.
Eleição de casos pilotos para serem acompanhados pela Equipe de Referência.	Iniciar as ações de cunho assistencial nos moldes do acompanhamento corresponsabilizado.
Repasse das discussões para as equipes da Atenção Básica e Saúde Mental.	Corresponsabilizar todos os profissionais dos serviços pelo cuidado aos usuários e não apenas os componentes das Equipes de Referência em apoio matricial.
Realização de encontro ampliado com a presença de todos os profissionais da AB envolvidos no processo, para realizar os repasses das conquistas e das dificuldades estabelecidos.	Reforçar os conceitos e as práticas do matriciamento em Saúde Mental no DSL.
Construção de uma oficina de avaliação (dezembro de 2011).	Avaliar coletivamente o processo de implementação do matriciamento em Saúde Mental no DSL, bem como o envolvimento de cada ator desse processo.
Maior participação das enfermeiras nas reuniões.	Corresponsabilizar outros profissionais da Atenção Básica que não apenas os ACS.
Montar um arquivo com os nomes dos usuários encaminhados pelo matriciamento e quais os encaminhamentos que estão sendo feitos e por quem esses casos estão sendo acompanhados.	Montagem de um banco de dados com o fluxo dos encaminhamentos de usuários da AB para os serviços de Saúde Mental do DSL.
Oficinas de sensibilização.	Viabilizar a implementação de um modelo de atenção baseado na corresponsabilização pelo cuidado e no fortalecimento dos processos de trabalho das equipes da AB e SM.
Incluir nas Oficinas de Planejamento[6] do CAPS o matriciamento em Saúde Mental enquanto mais uma proposta a ser desenvolvida e assegurada.	Assegurar que todos os profissionais dos serviços de Saúde Mental do DSL estejam implicados no processo do matriciamento em Saúde Mental e que os mesmos garantam a sua continuidade.

ESTRATÉGIA	OBJETIVO
Realização de uma reunião com uma equipe de PACS do 16º Centro de Saúde e equipes da USF Santa Mônica.	Convidar e apresentar a proposta do matriciamento em Saúde Mental para outras equipes de AB.
Levar os casos que já estão sendo acompanhados conjuntamente para reunião técnica dos CAPS do DSL.	Incluir na pauta dos serviços de Saúde Mental a discussão dos casos que estão sendo acompanhados, bem como a inclusão rotineira do matriciamento nas discussões e construções dos referidos serviços.
Parceira com o Consultório de Rua[7] e a Aliança Redução de Danos[8], além do CAPS ad III Gey Espinheira.	Melhor acesso dos profissionais das Equipes de Referência nas comunidades com grande índice de violência e tráfico e uso de drogas.
Sensibilização com a equipe do 4º Centro de Saúde São Judas Tadeu para uso da ficha.	Discutir com toda a equipe da UBS São Judas Tadeu a importância da ficha de identificação dos usuários construída pela Equipe de Referência, bem como sua utilização.

Fonte: Pesquisa documental dos autores no acervo do ISC/UFBA e do DSL.

### **Ações**

Quanto às ações de Saúde Mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica no Distrito Sanitário da Liberdade, o Doc 5 registrou que cinco (55,5%) equipes de saúde referem desenvolver algum tipo dessas ações, embora de forma pouco compartilhada com os serviços de SM. Algumas dessas equipes são integrantes das ERs, porém, em outros documentos analisados, não se observou a descrição ou mesmo afirmação de ações realizadas nesse sentido.

Durante as reuniões da ER1, a partir das discussões coletivas dos casos, foram pensadas ações para adentrar no território dos sujeitos das comunidades assistidas por cada ACS envolvido no processo. Dentre as ações executadas pelos profissionais, estavam as visitas domiciliares

[6] Essa é uma tecnologia de gestão que, se apoiando nas premissas do Planejamento Estratégico Situacional e na cogestão, procurou identificar os problemas institucionais dos CAPS do DSL, refletindo de forma conjunta os saberes-fazer e criando oportunidades para planejar ações, mediando assim, necessariamente, processos de mudança.

[7] Uma das características de destaque dessa metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra, levando em consideração suas condições de vida, facilitando o seu acesso à rede de serviços do município, oferecendo assistência multi e interdisciplinar, cidadania e dignidade. (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010)

[8] É um Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), constituído a partir do desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos do Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD).



realizadas conjuntamente entre AB e SM, tendo assim uma abordagem integral aos usuários, mapeamento de equipamentos e instituições que poderiam ser possíveis parceiros na construção do cuidado, da cidadania e das redes de suporte social para esses sujeitos. Outras ações pensadas foram: promover rodas de conversa, de discussão e de troca de experiências dentro da comunidade; realização de busca ativa de usuários que ora deixaram de frequentar os serviços de SM e que residiam nas áreas assistidas por esses ACS; levantamento de casos na comunidade para pensar em estratégias de aplicação das fichas de identificação e acolhimento; reunião com membros de outras instituições sociais (escola, por exemplo) para discussão de alguns casos que estavam necessitando de espaços interinstitucionais; e realização de salas de espera para a população que frequentava as UBS, discutindo aspectos da SM na comunidade, favorecendo, assim, a abertura do diálogo em prol da desestigmatização da loucura.

### ***Dificuldades***

Algumas dificuldades foram pontuadas durante o processo de implantação e implementação do MSM. A primeira turma de residentes no DSL observou que, tendo em vista o caráter transitório das equipes de SM, já que os profissionais tinham vinculação fragilizada e precária, ao molde do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e por Termo de Ajuste de Conduta (TAC), os mesmos tinham dificuldades em dar continuidade às propostas levantadas (Doc. 1, 2 e 3). Essa dificuldade perdura até os dias atuais, em que a maioria dos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Salvador não tem vinculação no quadro efetivo.

Outras dificuldades apresentadas referem-se à massificação do processo de implementação dessa lógica de corresponsabilização. Dificuldades como reunir os atores que se comprometeram a construir o projeto do matriciamento, bem como as discussões e estratégias, foram verbalizadas por alguns profissionais. Nesse aspecto, o envolvimento dos outros profissionais que ora não fazem parte da Equipe de Referência também é algo apontado.

*Eu sou muito exigente comigo mesmo, gosto de ver retorno. Apesar de estarmos só há uns três meses juntos, ainda acho que o processo está sendo lento. (ACS).*

*A dificuldade foi reunir os atores envolvidos. (Coordenador técnico de CAPS). (Informação verbal).*

A comunicação entre os profissionais da AB e SM também é apontada como uma dificuldade que necessita ser superada, pois só assim o acompanhamento será sistematizado e tornar-se-á efetivo. Um dos ACS da Equipe de Referência (ER1) diz que é preciso pensar na resolução dessa problemática e que essa dificuldade é agravada pelo fato dos PACS não terem uma organização estrutural semelhante à ESF. Ainda nesse sentido, outro complicador dessa falta de comunicação seria a falta de telefone nos serviços de SM, bem como as muitas atividades agendadas para o transporte dos serviços, o que gera um atraso nos encontros entre os profissionais, reverberando atraso nas visitas domiciliares.

A baixa cobertura da AB no território soteropolitano, mais precisamente no DSL, também é algo que dificulta a construção de estratégia de cuidado para o usuário que não reside em áreas cadastradas nas ESF e PACS. Porém, o grande desafio apontado pela gestão local de SM do DSL é a manutenção desses espaços dialógicos de reflexão e produção de cuidado, visto que, com a finalização das atividades da RMSM, haverá um desfalque dos atores envolvidos, o que pode acarretar fragilização do processo de MSM e uma não desejável finalização.

## **Tecnologias utilizadas**

### ***Com profissionais e serviços***

Em meio ao processo em curso do MSM, várias foram as tecnologias incorporadas e aplicadas com os profissionais e serviços de SM e AB no DSL. A utilização de metodologias participativas de ensino-aprendizagem facilitou uma maior reflexividade dos contextos e das ações introduzidas no território. O acolhimento das demandas de cuidado trazidas pelos profissionais, tanto da SM quanto da AB, também é algo evidenciado nos documentos analisados (Doc 11), o que porventura demonstra o quanto os espaços de discussões e construções foi considerado importante no processo de catarse de angústia de aflições, gerados a partir de um não saber lidar com as questões trazidas pelos sujeitos em sofrimento psíquico.

As rodas de diálogo (Método da Roda[9]), discussão de textos e dinâmicas de grupo facilitaram a apreciação e reflexão diante das estratégias pensadas e materializadas por cada profissional. Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa mostram que essa demanda de acolhimento para as angústias profissionais foi solicitada desde a criação da ER1, mas só foi efetivado após sucessivas elaborações de queixas e sofrimentos.

### ***No território***

Quanto às tecnologias utilizadas no território de atuação dos serviços de AB e SM que faziam parte das ERs, a aplicação de instrumentos para viabilizar não só a identificação, como também a ida de algum indivíduo com suspeita de apresentar transtorno mental, ao CAPS, foram eleitas enquanto importantes ferramentas para construir as ações de cuidado. É importante ser ressaltado que um dos citados instrumentos foi proposto por um dos ACS da Equipe de Referência (ER1).

*É necessário ter um convite padrão, que constem informações sobre o serviço convidando o indivíduo a visitar o serviço. A proposta do convite é de uma ação externa, o mesmo será um “protocolo” que os ACS começarão a usar no território. Esse instrumento tem por função convidar o usuário para ser acolhido no CAPS, via Agente Comunitário de Saúde. Este documento deve conter duas vias, uma destinada para o CAPS e outra para a Atenção Básica. Desta teremos a referência e a contrarreferência. (ACS durante reunião da Equipe de Referência)*

A referida ficha-convite se apresentou em duas vias, em que a primeira delas era preenchida pelo ACS durante suas visitas domiciliares, convidando o usuário de sua área de atuação a comparecer ao acolhimento de um dos CAPS do DSL; ao ser recebido pelo profissional do CAPS, essa ficha era arquivada para montagem de banco de dados. Após essa etapa, outra via dessa ficha seria preenchida pelo profissional “acolhedor” e seria entregue aos profissionais da AB durante as reuniões da Equipe de Referência (ER1).

Complementar a estruturação da ficha-convite também foi uma construção de forma coletiva de uma ficha de levantamento, em formato de questionário, para identificação de casos que apresentavam

---

[9] Proposto por Campos (2003), o Método da Roda privilegia as pessoas, o sujeito e, por isso, aplica-se a equipes ou a coletivos. O objeto básico com que o método opera é o coletivo organizado para a produção e não, como na administração tradicional, com a coisa “organização”. Aposto na democracia institucional.

sofrimento mental. Tal ficha funcionou como um facilitador na identificação de casos para os ACS, pois os mesmos disseram apresentar certa dificuldade em reconhecer esse possível usuário.

Durante as oficinas de sensibilização, foram planejadas e executadas duas atividades de visitas ao território assistido pela AB. Na primeira delas, houve reconhecimento das referidas áreas, juntamente com dois PACS do ER; durante a segunda, ocorreu o inverso, os profissionais da AB foram conhecer os serviços de SM do DSL. A partir desse primeiro momento, ainda nesse sentido, as visitas domiciliares realizadas pelos CAPS, por solicitação dos serviços de AB, podem ser apontadas enquanto importantes tecnologias de superação de um dos nós críticos da Atenção Psicossocial, a ida ao território pelos primeiros.

## **Objetivos**

### *Para os serviços de Atenção Básica*

O apoio matricial tem, enquanto um dos seus objetivos, reformular os modos de se intervir em saúde, auxiliando as equipes da AB na incorporação da proposta de criação de novos Projetos Terapêuticos Singulares para os sujeitos individuais ou coletivos. Outro objetivo apontado pelos documentos analisados (Doc. 10, 11 e 12) é o rompimento com a prática de sistema verticalizado, trabalhando assim a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos de saúde, e reconhecimento de contextos e histórias de vida da população, assegurando-lhe acolhimento adequado das demandas que surgem nas andanças pelo território.

O MSM no DSL procurou contribuir com o processo de formação dos profissionais da AB para atuarem, de forma sistematizada, com as ações de SM, tendo enquanto norte clínico os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Dentre outros objetivos, tem-se: aumentar a capacidade resolutiva da AB nas demandas psicossociais da comunidade e capacitação de todos os profissionais das unidades de Atenção Básica para o cuidado de pessoas em sofrimento mental, desde os que trabalham na portaria até aqueles que estão na assistência propriamente dita, além de assegurar a integralidade da atenção às pessoas que apresentam sofrimento mental (Doc. 11).

### ***Para os serviços de Saúde Mental***

As propostas visualizadas para os profissionais da SM giravam em torno de aspectos também da ordem do cuidado territorial. O estímulo dado à AB, para que esta compartilhasse da criação de Projetos Terapêuticos Singulares para os usuários, prática já consolidada nos serviços de SM do DSL, foi algo que a ER1 procurou viabilizar.

A partir de um dos projetos pensados para um dos CAPS do DSL, o de busca-ativa dos usuários que não estavam frequentando o serviço, ou que não conseguiam acessá-lo, por uma diversidade de motivos, pôde ser evidenciado e apoiado pelo matriciamento em SM. Porém, era preciso que os CAPS tomassem a frente das discussões e dos casos que estavam sendo cuidados, pois essas estratégias estavam sendo assumidas pela gestão local de SM do DSL, sendo que esta não presta uma assistência direta aos usuários. Esse aspecto foi pontuado em todo o processo de redirecionamento da lógica de cuidado local.

### ***Para Área Técnica de Saúde Mental do DSL***

No decorrer do processo de matriciamento em SM, a gestão local de Saúde Mental do DSL, representada pela Área Técnica de SM do mesmo Distrito Sanitário, colocou em seu planejamento algumas metas para que o processo de implementação do apoio matricial pudesse vigorar. Para que o Plano de Ação Local de SM fosse efetivado, essa área, desde sua criação, não poupou esforços para alcançar os objetivos de uma SM pautada na corresponsabilização e na produção do cuidado em todo o território da Liberdade.

Pode-se afirmar que o apoio matricial em SM para todas as unidades de AB do DSL, de maio de 2010 a outubro de 2011, era a meta para a RMSM do ISC/UFBA, bem como para a ATSM do DSL. No entanto, devido a algumas dificuldades surgidas, houve um redirecionamento dessa meta, reduzindo o apoio matricial a apenas cinco equipes de AB (três de PACS e duas da ESF), de um total de quatro PACS e cinco da ESF.

## Resultados

### *Processo de trabalho da AB*

Para que haja efetivação das ações que estão em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, é necessário que os profissionais sejam convocados a refletirem suas posturas e seus processos de trabalho em saúde.

Diante dos dados apresentados por esse estudo, muitas foram as mudanças ocorridas no processo de trabalho dos profissionais da AB. Dentre essas mudanças, o fato de os usuários e seus familiares serem acompanhados pelos ACS, até os serviços de SM, garantiu o acolhimento e permanência dos mesmos nesses serviços.

Um dos ACS da ER1 afirma que *“no início foi voluntário, agora não é mais, pois o compromisso no matriciamento foi assumido por todos”*. Essa afirmação reforça e legitima o trabalho realizado, na ótica dos profissionais da AB, pois durante a implantação havia uma preocupação de não continuidade, porém, durante a implementação, os ACS continuam indo quinzenalmente para os encontros da ER em apoio matricial.

De acordo com os documentos analisados, um dos elementos facilitadores para esse processo foi a inclusão das enfermeiras que supervisionavam os PACS sistematicamente nas reuniões da ER1. Nesse aspecto, foi assegurado nas reuniões de PACS que os assuntos tratados durante os encontros da Equipe de Referência, e paralelos a eles, fossem repassados e discutidos, embora de forma incipiente.

Quanto ao trabalho realizado nas UBS que comportam os PACS da ER1, o profissional que acolhe o usuário que apresenta, provavelmente, transtorno mental, passa a preencher uma ficha de identificação dos mesmos, para garantir a continuidade no processo de acompanhamento dos casos que chegam a essas unidades. Os casos são levantados nas comunidades onde a AB atua e levados para discussão com a ER1. Nesse sentido, casos que residiam em áreas não cobertas pela AB também passaram a ser acompanhados, os mesmos que antes não recebiam nem visitas domiciliares.

### ***Processo de trabalho da SM***

Anterior à implantação e implementação da proposta de MSM no DSL, os serviços substitutivos ao modelo manicomial (CAPS) desenvolviam de forma pontual a atenção compartilhada com as Unidades Básicas de Saúde, para os casos que estavam adscritos no território coberto pela AB. Segundo as informações dos documentos analisados, após a implantação das ERs, houve um redirecionamento das práticas de cuidado. Os profissionais dos serviços de SM passaram a ter mais interesse em saber se os usuários que os mesmos acompanhavam residiam em área coberta por PACS ou ESF. As implicações extrapolavam o espaço das reuniões de apoio matricial, garantindo um espaço nas reuniões técnicas dos serviços – pauta fixa – para repasse e discussões das ações e estratégias de MSM.

O acolhimento dos CAPS passou a ser organizado para receber usuários e familiares encaminhados pelos profissionais da AB, bem como visitas domiciliares que o CAPS se organizava para efetivá-las. Nessa perspectiva, uma profissional da ATSM do DSL refere que os CAPS passaram a ter maiores possibilidades de acesso ao território dos sujeitos em sofrimento mental, a partir dessa parceria com a AB.

Algumas dificuldades são apontadas em relação ao processo de trabalho em SM, como o pouco interesse da equipe como um todo para realizar um trabalho compartilhado com a AB onde, muitas vezes, as discussões são reduzidas a uma pequena parcela dos profissionais e os residentes em SM. Já na percepção de uma das representantes dos CAPS na ER1, *“os profissionais tem tido interesse, mesmo que não tendo causado grandes repercussões na equipe como um todo”*.

### ***Modelo de atenção***

Diante do trabalho vivo, do processo em curso do MSM, muitos já são os resultados colhidos do debruçamento que os profissionais se dispuseram a colocar. O desafio foi posto desde o momento em que se tentou implantar e implementar num formato coletivo as estratégias e ações. Podemos observar, a partir de uma visualização panorâmica do processo, a afirmação de uma nova proposta de modelo de atenção. Observa-se que os profissionais, em meio às “rodas”, trocam, a todo o momento, apoio teórico-prático numa dinâmica democratizadora.

Nesse sentido, o apoio matricial, até o momento, tem garantido uma articulação da rede básica de cuidados em saúde, com proposta de intervenções e estratégias para construir um viver social e integrado para os sujeitos em sofrimento psíquico, dentro do seu território.

Durante o momento em que esteve presente no processo de MSM, uma das apoiadoras da AB no DSL pontuou uma das grandes mudanças ocorridas nesse Distrito, o apoio mútuo ocorrido na parceria entre serviços de SM e AB.

No discurso de uma das integrantes da ER1, a mesma resume o processo de construção do saber-fazer coletivo, pontuando as ações e estratégias realizadas até então:

*[...] são as reuniões onde se discute casos, pensa-se em ações e estratégias etc. Paralelamente, os casos precisam ser acessados, as visitas acontecem em paralelo às reuniões quinzenais. Elas [reuniões] são para uma supervisão do acompanhamento dos casos. Não adianta ficar pensando, construindo coisas se não vai para a prática. A avaliação dos casos, do processo como um todo, é importante e é necessário também ter um momento para planejar as ações.*

Um dos ACS da ER1 diz que aceitou participar dessa equipe, pois, durante o dia a dia de seu trabalho, ficava se perguntando como poderia ofertar uma melhor promoção de saúde aos usuários que tinham transtorno mental. Nesse sentido, o mesmo fala ainda que as pessoas que ele acompanha na comunidade são usuárias de um ambulatório de hospital psiquiátrico, ou mesmo recorrem variadas vezes à internação, mas deseja “[...] que elas mudem, que comecem a frequentar o CAPS para conhecer uma forma diferente de cuidado, mudar a vida social dos usuários”. Outro ACS fala que apresentou uma das técnicas do CAPS infantil à mãe de uma usuária e que “[...] o matriciamento tem ajudado no cuidado, pois facilitou a proximidade com o ACS e o acompanhamento desse caso tem tido evoluções”.

Os profissionais têm reconhecido que os serviços devem estar mais próximos aos familiares e reconhecem que os mesmos têm sido incluídos no Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, o que tem se alinhado às premissas da Clínica ampliada e dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.



## Discussão

Antes de iniciar o processo de discussão, ressaltamos a participação do pesquisador dentro das várias situações, estratégias e ações relatadas ou descritas. O acesso às informações e documentos direcionou a busca em locais estratégicos para a concretização dessa pesquisa, o que permitiu uma melhor fidedignidade dos dados obtidos.

Para uma melhor distribuição dos eixos de discussão, preferiu-se dividir estes em três: 1. O processo de implantação de uma estratégia local de cuidado corresponsabilizado em SM; 2. Processo de implementação do matriciamento em Saúde Mental no DSL; 3. Resultados do processo de matriciamento em SM no DSL.

### **O processo de implantação de uma estratégia local de cuidado corresponsabilizado em SM**

A Política Nacional de Saúde Mental pressupõe que o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico seja efetivado em sua totalidade a partir da intersetorialidade. (BRASIL, 2001) Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, são considerados referência em SM e podem assumir um lugar estratégico na organização da rede de cuidados substitutiva, oferecendo suporte, em SM, a essa mesma rede de serviços. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) Dentro do setor Saúde, além dos CAPS, a Atenção Básica (AB) também deve assumir a função de cuidado aos sujeitos com necessidades decorrentes de sofrimento mental, devido à presença de transtorno mental e/ou consumo abusivo de álcool e outras drogas, dentro de uma abordagem comunitária/territorial. A partir dessa oferta podemos vir a ter a concretização dos princípios e diretrizes não só da Reforma Psiquiátrica brasileira, como também da Reforma Sanitária.

Seguindo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a atual Política de Saúde Mental ressalta a importância de uma articulação em rede para a efetivação de uma Atenção Psicossocial no campo da SM. A AB, materializada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF), é apontada por diversos autores (CAMPOS; DOMITTI, 2007; DE ANDRADE; BÜCHELE; GEVAERD, 2007; FIGUEIREDO, 2006; OLIVEIRA, 2008) como um dos recursos

estratégicos produtor desse cuidado, já que, em muitos casos, é por ela que se dá:

[...] o primeiro contato de indivíduos, família e comunidades com o Sistema Único de Saúde, aproximando estes serviços o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (DE ANDRADE; BÜCHELE; GEVAERD, 2007, p. 5)

Essa forma de articulação busca romper com o modelo hospitalocêntrico e efetivar a lógica da clínica ampliada na busca por atender também demandas sociais do processo saúde-doença. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, faz referência à rede de Atenção Psicossocial, garantindo o lugar da AB enquanto um dos pontos dessa rede.

Tendo em vista as diretrizes para inclusão das ações de SM na Atenção Básica, sistematizadas pelo Ministério da Saúde, as equipes de Atenção Básica se deparam, cotidianamente, com sofrimentos psíquicos, sendo que 56% destas relatam realizar alguma ação diretamente relacionada à “Saúde Mental”. (BRASIL, 2003) Essa informação está em consonância com o que é relatado pelos profissionais da AB do DSL ao afirmarem que, embora sem nenhum suporte especializado, constroem ações de cuidado para os usuários que residem em suas áreas de atuação. Nesse sentido, Nunes, Jucá e Valentim (2007) listam algumas dificuldades para implementação das ações de SM entre as equipes de AB, mais precisamente da ESF, dentre elas, o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de algum tipo de formação em SM; a falta de condições para o atendimento desses casos na ESF e a inexistência de uma rede em SM, que oriente o manejo com vistas ao encaminhamento implicado de usuários que necessitem de um suporte territorial sistematizado.

Assim sendo, o MSM surge para construir reflexões e práticas de corresponsabilização do cuidado, articulando com a rede de Atenção Primária em Saúde. Embora a Política Nacional de Atenção Básica[10] faça referência ao papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, com a lógica de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade, para as equipes de AB esse processo tem se dado de forma incipiente em muitas regiões do país.

---

[10] Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (BRASIL, 2011a)

No DSL, essa organização, no que se refere às questões de SM, vem se dando a partir da gestão local de SM do DSL, com o apoio dos residentes em SM do ISC/UFBA, tendo enquanto premissa que os CAPS assumam a retaguarda assistencial.

No processo de implantação das ERs em apoio matricial no DSL (ER1 e ER2), muitos foram os atores acessados e envolvidos para que o processo se desse de uma forma colegiada e compartilhada, onde os saberes/fazerem permearam as discussões de forma horizontalizada. Nesse preâmbulo, Campos e Domitti (2007, p. 400) afirmam que esse formato de trabalho corresponsabilizado é uma importante metodologia para a gestão do trabalho em Saúde, tendo enquanto objetivo “[...] ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.”

Essas equipes, formadas por profissionais dos serviços de gestão em Saúde Mental do DSL com o apoio dos residentes do ISC/UFBA, foram formadas a partir de momentos denominados “Oficinas de sensibilização” em SM para AB, seguindo uma metodologia problematizadora e reflexiva de construção coletiva de conceitos da SM. Nessa perspectiva, considera-se a formalização dessas ER, o recorte utilizado para, didaticamente, localizar a implantação da estratégia de MSM no DSL. A introdução na AB de aspectos referentes à complexidade do usuário que apresenta sofrimento psíquico e todo o seu entorno, a partir de oficinas de sensibilização, é algo já relatado por autores como Pereira, Machado e Nascimento (2008, p. 61), no passo que as oficinas:

[...] favoreceram a emergência de aspectos cruciais referentes à historicidade da loucura, uma vez que o imaginário construído acerca dos transtornos mentais é constituído de representações pautadas em distanciamento, exclusão, periculosidade, determinismo, intolerância, conceitos esses que influenciam posturas, delineiam percursos e determinam a assistência prestada nessa área.

## **O processo de implementação do matriciamento em SM no DSL**

Para se efetivar a implementação de uma Política de Saúde é necessário pensar em sua operacionalização a partir de planos, programas e projetos no âmbito da gestão pública e a sua efetivação. (PINTO,

2005; SOARES, 2007; VIANA; BAPTISTA, 2008 apud FLACH, 2010) Em meio a isso, novos atores sociais são incorporados ao escopo do projeto, o que pode viabilizar ou modificar o plano pensado, traçado ou iniciado. (VIANA; BAPTISTA, 2008 apud FLACH, 2010) No DSL, após a criação das ERs, deu-se início a construção de estratégias e ações para implementação dessa lógica de cuidado corresponsabilizado.

No decorrer do processo, os atores envolvidos tiveram papel fundamental em sua efetivação. Nesse sentido, Viana (1997 apud FLACH, 2010, p. 21) refere que “[...] o desenvolvimento de uma determinada política compreende fases em que os atores envolvidos vão intervir de forma diferenciada”, tendo assim, cada um com suas especificidades, contribuído para o formato coletivo das discussões, construções e ações. Percebe-se que no decorrer do processo de matriciamento, os atores sociais envolvidos estiveram expostos a dificuldades do cotidiano profissional, o que pode ter reverberado em morosidade ao se incluir no cotidiano dos serviços as estratégias pensadas para se efetivar o Plano Local de SM. Para tentar vencer esses obstáculos, foi necessário pensar os fatores que estimulariam ou constrangeriam a cooperação dos citados atores na ação coletiva. Com isso, vê-se a construção de um espaço político onde estão incluídos os atores sociais envolvidos no cuidado aos usuários, de construção de possibilidades e diretrizes, sem, no entanto, existirem interesses ideológicos de grupos, mas o comprometimento com co-construção.

Vemos a dificuldade que a ATSM do DSL tem tido para convocar os atores sociais e liderar todo o processo, reverberando assim num modo de trabalho que abrangesse uma articulação intrasetorial. Nessa perspectiva, no contexto da política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Bahia, Flach (2010) fala sobre a dificuldade que os CAPS têm tido para articular a rede intra e intersetorial, para a construção de estratégias e acesso do usuário a rede de saúde e social.

Diante dessa mesma problemática, outro objetivo apontado pelo material analisado é o de que os CAPS do DSL devem assumir sua responsabilidade diante das Equipes de Referência montadas e dos compromissos firmados, sem, no entanto, ter que depender diretamente das ações da RMSM do ISC/UFBA.

## Resultados do processo de matriciamento em SM no DSL

Diante dos resultados alcançados pela prática das atividades de cunho matricial em SM, no DSL, as mudanças ocorridas no que tange à organização do processo de trabalho da AB e SM, e o acionamento/redirecionamento do modelo de atenção ora vigente foram aspectos construídos em meio a esse processo. Preenchendo, na medida do possível, lacunas de formação e atuação profissional, processo de trabalho e modelo de Atenção em Saúde, concretizam os objetivos e metas do MSM no DSL.

Percebe-se que o processo de trabalho foi refletido e transformado no lócus da formação do trabalhador (a unidade de saúde), tendo as discussões em torno desse processo se tornado o foco. Nesse sentido, Coelho (2008, p. 191) reflete que:

O processo de trabalho em Saúde Mental é ao mesmo tempo um processo de formação e de subjetivação. Ao falar em formação, portanto, falamos também em um processo de subjetivação em curso. Pensar a formação neste âmbito não deve se associar meramente, assim, à proposição de cursos de capacitação ou de atualização, à escolha de conteúdos mais ou menos necessários à atuação profissional, mas na instauração de dispositivos de subjetivação, em processos de produção de sentidos para o trabalho, pelos trabalhadores.

Ao se pensar no coletivo, a construção de saberes-fazer e a reflexão em torno da práxis tem tornado os espaços institucionais, desinstitucionalizantes, onde o trabalho morto esteve presente constantemente no cotidiano dos trabalhadores, em espaços de produção de vida. Os espaços das trocas e relações, proporcionados pelo MSM no DSL, facilitaram as citadas mudanças, bem como a co-construção da produção do cuidado. Nesse sentido, Minozzo e colaboradores (2009) apontam que a articulação da AB com os CAPS, dentro da lógica do apoio matricial, tem como resultado a organização do fluxo de atendimento e o processo de trabalho, de modo a horizontalizar as relações entre as especialidades e otimizar sua interação na atuação das equipes de saúde.

O que tem guiado o processo de trabalho em saúde, segundo Egry (1996 apud SILVA; FONSECA, 2005), é um conjunto de determinantes de ordem estrutural (envolve princípios e leis), particular (a função do serviço na rede de atenção) e singular (forma de organização do serviço,

modelo de atenção, dentre outros). No campo da Saúde Mental, bem como no DSL, essa correlação não se deu de forma diferente, onde os atores e os serviços de saúde envolvidos modificaram a relação entre o instituído (pelo sistema, pela rotina) e o proposto pelo MSM.

Considerando o determinante de ordem singular, o modelo de atenção implantado partir do MSM no DSL, proposto pelo cenário interdisciplinar, teve como foco as mudanças da prática de saúde. De acordo com Carvalho e Cunha (2012, p. 841):

É preciso realizar um esforço de superação da dicotomia entre caráter objetivo e subjetivo dos modelos explicativos na saúde buscando entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização de vários determinantes da vida cotidiana.

No DSL, a metodologia da “roda” evidenciou a construção de um modelo sustentado pela corresponsabilização, contribuindo para repensar a prática clínica hegemônica, redirecionando os olhares da rede de saúde e os caminhos traçados pelos usuários que apresentavam sofrimento mental. Nesse contexto, vencer o caráter ritualesco e medicalizante (CARVALHO; CUNHA, 2012) do modelo biomédico foi um dos princípios finalísticos do MSM no DSL.

## Considerações finais

Constata-se que o MSM no DSL tem seguido os passos do que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental e pelo referencial da Atenção Psicossocial e da clínica ampliada. Em meio ao contexto retratado, a partir de constatações da fragilidade da rede de atenção em saúde, mais precisamente da SM, muitos foram os desafios enfrentados e soluções propostas e implementadas. A partir dessa experiência, diante dos achados dessa pesquisa, como as mudanças no processo de trabalho das equipes e construção coletiva de articulação entre as mesmas, é possível afirmar que o MSM precisa ser assumido em todo o território soteropolitano, quando não dizer, baiano. Percebe-se que essa ferramenta de gestão do cuidado tem grande potencial clínico e, através da mesma, é possível adentrar ao cotidiano dos sujeitos que apresentam sofrimento mental. Tem-se enquanto grande desafio a manutenção desse modo de

operar a saúde, considerada um dos caminhos para se consolidar o projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica e Sanitária brasileiras.

## Referências

ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Saúde & cidadania, 1).

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2001.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º10.216, 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*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, 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). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental: Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004b.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. (Saúde em debate, 170). p. 837-868.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). *Guia prático de matriciamento em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, D. A. M. *Pelas palavras livres de gramáticas: reflexões sobre a formação dos trabalhadores de Saúde Mental*. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

DE ANDRADE, S. R.; BÜCHELE, F.; GEVAERD, D. Saúde mental na Atenção Básica de saúde em Brasil. *Enfermería Global*, Murcia, n. 10, p. 1-11, Mayo 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/214/250>>. Acesso em: 2 dez. 2010.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS - Campinas (SP)*. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FLACH, P. M. V. *A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia*. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

IBGE. *CENSO 2010*. Rio de Janeiro, [2010?]. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=27>>. Acesso em: 21 out. 2016.

MINOZZO, F. et al. Saúde Mental, atenção primária e integralidade. In: MINOZZO, F.; FRANÇA, S. P. (Coord.) *A detecção e o atendimento a pessoas*



*usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7.* Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. (SUPERA. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento, 7). p. 51-62.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua.* Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J. V.; VALENTIM, C. P. B. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 263-272.

PEREIRA, M. A. O.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. E. B. G. Inserção da Saúde Mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. *Ciência, Cuidado & Saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 59-64, jan./mar. 2008.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2010-2013.* Salvador. 2010.

SILVA, A. L. A. e; FONSECA, R. M. G. S. da. O processo de trabalho em Saúde Mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, maio/jun. 2005.



# Relato de experiência da construção do grupo de trabalho de Saúde Mental do Distrito Sanitário da Liberdade

Aiira de Souza França  
Claudia Miranda Souza  
Adelly Rosa Orselli

## Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de acordo com o edital de convocação da seleção, pretende, a partir da formação em serviço, constituir e fortalecer as bases no residente para que o mesmo possa desenvolver habilidades que corroborem com o processo de afirmação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pretende-se, também, que tais intervenções tenham caráter crítico e ocorram de forma interdisciplinar e contribuam com as atividades desenvolvidas pelos atores e movimentos sociais organizados dentro da temática da Saúde Mental.

A segunda turma desse Programa (2010-2012) foi composta por 16 residentes, distribuídos em seis categorias profissionais (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional e Ciências Sociais), divididas em quatro equipes multiprofissionais, que foram alocadas cada uma nos quatro campos de trabalho (Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II; Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência – CAPS ia; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad; Gestão em Saúde Mental). Ao final do ciclo de cinco meses e meio ocorria uma transição, de modo que todas tiveram a oportunidade de experienciar os quatro serviços.

É importante ressaltar que a implantação da Gestão em Saúde Mental, como campo de prática da Residência, aconteceu após a avaliação da atuação da primeira edição desse Programa (2008-2010). Assim, foi elaborado um projeto de Apoio à Gestão em Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), em parceria com o Projeto de Cuidado Integral à Saúde no Distrito Sanitário da Liberdade – também do ISC da UFBA – a partir do reconhecimento da necessidade do planejamento, organização e consolidação de uma rede local de cuidado integral e intersetorial à Saúde Mental nesse Distrito. Esse projeto norteou as ações das equipes durante os dois anos de atuação da Residência e apresenta cinco principais linhas de atuação:

[...] criação de um plano local em Saúde Mental, a articulação de uma rede de cuidado e apoio integral em Saúde Mental, a criação de intervenções culturais e o desenvolvimento de estratégias de matriciamento e de educação permanente. (MOREIRA et al., 2010, p. 8)

Sendo assim, optou-se por esse tema devido à importância que o mesmo adquiriu no processo de fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental no DSL, bem como devido à identificação da residente com esse espaço de atuação durante o período em que esteve no campo de prática da gestão. Considerando que um relato de experiência, segundo Bahia (2010, p. 31), representa “[...] um manuscrito que descreve e reflete criticamente acerca de uma experiência vivida significativa”, devendo “[...] ressaltar as impressões do autor em relação às mudanças ocorridas em si e nos cenários”, o presente trabalho pretende ser um relato da experiência da profissional em Educação Física residente, compreendendo o seu período[1] (outubro de 2010 e abril de 2011) de atuação no campo da gestão, na formação do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental da Liberdade.

O relato pretende, portanto, além de apresentar e problematizar todo o processo de constituição do GT, refletir sobre as questões concernentes à construção/fortalecimento da rede de apoio ao usuário de Saúde Mental. Esse e os demais projetos da Área Técnica de Saúde Mental do DSL possibilitaram à equipe (composta por uma psicóloga, uma enfermeira, um terapeuta ocupacional e uma educadora física)

---

[1] Por conta das férias coletivas no mês de janeiro, conta-se como período de atuação outubro, novembro, dezembro, fevereiro, março e parte de abril.

vivenciar a implantação de um novo modelo de gestão e o desenvolvimento de ações inovadoras para a realidade do DSL e da Reforma Psiquiátrica baiana.

O modelo de gestão aqui destacado tem como autor principal o médico sanitарista Gastão Wagner de S. Campos, idealizador do Método da Roda. Esse se apresenta como um modelo crítico à racionalidade gerencial hegemônica[2] e sugere a reconstrução operacional dos modos de fazer a gestão de instituições, para a cogestão de sujeitos com capacidade de análise e intervenção.

Sendo assim, para construir esse relato, as fontes utilizadas foram os dois primeiros relatórios do campo da gestão, construídos pela Residência (2010.1 e 2010.2); os documentos (atas, ofícios) e as anotações e impressões do período (outubro a abril) em que se esteve na gestão. O referencial teórico é composto pelo Método da Roda (CAMPOS, 2000); a Lei nº 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS); a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005), bem como as leis advindas da mesma e a Política Nacional de Educação Permanente. (BRASIL, 2009b)

Assim sendo, este trabalho foi organizado partindo de um diagnóstico situacional do Distrito Sanitário da Liberdade, discussão do conceito de rede fundamentando as ações de articulação da rede do DSL, seguido do relato da construção do GT de Saúde Mental do DSL e, após essa descrição, as discussões sobre as questões surgidas durante o processo de implantação do Grupo como um espaço articulador dos serviços de saúde, para um cuidado integral e embasado na Reforma Psiquiátrica.

## **Diagnóstico situacional do DSL**

O planejamento entendido estrategicamente é a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos enquanto pessoas, organizações ou países. Para Teixeira (2010), planejar é um processo de organização formal das ações humanas, composto pela definição de proposições e construção da sua viabilidade, buscando a solução de

---

[2] Eixo conformador do taylorismo, a racionalidade gerencial hegemônica está alicerçada na disciplina, no controle e na verticalização das relações. Caracteriza-se pela centralização do poder, no qual o gestor é quem detém o saber intelectual, além de haver uma separação clara entre quem planeja, concebe e dá direção ao processo de trabalho e quem executa.

problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas. No Planejamento Estratégico Situacional (PES) (proposta metodológica e conceitual desenvolvida pelo economista chileno Carlos Matus), a noção de “situação” é compreendida como “[...] um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social”. (TEIXEIRA, 2010, p. 27)

O PES, segundo Teixeira (2010), é composto por um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, sendo esses o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”:

O primeiro implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas [...]. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano. (TEIXEIRA, 2010, p. 29)

Portanto, para o desenvolvimento efetivo de mudanças, o planejamento não deve ser pensado separado do fazer ou algo externo à ação. Para a garantia da melhora ou permanência da qualidade do cuidado, é necessário que ele seja elaborado com base nos fatos e dados levantados a partir da realidade vivida, reconhecendo a real situação do serviço ou da organização através de estudos diagnósticos ou de avaliação. Nesse processo, a participação direta e efetiva das pessoas que atuam no local é imprescindível, pois o PES é “[...] aplicável em casos onde existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado”. (MATUS, 1993 apud TEIXEIRA, 2010, p. 29)

Desse modo, os paradigmas do PES coadunam com o Método da Roda quando pontuam, principalmente, a necessidade da participação dos atores envolvidos num exercício de poder compartilhado e da existência de um governo democrático para o desenvolvimento do Planejamento. Campos (2000), ao propor o Método da Roda, sugere que a gestão e o planejamento caminhem juntos e tenham como tarefa não só o trabalho para a produção de coisas, mas a constituição de pessoas

e coletivos organizados, norteados metodologicamente pela instalação definitiva de processos que objetivem a construção de espaços coletivos.

Os espaços coletivos de cogestão para o método da roda são “[...] arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2000, p. 42), cumprindo, por sua vez, três funções básicas: a clássica, de administrar e planejar processos de trabalho; a de caráter político, cogestão como uma forma de alterar as relações de poder; pedagógica e terapêutica, sendo a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição dos sujeitos.

Destarte, é possível perceber o diálogo entre as duas teorias, de forma complementar, na qual o PES apresenta ao Método da Roda subsídios metodológicos para a organização das ações de cogestão. Portanto, ao considerar a relevância do diagnóstico situacional para a identificação de possíveis problemas ou conflitos que devem ser trabalhados, faz-se necessário, ainda que brevemente, a apresentação do Diagnóstico Situacional do DSL, para uma melhor contextualização do tema a ser abordado.

## O DSL

De acordo com os autores Almeida, Castro e Vieira (1998, p. 21), a regionalização ou divisão do município em Distritos Sanitários não deve ser entendida apenas como uma divisão burocrático-administrativa, pois a mesma possibilita o acesso da população a todas as ações de saúde. Para tanto, a compreensão do Distrito Sanitário, segundo os autores supracitados, envolve duas dimensões:

[...] a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.

Desse modo, observa-se que a distritalização configura-se como uma estratégia de viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), porque preza pelos princípios básicos da saúde, como a acessibilidade e a integralidade da assistência ao usuário. Almeida, Castro e Vieira (1998) ainda destacam que elementos como território e processos de trabalho

devem ser trabalhados na construção do Distrito Sanitário que, por sua vez, precisam configurar-se como um modelo assistencial fundamentado nas articulações e pactuações regionais, devendo ser dinâmico, progressivo e flexível.

É nesse sentido que Aquino e colaboradores (2009) afirmam que a cidade de Salvador está dividida, enquanto espaço geográfico e organizacional da gestão em saúde, em 12 Distritos Sanitários. Esses se relacionam com 18 Regiões Administrativas (RA) e 88 Áreas de Ponderação (AP). Existe, para essas subdivisões, uma delimitação própria, que não são coincidentes em suas extensões territoriais, sendo a RA e as AP respectivamente:

[...] uma subdivisão do território do município para fins administrativos, de planejamento e de informação. A Área de Ponderação é a menor unidade geográfica para divulgação dos resultados da amostra do Censo Demográfico, formada por um agrupamento de setores censitários, que pode envolver um ou mais bairros. No caso de Salvador, o conceito de bairro é apenas cultural, não existindo limites determinados por lei. (AQUINO et al., 2009, p. 15)

Desse modo, o DSL administra as seguintes unidades de saúde: CAPSia Liberdade, CAPS II Liberdade, 4º Centro de Saúde São Judas Tadeu, 16º Centro de Saúde Maria Conceição Santiago Imbassay, 3º Centro de Saúde Professor Bezerra Lopes, Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Mônica, USF San Martin, 1ª Unidade de Atendimento Odontológico (UAO), Serviço Municipal de Assistência Especializada – SEMAE. (FRANÇA et al., 2011; SALVADOR, 2012)

No território da Liberdade, sob a gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), há também, como referência hospitalar: o Hospital Cidade, o Hospital Ana Nery, o Hospital Geral Ernesto Simões Filho, o Hospital Especializado Octávio Mangabeira, o Hospital Especializado Mário Leal; as Maternidades Ref. Prof. José Maria de Magalhães Neto e Tsylla Balbino; a Unidade de Emergência Mãe Hilda Jitolu e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), sob administração do município. (FRANÇA et al., 2011)

De acordo com Aquino e colaboradores (2009), O DSL está localizado na região Sudoeste de Salvador, sendo sua área de abrangência delimitada pelos Distritos Sanitários São Caetano/Valéria, Brotas, Cabula/Beiru, Centro Histórico e Itapagipe. Esse Distrito possui uma área geográfica de



6,74 km<sup>2</sup> e uma população estimada, em 2007, avaliada em 170.700 habitantes, com densidade demográfica de 25,3 hab/km<sup>2</sup>. A população está distribuída entre os seguintes bairros: Baixa de Quintas, Bairro Guarani, Curuzu, Barros Reis, Caixa D'água, Cidade Nova, Estrada da Rainha, Japão, Jardim Joana D'Arc, Jardim Vera Cruz, Lapinha, Liberdade, Nova Divinéia, Pau Miúdo, Pero Vaz, Queimadinho, Rocinha do IAPI, Santa Mônica, Sertanejo, Sieiro, Freitas Henrique e IAPI.

Aquino e colaboradores (2009) ainda pontuam que o DSL distingue-se pela presença marcante da herança africana. A Liberdade, além de ser um dos bairros mais populosos de Salvador, é identificado nacionalmente como um dos representantes mais fortes dessa tradição, com a presença dos blocos afros que representam essa cultura, como o Muzenza, o Ilê Aiyê e o Vulcão da Liberdade. Esses, por sua vez, mantêm um trabalho social na comunidade de preservação da identidade afro-brasileira, através da música, de dança e indumentária.

A partir desse levantamento, evidencia-se o potencial presente na ampla oferta de unidades de saúde para o usuário do SUS nesse Distrito. No entanto, para a consolidação de uma rede de apoio ao cidadão, essas instituições precisam existir além dos seus muros institucionais, através de um trabalho implicado, o qual deve ir além da referência e contrarreferência. É preciso que elas estejam interligadas, formando de fato uma rede, como um emaranhado de fios, em uma via de mão dupla, evitando-se, dessa forma, que cada centro de saúde atue isoladamente. Diante disso, a profissional responsável pela Área Técnica em Saúde Mental do DSL, ao assumir o cargo em 2010, com vistas à tessitura dessa rede, inicia um trabalho de articulação para:

[...] constituir/fortalecer a rede de apoio integral em Saúde Mental, visando principalmente, a desinstitucionalização do circuito psiquiátrico, ao romper com a lógica seletiva que norteia a organização das unidades, atuando com base em sua própria competência. (FRANÇA et al., 2011, p. 8)

Por conseguinte, romper com a lógica manicomial presente na cultura de muitos profissionais não é uma tarefa fácil, tendo em vista o processo incipiente de implantação da Reforma Psiquiátrica em Salvador que, segundo informações divulgadas pelo *site* da Secretaria Municipal de Saúde, conta apenas com 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (dois para a infância e adolescência – CAPSia; três para álcool e outras

drogas – CAPSad; 14 para transtornos mentais graves e persistentes – CAPS II) e sete Residências Terapêuticas (RT). Portanto, há um número insuficiente de serviços substitutivos para atender à população de 2.998.056 habitantes (IBGE, 2009), além da ausência de leitos em hospitais gerais e de Centros de Convivência, da deficiência na qualificação profissional para a atenção em Saúde Mental, da ausência de articulação das redes intersetoriais de saúde para apoiar a Saúde Mental, dentre outras questões.

No contexto do DSL, soma-se a esses fatos, como apresentado por Moreira e colaboradores (2010), o histórico da região da Liberdade com sua forte relação com os manicômios, tendo em vista que foi sede durante alguns anos de quatro hospitais psiquiátricos (Hospital Santa Mônica – fechado em 2003; Sanatório Bahia, a Casa de Saúde Ana Nery – ambos fechados em 2006; e o Hospital Especializado Mário Leal – ainda em funcionamento).

Dessa forma, ao compreender que o cuidado em Saúde Mental está intimamente ligado à identificação do território e fortalecimento da rede de apoio integral ao usuário, Nicácio e Campos (2004, p. 73) afirmam que:

[...] as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação no hospital psiquiátrico, ou melhor, que decodifiquem e transformem a ‘demanda de hospital psiquiátrico’, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura.

Portanto, gerar uma produção de novas respostas no território foi uma prioridade da gestão local de Saúde Mental, bem como das discussões realizadas no GT, a partir da reflexão sobre a articulação da rede de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, residente na área de abrangência do DSL, como também estabelecer estratégias que visem mudanças nesse cenário, para romper com o circuito psiquiátrico.

## Tecendo a rede de Saúde Mental do DSL

A atual Política de Saúde Mental, materializada em documentos como a Lei nº 10216/2001 e a Portaria nº 336-GM/2009, destaca a relevância de uma articulação em rede para a efetivação de uma atenção integral em Saúde Mental. Para França e colaboradores (2011), definir o conceito de rede é um desafio, pois dependendo do agente social que a conceitue, certas características são mais evidenciadas.

Apesar dessa diversidade, tais proposições compartilham o entendimento de que a rede (social) é um conjunto de inter-relações entre sujeitos, grupos e/ou organizações que partilham objetivos comuns, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) pontua essa amplitude nos conceitos das redes de atenção à saúde e afirma que estas devem ter em vista a integração sistêmica e regional de ações e serviços, estimulando o protagonismo individual e coletivo dos atores implicados e, conseqüentemente, o aumento da satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

Schlithler (2004) apresenta outro conceito sobre rede que não necessariamente é direcionado para a Saúde, pontuando que a mesma é um tipo de organização que difere das entidades e dos movimentos sociais. Nessa diferenciação, a indicação é que as redes sociais devem mobilizar e desencadear ações conjuntas, com objetivo de provocar transformações na sociedade, sendo entendidas “[...] como a síntese de um processo dialético: o salto qualitativo indicador de expressiva mudança no cenário social”. (SCHLITHLER, 2004, p. 77)

Sabe-se que, desde a Antiguidade Clássica, o homem é um ser social que não pode bastar-se a si mesmo. Aristóteles (1991) afirmava que a união entre os homens era natural, pelo fato de o homem ser um animal naturalmente carente, que necessita de coisas e de outras pessoas para sobreviver. Para o filósofo, as cidades são organizadas não apenas para conservar a existência, mas para buscar o bem-estar. Portanto, é nesse sentido que se afirma que, como ser social, o homem necessita das redes para a sua sobrevivência. Por isso, quanto mais amplas e definidas forem as redes primária e secundária[3] do indivíduo, ele estará

---

[3] Schlithler (2004) define rede primária e secundária como sendo: primária – a qual cada indivíduo se sente pertencente; secundária – formada por organizações criadas institucionalmente com determinadas funções (escola, hospital, comércio).

mais protegido. No caso dos sujeitos em sofrimento psíquico, esse suporte e proteção adquirem fundamental relevância quando nos deparamos com a fragilidade dos seus vínculos sociais. Sendo assim, olhar o cidadão a partir das redes é essencial para implementar qualquer tipo de ação que se pretenda transformadora. (SCHLITHLER, 2004)

Dessa forma, faz-se necessário o fortalecimento das tecituras (sociais, de saúde e familiares) para romper com os ideais hegemônicos (hospitalocêntricos e manicomiais) que ainda pairam na prática cotidiana de diversos dispositivos de saúde, onde as pessoas em sofrimento psíquico, constantemente, são reduzidas aos seus transtornos. A construção de redes intersetoriais de atenção à Saúde Mental “[...] não se faz mediante um monitoramento hegemônico de profissionais sobre os outros, mas pelo trabalhar com os outros em prol da qualidade terapêutica, da colaboração solidária e comunitária”. (VIEIRA; NÓBREGA, 2004, p. 376)

Nessa perspectiva, os objetivos do Grupo de Trabalho de Saúde Mental pretendem superar essas práticas hegemônicas, embasando-se na proposta de construção e fortalecimento dos Espaços Coletivos de Cogestão (CAMPOS, 2000), como estratégia para o planejamento da articulação de uma rede integral de atenção ao usuário de Saúde Mental. Para Campos e Nascimento (2007, p. 93),

Os métodos de trabalho tradicionais não conseguem estabelecer o processo de transformação e não favorecem a construção de respostas efetivas às reais necessidades dos usuários e a constituição de novos dispositivos de atenção.

O espaço de encontro propiciado pelo GT, por si só, já produz uma interlocução, pois consegue reunir representantes de diversos dispositivos de saúde do DSL. Sendo assim, a potencialização de espaços de diálogo, que possibilitem o fortalecimento de ações transformadoras em rede, é uma das metas do GT de Saúde Mental da Liberdade.

## **A tecitura da rede de Saúde Mental do DSL**

Sob a égide das questões levantadas acima e diante da necessidade apresentada por Moreira e colaboradores (2010), de articulação de uma

rede de cuidado e apoio integral em Saúde Mental, criação de intervenções culturais e o desenvolvimento de estratégias de matriciamento e de educação permanente, nasce a proposta de fortalecimento de um espaço de diálogo entre os profissionais dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Infantil e II do DSL. Ambos não se conheciam, fato que suscitou o seguinte questionamento: “como estruturar uma rede de cuidado integral se os dois serviços de Saúde Mental nem sequer se comunicavam?”. (FRANÇA et al., 2011, p. 13)

A partir desses encontros, surge a proposta de gerar um produto concreto e, em setembro de 2010, iniciou-se o planejamento do I Fórum de Saúde Mental do DSL: tecendo redes, que agregou, além dos profissionais, a Referência Técnica de Saúde Mental do DSL, os residentes, os usuários de Saúde Mental do Distrito e a representante do Conselho Local de Saúde. Esses atores compuseram a comissão de organização do evento. O Fórum nasce, portanto, como fruto dessa articulação intra-setorial e também associado à proposta das intervenções na “cultura” do território. Destarte, o I Fórum de Saúde Mental do DSL: tecendo redes aconteceu no dia 26 de novembro de 2010, com a participação de aproximadamente 130 pessoas. Representantes de quase todas as unidades de saúde do DSL compareceram ao evento.

Como descrito por França e colaboradores (2011), durante o Fórum os presentes reafirmam, no debate, que os serviços de referência em Saúde Mental devem dar suporte aos hospitais e outras unidades de Saúde, realizando atividades educativas, no sentido da atenção às pessoas em sofrimento mental. Tais avaliações evidenciaram a necessidade eminente da garantia de espaços de matriciamento e educação permanente entre as equipes. Ao identificar essas demandas, o Fórum atuou como o disparador desses debates e não apenas como um evento pontual, sendo sugerida, em plenária, a implantação de um espaço permanente de diálogo entre os equipamentos da rede que, posteriormente, foi intitulado de “Grupo de Trabalho de Saúde Mental do DSL”, visando a continuidade da tecitura da rede.

Segundo França e colaboradores (2011), essa estratégia foi cogitada durante a organização do evento, quando alguns profissionais presentes nas reuniões recordam a existência, nos anos de 2007 e 2008, de um Grupo de Trabalho em Saúde Mental, denominado “GT da Liberdade”. Tal iniciativa partiu do CAPS II Liberdade e foi retomada pela turma

de residentes em 2008. Essa equipe consegue reativar o espaço de diálogo entre algumas unidades (CAPS do DSL, Centro de Referência Assistência Social – CRAS, Hospital Especializado Mário Leal, Unidade de Saúde da Família – USF Santa Mônica, 16º Centro de Saúde Maria Conceição Imbassahy e o 3º Centro de Saúde Prof. Bezerra Lopes) do DSL, realizando reuniões semanais. Todavia, o GT conseguiu se manter apenas por um curto período de tempo.

Portanto, renasce no Fórum o GT da Liberdade com o novo nome de “GT de Saúde Mental do DSL” e outra conformação. Esse espaço surge com o objetivo inicial de fortalecer as metas e proposições listadas no evento, assim como continuar o trabalho de sensibilização de novos atores para a construção de uma rede de cuidado integral em Saúde Mental. (FRANÇA et al., 2011)

### **O Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental do Distrito Sanitário da Liberdade – DSL**

Durante a sua formação, em novembro de 2010, diversas representações se interessaram e se dispuseram a compor o Grupo. Os dois primeiros encontros aconteceram ainda em 2010 (nos dias 3 e 13 de dezembro), no CAPSia Liberdade. França e colaboradores (2011) relatam que, naquele momento, o grupo questionou-se sobre quais seriam os objetivos do GT, pontuando o desafio de implicar outros atores sociais e mobilizá-los para participar de espaços como este. Surge, então, a proposta de realizar reuniões itinerantes nos serviços para que os diversos equipamentos pudessem se aproximar do campo da Saúde Mental. No entanto, apesar de o grupo ter planejado e definido encaminhamentos para as ações em 2011, a reunião agendada para janeiro não aconteceu por falta de quórum, fato que levou a equipe da Área Técnica de Saúde Mental do DSL a refletir sobre a fragilidade desse espaço.

Assim sendo, na busca por estratégias para retomar e fortalecer o GT, enquanto espaço de diálogo e articulação da rede integral de atenção ao usuário de Saúde Mental, o Grupo se reuniu pela primeira vez, em 2011, no mês de fevereiro, apenas com os profissionais dos CAPS (Ia e II) da Liberdade. Focando-se nas ações de planejamento, o encontro aconteceu com o objetivo de provocar, nos técnicos, uma maior implicação e apropriação com o GT, assim como despertar o sentimento

de corresponsabilização por esse projeto. As estratégias definidas conjuntamente com os atores presentes nesse primeiro encontro não foram suficientes para garantir a presença dos mesmos, visto que não compareceram na reunião seguinte, no mesmo mês.

Por conseguinte, no terceiro encontro, em março de 2011, definiu-se que, para uma divulgação mais eficiente, seria importante as reuniões acontecerem em dia e horários fixos, pois dessa forma possibilitaria aos integrantes programarem melhor as suas respectivas agendas. O GT passa, então, a se encontrar quinzenalmente, às quintas-feiras, 10h da manhã. Solucionada essa questão de ordem prática, o Grupo retornou para a discussão da sensibilização de novos atores.

França e colaboradores (2011) relatam que a estratégia inicial de articulação da rede do DSL foi o projeto piloto de sensibilização em Saúde Mental das unidades de saúde do Distrito. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Judas Tadeu e de Emergência do Curuzu foram escolhidas para serem sede das primeiras sensibilizações. A indicação desses dois serviços adveio da participação efetiva de ambas as instituições no GT e da necessidade apontada por seus representantes para uma ação dessa natureza.

No intuito de construir uma fundamentação que norteasse essa ação, iniciou-se a estruturação coletiva de um projeto. No entanto, França e colaboradores (2011) pontuam que, até o término do estágio de gestão, o mesmo ainda não havia sido finalizado por conta das dificuldades de comunicação fora do espaço das reuniões, uma vez que a comunicação por e-mail ainda não acontecia de forma ideal.

Quando perguntado aos serviços sede do projeto piloto de sensibilização qual tema deveria ser abordado nos primeiros encontros, a necessidade principal apontada por eles envolvia o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico, desde a porta de entrada até a realização das ações de cuidado. Com isso, a proposta da sensibilização foi reformulada e, ao invés de iniciar com a apresentação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, percebeu-se que era preciso discutir o acolhimento. Como destacam França e colaboradores (2011), com essa decisão, as reuniões tornaram-se de fato itinerantes, saindo do eixo CAPSia – CAPS II e passando a ocupar novos cenários, em locais distintos – como a Maternidade Tsyla Balbino e o Hospital Especializado Mário Leal.

Com a definição do primeiro tema do projeto piloto e ao considerar que a UBS São Judas Tadeu já havia solicitado à Área Técnica Local a construção de um momento para falar sobre a Saúde Mental, essa foi a primeira unidade a ser “sensibilizada” pelo GT. Desse modo, no dia 28 de abril de 2011, foi iniciada uma “roda de conversa” sobre a Saúde Mental, no espaço de circulação da unidade, o que foi algo bastante estratégico, pois, assim, a maior parte dos profissionais e os usuários que chegavam para o atendimento de alguma forma participaram da atividade. Enquanto residente do campo da gestão, esse encontro foi a última ação do GT que participei, pois já estava em processo de transição para o outro campo de atuação do Programa.

### **Processo de corresponsabilização dos profissionais com o projeto de construção do GT**

Durante o período de formação do GT, a Área Técnica de Saúde Mental do DSL concentrou esforços na avaliação e elaboração de estratégias que implicassem os atores envolvidos no Projeto. Portanto, diante da falta de representação dos profissionais de Saúde Mental, nas primeiras reuniões do GT em 2011, foi necessário parar e refletir sobre os significados dessa ausência, pois não fazia muito sentido a existência de um GT de Saúde Mental em que não houvesse atores dessa área.

Observou-se que, para grande parte dos profissionais de ambos os serviços substitutivos, essas atividades eram sentidas como ideias e iniciativas advindas puramente da Residência e não como ações de Saúde Mental do Distrito como um todo. Todavia, percebe-se que a movimentação provocada pelos projetos da Área Técnica de Saúde Mental do DSL que, nesse período, completava um ano de implantação, alterou substancialmente o cotidiano dos serviços e os técnicos ainda estavam em processo de adaptação a essas mudanças, que afetaram diretamente o modo de pensar e o fazer clínico.

As avaliações apontaram um distanciamento entre o que era realizado dentro dos serviços, enquanto ação em rede e no território, e o que está preconizado na Política Nacional de Saúde Mental. Parte dos profissionais dos CAPS, além de achar que essas atividades eram da Residência, como trazido anteriormente, entendia as ações como algo exterior ao seu trabalho, como não pertencente às atribuições da clínica em um serviço



substitutivo de Saúde Mental. De acordo com Brasil (2004), os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental; esses serviços devem garantir à rede de saúde, da sua área de abrangência, um espaço de troca e integração da práxis, visto que os serviços de Saúde Mental têm também como função desenvolver ações de educação permanente, apoiando as outras equipes de Saúde no manejo com as pessoas em sofrimento psíquico da comunidade. Todavia, concretizar tais ações que, a princípio, deveriam ser tarefas básicas na dinâmica dos CAPS não é algo fácil, tendo em vista a incipiente rede substitutiva, bem como a formação precária dos recursos humanos capazes de superar o modelo e os ideais do sistema manicomial.

A dificuldade dos profissionais de implicar-se em espaços como o GT, que os convocam a sair da zona de proteção dos muros institucionais de seus serviços, denuncia, dentre outras questões, a incipiência na implantação da Reforma Psiquiátrica em Salvador. Reduzir a política, que prevê a criação de uma rede de atenção à Saúde Mental, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (BRASIL, 2005), a um tipo de dispositivo prejudica todo o processo de desinstitucionalização da loucura, fortalecendo o movimento da contrarreforma.

Tais questões eram pautadas com frequência nas avaliações do GT, onde, nos espaços coletivos, procurava-se refletir e buscar outras possíveis estratégias para implicá-los no processo. Essas interlocuções aconteciam por meio da socialização do saber, do fortalecimento e legitimação desse espaço como um espaço de gestão, convocando-os para a corresponsabilização e não para a produção de coisas alheias ao contexto vivido, favorecendo, conforme Campos (2000), a constituição de um coletivo organizado, visando a potencialização dos sujeitos e a construção da democracia institucional. Para Lancetti (2009, p. 50), “A ação combinada, a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes têm a potência necessária para arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática”.

Portanto, por mais trabalhoso que venha a ser a transformação das práticas de Saúde e a transformação da formação profissional em Saúde, acredita-se que elas devam ser produzidas em conjunto, através dos processos de horizontalização das relações e constante problematização

da práxis, para um comprometimento permanente com o desenvolvimento dos recursos humanos e, conseqüentemente, com o cuidado prestado aos indivíduos que necessitam de uma atenção integral.

Esses processos representam também as concepções da Educação Permanente. (Brasil, 2009b) Na Política Nacional de Educação Permanente o enfoque nas práticas educacionais deve chegar à equipe como uma estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar. Essa, por sua vez, é possível através da incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana dos serviços, às práticas sociais e laborais. Isso possibilitará a circulação de estratégias educativas, como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer e convocando os atores para a reflexão diária sobre quais são as tecnologias de cuidado e quais as alternativas mais adequadas escolhidas para o manejo da clínica, não só nos CAPS, mas em toda rede de saúde do DSL.

É necessário pontuar que o GT não nasce com a proposta de ser um espaço de educação permanente em Saúde Mental. As suas ações é que acabam adquirindo esse perfil muito a partir da demanda já existente entre os profissionais da rede do DSL. Para Ceccim (2005, p. 977), a Política de Educação Permanente “[...] congrega, articula e coloca em roda e em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”, não indo de encontro ao paradigma de implementação de práticas programáticas, previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades.

## **Sensibilização das Unidades de Saúde**

Deve-se tomar cuidado com as facilidades com que nos deixamos levar diante das demandas particulares, para não abraçar uma prática compreendida academicamente como a mais importante para aquele momento, mesmo quando se está embasado em conceitos teóricos e metodológicos de gestão mais inovadores. Durante os planejamentos da equipe de Saúde Mental da gestão local, entendeu-se que o primeiro tema a ser abordado nas sensibilizações das unidades, que seriam realizadas pelo GT, deveria ser a Reforma Psiquiátrica brasileira, com o objetivo de contextualizar os que não pertenciam à área de Saúde Mental. No entanto, durante os encontros do GT, foram apresentadas,

pelos atores ali presentes, outras necessidades, mais urgentes do que o tema da Reforma. Os profissionais em seus depoimentos pontuavam enfaticamente a necessidade de se discutir acolhimento, pois apontavam como essa ação está cada vez mais burocratizada e como a própria estrutura física de alguns serviços não favorecem um bom acolhimento, bem como a sobrecarga de trabalho dificulta a prática de uma boa acolhida ao usuário.

Portanto, ao identificar a demanda real das unidades a serem sensibilizadas, o acolhimento foi definido como primeiro tema e iniciou-se o planejamento da ação. Afinal, como afirma Campos (2000, p. 43),

[...] um sistema de cogestão depende da construção ampliada de ‘capacidade de direção’ entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula. Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos.

A troca do tema fez sentido ao considerarmos o preconceito, o medo, a falta de informação, dentre outros fatores presentes constantemente no atendimento ao usuário de Saúde Mental. Esse fato dificulta a relação e a vinculação dessas pessoas aos serviços de forma geral. Desse modo, faz-se necessário pontuar que, para alcançar o objetivo norteador da formação do GT, que é a efetivação de uma rede integral de cuidado ao usuário, nada mais fundamental, para essa construção, do que o fortalecimento do vínculo, sendo sua condição *sine qua non* à realização de um bom acolhimento, conforme estabelecido na Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2010)

Para tanto, o primeiro passo está em não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”. O mesmo está presente em qualquer tipo de contato que o usuário estabeleça com o serviço. O acolhimento é algo que qualifica a relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. (BRASIL, 2010) Assim, por meio de um bom acolhimento e de uma rede integrada é possível acessar o usuário e estimulá-lo a (re)estabelecer suas relações afetivas e sociais, reconquistando o seu papel social dentro da comunidade. (SCHNEIDER, 2008)

Todavia, durante o planejamento buscou-se identificar, junto aos representantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), quais eram as

principais dificuldades que os trabalhadores da UBS enfrentavam no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Pretendia-se, com isso, efetivar uma rápida análise da situação (TEIXEIRA, 2010), uma vez que era prioridade realizar a sensibilização de acordo com a demanda do serviço.

## **A sensibilização**

Optou-se pela “roda de conversa” como metodologia da primeira sensibilização realizada na UBS São Judas Tadeu, pois esperava-se dar maior leveza ao momento, bem como possibilitar aos outros profissionais da Unidade uma participação ativa na sensibilização. Para França e colaboradores (2011), a riqueza das contribuições e as trocas realizadas tornaram esse encontro um momento ímpar na trajetória do GT. Os autores destacam como, no decorrer do encontro, foi possível perceber progressiva transformação nas falas das pessoas e o gradual interesse expresso na face e nos gestos corporais de cada um, ao conhecer mais sobre o universo da Saúde Mental.

França e colaboradores (2011, p. 20) destacam entre os profissionais da Unidade um trabalhador que, durante toda a conversa, fazia questionamentos provocadores e polêmicos sobre a necessidade de internação e isolamento dos sujeitos “da loucura”, encerrando sua fala, ao final do encontro, com a seguinte frase: “é muito bom saber que se algum conhecido meu surtar, ele tem chance e que o CAPS existe para cuidar dessas pessoas”. A confiança adquirida por esse profissional na eficiência do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico deve-se à participação de uma usuária de Saúde Mental, representante da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental (AMEA) no GT. Ela foi quem conduziu toda a conversa, contando a sua história de vida, as crises, as internações, desconstruindo os estigmas existentes.

Ter uma usuária como integrante do GT, enquanto representante de um movimento social pela luta antimanicomial, foi um dos fatores preponderantes para a transformação do Grupo em um espaço diferenciado e com o potencial sensibilizador para as questões de Saúde Mental. A participação política e a militância em Saúde Mental resultam de processos interdependentes, que buscam novos sentidos para a vida

e a defesa dos direitos humanos dos sujeitos em sofrimento mental. (RODRIGUES et al., 2010, p. 214) Através da sua presença e da relação horizontalizada estabelecida com os outros atores do GT, ela pode trazer para o Espaço do Grupo, e não apenas no momento específico da sensibilização da Unidade, a reflexão, por exemplo, dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, que foram negados outrora, gerando ainda hoje preconceitos e discriminação desses indivíduos.

A afirmação do Grupo como um espaço coletivo não foi harmoniosa em todos os encontros. Houve uma profissional que trouxe para a roda sua inquietação, por não compreender a presença de uma usuária como participante ativa, estando em grau de igualdade com os outros integrantes (profissionais) nas discussões, decisões e deliberações do GT. Mais uma vez a representante da AMEA, munida de sua experiência de vida e militância em defesa da Saúde Mental, pode defender seu lugar como sujeito social e o Grupo, junto a ela, através do debate, buscar a superação do senso comum. Para Rodriguez e colaboradores (2010), sair do senso comum, através dos processos de ação-reflexão-ação e qualificação do conhecimento adquirido na prática da militância, possibilita a compreensão das questões postas pela luta cotidiana e seus movimentos contraditórios da realidade.

## **Considerações finais**

Considerando que os objetivos iniciais do GT apontavam para o fortalecimento das metas e proposições listadas no Fórum, assim como para a continuidade do trabalho de sensibilização de novos atores para a construção de uma rede de cuidado integral em Saúde Mental, avalia-se que, até o final do período de atuação desta residente, na gestão local de Saúde Mental, os objetivos foram alcançados, mesmo com a dificuldade de implicação dos profissionais dos CAPS com o projeto.

No decorrer do processo, observou-se mudanças na atuação dos trabalhadores envolvidos. Gradualmente os profissionais começaram a participar não só do Grupo, mas das demais iniciativas da Área Técnica de Saúde Mental do DSL. Todavia, ao identificar que sempre as mesmas pessoas se comprometiam com essas ações, foi preciso que a coordenação dos serviços de Saúde Mental indicasse alguns técnicos, acreditando que a partir da vivência desses espaços inovadores eles se

corresponsabilizariam com a ação. “Uma certa ‘força centrípeta’ parece se reatualizar muito facilmente mesmo quando se luta contra ela” (COELHO, 2008, p. 158), pois existe uma tendência em centralizar o serviço na vida do usuário, quando, na verdade, deveria ser o contrário.

Na tentativa de combater essa “força centrípeta”, que por causas variadas facilmente se instala no funcionamento dos CAPS, espaços de articulação e ação em território como o GT são construídos, pois como afirmam Alverga e Dimenstein (2006, p. 314), “[...] muitos são os desafios na produção/invenção da desinstitucionalização da loucura, de afirmação de uma potência criadora de espaços de liberdade”. Para tanto, observa-se que as estratégias utilizadas para a construção do espaço coletivo do GT, e conseqüente fortalecimento da rede integral de Atenção à Saúde do usuário, foram eficientes. Percebeu-se que gradualmente os atores envolvidos se apropriaram do Espaço e novas instituições se integraram ao Grupo.

Portanto, a experiência evidenciou as possibilidades e potencialidades presentes no trabalho coletivo, como conceituado por Campos (2000). O processo de fortalecimento da rede não apresentou-se apenas como um meio impulsionador das mudanças sociais. Além dessas conquistas, o GT contribuiu com a implantação de um novo modelo de gestão caracterizado principalmente por ações criativas, participativas e comunicativas, sendo o território o espaço eleito para uma gestão desburocratizada.

## Referências

ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Saúde & cidadania, 1).

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

AQUINO, R. et al. *Avaliação normativa das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário da Liberdade: Relatório final*: ISC/UFBA. Salvador, 2009.

ARISTÓTELES. O homem, animal cívico. In: ARISTÓTELES. *A Política*. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 1-5.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Caderno de apoio para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso: apoio didático-pedagógico para orientação de Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de especialização em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica*, ambos com ênfase na implantação das linhas de cuidado. Salvador, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. *Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde: teias*. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, 2009b. (Pactos pela Saúde 2006, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, 2009b. (Pactos pela Saúde 2006, 9).

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a Saúde Mental na Atenção Básica. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 91-99, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

COELHO, D. A. M. *Pelas palavras livres de gramáticas: reflexões sobre a formação dos trabalhadores de Saúde Mental*. 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

DA ROS, M. A.; VIEIRA, R. C.; CUTOLO, L. R. A. Educação Física - entre o biológico e o social. Há conflito nisto? *Motrivivência*, v. 17, n. 24, p. 107-117, jun. 2005.

FRANÇA, A. S. et al. *Relatório gestão peripatética*. Relatório de prática do programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental. Salvador: ISC: UFBA, 2011.

IBGE. *Estimativa populacional 2009*. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009. (Saúde Loucura, 20).

MOREIRA, C. P. et al. *Desbravando diálogos no território da Saúde Mental*: por uma gestão peripatética. Relatório de prática do programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental. Salvador: ISC: UFBA, 2010.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em Saúde Mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

RODRIGUES, J. et al. Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 2, n. 4/5, p. 213-224, 2010.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Distritos Sanitários*. Salvador, [201-?]. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463073247414-395c5db5-c0b9>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

SCHLITHLER, C. R. B. *Redes de desenvolvimento comunitário*: iniciativas para a transformação social. São Paulo: Global, 2004. (Investimento Social).

SCHNEIDER, A. R. A construção da rede de atenção em Saúde Mental de um município do sul do Brasil. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 124-135, jan./jun. 2008.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde*: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. da. A Atenção Psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, maio/ago. 2004.



# Promoção em Saúde na gestação: relato de experiência sobre uma abordagem conjunta entre as Estratégias de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial

Fernanda Barreto Aragão Viana  
Renata Maria de Oliveira Costa

## Introdução

A gravidez, de acordo com Szejer e Stewart (1997), é um período de transição, de metamorfose, período de iniciação. Como em todas as experiências de iniciação, a mulher não “sai do mesmo modo que entrou”. Se, por um lado, a gravidez para alguns corresponde a uma fase feliz da vida da mulher e do homem, através da qual ambos ascendem a uma desejada parentalidade, para outras pessoas ela é caracterizada por vivências ou acontecimentos de vida que a marca como período complexo e difícil.

São vários os autores (BRAZELTON; CRAMER, 1993; COLMAN; COLMAN, 1994; CORDEIRO, 2005; MALDONADO, 1985) citados por Mota (2011) que se referem ao período gravídico como uma fase de transição, de mudança, que conduz a um equilíbrio instável e exigente do ponto de vista psicológico. Colman e Colman (1994) ainda salientam que a gravidez põe o indivíduo em contato com o processo arquetípico, isto é, com os sentimentos, os comportamentos e os significados que residem no interior da natureza humana.

Assim, tendo em vista essa maior vulnerabilidade psíquica da mulher durante a gravidez, é de fundamental importância atenção especial

à gestante para manter ou recuperar o seu bem-estar; o acompanhamento psicológico, visando prevenir transtornos psíquicos, bem como promover a Saúde Mental na gravidez e, assim, também prevenir dificuldades futuras para o filho.

Promoção em saúde é um processo de mobilização de sujeitos e comunidades que articulam saberes técnicos e populares na resolução de problemas, considerando a qualidade de vida, a equidade, a democracia, a cidadania e a corresponsabilização destes nessa ação, a qual busca responder às necessidades sociais. (BUSS, 2000) O espaço grupal permite ampliar as trocas de experiências e a percepção da realidade, o que favorece a superação de limites e preconceitos, possibilitando ações de promoção em Saúde Mental. Como o grupo é um espaço hábil para ampliar a consciência que o indivíduo possui sobre a realidade que o cerca, instrumentalizando-o para agir no sentido de transformar e resolver todas as dificuldades que a realidade lhe apresenta, amplia-se às ações em Saúde Mental o conceito de promoção em Saúde.

Destarte, promoção em Saúde Mental é entendida por fortalecer e potencializar os processos saudáveis, através do reconhecimento e empoderamento das emoções, pensamentos e reações comportamentais. Nessa perspectiva, no grupo de gestantes, a promoção em Saúde Mental surge a partir do diálogo entre equipes da Atenção Básica e da Saúde Mental. Para Saraiva e Cremonese (2008), o trabalho integrado das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Essa abordagem conjunta também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

No tocante às ofertas teóricas para construção desse grupo, optou-se pela metodologia Paidéia (Método da Roda) para promover maior efetividade na construção de novas práticas em Saúde e implementar novas ferramentas de gestão do trabalho em Saúde. A própria aplicação do Método da Roda propõe um espaço de permanente troca de ideias, conhecimentos e afetos, com mediação de apoio especializado, ofertas teóricas e construção de um ambiente protegido, que permita o aumento da capacidade de análise e intervenção do grupo. (CAMPOS, 2007)

Diante da relevância do assunto e corroborando com essa ideia de práxis, ou seja, de ação transformadora, este texto traz o relato de experiência de um grupo de gestantes, realizado numa Unidade Básica de Saúde cujos encontros foram mediados por profissionais desse serviço em conjunto com outros atuantes na Saúde Mental. Trata-se de um relato sobre a promoção em Saúde Mental na gestação, resultado do acompanhamento de mulheres grávidas inseridas em um grupo de gestantes mediado por uma profissional da ESF, junto com duas profissionais de um CAPS e uma da Área Técnica de Saúde Mental.

## O grupo de gestantes

O grupo de gestantes foi idealizado pela equipe de Saúde da Família como estratégia de assistência à mulher no pré-natal, em consonância com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que considera as diferentes formas de ações educativas no pré-natal como um diferencial efetivo na promoção à Saúde da Mulher. (BRASIL, 2004) A proposta da adesão de profissionais dos serviços de Saúde Mental ao grupo surgiu a partir de demandas apresentadas em reuniões de matriciamento.[1] Nessas, foram relatados casos de mulheres gestantes com sofrimento mental, que constantemente frequentavam o serviço em busca de ajuda para seus conflitos internos durante o período gestacional. Para além desses relatos, há um reconhecimento de que os modelos e concepções tradicionais de Atenção à Saúde da Mulher são insuficientes para lidar e enfrentar os problemas reais dessa população.

Verifica-se que, nesse serviço de Saúde, a atenção à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual. As ações de Saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação, daí a importância de um trabalho que contemple a dimensão psíquica existente na gravidez. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica.

---

[1] Matriciamento é um arranjo técnico-assistencial que visa a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em Saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Dessa forma, com o ingresso de profissionais da Saúde Mental, o grupo de gestantes passou a ter um enfoque que transcende as questões fisiológicas da própria gestação, assumindo, também, um caráter preventivo de riscos psíquicos nesse período. Assim, esses espaços passaram a funcionar, em consonância com Campos (2007) no que se refere à cogestão de coletivos, como terreno de subjetividades capazes de integrar os desejos e interesses distintos dos sujeitos.

Com esse novo enfoque, o grupo de gestantes propicia um espaço de reflexão sobre as diversas mudanças que atravessam a gestação e de trocas de informações objetivas sobre o ciclo gravídico. É um espaço grupal de discussão dos diferentes aspectos que envolvem a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com um filho recém-nascido, que possibilita a expressão e o compartilhamento de sentimentos, auxiliando na elaboração dessa situação de vida que pode se tornar problemática, quer seja pelas intercorrências orgânicas, quer pelas subjetivas. Como resultado desse trabalho vivo, consumido no ato da produção e experimentado em todos os encontros, desde o planejamento até a efetivação de cada reunião, tem-se a promoção em Saúde Mental à mulher gestante.

## **Promoção em Saúde Mental**

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada através da Portaria n° 687, de março de 2006, afirma que as ações públicas em Saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação, privilegiando, também, medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores da vida cotidiana. (BRASIL, 2010)

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, que coloca os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual.

Os modos como os sujeitos organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem também à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto social onde está inserido. Propõe-se,

então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto:

[...] os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção envolva as ações e serviços de saúde para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida da população e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2010, p. 11)

Nessa direção, a concepção de que promover saúde significa compreender e trabalhar com o indivíduo a partir de suas relações sociais, construindo uma compreensão sobre elas e sua transformação necessária, ampliando sua consciência sobre a realidade que o cerca, instrumentalizando-o para agir, no sentido de transformar e resolver todas as dificuldades que essa realidade lhe apresenta, corrobora com a ideia de promoção em Saúde Mental. (BOCK; AGUIAR, 1995)

Desse modo, promover Saúde Mental é potencializar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade. Na gestação, a promoção da Saúde Mental implica em que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes que contemplem aspectos físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal. (PORTUGAL, 2006)

## **Gravidez: a experiência psicológica**

Segundo Mendes (2002), a gravidez na sua dimensão temporal refere-se a um período de aproximadamente 266 dias ou 38 semanas de gestação, circunscrito entre a concepção e o parto. Ao longo desse período, destaca-se todo um processo de natureza fisiológica adaptativa ao desenvolvimento do novo ser humano acompanhado, na dimensão vivencial, por adaptações psicológicas próprias. A gravidez se constitui como um dos momentos mais críticos da vida da mulher, por caracterizar-se como um período de transição no desenvolvimento da personalidade, marcado por mudanças complexas do metabolismo, da identidade, nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamento interpessoal e intrapsíquico. Tais alterações

compõem os momentos de crises responsáveis por mudanças importantes de comportamento geralmente observadas no primeiro trimestre de gestação e que são resultantes das tentativas de adaptação às perturbações transitórias desse período. (ARAÚJO et al., 2009)

Pesquisas realizadas por Falcone e colaboradores (2005) apontam que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de “transtornos mentais” [2] na mulher. Segundo Barini (1997), na gestação, o organismo produz hormônios sexuais e não sexuais através da placenta, o que pode ocasionar mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não condizentes com os comportamentos habituais. Portanto, sendo uma fase de mudança aos níveis hormonal, físico, emocional, familiar e social, serão obviamente exigidos mecanismos de defesa necessários para uma melhor adaptação à mudança.

Nota-se que a gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-a para a “parentalidade”. Sendo assim, ações de cuidado em Saúde Mental são extremamente relevantes à mulher que se encontra em processo gravídico.

## **Caminho metodológico**

Este é um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, que tem por objetivo relatar sobre o acompanhamento de um grupo de gestantes realizado por uma enfermeira da ESF em conjunto com três profissionais da Saúde Mental (uma psicopedagoga, uma enfermeira e uma psicóloga residentes), sendo ambos os serviços pertencentes a mesma rede local de Saúde.

O período a que esse relato se refere está compreendido entre novembro de 2011 à março de 2012, o que apenas sinaliza um recorte formal e de referência do tempo cronológico, visto que, independente do presente relato, o grupo de gestantes tem se consolidado como ação permanente dos referidos serviços.

---

[2] A definição de transtorno psíquico citada neste trabalho baseia-se na da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

Serão citadas algumas experiências do grupo relacionadas aos encontros dos quais participei como uma das mediadoras da Saúde Mental. Vale ressaltar que inicialmente a proposta era de se manter reuniões quinzenais, entretanto, no período citado, só houve cinco encontros em função da conjuntura política e social que os serviços estavam vivenciando.

O grupo de gestantes, em estudo, é do tipo homogêneo, em virtude de seus participantes compartilharem de uma mesma vivência: a gestação. Essa atividade grupal é terapêutica e traz como base de operacionalização o Método da Roda (CAMPOS, 2007), explorando a constituição de sujeitos e a socialização da vivência da gestação. Campos (2007) define esse método como ressonância coletiva, que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os atores podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação.

Embora o Método da Roda tenha sido idealizado como instrumento de análise e cogestão de coletivos organizados, sua aplicação no grupo não tem se limitado à gestão dos processos de trabalho, pois o caminho metodológico adotado nos encontros envolve também a gestão do cuidado em Saúde.

O número de participantes variou de três a sete gestantes, as quais foram convidadas e informadas sobre as datas dos encontros pelos agentes comunitários de saúde da ESF. As mulheres tinham idades variando entre 15 e 28 anos e, em sua maioria, encontravam-se em sua terceira gestação e frequentavam o grupo desde o segundo trimestre de gravidez. Contudo, além das gestantes, houve também a participação de acompanhantes, os quais puderam relatar sua vivência da gestação, seu olhar, exprimir seus sentimentos, trocar informações e aprender.

A metodologia implementada no grupo baseou-se na abordagem de assuntos pré-definidos pelos profissionais da Atenção Básica e intercalados com mediações dos profissionais da Saúde Mental, conforme demandas que surgiam no decorrer da reunião. Entretanto, vale ressaltar que, apesar da pré-definição de temas, o enfoque estava voltado para assuntos que emergem do próprio grupo. As sessões ocorreram nas dependências da ESF, perfazendo um total de quatro horas de duração.

O grupo é aberto e as participantes não são fixas. Apesar de não existir um compromisso rígido de frequência e permanência, salientamos para as gestantes a importância de comparecerem aos encontros, a fim de possibilitar a formação de vínculos estáveis entre nós (as facilitadoras do grupo) e elas, e delas entre si.

No planejamento de cada encontro, foram contemplados três momentos: a) apresentação das coordenadoras e das participantes, do objetivo do grupo e da proposta de trabalho; b) introdução de um tema pelo profissional da Atenção Básica e discussão do mesmo através de “palestra interativa”, ou seja, articulando as opiniões trazidas pelo grupo, a partir de suas experiências, com informações acerca do assunto em questão; c) momento de reflexão, avaliação do encontro e escolha de tema para o próximo encontro. Embora houvesse o planejamento, a condução do grupo não era rígida, pois era respeitada a disponibilidade e o interesse para o assunto abordado naquele momento.

O desenvolvimento dos temas foi realizado em rodas de conversa, deixando claro para as gestantes a possibilidade de se colocarem quando ou sempre que tivessem necessidade, acrescentando experiências, informações, expressando opiniões, colocando suas dúvidas e inquietações.

Nos encontros foram discutidos conteúdos sobre: aspectos psicológicos da gravidez (sensações emocionais, tristeza, oscilação de humor, isolamento social, deturpação da imagem corpórea e medo); comunicação intrauterina entre mãe e bebê; a gravidez e os mitos da maternidade; sexualidade na gestação; experiências com partos anteriores; o medo do parto; sensações corporais; mudanças nos hábitos; importância do pré-natal; maternidade e paternidade; o homem e a gestação da companheira; a participação do pai no dia a dia do bebê; desenvolvimento gestacional: modificações na mãe e desenvolvimento do bebê no útero; a gestante como mulher; queixas frequentes na gravidez; hábitos e vícios durante a gestação; amamentação; cuidados com o recém-nascido: banho, troca de fralda, curativo do umbigo; a importância do toque; vivências para aumentar o nível de conhecimento da mulher a respeito da gravidez e orientações para diminuir a ansiedade decorrentes desse período, e também para aproximar mãe e filho.

Com o intuito de possibilitar essas intervenções grupais, os profissionais dos dois serviços assumiram uma postura ativa, apoiadora e



acolhedora, transmitindo confiança e segurança para que todos se sentissem à vontade para exprimir seus sentimentos. As mediações propiciavam a livre discussão e a comunicação interpessoal, destacando os pontos importantes, refletindo as dificuldades verbalizadas e estimulando o participante a buscar recursos mais amadurecidos para enfrentá-las. Todavia, além de procurar manter um clima emocional favorável e de apoio entre os membros, era estimulada também a coesão grupal.

## **Discussão**

Para as mulheres, a gravidez não é apenas um acontecimento físico, mas passa também inevitavelmente por um acontecimento psicológico, pois as mudanças da imagem corporal, as secreções hormonais e a expectativas culturais invadem a vida mental da mulher. Assim sendo, a realidade psicológica da gravidez não é tão linear como os acontecimentos fisiológicos.

A partir das transcrições dos encontros realizadas sob a forma de diário de campo e das avaliações que as participantes faziam ao fim de cada reunião, foi possível verificar os resultados alcançados nas intervenções grupais às gestantes.

### **Espaço de troca: espaço terapêutico**

As atividades grupais com gestantes e seus acompanhantes criam oportunidades para a troca de conhecimentos e experiências, expressão de sentimentos, medos e dúvidas que surgem no cotidiano da mulher, contribuindo para melhor adaptação à nova fase.

Embora o enfoque central do grupo de gestantes não seja a transmissão de informações, durante algumas discussões várias questões e dúvidas foram colocadas, fazendo-se necessárias intervenções nesse sentido. Desse modo, verificamos que a quantidade de informações manifestas foi substancialmente importante e indispensável de serem trabalhadas nos encontros.

Nesse sentido, vale ressaltar que, segundo Munari e Rodrigues (1997) apud Sartori e Van Der Sand (2004), embora a informação teórica com base científica seja condição necessária para a mudança de comportamento, na maioria das vezes, por si só não é suficiente para

alterar a postura dos participantes frente a um determinado assunto. Esses autores ainda salientam que poucas pessoas mudam seu modo de ser e de estar no mundo apenas pelas informações recebidas.

Entretanto, percebemos que a troca de conhecimentos possui também importante papel na dinâmica grupal, pois as gestantes encontram no grupo um espaço onde podem expressar suas dúvidas e angústias e buscar a melhor forma de solucioná-las. Isso pode ser conferido através dos depoimentos dos participantes sobre aquele ser um espaço oportuno para errar, tirar dúvidas e esclarecer mitos populares.

O grupo possibilita a manifestação de dúvidas e dificuldades de cada um e do coletivo. Isso porque trabalha a partir de uma situação concreta, expressa no “aqui e agora” do grupo, o que facilita o entendimento e a adesão aos conhecimentos apontados por parte das pessoas envolvidas.

Para Ávila (1998) apud Sartori e Van Der Sand (2004), poder presumir situações futuras da gestação, e mesmo daquilo que ocorrerá após a mesma, traz bem-estar e tranquilidade às gestantes, ao passo que previne a instalação de ansiedades desnecessárias, provocadas pelo desconhecimento das situações próprias dessa fase, bem como do parto e puerpério.

Observamos também, no grupo, o desenvolvimento do sentimento de altruísmo, pois na medida em que as gestantes se sentiam apoiadas entre si, todos se tornavam mais coesos e solidários e, por esse viés do grupo, atestamos seu efeito terapêutico nos participantes.

Sartori e Van Der Sand (2004) acreditam que o grupo de gestantes tem um poder terapêutico, visto que, no jogo dos iguais e das interações, as pessoas podem reelaborar seus sentimentos em relação ao momento vivido, enfrentar situações de crise, ressignificar suas vivências, através do reconhecimento dos outros e de si. Na convivência grupal, há possibilidade de geração de conhecimentos, troca de vivências e de narrativas.

É significativo destacar que esse reconhecimento dos outros e de si aparece constantemente no discurso das gestantes ao declararem certo conforto por não se sentirem sozinhas, ao perceberem que as suas dúvidas são partilhadas por todos os membros. Constatamos que esse sentimento revela o aspecto da universalidade como mais um fator terapêutico do grupo. Munari e Rodrigues (1997) apud Sartori e Van Der Sand (2004) apontam que a universalidade se coloca durante a interação grupal, quando os seus participantes conseguem se dar conta de que não são os únicos que têm dúvidas e ansiedades. Essa percepção

parece ser reconfortante, trazendo esperança de que a realidade poderá ser diferente.

As pessoas reunidas em torno de uma situação comum sentem-se imediatamente identificadas, ressalta Campos (2000). Compartilham angústias e esperanças, limitações e discriminações, prescrições e recomendações a partir de uma mesma vivência (a de gestar), sendo que essa linguagem comum entre os participantes faz com que todos se sintam mutuamente acolhidos, respeitados e, sobretudo, compreendidos.

É através dessas trocas de vivências, segundo Munari e Rodrigues (1997) citados por Sartori e Van Der Sand (2004), que as pessoas podem aprender como são vistas pelas outras pessoas, como elas se colocam frente a si próprias, frente aos outros e, ainda, porque agem de determinada forma em seus relacionamentos.

A atuação interdisciplinar (Enfermagem, Psicologia e Psicopedagogia) como mediadora dos encontros também contribuiu para o efeito terapêutico do grupo, uma vez que não houve apenas abordagem de questões relativas ao estado orgânico da gravidez, mas de aspectos psíquicos inerentes a esse ciclo. Desse modo, entende-se que o suporte oferecido pelas facilitadoras provocou nas gestantes sentimentos de confiança e segurança, fazendo com que elas se sentissem melhor consigo mesmas, conscientizando-se dos fatores que envolvem o período gestatório. Assim, observamos a elevação da autoestima e da autoconfiança das participantes.

Para Mader, Nascimento e Spada apud Falcone e colaboradores (2005), a atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar a interação de muitos fatores, entre eles a história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e qualidade da assistência. A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto.

Vale destacar que o próprio movimento do grupo, com trocas de experiência entre seus participantes sem distinção de saberes e valorização de cada vivência, revela-se como um dos potenciais terapêuticos, pois é através dessas trocas que ocorre o aprendizado de forma integral e satisfatória.

O Método da Roda propõe a instituição de uma nova racionalidade da gestão de coletivos, reconhecendo a multiplicidade de lógicas e sempre tomando todos os trabalhadores como sujeitos sociais na produção do cuidado em Saúde. (CAMPOS, 2007) Portanto, utilizando essa estratégia metodológica para a direção do grupo de gestantes, potencializamos e aproveitamos todo o saber fluente na roda.

A ansiedade, o medo “do parto e de como será o novo ser esperado”, a oscilação de humor e a depressão também emergiram nos depoimentos das gestantes, com certa entonação e veemência, sendo importante atentar para o fato de que tal manifestação é intensificada no período gravídico, tanto pela gestante como pelos seus familiares.

Na maioria das vezes, percebe-se que a ansiedade e o medo se relacionam com o desconhecimento do “novo”, das situações que estão vivenciando e daquelas que ainda irão vivenciar no processo de parentalidade. Segundo Nina (1997) apud Sartori e Van Der Sand (2004), a ansiedade é um estado mental ligado às emoções e à coexistência de sentimentos conscientemente perceptíveis relacionados à causa específica, que é o perigo.

Segundo Maldonado (1997), no primeiro trimestre da gravidez, o fato de a mulher não conseguir ver o bebê dentro da sua barriga aumenta a sua ansiedade relativa ao desenvolvimento do seu filho. Já no terceiro trimestre, a ansiedade surge devido à preocupação da grávida sobre o que lhe irá acontecer e o que poderá acontecer ao bebê durante esse período. Entretanto, esse autor salienta que essa ansiedade pode não ser expressa verbalmente.

Estudos realizados por Araújo e colaboradores (2009) revelaram que a ansiedade durante a gestação é causadora de inúmeros efeitos adversos, quer na mãe quer no bebê. Mais precisamente, verificou-se que as grávidas com níveis elevados de sintomatologia ansiosa estão mais vulneráveis em apresentar problemas de saúde durante a gestação, tanto quanto aborto espontâneo e complicações obstétricas no parto.

Sobre o medo, Maldonado (1997) afirma que o mesmo está relacionado ao parto, ao receio de ficar com os órgãos genitais deformados, de não ter leite suficiente ou deste estar fraco, de ter um filho com deficiência física e de ter sua rotina diária alterada com o nascimento do bebê.

Sendo o parto um acontecimento desconhecido, a ansiedade e o medo surgem devido à preocupação da grávida sobre o que lhe irá

acontecer e o que poderá acontecer ao bebê. Para Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999), o fato de a grávida desconhecer a anatomia e os processos relacionados com o parto faz com que ela sinta receio do nascimento e de possíveis lesões. Não conhecer a anatomia faz da mulher uma grávida mais ansiosa, pois normalmente a ansiedade é resultante de um déficit de conhecimentos por parte da mulher.

No grupo, esses sentimentos foram trabalhados, sendo fornecidas às gestantes informações quanto ao desenvolvimento do feto, dando-lhes a oportunidade de elaborarem a melhor forma de minimizá-los, através do compartilhamento dos mesmos. Assim, o grupo possui a tarefa de acolher as angústias, os medos e as necessidades das participantes e devolver a cada uma a possibilidade de mudança.

Outras queixas trazidas constantemente pelas gestantes é a depressão, a vontade de isolar-se e a oscilação de humor. Camacho e colaboradores (2006) afirmam que, como o nível de estrógeno e progesterona são superiores àqueles vistos nas mulheres fora do período gestacional, esse fator pode estar envolvido nas alterações constatadas nos depoimentos dessas mulheres. Esses autores sublinham que os sinais e sintomas de depressão perinatal são pouco diferentes daqueles característicos do transtorno depressivo maior não psicótico que se desenvolvem em mulheres em outras épocas da vida. Em se tratando de depressão na gestação, eles destacam alguns sintomas: humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimento de culpa e capacidade de concentração prejudicada.

Segundo Bennett e colaboradores (2004) citados por Camacho e colaboradores (2006), estima-se uma prevalência de depressão na gravidez da ordem de 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre. Entretanto, estudos revelam que transtornos psiquiátricos são ainda subdiagnosticados e não tratados em gestantes, pois muitas vezes as grávidas não revelam seus sintomas de depressão com receio de possível estigmatização por estarem experimentando sintomas depressivos em pleno momento que deveria ser de alegria.

Nesse aspecto, o grupo revelou-se como um recurso de apoio emocional e psicológico para as suas participantes, constituindo-se como espaço acolhedor de seus sentimentos e afetos, de escuta, de atenção,

compartilhamento de experiências, socialização de saberes, o que ocasiona uma maior compreensão de si e do mundo.

Percebemos que o grupo de gestantes oferece todas essas possibilidades a seus participantes. Propôs-se fazer desse grupo um espaço onde possam ser reveladas as limitações, as dificuldades e os temores de cada um dos membros, ou seja, através do campo grupal são elaboradas essas manifestações, de modo que todos os envolvidos possam vivenciar o momento do nascimento e a maternidade/paternidade de uma forma mais positiva e agradável.

A oportunidade de participar desse grupo de gestantes enriquece e complementa a assistência pré-natal individual, evidenciando o seu valor como prática que tende a somar na Atenção à Saúde da Mulher gestante, ressaltando a importância da integralidade na assistência.

## **Considerações finais**

A gravidez é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. A condição de gestar um filho gera a necessidade de adaptação às novas condições e papéis sociais (de mãe, pai, avó, tia etc.). Por esse motivo, as pessoas envolvidas buscam maneiras de viver esses momentos procurando minimizar ansiedades, fantasias e temores que podem se manifestar durante esse ciclo.

Nessa perspectiva, pudemos observar que o trabalho de intervenção proposto no grupo de gestantes atingiu resultados expressivos, à medida que serviu de potência terapêutica, ao possibilitar às pessoas ressignificação dos seus sentimentos em relação ao momento vivido. Além disso, proporcionou outros benefícios, como a percepção de que não estão sós, o compartilhar de sentimentos com pessoas na mesma situação, a redução da ansiedade, uma melhor compreensão e maior controle cognitivo do que estão vivenciando em seu nível emocional e orgânico, favorecendo a reflexão sobre essa experiência. A partir disso, as participantes se sentiram capazes de experienciar todo o processo gravídico de modo ativo, sendo que este último benefício foi alcançado através do método da roda, enquanto estratégia para análise e gestão de coletivos e metodologia do cuidar.

Constatamos que no grupo a dimensão psicoprofilática (ou seja, o privilégio do ato sanitário de natureza preventiva e educativa, fundado

mais na promoção e na proteção da saúde do que no tratamento), aliada ao processo educativo para as gestantes, além de oferecer informações aos participantes, causou alívio, em relação ao aspecto emocional, pois atuou como uma orientação antecipada. Para Falcone e colaboradores (2005), essa técnica possibilita as pessoas expressarem abertamente os seus sentimentos negativos e, por isso, elas parecem ter melhores condições de elaboração mental dos mesmos.

Sendo assim, pontuamos que o trabalho com o grupo de gestantes consistiu em uma prevenção primária e teve como propósito preparar a mulher para vivenciar cada momento da gestação, parto e puerpério de maneira mais segura e tranquila, tornando-se, em algumas ocasiões, um trabalho que sobrepõe um viés simplesmente profilático, permitindo ao grupo assumir a função de promotor de saúde.

Destacamos que o grupo de gestantes se configurou como ferramenta complementar à assistência pré-natal do serviço, ao conjugar esforços e conhecimentos de diferentes profissionais no sentido de prevenir, detectar e tratar riscos psíquicos nas gestantes e, conseqüentemente, nos seus filhos.

## Referências

ARAÚJO, C. E. et al. Aspectos psicossociais de puérperas com transtornos psíquicos. *Revista Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 53, p. 24-28, set./out. 2009.

ARAUJO, D. M. R. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 3, p. 333-340, jul./set. 2008.

BARINI, R. Modificações hormonais e variações comportamentais na mulher. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: volume 3: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: Arbytes, 1997.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; JENSEN, M. D. *Enfermagem na maternidade*. 4. ed. Loures: Lusodidacta, 1999.

BOCK, A. M. B.; AGUIAR, W. M. J. Por uma prática promotora de saúde em orientação vocacional. In: BOCK, A. M. B. et al. *A escolha profissional em questão*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, 2010. (Pactos pela Saúde 2006, 7).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 131).

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

COLMAN, L. L.; COLMAN, A. D. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, 1994.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a Saúde Mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MENDES, I. M. *Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto, 2002. (Saúde e sociedade, 15).

MOTA, M. R. R. P. da. *Representações sociais da gravidez: a experiência da maternidade em instituição*. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3276/18/Tese.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.



PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS, 2006.

SARAIVA, S. L.; CREMONESE, E. Implantação do modelo de apoio matricial em Saúde Mental no município de Florianópolis, SC. In: CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 3., 2008, Brasília. *Anais dos Trabalhos Premiados no...* Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 37-48.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 153-165, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/821/949>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida de uma mulher*. Tradução de Maria Nuryrmar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.



# O apoio institucional como estratégia para gestão do trabalho/cuidado em Saúde Mental no Distrito Sanitário da Liberdade: um relato de experiência

Dayane Boaventura de Souza Lima  
Suely Maia Galvão Barreto

## Introdução

Diversas tecnologias de gestão do trabalho em Saúde Mental vêm sendo pensadas e experienciadas para implementação da forma de cuidado prevista pela Reforma Psiquiátrica brasileira e efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das metodologias utilizadas é o do Apoio Institucional que, para Campos (2005), se configura como uma estratégia metodológica para o enfrentamento de inúmeros desafios que o trabalho no campo da Saúde apresenta.

Este artigo relata a experiência de Apoio Institucional em Saúde Mental realizada por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental (RMSM) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), na cidade de Salvador. As questões e discussões que iremos abarcar no texto emergiram e são atravessadas pela vivência enquanto apoiadora e por arranjos teóricos que sustentam as proposições dessa metodologia.

O apoio institucional, proposto por Campos (2005) e legitimado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008), tem por objetivo “[...] fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da

análise institucional e da gestão”. (BRASIL, 2008, p. 52) Esse dispositivo, segundo Campos (2000), pressupõe uma atuação substitutiva ao modelo de gestão hegemônico e tradicional, sendo um método utilizado para ampliar a capacidade de direção e decisão dos grupos, criando possibilidades destes operarem sobre o mundo.

O apoiador institucional, inserido em espaços coletivos pautados na democracia institucional e na produção de autonomia, almeja colocar em prática a cogestão. Nesse exercício, cognominado por Campos (2003) de Método Paidéia de apoio, torna-se necessário uma abertura para interagir com os sujeitos, cabendo à gestão valorizar os planos, desejos, vivências destes, numa relação dialógica. O Método Paidéia de apoio à cogestão propõe um modo de pensar e agir gerador de mudanças, que leva em consideração a circulação do afeto, as relações de poder e de produção de conhecimento/saber presentes nas instituições. (CAMPOS, 2003)

No âmbito da Saúde Mental, o processo de transformação das práticas mobilizadas pela atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde implicou mudanças em diversos aspectos, do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Moraes e Barreto (2015) pontuam que muito já se avançou na forma de compreender os sujeitos em sofrimento mental e em propostas e tecnologias de cuidado e gestão, mas ainda há muito o que enfrentar, desconstruir, inventar, experimentar e construir.

Nessa perspectiva, o Distrito Sanitário Liberdade (DSL) vem desenvolvendo um trabalho de extrema importância que busca sustentar o modelo de uma Clínica na Saúde Mental que seja efetivamente ampliada. De acordo com Campos (2005), a base para a prática ampliada da Clínica e Saúde Coletiva é a gestão compartilhada, uma vez que procura considerar os usuários, trabalhadores e comunidade como coprodutores dos processos saúde/doença/intervenção. Corroborando com isso, a Área Técnica de Saúde Mental do DSL, a partir da inserção dos residentes, vem utilizando o apoio institucional como estratégia para o fortalecimento dos sujeitos e coletivos, bem como a efetivação da democratização institucional.

Entretanto, sabe-se que implantar uma metodologia que proporcione construção de espaços coletivos de diálogos, de análise crítica, mediante a participação reflexiva com definições de contratos e

ações para o coletivo é tarefa bastante complexa, tornando-se um desafio para as equipes de saúde. Portanto, considera-se relevante registrar a implicação com a rede de Saúde Mental do DSL, através do apoio institucional, desenhando algumas possibilidades e dificuldades inerentes a essa prática.

## **Desenho metodológico**

Este trabalho é um estudo de natureza descritiva do tipo relato de experiência, que teve como campo de experimentação as atividades de apoio institucional realizadas no DSL, no período de abril a outubro de 2011, no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia). Tais atividades foram desenvolvidas no contexto do Projeto de Apoio à Gestão em Saúde Mental no DSL, componente do Projeto de Cuidado Integral à Saúde no Distrito Sanitário da Liberdade, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Os caminhos metodológicos adotados envolveram um diálogo com os registros elaborados sobre a vivência (relatórios da RMSM – 2010.a, 2010.b e 2011.a – registros em diário de campo, diálogos com colegas, discussões informais, reuniões de colegiado e em preceptorias/tutorias) e arranjos teóricos que sustentam as proposições do apoio institucional no DSL.

## **Contextualizando o DSL**

O DSL está localizado na região sudoeste de Salvador, com uma área geográfica de 6,74 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 169.676 habitantes, com uma densidade demográfica de 26,02 hab/km<sup>2</sup>. (SALVADOR, 2010) Nesse território estão situados 25 bairros, dentre eles o bairro da Liberdade, onde está localizada a sede do Distrito, considerado um dos mais populosos de Salvador.

Moreira e colaboradores (2010) destacam o forte histórico relacionado aos cuidados de Saúde Mental do DSL devido ao fato de ter concentrado em seu território quatro hospitais psiquiátricos: o Hospital Santa Mônica (fechado em 2003), o Sanatório Bahia e a Casa de Saúde Ana Nery (ambos fechados em 2006) e o Hospital Especializado Mário

Leal, ainda em funcionamento e de forte influência entre os serviços de Saúde Mental do Distrito. O fechamento desses três hospitais acarretou uma redução de 1.100 leitos psiquiátricos, tendo o CAPSia Liberdade sido inaugurado em 2004 e o CAPS II Liberdade somente em 2007.

O processo histórico da prática do apoio institucional no DSL começou em 2007, através da implementação de um projeto da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Esse projeto propunha, a partir da divisão do estado em macro-regiões, o apoio sistemático às instituições de Saúde Mental, de acordo com a especificidade dos serviços.

Em Salvador existia um apoiador para tratar das questões específicas da infância e adolescência, entretanto, a existência desse apoiador não garantiu de fato que a proposta fosse efetivada. O apoio que deveria ser sistemático e contínuo aconteceu de forma pontual, com ações incipientes, culminando com a não efetivação da proposta.

## **Construindo caminhos**

Em 2010, após dois anos de atuação junto aos serviços substitutivos ao modelo manicomial do DSL, os atores sociais envolvidos com a RMSM perceberam a necessidade da organização e consolidação de uma rede local de cuidado integral e intersetorial à Saúde Mental nesse Distrito. Assim, em parceria com o Projeto de Cuidado Integral à Saúde no DSL, também do ISC/UFBA, foi construído um projeto de Apoio à Gestão em Saúde Mental no DSL. Esse projeto foi planejado para ser desenvolvido a partir de cinco principais linhas de ação: criação de um plano local em Saúde Mental, a criação de intervenções culturais, o desenvolvimento de estratégias de matriciamento e de educação permanente e articulação de uma rede de cuidado e apoio integral em Saúde Mental.

A proposta de apoio institucional (na linha de ação de apoio integral) norteia-se nesse projeto pela perspectiva de implantação de um modelo de cogestão que integre os sujeitos (gestores, técnicos e usuários) na criação de estratégias de planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações, superando os modelos de gestão que perpetuam o distanciamento entre os executores de função de gestão e os operadores de atividades finalísticas. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Em outubro de 2010, com a chegada do segundo grupo de residentes, a Metodologia do Apoio Institucional[1] foi colocada em prática. De acordo com França e colaboradores (2010), as ações do apoio foram propostas a partir da análise diagnóstica das demandas da instituição realizada *a priori*. Em seguida, buscou-se sistematizar, juntamente com a equipe técnica e administrativa, as linhas de atuação. Essa sistematização se deu, principalmente, pelo viés das oficinas de planejamento que têm como aporte teórico o princípio da educação permanente.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) considera que, no processo de educação permanente em Saúde, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas. A educação permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Nessa perspectiva, o citado grupo de residentes iniciou as ações do apoio com a realização da primeira oficina de planejamento do Projeto Terapêutico Institucional do CAPSia, tendo por objetivo repensar e discutir o projeto terapêutico desse serviço, visto que a planificação das ações e atividades norteia o campo técnico e administrativo, sob o foco da Política Nacional de Saúde Mental e da Atenção Psicossocial. Com a saída desse grupo em abril de 2011, foi assumido pelo meu grupo de residentes o desafio, juntamente com a ATSM/DSL, de fortalecer e consolidar as ações iniciadas pela equipe de residentes anterior.

As temáticas e o planejamento das oficinas que se seguiram foram discutidos em reunião de colegiado de gestores e levados à equipe como sugestão. Foram pensados três momentos para cada oficina: o primeiro, a explanação do tema proposto por um convidado com consequente discussão; um segundo momento para planejar a oficina prática, com

---

[1] Metodologia de Apoio Institucional é um mapa dinâmico de saberes e de práticas mais ou menos articulados que demarcam balizas e contornos para o fomento de processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise, para intervenção e para a invenção de si e do mundo. (KASTRUP, 1999)

a participação de um técnico do serviço, da RMSM e da ATSM/DSL; e, por fim, a realização da oficina propriamente dita.

Os temas levantados a partir das demandas foram: matriciamento em Saúde Mental para Atenção Básica, assembleia de usuários, técnicos e familiares, estratégias de intervenções com crianças/adolescentes com autismo, projeto terapêutico singular, núcleo e campo de intervenção e atenção à crise. (LIMA et al., 2011) A princípio foi apresentado um cronograma para equipe do serviço, que avaliou a importância das oficinas, contudo, considerou inviável, por conta do tempo em reunião técnica, a realização dos três momentos propostos inicialmente. Assim, levando em consideração o desejo dos técnicos, o cronograma foi reformulado, sendo contemplados até o momento de nossa saída os temas: matriciamento em Saúde Mental, assembleia de usuários, técnicos e familiares e estratégias de intervenções com autistas.

Além das oficinas de planejamento, atuamos no sentido de sensibilizar os profissionais do CAPSia para ações de matriciamento em Saúde Mental para Atenção Básica, intervenções culturais e o Grupo de Trabalho (GT) em Saúde Mental do DSL, na tentativa de garantir maior resolutividade das ações de cuidado e sistema de referência e contra-referência bem estabelecidos, na perspectiva do acompanhamento compartilhado. Ao mesmo tempo, foi dada continuidade ao processo de articulação entre CAPS II e CAPSia Liberdade através de ações partilhadas que envolveram atividades de intervenções culturais e discussão de alguns casos de passagem implicada de usuários do CAPSia para o CAPS II. Com isso, os profissionais dos dois serviços passaram a se comunicar, sistematizar encontros, planejar atividades, compartilhar casos, dentre outros.

A reunião de colegiado se configurou como um dispositivo importante de gestão em Saúde Mental no DSL, principalmente para o processo de articulação entre os dois serviços e a aproximação dos CAPS com o Distrito. É um espaço que visa à construção coletiva e estruturação de uma assistência de qualidade baseada nos princípios do SUS, a partir de discussão permanente dos problemas e da organização dos processos de trabalho, buscando promover as mudanças necessárias aos serviços. As reuniões acontecem uma vez por mês, com a participação da coordenação técnica e gerentes dos CAPS, ATSM/DSL e residentes que estavam realizando junto com essa área o apoio institucional.



Para além de possibilitar o diálogo na definição de objetivos, priorizar ações e novas práticas de atenção, pode-se perceber que a reunião de colegiado funcionava também como espaço de escuta e cuidado para a coordenação técnica dos CAPS, muitas vezes desmotivada frente às dificuldades cotidianas dos serviços.

As ações do Apoio Institucional tinham como objetivo também o apoio às assembleias, atentando para o protagonismo do usuário e familiar, e a assessoria política e cultural à associação “Loucos por Liberdade”. [2] Estas se constituíam uma estratégia de aproximar o coletivo de usuários dos processos de gestão, articulando a associação a outras instâncias, com o próprio distrito, o fortalecimento desses espaços de trocas, reflexão e construção de autonomia. É importante ressaltar que um dos objetivos também é o de ampliar para os usuários e familiares do CAPS a participação na Associação, o que justifica a assessoria dos apoiadores desse serviço. É importante enfatizar que todas as ações realizadas pelo apoio estiveram respaldadas pelo Planejamento em Saúde, o que possibilitou a construção de mudança no “modelo assistencial” e nas ações em saúde. (TEIXEIRA, 2001)

## **Analisando o processo de construção do papel de apoiador institucional**

A presença dos apoiadores no serviço era algo novo, não apenas para a equipe, mas também para os próprios apoiadores. Até então, não se sabia ao certo o que realmente significava “apoio institucional”, nem estava claro como se desenvolveria o trabalho. Essa dificuldade trouxe à reflexão vários questionamentos, principalmente sobre o processo de formação do apoiador: como alguém que nunca havia desempenhado esse papel poderia fazê-lo?

Perceber que o apoio atua “entre” sujeitos e instituições, “entre” a clínica e a política, o cuidado e a gestão, numa perspectiva da transversalidade das práticas e saberes, em contraponto ao suposto saber verticalizado do supervisor, foi um processo construído a partir da

---

[2] Associação Loucos por Liberdade é uma associação de usuários e familiares do CAPS II Liberdade, criada em 2009, fruto da crescente participação dos usuários no cotidiano do serviço e no exercício de sua cidadania. (ISC, 2010)

aproximação com o cotidiano dos serviços e das leituras e discussões em preceptoria/tutoria.

Para Oliveira (2011), formar um apoiador institucional é um ato próprio da função de apoio, não apenas no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo, porque é na relação de apoio que se forma o apoiador (formar em ato).

Muitas vezes os momentos de preceptoria/tutoria tornaram-se o que Oliveira (2011) denomina “supervisão-apoio”, onde os residentes levavam para discussão, além dos casos institucionais, as suas angústias e, dessa forma, podiam experimentar serem apoiados e apoiar, movimentos que favoreceram o aprendizado.

O apoio é uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a ideia de que uma supervisão, um “saber superior”, uma pessoa iria, sem envolvimento com o espaço institucional, com o cotidiano dos serviços, trazer respostas para alguns casos ou determinadas situações. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas.

Entretanto, com o desenrolar das ações pôde-se perceber que para a equipe do CAPSia ainda não estava claro o que seria o apoio institucional, qual o seu papel e quem seriam os apoiadores. Essa falta de clareza pode ser compreendida através das mais variadas justificativas, tanto as de natureza político-administrativa, teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural quanto as de cunho pessoal. Além disso, é necessário levar em consideração que a utilização do apoio institucional enquanto estratégia para a cogestão de coletivos é uma experiência que até então se apresentava incipiente em Saúde Mental no município de Salvador/BA.

Sabemos que desconstruir a lógica gerencial tradicional (que institui uma hierarquia de poder verticalizado, com uma distância entre os envolvidos) que não oferece espaços de reflexão, construção coletiva e, muito menos, de expressão da subjetividade, não é fácil. O Método Paidéia busca romper com essa lógica, proporcionando manifestação de desejos e subjetividade, favorecendo a co-construção de autonomia dos sujeitos envolvidos em um coletivo. O papel do apoiador Paidéia, segundo Campos e Nascimento (2007), é de tentar quebrar resistências e

inseguranças, proporcionando espaços de diálogos para ampliar a capacidade das pessoas de lidar com o poder, circulação de afetos e com o saber.

Ao papel de residente-apoiador estava inerente o ofertar experimentando (leitura de textos, problematizações, estímulo à análise de algum tema, dentre outros). Contudo, o fato de os apoiadores serem residentes dificultou o entendimento pela equipe da função do apoiador. Essa dificuldade pode ser justificada por existirem residentes atuando no CAPS ao mesmo tempo, não como apoiadores, mas enquanto técnicos, “fazendo parte” da equipe, e por todo o processo histórico da residência dentro desse serviço.

Na medida em que nos aproximávamos do cotidiano do serviço, percebemos a importância do olhar e do apoio de uma pessoa externa, não no sentido de apontar o que está certo ou errado – que em determinado momento do processo, a presença do apoiador foi percebida dessa forma pela equipe, fazendo com que a proposta em si não aparecesse –, mas pela dificuldade nos coletivos em pensar e agir, em refletir sobre sua prática.

Sendo assim, mesmo com as dificuldades no processo de implementação do apoio, alguns resultados foram sendo observados no dia a dia da prática. A partir desse diagnóstico, passamos a transitar mais pelo serviço, estar de fato “entre” a gestão e o cuidado. Na medida em que essa aproximação acontecia – através de intervenções em alguns casos, participação nas reuniões técnicas e em grupos etc. – o princípio de indissociabilidade[3] entre atenção e gestão (BRASIL, 2006) adotado pela Política Nacional de Humanização (PNH) foi se constatando.

Para Barros e Dimenstein (2010), as rodas de conversa, os espaços coletivos que incluem os diferentes atores do serviço são um dos caminhos que se acredita potente para efetivar a operação do princípio da indissociabilidade; no entanto, o que agregaria, de modo mais incisivo e especial, seria a intensidade e a qualidade do apoio institucional.

A experiência do exercício da cogestão, a partir da metodologia do apoio institucional, também possibilitou a aproximação entre os dois CAPS (CAPS I e II Liberdade) e destes com o Distrito Sanitário, que até então mantinham uma relação tímida e completamente burocrática. Foi

---

[3] Segundo Brasil (2008), o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão propõe mudanças e alterações dos modos de cuidar e gerir os serviços, onde a gestão e a atenção devem perpassar uma a outra se diferenciando dos modelos verticais e hierárquicos ainda existentes.

possível também – através da sensibilização dos técnicos para as ações de matriciamento, intervenções culturais e GT – promover e fortalecer articulações entre os CAPS, com outros setores da Saúde (principalmente com a Atenção Básica), bem como parcerias intersetoriais (justiça, educação, cultura).

Além disso, observou-se que a oferta de espaços de escuta e discussões – em reunião técnica, oficinas de planejamento, reunião de colegiado – vem transformando as relações de poder existentes, não só o poder institucional, mas principalmente o poder dos saberes científicos e de classe, favorecendo o aumento da autonomia, do protagonismo dos técnicos, potencializando suas ações.

## Considerações finais

O apoio institucional é um dispositivo que propõe uma atuação substitutiva aos modelos gerenciais hegemônicos e tradicionais, sendo um método utilizado para a construção de espaços de reflexão e ampliação da capacidade de direção e decisão dos grupos, com o objetivo de aumentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Nessa perspectiva, diversas ações foram realizadas pelos apoiadores do DSL, favorecendo a práxis profissional (ação-reflexão-ação), o apoio à gestão e a articulação com a rede de saúde e intersetorial, tais como: as oficinas de planejamento, a instituição da reunião de colegiado e a aproximação do serviço com o Distrito, produzindo e fortalecendo articulações entre os CAPS, que vem trazendo consigo a possibilidade de alargamento de respostas às demandas de saúde dos usuários e de trabalho dos trabalhadores, além do fortalecimento da linha de cuidado e da política de Saúde Mental.

Assim, podemos afirmar que o apoio institucional em Saúde Mental do DSL em muito já se avançou, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois implementar mudanças estruturais, favorecer reflexão e participação dos atores envolvidos com intervenções em sua prática, gerando significados, exige acompanhamento sistemático e contínuo.

Entretanto, para que aconteça esse acompanhamento sistemático e contínuo faz-se necessário que o lugar do apoio institucional seja legitimado pelos profissionais do CAPS. Acredita-se que, na medida em que ficar mais claro o objetivo das intervenções do apoio institucional,

a equipe passará a se apropriar das contribuições desse dispositivo, legitimando-o.

A construção de espaços de escuta, de ofertas de temas entre gestores, técnicos e usuários, se mostrou interessante, porque tem evidenciado inquietações que podem ser transformadas em ações de protagonismo e crescimento individual e coletivo. Espera-se que a implementação das ações realizadas até então sejam alicerce para transformar o modelo de gestão e atenção à saúde do serviço.

Por fim, destaco que a experiência como apoiadora em Saúde Mental no DSL apresentou-se como um grande desafio, sobretudo pelo desconhecimento do que seria esse papel. Enfrentá-lo trouxe crescimento individual e profissional, nos contextos de grupos e coletivos, reflexões, questionamentos sobre a prática e atuação. A riqueza do processo não se traduz em palavras, pois elas são sempre insuficientes, mas certamente as ações do apoio institucional vêm legando a todos os envolvidos um grande aprendizado, possibilitando mudanças no âmbito da gestão e da atenção à Saúde.

## Referências

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

BARROS, S. do C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na Atenção Básica. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 48-67, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental: Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. *Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde: teias*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2006. (B: textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a Saúde Mental na Atenção Básica. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 91-99, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R. O. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1021-1030, out./dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FRANÇA, A. S. et al. *A consolidação da gestão Peripatética no DSL: relatório de prática do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental*. Salvador: ISC/UFBA, 2010.

KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Campinas: Papyrus, 1999.

LIMA, D. B. de S. et al. *Vivências na Área Técnica de Saúde Mental do Distrito Sanitário Liberdade: relatório de prática do Programa Multiprofissional de Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental*. Salvador: ISC/UFBA, 2011.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 46).

MORAES, A. R. O.; BARRETO, S. M. G. A práxis do Projeto Terapêutico Singular e Integral: um convite para o direcionamento e ampliação da clínica em Saúde Mental. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). *Otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 159-182.

MOREIRA, C. P. et al. *Desbravando diálogos no território da Saúde Mental: por uma gestão peripatética: relatório de prática do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental*. Salvador: ISC/UFBA, 2010.

OLIVEIRA, G. N. de. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PAIM, J. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. (Saúde em debate, 170). p. 767-782.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Temas em saúde).

SALVADOR (Prefeitura). *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS\\_final.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2016.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: ISC/UFBA, 2001.





**SEGUNDA PARTE -  
Ação territorial e  
reinserção social**



# **Uma caminhada pelo território da Saúde Mental: investigação acerca dos sentidos e experiências com o território em Centros de Atenção Psicossocial de Salvador**

**Carolina Pinheiro Moreira  
Maurice de Torrenté**

## **Introdução**

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a noção de território é introduzida na base da construção das novas estratégias de cuidado em Saúde Mental. (BRASIL, 2005) Porém, diferentes concepções e abordagens podem ser utilizadas para compreender e conceituar território e sua relação com os serviços substitutivos de Saúde Mental. Este estudo visa investigar os sentidos e experiências acerca do território produzidas por um grupo específico: profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador.

## **O conceito de território em diferentes disciplinas**

As Ciências Naturais inauguraram o conceito de território concebendo-o na relação entre o domínio de espécies animais ou vegetais em uma determinada área. Posteriormente, a Geografia irá relacionar esse conceito aos de espaço, recursos naturais, sociedade e poder. Adiante, esse debate foi incorporado por outras diferentes disciplinas: Sociologia, Antropologia, Economia, Ciência Política e, mais recentemente, pelo campo da Saúde. (DIAS et al., 2010)

Haesbaert (2004) discorre sobre três vertentes dentro da construção das noções de território. Em uma vertente política ou jurídico-política, o território é compreendido como um espaço delimitado e controlado, sobre o qual se exerce um determinado poder, por vezes associado ao poder do Estado. Já a vertente cultural ou simbólico-cultural denota o caráter subjetivo do território, compreendendo-o como uma apropriação simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido. Por fim, a vertente econômica dá ênfase à dimensão espacial das relações econômicas: o território é visto como fonte de recursos e incorporado no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho.

Em diálogo com a concepção da multiplicidade de vertentes sobre a conceituação de território, o geógrafo Milton Santos traz-nos análises sobre a relação intrínseca entre o território, a construção dos sujeitos e a condição da vida cotidiana:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele se constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil). (SANTOS, 2002, p. 84)

## **O conceito de território no campo da Saúde**

No campo da Saúde, a utilização do conceito de território baliza a concepção dos sistemas públicos desde sua origem na primeira metade do século XX, ao se pensar a organização da Atenção à Saúde a partir da constituição de redes regionais. Assim, os modos de entender e intervir no território mostram-se intrinsecamente relacionados: o olhar sobre o território é predeterminado pelas concepções do processo saúde-doença-intervenção e irá ser determinante para a formulação de ofertas de bens e serviços de saúde. (OLIVEIRA; FURLAN, 2010)

No período da República Velha no Brasil (1889-1930), a explicação do processo saúde-doença dava-se a partir da corrente bacteriológica: “O território, neste momento, é entendido como o espaço físico (ambiente) onde se dá o encontro com o hospedeiro”. (OLIVEIRA; FURLAN, 2010, p.248) Com a introdução recente do conceito de promoção da

Saúde na concepção das políticas públicas em nosso país, há a proposição de arranjos territoriais (sistemas locais de saúde, Distritos Sanitários) para organização e ampliação da Atenção à Saúde. Segundo Unglert (1995 apud OLIVEIRA; FURLAN, 2010, p. 249), “A necessidade de entendimento dos processos de territorialização fez avançar o olhar para o território como espaço geopolítico, o território-processo em permanente construção”.

A discussão da promoção de Saúde como pilar do Sistema Único de Saúde no Brasil parte da concepção da promoção de ambientes saudáveis, a partir de intervenções em situações que expressam determinadas condições de saúde. Como definido na Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000), trata-se de um processo de capacitação da comunidade para desenvolver ações de melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, evidenciando o papel da comunidade na construção de uma consciência saudável e considerando os determinantes sociais que influenciam no processo de saúde-doença-cuidado. Partindo dessa compreensão, o desenvolvimento do processo de cuidado é pensado junto à necessidade de conhecer as características da sociedade e do espaço onde o indivíduo está inserido, bem como de sua cultura, aspectos que repercutem na história de vida do sujeito e na sua forma de vivenciar a doença. (MONTEIRO et al., 2010)

Essa concepção mais complexa sobre o território amplia o olhar para os sujeitos em sofrimento que chegam aos serviços de Saúde: compreende-se, a partir de então, que é a realidade social dos territórios que chega expressa nos corpos e vidas das pessoas. Essa relação leva à superação da dicotomia entre a atenção aos indivíduos e a prática de ações coletivas, além de nos convidar à aproximação, vivência e análise dos espaços de moradia e convivência: “Quando nos colocamos em relação com as pessoas que habitam esse território, precisamos nos colocar de fato em contato com essa realidade, essa cultura, os costumes, a dinâmica”. (OLIVEIRA; FURLAN, 2010, p. 256)

## **O conceito de território na Saúde Mental**

Para adentrarmos as discussões sobre a relação e o papel do território na construção da Clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica aos serviços substitutivos, é necessário delimitarmos a existência de modelos

e concepções de clínica vigentes. Campos (2003) faz a distinção entre a “Clínica Oficial”, denominada por ele como “Clínica Clínica”, a “Clínica Degrada” e a “Clínica Ampliada”. A denominação “degrada” e “ampliada” é proposta em referência à “Clínica Oficial”. Irei me deter na distinção entre a “Clínica Oficial” e a “Clínica Ampliada”.

A “Clínica Oficial” diz respeito ao modelo totalizante exercido em magnitude pela Medicina e que se constitui como a principal referência de clínica na atuação em Saúde. Na análise das possibilidades e limitações desse modelo, Campos (2003) nos traz que a “Clínica Oficial” está envolta em uma desresponsabilização sobre a integralidade dos sujeitos, uma vez que a responsabilização é atribuída à enfermidade, não à pessoa. Dá-se, assim, o desenvolvimento de um enfoque desequilibrado para o lado biológico, que negligencia as dimensões social e subjetiva dos sujeitos em sofrimento, em uma abordagem terapêutica centrada na noção de cura e na eliminação de sintomas. Nesse modelo, as noções de promoção, prevenção e reabilitação viriam em segundo plano.

Em contraposição a esse modelo clínico e visando ampliar as possibilidades de intervenção nos processos de adoecimento e de produção de Saúde, Campos (2003) discorre sobre a noção de “Clínica Ampliada”, denominada por ele de “Clínica do Sujeito”. Nesse modelo, há o diálogo entre campo e núcleo de saberes, através da combinação entre especialização e transdisciplinaridade; a organização das ações é baseada no campo, espaço da “Clínica Ampliada”, e há a proposta de horizontalização dos processos de trabalho e manejo clínico, com a atuação em Equipes (Clínicas) de Referência.

Em diálogo com a nova concepção da organização da política e dos serviços de saúde no Brasil a partir da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica atua na direção da Clínica Ampliada ao considerar as especificidades e complexidade do sofrimento do sujeito e, simultaneamente, operar sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos e procedimentos excludentes que passam pelo contexto desse sujeito, como a família, a escola e a comunidade.

Nesse contexto, a noção de território é concebida como recurso terapêutico, referência na construção de relações sociais e instrumento de reabilitação social em Saúde Mental. (FERREIRA, 2007) Assim, o território constitui-se como um dos principais orientadores da prática de cuidado a ser desenvolvida pelos CAPS. Para Lancetti (2009), o CAPS

deve manter um pé no território e outro no serviço de Saúde Mental, uma âncora no espaço físico do serviço e outra na Unidade Básica de Saúde e no bairro, o que permite ao trabalhador de Saúde Mental transitar entre os espaços de produção da doença e da Saúde Mental.

O percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com as pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e uma vertigem à experiência que funciona como um antídoto ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais. (LANCETTI, 2009, p. 52)

Historicamente, o lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial relevância na concepção de cuidado aos sujeitos em sofrimento mental. (YASUI, 2010) No século XIX e início do século XX, a loucura compartilhava, com outras mazelas sociais, da necessidade de um lugar especial para seu tratamento, perpassado pela realidade de exclusão dos indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social. Essa perspectiva era firmada na arquitetura e localização da maior parte dos hospícios brasileiros e estrangeiros, construídos distantes do principal núcleo urbano da cidade.

A ruptura com a racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como do isolamento, configurando um dispositivo de exclusão, disciplinarização, controle, vigilância e domesticação, leva-nos à reflexão sobre a relação entre a produção de cuidado e o território no qual se insere o serviço.

A superação da noção de território como uma delimitação geográfica, que viria a determinar a responsabilidade do serviço por uma determinada população adscrita, traz à tona a perspectiva relacional do território, inscrita nos modos de viver, nos modos de apropriação e alienação do espaço; na construção dos valores sociais, culturais, econômicos e políticos; nos modos de construção do espaço e de produção de sentidos ao lugar em que se habita. (YASUI, 2010) São essas percepções sobre o território que devem ser consideradas na organização da atuação de um serviço substitutivo de Saúde Mental para o trabalho segundo a lógica do território.

A natureza substitutiva dos CAPS às instituições manicomiais no contexto da Reforma Psiquiátrica pressupõe o trabalho territorial também como abertura de espaços para a ressignificação do fenômeno da loucura e o reposicionamento sociopolítico do paciente na sociedade.

(NICÁCIO, 2003) Assim, a inserção social e o fortalecimento da cidadania surgem como objetivos fundamentais no processo de cuidado em Saúde Mental.

Porém, mesmo frente ao reconhecimento da importância que a proposta de aproximação e intervenção territorial trazida pela Política de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2004b, 2005) tem para a efetivação e ampliação do cuidado aos sujeitos em sofrimento mental, pesquisas (QUINTAS; AMARANTE, 2008) já apontam que a temática da atuação territorial é pouco presente nas discussões entre os técnicos dos CAPS e no cotidiano desse serviço, o que é interpretado como fruto da dinâmica institucional na qual as atividades se encontram centradas na clínica tradicional.

É no intuito de compreender quais os desafios, lógicas, discursos que sustentam a prática dos profissionais dos CAPS que esta pesquisa se propôs a investigar os sentidos construídos sobre o território e as experiências que estão permeando esse espaço geográfico e existencial (LANCETTI, 2009) na atuação dos profissionais dos CAPS de Salvador.

## Metodologia

O desenvolvimento desta pesquisa foi feito a partir da abordagem qualitativa de pesquisa, que compreende um conjunto de diferentes técnicas que visam traduzir e expressar os sentidos dos fenômenos do mundo social, envolvendo aspectos mais profundos das relações sociais, como as motivações, crenças, valores e atitudes. Valoriza-se a perspectiva compreensiva de condução da pesquisa, frente ao significado que as pessoas dão às suas vivências, tendo o ambiente como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. (GONZALEZ REY, 2002)

O referencial teórico aqui utilizado terá como base o construcionismo social, trazido por Spink (1999) como uma abordagem da Psicologia Social que se volta à identificação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, analisam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias. O foco do estudo nessa abordagem é a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo.



A pesquisa foi desenvolvida junto a profissionais de três Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, com distintas especificidades de demanda atendida: um CAPSia, destinado ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento mental grave e persistente; um CAPSad, que desenvolve a atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas; e um CAPS II, responsável pelo cuidado de sujeitos com transtorno mental severo e persistente. Os três serviços envolvidos nesta pesquisa constituem-se campos de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e foram selecionados pela condição de serem serviços onde a pesquisadora já havia se inserido como trabalhadora em treinamento.

Os profissionais participantes da pesquisa foram selecionados a partir do critério de estarem atuando no serviço há pelo menos seis meses e de terem disponibilidade e interesse de participação. Buscou-se garantir uma participação de no mínimo quatro participantes por serviço, envolvendo uma variedade de pelo menos quatro categorias profissionais diferentes por grupo. No geral, contamos com a participação de 20 profissionais das seguintes categorias: Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia, Educação Física, Pedagogia, Psicopedagogia, Serviço Social e Musicoterapia.

Nesta pesquisa, ao enquadrar-se em uma abordagem qualitativa, não há o foco na generalização, mas o interesse no aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno no grupo social. Assim, a definição do grupo participante não se dá por um critério numérico, sendo a amostra ideal “[...] aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. (MINAYO, 1992, p. 102)

Os dados foram coletados a partir de grupos focais, gravados com o consentimento dos participantes.[1] Foi realizado um grupo focal com os profissionais de cada serviço, constituindo, ao fim, a realização de três grupos focais. Os grupos focais foram realizados na primeira hora da reunião técnica dos serviços.

O grupo focal constitui-se em um procedimento de coleta de dados que utiliza a interação grupal para geração desses dados, sendo

---

[1] O estudo obedeceu à Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia sob o número 051-11.

indicado para o desenvolvimento de pesquisas de cunho qualitativo. Utiliza sessões grupais para facilitar a expressão de características psicossociais e culturais de um grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999), bem como para compreender a linguagem e as perspectivas do grupo, obtendo informações sobre os fenômenos e conceitos produzidos por ele. (KIND, 2004) Shrader (1978 apud MINAYO, 1992, p. 129) traz que

[...] no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação entre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos.

A condução da técnica foi realizada pela pesquisadora com o apoio de um observador (pesquisador convidado), tendo sido realizado um roteiro orientado (Apêndice A) por algumas perguntas norteadoras para a apreensão dos sentidos e experiências da relação entre o CAPS e o território.

Bakhtin (1986 apud MINAYO, 1992, p. 110) considera a palavra como “o fenômeno ideológico por excelência” e define o “[...] caráter histórico e social da fala como campo de expressão das relações e das lutas sociais que ao mesmo tempo sofre os efeitos da luta e serve de instrumento e de material para a sua comunicação”. Assim, torna-se possível, a partir da palavra, apreender o conteúdo simbólico das práticas.

A análise do material qualitativo deu-se por meio da análise de conteúdo definida por Bardin (apud MINAYO, 1992, p. 199) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção dessas mensagens.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano do material transcrito para um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos nos discursos, relacionando as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados).

Dentre as técnicas da análise de conteúdo, nesta pesquisa foi utilizada a análise temática, na busca de atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo. “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação

cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. (MINAYO, 1992, p. 209) Na utilização dessa técnica, a presença qualitativa de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução nº 196/96, que regulamenta pesquisas com seres humanos, e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ISC/UFBA, garantindo o cumprimento dos preceitos éticos exigidos, além do consentimento de livre participação dos profissionais.

## Resultados e discussão

A partir da análise do material coletado nos grupos focais, podemos observar a emergência de três grandes temas: 1) os sentidos sobre a relação CAPS e território; 2) as ações no território desenvolvidas pelos CAPS; e 3) as dificuldades de interação entre o CAPS e o território. Discorreremos sobre cada tema enfatizando as categorias presentes nestes. As falas foram identificadas com referência ao grupo focal do qual emergiram, sendo identificadas por GF1, GF2 e GF3.

### a) Os sentidos sobre a relação CAPS e território

Os profissionais de CAPS envolvidos neste estudo trazem em seus discursos três perspectivas sobre a relação entre o CAPS e o território.[2] Na primeira delas, o território é concebido como novo locus de cuidado, instaurado com a Reforma Psiquiátrica. Os discursos apontam o CAPS como uma proposta de um novo modelo clínico, uma clínica que se aproxima do território e que traz a inserção social e o fortalecimento da cidadania como principais objetivos terapêuticos. O sentido expresso sobre o território pelos profissionais é de um espaço de múltiplas possibilidades de intervenção para os profissionais e de inserção para o sujeito.

*Pra mim, é porque há muito tempo se tirou o indivíduo da sociedade para se tratar separado, à parte. A gente percebe, compreende que a questão do sujeito estar na família, na comunidade, é lá realmente que ele precisa ser cuidado nas suas questões, porque não adianta a gente tirar, para quando ele voltar para a sociedade o problema ainda vai estar lá. (GF2)*

---

[2] Na estruturação da análise temática, o que aqui chamamos de perspectiva é de fato a “categoria”, subdivisões do grande “tema”.

Os profissionais veem as ações territoriais desenvolvidas pelos CAPS como uma estratégia que permite uma aproximação do espaço de vivência dos sujeitos em sofrimento psíquico, sendo reconhecido como essencial na compreensão do modo de vida do sujeito e para estruturação das estratégias de cuidado e reinserção social. O território é significado pelos profissionais como um espaço de expressão da cultura e história dos sujeitos, e que passa por mudanças dialéticas com ele.

*Eu vejo assim [...] o território como o espaço vivo, mutável, que está em eterna transformação e sofrendo as mudanças que os indivíduos que moram ali mudam e ele também muda de acordo com esses indivíduos, carrega a cultura do local, um espaço de relações também, onde a vida acontece. (GF1)*

Percebe-se um esforço de aproximação e compreensão dos profissionais em torno da singularidade do sujeito, que é construída e expressada em seu contexto de vivência e convivência no território. Essa aproximação pode gerar práticas contextualizadas, que atuam a partir da demanda do indivíduo, o que se distancia da atuação típica da prática manicomial, que atua a partir da negação da subjetividade, gerando o controle e a normatização. Esse movimento trazido pelos profissionais deve provocar o deslocamento dos centros de cuidado do hospital em direção à comunidade, o que propõe não apenas a mudança de lócus de atuação, mas da estratégia de promoção de cuidado.

*A ideia, eu entendo que a ideia é que o CAPS possa se aproximar o máximo possível disso que chama território, que não tem início, nem meio, nem fim, mas que possa ter o máximo de contato possível para que, estando perto, ou estando dentro desse território, poder ter acesso aos modos de vida, à forma das pessoas operarem nesse contexto [...] para a partir daí a gente poder fazer intervenções mais adequadas pensando que nem a vida do sujeito nem o tratamento se resume ao CAPS. Então a gente precisaria extrapolar os muros da unidade para que, invadindo esse território, ocupando esse território, ter um pouco mais de proximidade do modo de vida das pessoas que a gente cuida, para, a partir daí, aprimorar as estratégias de cuidado. (GF3)*

Os participantes da pesquisa trazem, em outra perspectiva, a relação entre o CAPS e o território como essencial para a promoção da integralidade do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, partindo da compreensão de que o CAPS atuaria como disparador da articulação do cuidado em rede.

*Compreendendo o CAPS e o território, é compreender e acompanhar esse indivíduo como família, como morador de uma rua, como membro de uma Igreja, é tá acompanhando o indivíduo como um todo. Pensando nele como um todo. E não como um sujeito portador de uma doença que precise tratar. É ele como um indivíduo, com diversas questões que não são focadas no adoecimento. (GF2)*

Para os profissionais, cabe ao CAPS fazer um mapeamento do território dos sujeitos, identificando os recursos e dispositivos presentes e analisando as possibilidades de diálogo necessárias para dar conta das demandas do sujeito e ampliar sua inserção social. Exige-se, nesse caso, uma maior interação entre os profissionais dos CAPS e os grupos, serviços, políticas públicas, organizações presentes no entorno do sujeito. Essa proposta mostra o reconhecimento de que o sofrimento psíquico relaciona-se com várias demandas sociais e que as estratégias de cuidado devem ser traçadas em diálogo com outros dispositivos para dar conta da saúde e bem-estar em sua integralidade. Assim, o CAPS atuaria como gerenciador da rede de atenção, compartilhando a responsabilidade sobre o sujeito em sofrimento com os diferentes recursos informais da comunidade e com os dispositivos formais de diferentes setores. Esse modelo de atuação está em consonância com os princípios que regem a Atenção Psicossocial, que buscam “[...] se aproveitar de todas as técnicas disponíveis para estabelecer as melhores negociações entre as necessidades dos pacientes e as oportunidades/recursos do contexto”. (PITTA, 1996, p. 22)

*Então, no meu entendimento é uma relação o tempo todo de uma inter-relação, porque você trabalha com o sujeito que reside no território e trabalha agenciando os mecanismos pra poder assistir esse sujeito. No território ele é o ponto de partida de atuação muitas vezes do técnico que vai lá mapeando, conhecendo, explorando, entendendo de que forma você pode interagir e ter um melhor aproveitamento da atenção com o sujeito assistido no CAPS. (GF1)*

Por fim, a relação entre o CAPS e o território é analisada pelos participantes como fundamental para a problematização e desconstrução da cultura manicomial e do estigma social em torno do sujeito em sofrimento psíquico, alguns deles também usuários de substâncias psicoativas, que geram a segregação na comunidade e desassistência nos serviços da rede de atenção.

*Além de que eu acho que, em todos os CAPS, esta relação [entre o CAPS e o território] precisa ser estreita por conta de que na Saúde Mental ainda há muito preconceito, ainda há muita coisa obscura. Quando se trata de álcool e drogas ainda se há muito mais preconceito e muito mais pensamentos errôneos do que é essa população. Eu acho que, assim, quando você aproxima CAPS e território, você consegue quebrar um pouquinho desses preconceitos e aproximar essa população do usuário que faz parte daquele próprio território, mas que, em muitos momentos, ele é visto como não pertencente àquele território. (GF3)*

Os profissionais reconhecem que o novo olhar sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, que rege a Reforma Psiquiátrica e opera na atual política de Saúde Mental do Brasil, ainda não é compreendido e compartilhado por todos os setores da sociedade nem por todos os profissionais de diferentes setores da Atenção Psicossocial. Assim, os participantes da pesquisa afirmam a necessidade da aproximação entre o CAPS e o território como um meio de se problematizar a “cultura da loucura” (GF1), que tem gerado marginalização e violência, e apresentar a nova proposta de cuidado a esses sujeitos em sofrimento para sua comunidade.

#### b) As ações do CAPS no território

Nesta pesquisa nos propomos a investigar os sentidos em torno da relação entre os CAPS e o território pelos profissionais desses serviços, mas também acessar os discursos sobre as ações territoriais: perguntamos acerca das atividades que são desenvolvidas, ou as que são consideradas potentes para o desenvolvimento dessa relação. As ações descritas pelos participantes em seus discursos podem ser agrupadas em duas categorias: as atividades para a comunidade e as ações de articulação de rede.

A primeira categoria de ação surgiu de forma menos frequente nas falas dos participantes e não esteve presente em todos os grupos. As atividades para a comunidade são trazidas como ações desenvolvidas de forma eventual, não estando configuradas no processo do cotidiano do serviço. Dentre estas, os profissionais envolvidos na pesquisa descrevem a realização de reuniões e seminários com a comunidade, nos quais o objetivo central seria levar informações e problematizar questões em torno da Saúde Mental, como as significações em torno da loucura e as estratégias de cuidado reformistas, como a desenvolvida no CAPS. Há também realização de grupos, oficinas e atividades festivas de alguns CAPS em espaços da comunidade, na busca de integração dos usuários

do serviço com a população local. Apesar de seu caráter eventual, essas ações mostram sua relevância à medida que têm a potência de produzir novas formas de sociabilidade dos usuários junto à sua comunidade, bem como de intervir na cultura local no que tange às significações em torno da loucura e do sofrimento psíquico.

As ações de articulação de rede, por sua vez, surgem em destaque nos discursos dos profissionais no que tange às ações territoriais. São ações que preveem a busca da integralidade do cuidado, acessando recursos da comunidade e serviços de diferentes setores para a responsabilização do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, na direção da promoção da reinserção progressiva em seu território.

Os profissionais relatam a importância da promoção de reuniões com os equipamentos da comunidade onde vive o sujeito em acompanhamento no CAPS, no intuito de ampliar o conhecimento sobre esse sujeito e de todo o complexo processo de adoecimento vivenciado por ele. Um dos profissionais aponta a necessidade de intervenção de cuidado não só sobre o indivíduo, mas sobre o ambiente em que ele está inserido. Esse posicionamento traz à tona a noção do desenvolvimento do sujeito influenciado e atrelado às condições concretas de vida, que envolvem seu espaço de moradia, suas relações, suas atividades. Assim, a intervenção para o desenvolvimento do sujeito exige também intervenções para o desenvolvimento de sua comunidade.

Há predominância em todos os serviços envolvidos na pesquisa da articulação com a Atenção Básica. Há um claro reconhecimento da importância da aproximação dos profissionais do CAPS com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), principalmente pelo fato destes últimos terem mais propriedade, conhecimento e vivência sobre o território. É trazida a necessidade de sensibilização dos profissionais antes de dar início ao matriciamento, no sentido de gerar uma abertura para a discussão e cuidado em torno da Saúde Mental, por vezes reconhecida como uma “demanda extra” para a Atenção Básica. Os participantes da pesquisa afirmam que somente após esse alinhamento sobre a importância e dever de compartilhamento do cuidado, é que se pode iniciar um trabalho de capacitação com os profissionais.

Foram trazidos vários relatos sobre a postura de hostilidade e rejeição que profissionais, principalmente na rede de saúde, assumem frente aos usuários em sofrimento psíquico. Nesse contexto, os profissionais

trazem o matriciamento nos diversos serviços como uma necessidade para o acolhimento e ampliação do acesso dos usuários dos CAPS à rede de atenção. Profissionais e gestores estão se aproximando da temática da Saúde Mental e repensando seu papel na rede de cuidado e atenção através de Grupos de Trabalho e Fóruns que estão sendo desenvolvidos por alguns CAPS. Um profissional traz o matriciamento também como uma estratégia importante para o compartilhamento do cuidado com a Atenção Básica dos casos não graves, que podem ter seu cuidado desenvolvido em ações no território.

*[...] o matriciamento, que seria uma estratégia necessária para cuidar das pessoas no território onde elas vivem, pensando que algumas não podem ou não precisariam vir até o CAPS, seriam casos mais leves, continuariam a serem cuidados nos seus postos, no PSF, tendo a gente esse trabalho de fazer, esse exercício de ir lá e discutir com esses serviços as questões, pensando nos projetos terapêuticos singulares dos usuários e sua família. (GF2)*

Os profissionais relatam a importância de estratégias de divulgação do CAPS e sua proposta de atendimento para a rede de saúde e para os demais setores da rede de atenção. É citada a importância de ações junto a empresas para abertura do campo de trabalho para os usuários e junto às instituições religiosas que, devido aos grupos que tradicionalmente desenvolvem em sua estruturação, são espaços potenciais de aproximação e intervenção dos CAPS.

As escolas também aparecem como um dos dispositivos mais buscados para o trabalho junto aos CAPS, com destaque para atuação junto ao CAPSia. Sendo a escola o principal espaço de interação social da criança, junto ao espaço familiar, os desafios para inclusão e para o acompanhamento específico das crianças com Transtorno Global de Desenvolvimento, ou algum outro tipo de sofrimento psíquico, requer proximidade dos profissionais que estão acompanhando a criança nos serviços de Saúde Mental, em uma ação de ampliação da compreensão sobre o sujeito e de compartilhamento do cuidado. São realizadas reuniões com os professores para discussões de casos e um dos CAPS realizou um Fórum de diálogo entre Saúde Mental e Educação.

A família surge enquanto rede de apoio informal de maior importância no cuidado aos sujeitos em acompanhamento nos CAPS. A principal estratégia de intervenção com esse grupo trazida pelos profissionais é a visita domiciliar. Há um destaque nas falas dos profissionais



do CAPSia, que trazem o trabalho junto à família como essencial para a garantia de direitos das crianças e adolescentes, com o reconhecimento da necessidade de abertura de espaços de socialização e inclusão para seus filhos.

*E não só com a escola, mas também com a família. A importância da criança estar inserida neste espaço que a família nem sempre reconhece que a criança tem condições de tá no espaço escolar. E a gente também vem mostrando a importância dos direitos deles na educação, e a gente sabe que o CAPS infantil depende muito da família. Que pra criança ter acesso e participar de algumas ações da comunidade, a família tem que estar dentro. E a gente também tem feito essa conscientização com a família, dele ter essa oportunidade de estudar, ou de repente sair de dentro de casa, ir pra outros lugares, se mostrar. (GF2)*

Alguns profissionais trazem também que a divulgação e inserção dos usuários em grupos e projetos desenvolvidos na comunidade já são pensados na estruturação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O olhar para as possibilidades de inserção social através da participação em espaços da comunidade já é assumido por alguns profissionais, que vão para além das ofertas do CAPS na estruturação do PTS, transcendendo a estruturação do formal quadro de atividades dentro do serviço.

*Quando eu vou pensar o plano terapêutico, eu já vislumbro tudo, você já contempla toda a vida do sujeito, não só aquelas oficinas, quando tem que vir ao CAPS, mas como estão as redes dele, as relações lá fora, a comunidade, o território, escola, o máximo que eu posso, que ele vá retomando aos poucos. (GF1)*

As ações em desenvolvimento nos CAPS estão, segundo os participantes da pesquisa, centradas no compartilhamento do cuidado dos usuários a partir da articulação de serviços e instituições formais (intra-setoriais e intersetoriais) e informais (família, grupos da comunidade) para atendimento das demandas do sujeito para seu cuidado integral. Há um esforço para ampliação do acesso e acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico em toda a rede de atenção, ainda permeada de preconceitos e não sensibilizada para a corresponsabilização no atendimento desse público. Não há destaque sobre a aproximação dos profissionais do espaço cotidiano de vivência e convivência dos usuários e sobre as possibilidades de intervenção nesse contexto.

c) Dificuldades na interação entre o CAPS e o território

Foi possível observar, no testemunho dos profissionais, a centralidade do discurso dos profissionais em torno das dificuldades identificadas para o aprofundamento da interação entre o CAPS e o território. Os dados apresentam essas dificuldades em diferentes dimensões: no aspecto cultural, com a forte expressão em todos os âmbitos da cultura manicomial; na articulação do cuidado em rede e na gestão da política e dos serviços de Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil propõe não só uma mudança no modelo assistencial aos sujeitos em sofrimento psíquico, mas uma mudança paradigmática que reverbera nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. (AMARANTE, 2007) Nesta pesquisa foi possível observar que os ranços do modelo manicomial de tratamento e de toda criação cultural em torno da loucura são importantes entraves à efetivação da aproximação entre o CAPS e o território.

Nos discursos dos participantes desta pesquisa, é trazida a repercussão da cultura manicomial entre alguns profissionais dos CAPS, que não compreendem a necessidade de intervenções territoriais e geram críticas e boicotes a essas ações. Há também uma centralidade nas ações internas do serviço, o que gera a demanda de realização de um trabalho junto à equipe para problematizar a importância das ações no território pelo CAPS no cotidiano de trabalho do serviço.

*A gente falando do território, pensando sempre no fora, né, mas se essa desconstrução não acontece dentro da gente, a gente não consegue fazer isso. Aí P3 falou e eu me lembrei que na verdade eu não sei se todos da equipe têm essa visão e só agora que eu acho que isso é fundamental. Se você não tem esse entendimento de que o território, da importância do território, de que tá atrelado, que tudo faz parte do nosso trabalho, isso não funciona, as ações não podem sequer ocorrer, porque muitas pessoas ainda pensam que o CAPS se resume aqui dentro, que os atendimentos, prioritariamente tudo aqui dentro, a gente esbarra em muitos entraves nesse sentido. (P1)*

Essa hegemonia cultural em torno das práticas manicomiais mostra sua força também na comunidade, que por vezes defende as formas de intervenção que preveem o isolamento e segregação, tem postura de violência e marginalização frente aos sujeitos em sofrimento psíquico e desconhece ou desacredita da proposta de cuidado do CAPS. Os profissionais falam da necessidade de trabalhos junto à comunidade que gerem uma ressignificação sobre a loucura e o sofrimento psíquico e

de divulgação sobre a Reforma Psiquiátrica e o modelo de atuação dos CAPS, trazido como um modelo recente e ainda pouco conhecido pela sociedade.

Outro aspecto importante que os profissionais discorrem diz respeito à internalização da segregação produzida pela cultura manicomial entre os usuários e familiares, que apresentam resistência para sair do serviço e buscar outros espaços de inserção, bem como solicitam a inclusão no CAPS de serviços de outros setores:

*A gente ouviu isso até mesmo no discurso dos pais, porque o CAPS não tem uma escola, porque o CAPS não tem um tratamento odontológico, então de limitar o espaço que o CAPS, tudo que for necessário pra ter esse indivíduo, seja tratado, seja acompanhado. (GF2)*

Essa resistência é interpretada pelos profissionais como resposta ao mau acolhimento em outras unidades de saúde e de outros setores, nas quais os usuários são estigmatizados pelo seu sofrimento mental ou pelo uso problemático de substâncias psicoativas. Os profissionais falam da importância de problematizar junto aos usuários e aos familiares a importância deles circularem na rede de atenção, conscientizando-os sobre o direito à assistência integral. Por outro lado, é importante atentar que esse movimento pode vir a gerar uma institucionalização no CAPS, no sentido de gerar práticas de tutela do usuário, como aponta um profissional:

*Mas se a gente parar pra pensar, a gente reproduz sim essa institucionalização dos usuários, a gente acaba reproduzindo sem se dar conta, porque, assim, é mais fácil pros usuários, talvez seja mais fácil pra gente, não sei, eles se sentem protegidos porque aqui eles se encontram, eles estão em pares, eles estão conosco e lá fora é o lugar do estranho, lá é onde vai enfrentar o preconceito. (GF1)*

A estigmatização dos sujeitos em sofrimento psíquico mostra-se também como importante entrave para a articulação do cuidado em rede. As diversas compreensões em torno da Saúde Mental ou o desconhecimento sobre tal aparecem nos discursos dos profissionais em denúncias de desassistência e de não interesse na efetivação de parcerias para compartilhamento do cuidado. Há ainda a colocação da não compreensão sobre o papel do CAPS pela rede de cuidado, que acredita que esse serviço deveria dar conta de todas as demandas do sujeito em

sofrimento psíquico, não reconhecendo seu papel de corresponsabilização pelo cuidado desse público.

*Há uma dificuldade de entender. Por a gente ser uma unidade de saúde, as pessoas acham que a gente tá dando conta daquele indivíduo problemático dentro daquela comunidade e que a gente tem que dar conta dele no todo. Isso a gente vê quando a gente chega no hospital, quando a gente chega no posto de saúde da família. (GF3)*

No que tange à articulação do cuidado em rede, há ainda a insuficiência de políticas públicas e serviços para dar conta da integralidade do cuidado dos sujeitos em acompanhamento no CAPS. A baixa cobertura do PSF em Salvador é trazido com um significativo entrave para efetivação do matriciamento com a Atenção Básica. Junto a isso, há a deficiência da própria rede de Saúde Mental de Salvador, que conta apenas com dois CAPSia e, na época do estudo, com dois CAPSad. A intervenção em território quando se é responsável pela abrangência de toda a cidade e não se têm outros serviços substitutivos da rede, como os espaços de convivência e equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, se torna cada vez mais difícil. Junta-se a isso a falta de políticas que deem um suporte ao CAPS no acompanhamento de usuários em situação de rua. Essa deficiência da rede acaba por reforçar o lugar do manicômio e das comunidades terapêuticas no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Esse quadro não é de exclusividade de Salvador, mas configura-se como um dos principais desafios da efetivação da Reforma Psiquiátrica em todo o país. (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009) Um exemplo de como a deficiência de dispositivos para dar conta das demais demandas dos sujeitos em acompanhamento nos CAPS interfere na continuidade do cuidado é trazido na experiência de um profissional do CAPSad:

*Temos usuários que vivem em situação de rua que precisam de lugar pra comer e dormir e esse lugar tem sido a rua. O município não oferece outros lugares ou, quando oferece, é muito precário [...] Você se esforça no cuidado com o usuário, sabe que consegue dar conta, mas fecha o serviço e à noite ele volta pra rua e diz assim “é muito difícil dormir na rua, aí eu encho a cara pra dormir”. Ou então “eu tenho que fumar crack pra ficar acordado”, porque é muito perigoso. Então, assim, essa coisa de não ter abrigo complica, dificulta a nossa relação com o cuidado desses usuários. E outro: muitos deles têm solicitado ir pra comunidade terapêutica. A gente costuma avaliar com eles qual é a necessidade e eles são muito categóricos em afirmar “eu preciso de um lugar pra comer e dormir, aqui vocês não me dão um lugar pra comer e dormir. E na comunidade terapêutica ele me dá. Eu vou ser obrigado a ficar rezando de manhã, meio-dia e à noite, mas eu tenho onde comer e dormir”, e isso é uma necessidade primária, necessidade básica do ser humano. (GF3)*

Outra dificuldade na estruturação do cuidado em rede é apontada na relação com um dos principais pontos de apoio da rede informal: a família. O não envolvimento ou corresponsabilização da família, bem como a necessidade do serviço dar conta das demandas de cuidado dos familiares, apresentam-se como desafios pra a integralidade do cuidado do sujeito em sofrimento e para a intervenção territorial junto a esse grupo.

*Uma coisa que eu acho também que dificulta, assim, quando a gente fala desse indivíduo no território, na comunidade é como é esse indivíduo na família? De repente a gente não consegue nem trabalhar esse indivíduo na família, porque a família tá distante, a família não adere, a família tem suas próprias demandas, outras dificuldades, às vezes também com relação à Saúde Mental. E aí como é que a gente pensa nesse indivíduo, nessa comunidade, nesse território, se nessa comunidadezinha menor, que é a família dele, a gente também não tá conseguindo? Então, eu acho que essa questão familiar é bem complicada. (GF1)*

Por fim, o discurso dos profissionais atrelou à gestão questões significativas que dificultam a efetivação das ações em território pelos CAPS. A referência à gestão é feita em relação à gestão do serviço e à gestão municipal.

Quanto às dificuldades relativas à gestão do serviço, foi comum a todos os grupos de profissionais dos diferentes CAPS a justificativa da não efetividade ou ampliação das ações em território devido à organização dos processos de trabalho com a priorização das demandas internas ao serviço. Os profissionais afirmam que o grande número de usuários referenciados por técnico e o alto número de atividades internas (são citadas: acolhimento, atendimentos, grupos, plantão, atenção à crise, atualização de prontuários) os impedem de desenvolver mais atividades no território ou de dar continuidade às ações planejadas e pactuadas. Um profissional traz essa centralização nas atividades internas nos CAPS como um movimento da “instituição”, compreendida por ele como uma “entidade”:

*Eu acho que tem uma coisa que é assim a instituição. Eu acho que toda instituição, ela tende a fazer um movimento que é sugar pra dentro, e aí, assim, os profissionais se organizam, se planejam pra sair, mas o tempo inteiro a instituição, e aí pensando a instituição como uma entidade, ela força você a ficar, porque aparecem os casos, aparecem as necessidades, aparecem as urgências dentro do serviço, e você vai ficando encharcado disso, tomado por essa rotina, porque você tem que fazer acolhimento, tem que acompanhar referências, tem que fazer uma série de coisas, uma série de atividades institucionais e, quando você se percebe, é mais fácil, apesar de ser muito difícil, ficar dentro da unidade do que extrapolar os limites e ir ao território. (GF3)*

Outro profissional, por sua vez, traz a discussão de que a priorização das atividades internas é reflexo do direcionamento clínico que é dado pela gestão do serviço e que há necessidade de repensá-lo, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Consideramos necessário, nessa questão, acrescentar um tensionamento importante que nos ajuda a compreender a alta demanda assumida pelos CAPS em Salvador e na maioria das cidades brasileiras. O cuidado em Saúde Mental é proposto pela Reforma Psiquiátrica a partir da substituição do modelo manicomial por uma rede de atenção integral, que deveria contar com, além dos serviços e políticas intersectoriais, alguns serviços substitutivos em Saúde Mental, como equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, espaços de convivência, residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais. (AMARANTE, 2007) Diante da inexistência de alguns desses dispositivos e da baixa eficiência dos existentes, o CAPS acaba por assumir a responsabilidade do cuidado não só dos usuários com transtornos severos e persistentes, mas também de casos que poderiam ser bem acompanhados por outros serviços, o que os leva a estarem sempre com uma demanda muito maior do que a que realmente têm a capacidade de assumir.

Quanto à gestão municipal, é proposto que a articulação do cuidado em Saúde Mental entre outros serviços de Saúde seja pactuado desde o nível central – Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Essa proposta vem do reconhecimento de alguns profissionais que as questões de Saúde Mental são vistas pela rede como de responsabilidade exclusiva dos CAPS e que há um trabalho de tensionamento e problematização de cunho político-administrativo junto às demais áreas técnicas e coordenações que deveria ser efetuado pela SMS.

Os profissionais discorrem, ainda, sobre as dificuldades encontradas para a garantia das condições básicas de trabalho, interpretadas por eles como “*falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde*” (GF1). Foi relatada, além das questões relacionadas à precarização dos vínculos trabalhistas, a falta de elementos essenciais para o cotidiano das ações de trabalho. São comuns a todos os serviços as queixas relacionadas à indisponibilidade de telefone para comunicação com usuários e outros serviços (alguns serviços não têm telefone disponível, em outros as ligações são limitadas) e à reduzida disponibilidade de carro (afirma-se que um carro não é suficiente para atender às demandas do serviço, além

da cota semanal de gasolina não ser compatível com a necessidade). Os profissionais de alguns serviços alegam ainda a não existência ou pouca disponibilidade de computador com internet. Os profissionais trazem que essas falhas administrativas, não garantindo alguns recursos considerados essenciais, têm repercussão direta na assistência aos usuários:

*E termina assim, que as questões administrativas suplantam às vezes as questões técnicas e isso é muito difícil. A gente precisa avançar enquanto profissionais no cuidado com a saúde do usuário do serviço e a gente fica emperrado o tempo todo nas questões administrativas. (GF3)*

Os profissionais trazem em suas falas um desgaste cotidiano frente à falta das condições básicas de trabalho, o que é trazido com destaque como justificativa do não desenvolvimento ou não ampliação das ações de natureza territorial. Esse contexto lhes tiraria a motivação e criatividade para o desenvolvimento de suas ações na superação dos limites impostos para a criação de uma clínica mais próxima do território.

As dificuldades para a intervenção territorial trazidas pelos profissionais coincidem com aquelas que são os principais entraves para a efetivação da Reforma Psiquiátrica: a cultura manicomial e as representações sociais de marginalização em torno da loucura, presentes nas instituições da rede de atenção, na família e na comunidade; as deficiências da rede de Saúde Mental e da rede intersetorial, com a insuficiência de serviços e recursos; e a gestão dos serviços e da política de Saúde Mental, com um direcionamento clínico ainda tradicional e, por vezes, institucionalizante.

Os discursos não trazem com evidência uma preocupação dos profissionais com as consequências dessa distância do modelo clínico de base territorial do cotidiano dos serviços para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. A não estruturação dos CAPS para atuação em rede e em diálogo com o território não é analisada do ponto de vista da tensão que essa realidade gera para a construção da política de Saúde Mental e do cuidado psicossocial, mas as queixas giram em torno da dinâmica de cada serviço de forma isolada.

## **Considerações finais**

O presente estudo sobre os sentidos e experiências da relação entre o CAPS e o território fez-se de fundamental importância para gerar

a reflexão e problematização nos grupos de profissionais participantes. Foi unânime a devolutiva dos profissionais ao final da realização dos grupos focais: o diálogo em torno desse tema os fez refletir sobre seu cotidiano de trabalho e sobre a potência da relação entre o CAPS e o território para a mudança do modelo de Atenção em Saúde Mental.

Os profissionais participantes desta pesquisa mostraram em seus discursos um reconhecimento da importância da intervenção dos CAPS junto ao território e que buscam em seu cotidiano de cuidado aos usuários em sofrimento mental acessar, quando possível, estratégias que se aproximem do espaço e das relações que perpassam a vivência desse sujeito na comunidade.

Segundo eles, a proximidade e vivência do território permitem um olhar diferenciado para o sujeito em sofrimento psíquico: junto ao seu espaço de vivência, de estabelecimento de vínculos, de interação, de construção de seu modo de vida, os profissionais propõem que é possível compreender como o sujeito opera seu cuidado, qual a sua rede de apoio formal e informal, quais recursos ele acessa ou quais são potenciais para seu acesso, quais estratégias utiliza para promover saúde para si, quais relações e atividades são promotoras de saúde e quais têm influência em seu sofrimento. O contato mais íntimo com a realidade dos sujeitos permite à clínica psicossocial desenvolvida nos CAPS ampliar suas possibilidades de intervenção, pautada em estratégias que dialogam com o contexto e singularidade dos sujeitos.

Porém, ainda que haja o reconhecimento e apropriação teórica dos profissionais sobre essa relação, a aproximação do CAPS com o território não é trazida como orientadora das práticas nos serviços. Estes organizam o processo de trabalho centralizado nas ações internas (atendimentos, realização de grupos e oficinas, acolhimento, atenção à crise). As ações territoriais encontram dificuldade de se efetivar também frente à fragilidade da rede de Atenção em Saúde Mental. Com um número de CAPS bem menor do que o necessário para o atendimento da demanda existente, sem outros dispositivos essenciais para a continuidade do acompanhamento (como os CAPS do tipo III, espaços de convivência, leitos em hospital geral) e com uma rede de atenção ainda permeada pela hegemonia da cultura manicomial e pelos preconceitos que geram desassistência aos sujeitos em sofrimento mental, os CAPS acabam por atender uma demanda muito maior que sua capacidade e



caem no risco de reproduzir, nesse tipo de serviço, as práticas do modelo ambulatorial – quando não as do universo manicomial.

Frente às dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, sem a garantia dos recursos e estrutura mínimos necessários, sem apoio de outros dispositivos fundamentais para o cuidado integral dos sujeitos, os profissionais mostram-se desmotivados, o que influencia na capacidade criativa de desenvolvimento de outras estratégias de atuação. Desmotivados e desacreditados nas possibilidades de mudança de sua realidade de trabalho, muitos profissionais reproduzem os meios tradicionais de cuidado, que se distanciam do território e das formas efetivas de reinserção social dos sujeitos em sofrimento.

Faz-se necessário um tensionamento político-ideológico junto às instâncias de gestão da política de Saúde Mental e da gestão dos serviços para uma reorganização do modelo clínico em desenvolvimento nos CAPS, para que se aproximem dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Além disso, um trabalho de disseminação desses pressupostos na rede de atenção e na sociedade, para superação das práticas de segregação, marginalização e normatização da loucura.

## Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica*: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS*: os centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004b. (F: comunicação e educação em saúde).

- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003. (Saúde em debate, 150).
- DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.
- DIAS, F. A. C. et al. Território, cultura e identidade: uma visão do estado da arte. In: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. de A. (Org.). *Território, cultura e identidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010. p. 15-26.
- DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-10, jan./abr. 2009.
- FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização em Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2007. (Cidadania do cuidado). p. 209-223.
- FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, jan./mar. 2005.
- GONZALEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira, 2002.
- HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPÓSITO, E. S.; SAQUET, M. A. *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2004. (Geter. Grupo de estudos territoriais). p. 87-119.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2009. (Saúde Loucura, 20).
- LOBOSQUE, A. M.; SOUZA, M. E. de. (Org.). *Atenção em Saúde Mental (Linha-Guia)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. (Saúde em casa).
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. (Saúde em debate, 46).

MONTEIRO, A. U. et al. Território, cultura e identidade para a Promoção de Saúde. In: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. de A. (Org.). *Território, cultura e identidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010. p. 29-45.

NICÁCIO, M. F. de S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental*. 2003. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de sujeitos coletivos e diferentes olhares sobre o território. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothshchild, 2010. (Saúde em debate, 190). p. 247-272. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/manual\\_das\\_praticas\\_de\\_atencao\\_basica%5B1%5D.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Anais...* Ottawa: OMS, nov. 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2016.

PITTA, A. M. F. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 27-30.

QUINTAS, R. M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em debate*, Londrina, v. 32, n. 78/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

SANTOS, M. (Org.). *O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1987. (Espaços).

SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010. (Loucura & civilização).

# APÊNDICE A



## UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

1. Guia de temas;
2. O que você diria sobre a relação entre o CAPS e o território?
3. Que ações você identifica como necessárias de serem desenvolvidas por um CAPS no território?
4. Que ações você identifica que são desenvolvidas no território pelo CAPS onde você atua?
5. Que dificuldades você identifica para o desenvolvimento de ações territoriais pelos CAPS? E as facilidades?
6. O que é território para você?

# Quando o lixo não é lixo: relato da experiência de acompanhamento a uma usuária catadora de material reciclável

Sara Costa Nascimento  
Patrícia Maia Von Flach

*Maria, Maria  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta  
(Milton Nascimento)*

## Para início de conversa

Sabe-se que a produção de lixo tem se tornado um problema que assume relevância em nossa sociedade. Essa questão parece ser decorrente dos padrões de consumo da sociedade atual: estamos consumindo além da nossa capacidade de dar conta do que é adquirido. O não tratamento do material utilizado alia-se a essa dificuldade, transformando a produção e acúmulo de lixo em um problema de saúde pública. Siqueira e Moraes (2009, p. 2118) apontam que “[...] problemas ambientais são problemas de saúde, pois afetam os seres humanos e as sociedades em todas as suas dimensões, ficando evidentes suas consequências no espaço construído”.

Pode-se dizer que essa questão também apresenta ressonâncias em camadas sociais que não consomem primeiramente os bens de

consumo. Um exemplo disso é o surgimento da população de catadores de lixo, pessoas que, em aterros sanitários, lixo doméstico ou cooperativas, retiram do lixo o seu sustento. Magera (2003) apud Sousa e Mendes (2006, p. 17) identificam que

[...] os catadores são os primeiros atores de um complexo circuito econômico, entendidos, assim, como agentes ambientais na medida em que seu trabalho resulta na amenização do desperdício e redução da poluição e degradação ambiental que o lixo provoca.

Apesar disso, o importante papel exercido pelos catadores não encontra um reconhecimento social. Pelo contrário, o catador de material reciclável acaba tendo sua imagem colada com o seu material de trabalho, identificado assim com algo que não serve, é sujo e pode ser descartado.

O estigma relacionado aos catadores de lixo não é um problema atual. Corbin (1987, p. 188), traçando uma história da percepção olfativa na França a partir da segunda metade do século XVIII, aponta que o catador era considerado o arquétipo do fedor: “O catador concentra os odores da miséria e se impregna neles; seu fedor passa a ter valor de símbolo. [...] Figura deformada das imundícies do povo, ele se instala sobre o esterco dos outros”.

Atualmente, Siqueira e Moraes (2009, p. 2120) confirmam esse fato dizendo que os catadores “[...] são submetidos a uma condição de marginalidade social e econômica, que muitas vezes se confunde com o próprio conceito de lixo”. É como se a existência dos catadores concretizasse a existência do problema social e econômico que a produção de resíduos sólidos se tornou.

A complexidade dessa questão na vida dos sujeitos que têm o lixo como material de trabalho ainda é abordada de forma incipiente no campo da Saúde. Porto e colaboradores (2004) fizeram um levantamento de artigos indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre 1990 e 2003 e, dos 18 artigos encontrados, nenhum analisava especificamente o cotidiano das pessoas que vivem do lixo. A maioria fala sobre o lixo associado a doenças e sobre seu impacto na saúde pública. Certamente, essa é uma questão de Saúde Coletiva, mas, como será visto mais à frente, existem outros aspectos a serem considerados.

No campo da Saúde Mental, existem casos de pessoas que atribuem significados incomuns ao lixo e pode-se perceber uma forma de

apropriação subjetiva desse material, que vai determinar o modo dos sujeitos lidarem com ele.

*Estamira*, documentário produzido por Prado (2006), é um trabalho que mostra como, em alguns casos, o trabalho com o lixo pode ser produtor de saúde. Estamira estava em situação de sofrimento psíquico e encontrou no trabalho no lixão de Gramacho uma forma de se sustentar no mundo.

Ao recorrer à história de vida da usuária de que trata este trabalho, percebe-se que o lixo ocupa em sua vida uma função de sustentação psíquica para dar conta de sucessivas perdas. No CAPS, onde a usuária é atendida, surgiram mais dois casos de pessoas que acumulam resíduos sólidos em suas residências e existem registros de casos semelhantes em outros CAPS. Geralmente esses casos chegam encaminhados pela vigilância sanitária que, por sua vez, já recebeu reclamações da comunidade por conta do mau-cheiro, insetos e contaminação decorrente do material acumulado.

O manejo clínico desse tipo de caso põe em xeque as concepções dos profissionais sobre o que seja o trabalho de um serviço substitutivo de Saúde Mental, o entendimento sobre Clínica Ampliada e Atenção Psicossocial.

De que clínica se fala quando se faz referência à Clínica Ampliada? Sabe-se que a palavra “clínica” encerra diversos significados, possibilitando diferentes apropriações dos sujeitos. Sobre essa questão, Campos (2003) interroga sobre a existência de uma clínica pura, sem adjetivos que a qualifiquem. É certo que quando se fala em Clínica Ampliada, remete-se a existência de outra clínica. O autor explicita essa questão, trabalhando com a noção de semblantes da clínica e aponta três delas como as principais. A Clínica Oficial, que chama de Clínica Clínica, se diz científica e ética, faz parte da ideologia e do sistema de referência da Medicina; a Clínica Degradada, que considera a possibilidade de interferência que fatores sociais e econômicos específicos podem fazer sobre o potencial da Clínica Clínica, fazendo com que esta não funcione como deveria para dar resolutividade às questões de saúde; e, finalmente, a Clínica Ampliada, também conhecida como Clínica do Sujeito. Essa busca

[...] superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com projetos terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o

ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada com a saúde dos outros. (CAMPOS, 2003, p. 63-64)

Bom, este é um projeto desafiador. Não é simples superar fragmentações instituídas há tanto tempo. Campos (2003, p. 66) aponta que uma primeira solução para essa mudança de prática é: “o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado [...], pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre.” Essa ponderação que Campos traz é importante. Se o profissional não reconhece que seu saber pode ser limitado frente à realidade dos sujeitos, corre o risco de trabalhar no sentido de um ajustamento do usuário aos padrões de clínica, sociabilidade e cultura do técnico.

É o que acontece geralmente com os profissionais de saúde que se aproximam de casos como o que trata este capítulo. A primeira ação a fazer parece ser retirar o lixo, fazer a assepsia do local, da usúria etc. Essas ações não precisam ser descartadas, em algum momento elas podem ser necessárias. Mas é importante se perguntar que sentido esse material tem na vida do sujeito que lida com ele, que complexas tramas o levaram até ali.

Nesse sentido, a Clínica Ampliada mostra sua potencialidade, pois

[...] reconhece que os sujeitos (cuidadores e cuidados) estão imersos em uma teia de forças que, de certa forma, os constitui. Imaginar a clínica a partir desse modelo não significa um mapeamento detalhado das estruturas citadas (os fios) em cada um dos sujeitos na relação clínica, [...] a prática seria construída de costuras. Nesse modelo não existiriam quase nunca os purismos das racionalidades médicas, dos modelos teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas – no plano social, no biológico, ou no psicológico. A vida é entendida toda ‘misturada’. (CUNHA, 2005, p. 122-123)

No campo da Saúde Mental, as transformações ocorridas com o processo da Reforma Psiquiátrica propõem uma série de práticas e saberes para prestar uma assistência adequada às pessoas em sofrimento psíquico. Esse conjunto de práticas e saberes pode ser chamado de Atenção Psicossocial. Pode-se dizer que esta estratégia é correspondente da Clínica Ampliada.

Buscando a superação do modelo manicomial de tratamento, centrado na neutralização do sujeito, a Atenção Psicossocial aposta em outras



formas de cuidado que possam ser produtoras de subjetividade, valorizem o sujeito e trabalhem suas relações com a sociedade e a cultura.

Os CAPS são um dos principais instrumentos para efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esses são lugares onde a pessoa em sofrimento psíquico deve poder “caber” com sua idiosincrasia, sua estranheza, seu transbordamento. Fica principalmente com o CAPS a tarefa de promover o alargamento da tolerância social com o louco e consolidar no cotidiano as mudanças conquistadas com a luta antimanicomial.

No entanto, nos CAPS, os dois paradigmas acima citados cotidianamente também buscam espaço, poder e saber. Os desafios são constantes. Yasui e Costa-Rosa (2008) pontuam que o fato de a mudança de paradigma ainda não estar presente na formação básica dos profissionais torna o desafio ainda maior, pois estes veem com o olhar fragmentado da realidade. Isso gera uma dificuldade para lidar com situações habituais nos serviços de Saúde Mental, como “[...] Impasses na subjetividade das pessoas e seu sofrimento, na maioria das vezes, desencadeadas pelo cotidiano, que se desenrola em duras condições sociais.” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 30) Nesse contexto, casos que fujam ao padrão de atendimento de grupos, oficinas, atendimento médico ou atendimento individual encontram dificuldade em receber assistência.

O presente capítulo apresenta o acompanhamento de uma usuária por uma residente de Psicologia durante a prática desta em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II. Trata-se de um caso em que a usuária trabalhava como catadora de materiais recicláveis e também acumulava grande quantidade de lixo em sua residência, o que resultava em conflitos com a vizinhança e com sua família.

A metodologia utilizada no trabalho é o relato da experiência do meu acompanhamento, articulado com a discussão sobre Clínica Ampliada e Atenção Psicossocial.

Diante da complexidade apresentada no manejo de casos de usuários que trabalhem com lixo e façam por diversas questões o acúmulo desse material, e da insuficiência de produção acadêmica em torno desse assunto, objetivo que este trabalho possa contribuir para a discussão sobre o atendimento a esses usuários. Espero contribuir para práticas mais delicadas e relacionais, que levem em consideração a subjetividade envolvida em todo esse processo.

## Lá vem ela: Maria Maria...

Maria[1] tem 54 anos, é separada do marido há muitos anos, apesar deste ainda morar na mesma casa que ela; não sabe ler, informou que frequentou somente o período primário na escola.

Segundo relatos de Maria, sua família é originária de um município baiano, local onde até hoje sua mãe mora. Nesse caso, o conhecimento sobre a história de vida da usuária se deu ao longo de todo percurso do atendimento, pois foi somente após ter confiança na residente que ela falou sobre sua infância e relação com os pais.

A usuária se casou duas vezes e teve 13 filhos. Os três primeiros foram criados por seus parentes. No período em que seus filhos ainda eram pequenos, Maria saía para trabalhar e deixava as crianças sozinhas em casa. Esse fato resultou em uma denúncia por abandono para o Juizado de Menores, que veio averiguar a questão, em um dia em que Maria não estava em casa, e levou seis dos seus filhos. Duas das crianças viram o carro do Juizado chegar e se esconderam, por isso não foram levadas.

Maria não gosta de falar sobre esse assunto. Mas, segundo relato de uma das meninas levadas pelo Juizado, Maria só foi visitá-las uma vez: *“Minha mãe só foi me visitar uma vez no orfanato, esperava que ela fosse me buscar, mas cansei de esperar e só fiquei com ódio. Ela nunca me amou”*.

Segundo Nilson[2], filho da usuária, dois filhos de Maria morreram no orfanato em condições que ele não sabe explicar. Além dessas perdas, Maria também perdeu uma filha de dois anos e seis meses que morreu, segundo relatos da família e da vizinhança, devido a um ataque de vermes.

É após a morte dessa menina que aparecem os primeiros sintomas de um transtorno mental. Maria passa a ficar irritada, agressiva, tem sentimentos persecutórios, alucinações auditivas e visuais e passa a acumular lixo em sua casa.

É com essas queixas que o caso chega ao CAPS em 2009, procedente de uma visita domiciliar em conjunto com a vigilância sanitária do Distrito Sanitário de referência. Os vizinhos de Maria acionaram essa instituição, alegando que há cerca de cinco anos a usuária acumulava

---

[1] Nome fictício.

[2] Nome fictício.

em sua casa grande quantidade de lixo, causando mau cheiro e atraindo diversos insetos.

Após acolhimento em 2009, a usuária recebe o diagnóstico F20, esquizofrenia, e lhe são prescritos Haldol e Fenegan. No uso da medicação, Maria relata um quadro de impregnação e, por isso, deixa de usar o remédio. Nesse período, Maria não dá continuidade ao tratamento, sua família não a leva ao CAPS e não há registros de busca ativa por parte do serviço. A usuária só volta a ser procurada pelo CAPS quando, em 2011, este é novamente acionado pela vigilância sanitária.

### **É preciso ter manha: Clínica peripatética e tessitura do vínculo**

O primeiro encontro com Maria aconteceu no CAPS. A Técnica de Referência (TR) do caso chamou a usuária para uma reunião em que estavam presentes uma psicóloga do serviço e eu. Ao conhecer Maria fiquei surpresa, esperava uma pessoa com a higiene precária e com intensa desorganização psíquica. No entanto, ela não se apresentava assim, parecia estar limpa, foi ao CAPS sozinha e mostrava entender o que colocávamos em relação ao acúmulo de material em sua casa. Sobre esse ponto, ela disse que retiraria o material aos poucos e que pretendia vendê-lo para a reciclagem. Nesse dia, negocieei com a usuária minha primeira visita domiciliar juntamente com a TR e ela aceitou.

Tentarei aqui descrever um pouco como é a casa de Maria para dar uma ideia da complexidade da situação. Segundo relato dos vizinhos, a ocupação da área que eles moram se deu por invasão. O local se parece com tantas outras áreas da cidade que também foram ocupadas por esse mesmo processo: ruas estreitas, casas construídas lado a lado.

A casa de Maria fica na esquina de sua rua, na parte de baixo tem a sala, banheiro e cozinha, na parte de cima estão os quartos. A parte da frente da casa estava cheia de lixo. É importante aqui pontuar que, quando me referia ao lixo com Maria, falava no “material” acumulado, já que para a usuária não se tratava de lixo. Tudo tinha um significado, vidro e plástico que seriam vendidos, tapetes que ainda seriam usados, roupas que seriam doadas, enfim, uma variedade de coisas, mas entre elas estavam frutas apodrecidas, papel higiênico usado, massa de pão apodrecida etc.

Esse material estava por toda a casa, na frente, na sala, na escada e nos quartos. A casa é impactante por ser difícil imaginar como uma pessoa pode viver em condições tão insalubres, conviver com insetos e mau cheiro. Na primeira vez que entrei na casa, perguntei a Maria onde ela dormia, ela me apontou um local na sala onde há um sofá coberto por lixo; me disse que jogava umas roupas por cima e dormia ali.

Apesar das condições para mim insalubres, no período em que iniciei o acompanhamento moravam com Maria duas de suas filhas que tinham sido levadas pelo Juizado, mas que, ao completarem 18 anos, foram devolvidas para a mãe. Esse fato criou diversos conflitos na família, pois Maria e suas filhas não construíram uma relação afetiva entre elas. A obrigação de conviver na mesma casa, e com toda a mágoa envolvida pela ausência de Maria na infância das meninas, resultou em agressões verbais e físicas. Essa situação não era confortável para nenhuma das partes, já que as meninas assim que começaram a trabalhar alugaram um espaço e saíram da casa da mãe.

Em um dos atendimentos no CAPS, foi construído com Maria seu Projeto Terapêutico Singular e este continha um dia de atendimento individual com a Técnica de Referência e a residente no CAPS, e outro dia de atendimento domiciliar realizado pela residente. Através dos atendimentos domiciliares foi possível me aproximar da usuária, sua família e seus vizinhos, de modo que acertei com Maria um dia e horário de visita fixos, ainda que houvessem, conforme a demanda do caso, outros dias de atendimento.

A aproximação com Maria se deu através de uma proposta de realizar uma clínica no território, acompanhando a usuária em seu processo de coleta de material. Dessa forma, passei a acompanhá-la em seu percurso desde a coleta até a venda do material na reciclagem.

No início do atendimento me preocupei em construir para mim um lugar diante de Maria, lugar esse em que eu fosse um outro diferente dos outros do seu entorno, pessoas que só falam do lixo, como se ela também fosse parte daquele material. Minha intenção era ser uma presença leve e despretensiosa, acolhedora, sabendo que a forma que Maria estava se apresentando no mundo é a melhor que ela conseguiu organizar psicicamente. Por esse motivo, não posso cobrar coisas além das que ela pode dar.

Propus a Maria que eu a ajudasse a separar o material que estava em sua casa para levar até a reciclagem. A princípio, a usuária se mostrou resistente, disse que conseguia resolver aquilo rápido e não precisava de minha ajuda. Brinquei com ela: “*olha, você tá achando que eu não sou de nada, não tá acreditando que eu sou boa de faxina*”. Com essa fala, ela sorriu e consentiu com a ajuda. No final do atendimento desse dia, Maria falou: “*então amanhã você vem me ajudar de novo?*” Percebi aí que se delineava a construção de um vínculo com a usuária.

Diversos foram os atendimentos domiciliares em que eu acompanhei a usuária em seu território. Com base nisso, posso dizer que ela transita bem pelo bairro, conhece muitas pessoas e as cumprimenta, é bem localizada espacialmente e, em relação ao trabalho de reciclagem, separa adequadamente os materiais, apresentando dificuldade principalmente com a armazenagem deste.

Durante o processo do acompanhamento, Maria começou a trabalhar em um restaurante, sua atividade era fazer a limpeza do local e lavar as panelas utilizadas. Esse fato confirmava a relação subjetiva que Maria construía com o material acumulado em sua casa, já que não apresentava dificuldades em fazer a limpeza em outros locais. Na ocasião, Nilson, filho de Maria, diz que sua mãe trabalhou durante muitos anos como doméstica e era conhecida na área que morava por ser uma boa profissional.

### **É preciso ter raça e outras *cositas* mais: diálogo com instituições, negociações e agenciamentos**

O atendimento desse caso era acompanhado de perto pelo Distrito Sanitário, pois este recebia constantemente denúncias dos vizinhos de Maria sobre a situação do lixo. Além disso, os vizinhos ameaçavam chamar programas de televisão populares para intervir na situação. Posso dizer que, nesse sentido, a TR e a residente eram pressionadas a apresentar uma resolução para a questão.

Diante da complexidade do caso, se fez necessário realizar intervenções em algumas frentes:

Vizinhança: nos atendimentos domiciliares realizados, presenciei diversas vezes os vizinhos de Maria gritando, xingando e dirigindo ameaças à usuária. Maria sempre retrucava e o clima de tensão se instalava.

Quando eu chegava para o atendimento e não encontrava Maria, conversava com os vizinhos, explicava sobre o CAPS e tentava de forma simples falar sobre a subjetividade envolvida no acúmulo do material, tentando negociar com eles a forma com que tratavam Maria. A princípio, os vizinhos tinham uma atitude bastante hostil em relação a mim, diziam que conversa não resolveria o problema e a usuária deveria ser internada. Aos poucos essa atitude foi se tornando mais cooperativa, os vizinhos perceberam a persistência das ações do CAPS e nos diferenciaram de tantos outros profissionais que já haviam estado lá, tirado fotos, feito perguntas e não voltavam.

Família: os únicos familiares de Maria que conheci foram seus filhos. Como já citei anteriormente, duas das filhas foram devolvidas pelo Juizado de Menores à mãe quando completaram 18 anos e, com elas, Maria não tinha qualquer relação afetiva. Conheci outras duas filhas, uma delas tinha uma menina pequena. E ainda conheci um filho: Nilson.

Os filhos que citei aqui moravam próximos a Maria, mas não se responsabilizavam pelo cuidado a ela. Referiam estar cansados de tentar limpar a casa da mãe e de negociar os conflitos com a vizinhança. Envolver os filhos de Maria no seu cuidado foi uma das intervenções. Foram marcados atendimentos tanto em conjunto como individuais, para envolvê-los nos direcionamentos dados ao caso.

Instituições envolvidas: foram necessárias reuniões com o Distrito Sanitário de referência, Zoonoses, Empresa de Limpeza Urbana do Salvador (Limpurb) e Vigilância Sanitária para negociar as intervenções na casa de Maria. Eram constantes as ligações do Distrito para o CAPS a fim de saber que ações estavam sendo realizadas e os prazos para que o material fosse retirado. Em um dado momento, o Distrito e o CAPS entraram em acordo para a realização de uma reunião com todas as instituições envolvidas. Essa foi uma oportunidade para que pudéssemos falar sobre as questões psíquicas que envolviam o acúmulo do material e o funcionamento do CAPS. As instituições, por outro lado, pontuaram não poder esperar muito tempo para que o material fosse retirado, pois ali havia acúmulo de água, ajuntamento de insetos e roedores. Abrir o canal de comunicação com essas instituições foi importante para que pudéssemos fazer o trabalho em uma única direção, avaliando as necessidades de ambos os lados.

Comigo mesma: para que me aproximasse da usuária sem preconceito com seu modo de vida, mas também avaliasse meus limites em relação ao lixo, à presença de insetos e à minha circulação em uma comunidade que eu não conhecia. Na tentativa de ajudar Maria a diminuir riscos na atividade de reciclagem, levei para ela um par de luvas que só foram usadas uma vez. Quando questionei o porquê dela não usar as luvas, Maria respondeu: *“sempre fiz tudo sem luvas e nunca fiquei doente, não é agora que vou ficar. Confio em mim mesma e na água. Se você pega nas coisas com nojo fica doente, eu pego sem nojo, com confiança, por isso não fico doente”*. Não cabia aqui informar sobre as possibilidades dela ficar doente se expondo daquela forma. Maria tinha uma forma de ver o mundo que eu precisava respeitar para estar com ela em uma relação de alteridade.

Algo também importante na intervenção comigo mesma era resistir ao fascínio exercido pelo lixo. Sei que essa frase soa estranha, mas o lixo é extremamente mobilizador. Era necessário me questionar constantemente o que era atender esse caso, para poder ver o sujeito por trás do lixo.

### **É preciso ter delicadeza: o mutirão, momento de crise, conflitos e surpresas**

Em um dado momento, percebi que o vínculo com Maria estava estabelecido, ela gostava de estar comigo na comunidade, já esperava pelo atendimento e tinha confiança para falar do seu dia a dia. As pessoas na comunidade perguntavam para ela quem eu era, se eu era uma amiga, se era sua filha, e aí eu percebi o lugar que eu tinha diante de Maria. Ela respondia: essa é Sara, do CAPS. Pronto. Sem maiores explicações. Uma resposta simples, mas que mostrava a compreensão de Maria sobre o meu trabalho.

Em um atendimento no território, Maria me convidou a visitar uma de suas filhas. Eu aceitei. Chegando lá conheci M. e tentei articular com ela e Maria a possibilidade de um mutirão de limpeza do material que estava na frente da casa da usuária. M. concordou e disse que poderia chamar alguns colegas para ajudar nesse processo. Maria continuou dizendo que tiraria o material aos poucos, mas em negociação com a filha e comigo, concordou com o mutirão.

Dois dias antes do mutirão, a Técnica de Referência do caso e a residente participaram de uma reunião no Distrito Sanitário com as instituições envolvidas. Nesse momento, a retirada do material foi discutida e negociada. Aproveitamos para explicar que Maria não atribuía ao material acumulado em sua casa o mesmo valor que as outras pessoas atribuíam. Retomamos um pouco da história de vida da usuária e esclarecemos que, após tantas perdas e sofrimento, a usuária conseguiu se organizar acumulando itens em sua casa e, se isso fosse retirado de forma brusca, ela poderia se desorganizar psiquicamente.

O momento do mutirão foi a situação mais difícil vivida pela Técnica de Referência, pela residente e pela usuária, nos atendimentos. Estavam presentes os filhos da usuária e seu genro. De início, começamos a separar o material reciclável e Maria, aos poucos, o levava para vender na reciclagem. No entanto, durante a separação do material, foram encontrados muitos itens apodrecidos, sujos e velhos. Eram coisas que não tinham condições de serem utilizadas novamente e, por esse motivo, foram separadas para serem jogadas no lixo.

É importante frisar que a usuária estava presente nesse momento, ajudando a separar o material e tudo o que era destinado ao lixo passava por sua aprovação. Em poucos instantes, a rua de Maria já estava tomada pelo material que ia pro lixo. Percebemos, então, que não haveria como poucas pessoas darem conta de carregar tanto material. Assim, solicitamos à Limpurb um auxílio para levar o material apodrecido.

Ao saber que a Limpurb viria levar o material, Maria começou a se desorganizar. Apesar de eu e a TR negociarmos com ela que só seria levado o material que ela permitisse, a usuária começou a falar alto, culpando os vizinhos pelo que estava acontecendo. Nesse momento, saí por alguns instantes com Maria para realizar uma continência psíquica, expliquei claramente o que iria acontecer naquele momento, reconhecendo o quanto aquilo era importante para ela.

Apesar disso, quando o caminhão da Limpurb chegou, Maria apresentou um momento intenso de desorganização psíquica, jogou materiais para cima, quebrou o carrinho de mão que usava para coletar o material, apresentou agitação psicomotora e agressividade, mas em nenhum momento isso foi dirigido a mim ou à TR. Diante da desorganização que a usuária apresentou, a TR colocou para mim a possibilidade de Maria ser internada se não se acalmasse. Tentei ficar mais próximo



dela, mas ao mesmo tempo modulando minha presença e avaliando essa aproximação. Um momento de tensão para mim foi quando Maria apareceu na porta de sua casa com uma faca na mão. Nesse momento eu fui tomada por fantasias, pensei que ela iria me atacar, porque estava chateada comigo por seus materiais estarem sendo levados. Consegui me controlar um pouco e perguntei se ela estava procurando alguma coisa, ela disse que sim, que procurava os fios que tinha guardado, queria desencapá-los para poder vender. Respirei aliviada e sugeri a Maria que fizesse aquilo depois.

Nesse complexo momento, realizei uma condução baseada no vínculo que já havia construído com a usuária. Mostrei respeito por seu momento de sofrimento e fiz as negociações necessárias para amenizar o desconforto que aquele momento se tornou para os presentes. Negocie com os vizinhos que entrassem em suas casas, já que a aglomeração de pessoas e os comentários estavam deixando Maria ainda mais nervosa. Foram necessárias negociações também com a família, para que se acalmassem e continuassem no local para ajudar a mãe. Também foi necessário negociar com a Limpurb a retirada de apenas uma parte do material, pois era provável que Maria não suportasse a retirada de tudo o que estava na frente da casa. O processo do mutirão também foi vivido por mim com angústia. Perguntava a mim o que eu poderia ter feito para evitar aquela situação, em que ponto eu tinha errado.

Em dado instante, Maria não suportou ver a retirada dos materiais e saiu. Nessa ocasião aconteceu algo bonito. Os filhos de Maria, apesar de acharem que a Limpurb deveria levar todo o material, ao ver o sofrimento da mãe separaram, mesmo na ausência dela, os materiais que sabiam que Maria sentiria falta posteriormente.

### **É preciso ter gana sempre: Maria quer explicar seu trabalho**

Após o mutirão, minha principal preocupação era com a fragilização do vínculo já estabelecido com a usuária. Realizei uma visita domiciliar no dia seguinte e Maria me recebeu bem; apenas enfatizou que não iria mais ao CAPS. Penso que a condução delicada do caso naquele momento possibilitou que, em outra ocasião, a usuária pudesse reelaborar o dia do mutirão: *“eu estava muito nervosa aquele dia, depois conversei*

*com o gari da Limpurb, ele disse que se soubesse que o material era meu não teria levado. O que essas pessoas pensam? Sou eu que me mantenho, ninguém me dá nada. Tenho que trabalhar”.*

Nesse mesmo dia, Maria solicitou um encontro com a Limpurb para que pudesse explicar a eles a necessidade que tinha do material acumulado em sua casa. Percebendo o potencial terapêutico dessa ação, eu e a TR solicitamos ao coordenador do Distrito Sanitário que articulasse essa reunião. No entanto, este não colocou como possível a existência de uma reunião solicitada por uma usuária de Saúde Mental com a Limpurb e indicou que esse processo acontecesse com o coordenador do Sistema Integrado de Gestão Administrativa II. Este senhor se mostrou sensível à complexa situação apresentada no caso e realizou, em conjunto comigo e a TR, uma visita domiciliar à Maria, para negociar com esta um outro momento de retirada do material.

### **É preciso ir embora: a angústia da residente com o momento de transição de equipes**

A residência tem um tempo de cinco meses e meio em cada campo de prática e o meu no CAPS II chegava ao fim. O momento de mudança para outro serviço de Saúde Mental aconteceu no período em que a TR e eu fomos novamente chamadas para discutir o caso de Maria. O coordenador do Distrito explicou que a comunidade havia voltado a pressionar quanto à retirada do material.

Apesar de explicarmos todo o percurso e os avanços que a intensificação de cuidados a Maria vinha tendo, o coordenador colocou que o material iria ser retirado, ainda que sem o consentimento de Maria. A usuária, quando soube que a retirada do material voltou a ser cobrada, concordou em levar todo o material que estava na frente de sua casa para o galpão em que ela vende a reciclagem, mas esse ponto já é outra história.

É difícil deixar o acompanhamento de um caso em que são feitos tantos investimentos, quando este ainda demanda muitas ações. No entanto, essa transição é necessária. Conversei com Maria sobre a minha saída e marquei com a próxima residente que acompanharia o caso uma visita em conjunto à casa da usuária. Maria parecia estar entendendo a minha saída do CAPS, mas quando vou me despedir ela pergunta: e que

dia você vem aqui de novo? Explico novamente sobre minha saída e a entrada de outra residente, mas, ainda assim, me coloco disponível para se ela precisar de mim em algum momento. Ela pede meu telefone, eu dou.

É interessante como o vínculo causa interferências nos dois lados. O usuário se sente mais seguro, tem um ponto de referência, pode ter um depositário de suas questões. O técnico, por sua vez, ganha em aprendizado sobre a clínica e sobre si mesmo, suas possibilidades e limites.

## É preciso refletir

### O lixo como material de apropriações subjetivas

[...] O que colocamos no lixo ou guardamos com toda cautela é uma escolha nossa. Por vezes, o que eu decido guardar, você colocaria no lixo. Aquela entrada de cinema, o papelzinho da bala, o pacote daquele presente, um recorte de jornal, um vidro de perfume vazio. Pode ser que um dia eu resolva colocar tudo isso na lixeira e deixar que o caminhão do lixo leve tudo embora.

Pode ser

Pode não ser...

Não hoje. Não ainda.

Há certas coisas que nunca vão para o lixo.

(BEE, 2010)

O poema acima mostra como, de formas simples, as pessoas podem manifestar através do lixo sua subjetividade. O que vai para o lixo não é indiscriminado, escolhe-se o que vai para o lixo. Quantas vezes um pedaço de papel assume para nós um significado que vai além do papel e é guardado durante muito tempo? Da mesma forma, talvez a foto que lembra um relacionamento que terminou vá parar de repente na lixeira. Tudo depende do quanto de investimento psíquico depositamos no objeto.

Essa aproximação pode parecer simplista demais, mas talvez pensando em situações cotidianas, a situação de Maria não pareça tão bizarra. No caso dela, o lixo tomou valor de objeto, mas poderia ser outra coisa. Cabe pensar por que, para Maria, foi o lixo que tomou esse valor. Será que foi pela pobreza? Gonçalves (2005) analisa que a aproximação da população pobre com o lixo é resultado de um processo capitalista

excludente. Ressalta que a sobrevivência e a união, por ser esse um trabalho gregário, influenciam o aumento da população de catadores. Maria realmente põe o trabalho de catação como sua principal fonte de renda. No entanto, não se beneficia do aspecto gregário. Ela está sempre sozinha em sua atividade de coleta e venda dos materiais.

Entender o significado do lixo para Maria é algo que me mobilizou desde os primeiros atendimentos. Já descrevi aqui como era a casa dela, não havia espaço nem para dormir. No entanto, também ficou claro desde o início que o lixo não era somente lixo.

A aproximação com a história de vida da usuária foi delineando uma hipótese da relação que ela estabeleceu com o lixo. Penso que o momento do mutirão é que foi marcante para compreender a apropriação subjetiva que Maria faz desse material acumulado. Até então, Maria não tinha apresentado nenhum episódio de desorganização psíquica. Esse foi o único episódio que presenciei durante o período que acompanhei a usuária.

Freud (1976), quando fala do caso Schreber, aponta que o paranóico, e podemos ampliar para o esquizofrênico, reconstrói o universo de uma forma em que possa suportar a sua existência. Então, as produções que são tomadas como mórbidas são, para a pessoa em sofrimento mental, uma tentativa de cura, uma reconstrução.

Maria, quando passa pela experiência do insuportável que, nesse caso, parece ser a perda de uma filha pequena depois de ter os filhos levados pelo Juizado, começa a reconstruir o mundo em sua casa de uma forma que possa continuar existindo. Segundo Goidanich (2003), a literatura aponta que pacientes psicóticos podem vivenciar, nos momentos de crise, uma intensa sensação de fragmentação. Penso que Maria, em sua atividade de reciclagem, está coletando os “caquinhos” em que percebe que seu corpo foi partido e junta todo esse material em sua casa tentando se sentir integrada/unida como sujeito psíquico. Possivelmente, o trabalho de reciclagem é também um trabalho psíquico, e a sustentação que o lixo dá vai além do dinheiro, é também sustentação psíquica. Talvez por esse motivo, a retirada do material tenha sido vivida por Maria como a retirada de uma parte dela mesma, fazendo com que o momento de desorganização psíquica se expressasse de forma tão intensa.

A experiência do mutirão mostra também que os investimentos realizados no acompanhamento do caso estavam na direção certa. A aposta na Atenção Psicossocial, na Clínica do Sujeito, foi a melhor escolha de abordagem para o caso.

## **Atenção Psicossocial e a invenção cotidiana da clínica no território**

Penso que o atendimento a Maria é um exemplo de como a Atenção Psicossocial é capaz de dar conta de situações complexas. Quero aqui destacar dois pontos do acompanhamento que foram importantes para efetivar o cuidado a Maria. O primeiro ponto refere-se ao investimento na atenção domiciliar, na clínica no território. Penso que sem essa estratégia, muitas informações sobre a usuária não teriam chegado até mim. Como saber da agressividade da vizinhança com Maria? Como saber a situação da casa sem estar *in loco*? Certamente seriam outras as impressões.

### **A atenção domiciliar**

[...] busca desenvolver a autonomia do sujeito, oferecendo dispositivos para sua sociabilidade e formação de vínculos. O profissional atua como um secretário, gerenciando as relações do paciente, negociando com familiares e agentes da comunidade, ampliando suas redes sociais e de apoio, de modo a oferecer-lhe maior poder contratual na sociedade. (MOREIRA; HORA; GUIMARÃES, 2007, p. 139)

Dessa forma acontecia. Secretariando Maria, me aproximei de seus vizinhos, de sua família e fui me tornando conhecida em seu entorno. Disse mais acima que tinha uma preocupação de construir um lugar diante de Maria que fosse diferenciado dos outros que sempre a acusavam. Penso que esse mesmo processo aconteceu com os vizinhos de Maria. O fato de eu estar lá semanalmente, às vezes mais de um dia por semana, me deu credibilidade. No momento do mutirão, quando Maria ficava mais nervosa vendo os vizinhos olharem a retirada de seu material, eu pude usar esse crédito já adquirido para pedir que eles entrassem em suas casas. Se eu fosse uma estranha, talvez eles não tivessem atendido.

É interessante observar a proteção que algumas práticas clínicas podem dar. A presença em comunidades, principalmente em áreas que

sabe-se haver tráfico de drogas, é vivida com insegurança pelos profissionais de saúde. Como forma de proteção, muitos usam jaleco. Porém, práticas como a atenção domiciliar são também protetoras. O objetivo da presença do técnico se tornando conhecido na comunidade dá segurança para este circular com o usuário sem maiores problemas. Outro ponto é que o próprio usuário vai indicar onde estar ou não estar, com quem falar etc.

Moreira Junior e Santos (2007) pontuam que, se o atendimento domiciliar é feito com planejamento e responsabilidade, pode proporcionar ganhos diversos às pessoas a que se destina. Ao técnico dá um conhecimento da realidade do usuário, a partir de uma melhor compreensão desta. Ao usuário, como já referido, dá aumento de poder contratual. Lembro que as vizinhas de Maria observavam com estranheza eu conversar com ela. Algumas vezes chegaram a me dizer que era perda de tempo. Ainda que eu não tenha continuado a acompanhar os desdobramentos do meu atendimento, sei que diante daquelas pessoas ficou registrada a possibilidade de se estabelecer uma comunicação com Maria sem imposições, gritos e xingamentos. Essa intervenção só pode dar, no entanto, porque eu estava em seu território, presenciando as relações que ela estabelecia.

A apropriação do território do usuário para práticas clínicas ainda é feita de forma incipiente pelos CAPS. O território parece ser principalmente a área de abrangência da instituição. Quintas e Amarante (2008), citando Santos (1988), falam do território compreendido como “território da vida”, espaço onde acontecem as trocas materiais e simbólicas e as relações sociais.

Silva (2007, p. 24) aponta que, no cuidado ao usuário em seu território,

[...] Não cabem mais atitudes padronizadas, previsíveis, que busquem o controle. O profissional se depara com o novo, o inesperado, depara-se com as singularidades e encara o espaço domiciliar e urbano como fundamental para a inserção do usuário.

O novo e inesperado pode ser o lixo, quem sabe? Pode ser a apropriação subjetiva que o usuário faz de um material que para outros é resto. No caso de Maria, foi surpreendente perceber como ela circula bem por seu território, como conhece tantas pessoas, como vende seu

material, já sabendo o que é ferro, o que é alumínio etc. A prática de Saúde Mental no território é potencialmente rica para ampliar o olhar do técnico sobre as questões que o sujeito apresenta.

O tipo de atendimento que fiz com Maria tem um nome em Saúde Mental, falamos em Clínica Peripatética. Lancetti (2008) usa essa expressão para indicar experiências clínicas que transbordam o limite dos consultórios e acontecem em movimento, durante um passeio ou caminhada e, aqui eu acrescento, durante o processo de coleta e venda de materiais recicláveis nas ruas por uma usuária de Saúde Mental.

Um dos momentos ricos para mim em relação a esse atendimento no território aconteceu enquanto eu conversava com Maria em um ponto de ônibus. Nessa época, Maria já estava trabalhando no restaurante, fazendo a limpeza das panelas. Passou por nós uma conhecida dela de alguns anos atrás. A mulher seguiu adiante e depois voltou: *“Maria?! É você mesmo? Quase não reconheci”*. Elas se cumprimentaram e quando a mulher se afastou, Maria me disse: *“Você tá vendo o que o trabalho faz na vida de uma pessoa?”* Peço que ela explique melhor, então Maria diz: *“antes eu andava suja, desarrumada, mas agora que estou trabalhando não posso mais andar assim. Só de ter que trabalhar todo dia já é um motivo para eu me arrumar”*.

Essa fala me emocionou porque, para mim, Maria não se referiu somente ao trabalho, se referiu também a um lugar social, a uma visibilidade que ela, trabalhando apenas como catadora de lixo, não tinha.

O segundo ponto a ser destacado refere-se ao conceito de crise. De que crise estamos falando nesse caso? Maria não estava em uma crise caracterizada por agudização dos sintomas psiquiátricos. Pelo contrário, me questionei se a usuária teria realmente o diagnóstico de esquizofrenia apontado pelo CAPS, já que nos atendimentos comigo não apresentava sintomas indicadores desse diagnóstico. Apesar disso, a crise da usuária, na perspectiva do sofrimento psíquico, estava claramente colocada.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) pontuam que o termo “crise” apresenta uma complexa rede de significações, não sendo esse termo uma exclusividade dos usuários em situação de sofrimento psíquico. Faz-se necessário então pontuar que falarei aqui da crise das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, entende-se a crise sempre como crise de um sujeito. Trata-se de um momento de frustração de projetos de vida, sonhos e

desejos. Há na crise uma dimensão individual, em que a pessoa em situação de sofrimento tenta organizar seus já frágeis recursos psíquicos para dar conta de situações vivenciadas como insuportáveis.

Apesar da dimensão individual da crise, não se pode deixar de dizer que esta é um fenômeno intrinsecamente social. O incômodo social que a crise produz atualmente é fruto de uma conjuntura em que as pessoas são valorizadas por sua capacidade de fazer vínculos, de estar em diversos espaços sociais articulando saberes e relações. O sujeito em situação de sofrimento psíquico encontra aqui sua problemática, pois encontra dificuldades na relação com o outro, percebendo muitas vezes este outro como ameaçador.

Por se tratar de um fenômeno social, a crise se expressa também como um momento de acirramento de tensões entre o sujeito, sua família, a comunidade e o serviço de Saúde Mental. Essa perspectiva tira o peso da responsabilidade da crise do sujeito e aponta o contexto e a rede de relações sociais em que essa situação ocorre.

Dessa forma, a intensidade da crise vai ser marcada principalmente pelo nível de tolerância social às idiossincrasias do sujeito, mais do que pelos sintomas psicopatológicos encontrados. Em relação à Maria, posso dizer que o contexto social era rígido e intolerante. O acúmulo do lixo e as implicações deste (mau cheiro, insetos, micoses) tomavam as relações com a família, vizinhos e as instituições.

Intervir nessas relações, problematizá-las com Maria e com os demais atores foi um dos trabalhos que tentei fazer. Penso que seja tarefa do serviço de Saúde Mental desfazer tensionamentos e produzir deslocamentos para que o sujeito em situação de sofrimento psíquico possa se colocar em seu mundo de uma forma mais confortável. O trabalho com as relações que os usuários estabelecem também tem função de fortalecer suas redes sociais, de forma que elas se tornem apoio dentro e fora do CAPS.

No caso de Maria, o mutirão foi a ocasião em que seu sofrimento psíquico se expressou de forma mais intensa. Retomando o que já escrevi: [...] quando o caminhão da Limpurb chegou, Maria apresentou um momento intenso de desorganização psíquica, jogou materiais para cima, quebrou o carrinho de mão que usava para coletar o material, apresentou agitação psicomotora e agressividade. A condução da crise que estava colocada naquele momento foi baseada no vínculo já



construído com a usuária. Procurei prestar uma continência pela presença, acompanhando Maria na separação e na reciclagem do material e deixei claro o que estava para acontecer com a presença da Limpurb.

No entanto, não existe uma fórmula para o atendimento à crise. Houve um momento em que pedi calma a Maria, e ela gritou: “*não vou ter calma coisa nenhuma! Tô cansada de ter calma*”. Dito isso, jogou sacos de lixo para cima. Percebi aí que deveria recuar um pouco em minha presença e fiquei mais atenta ao que falava a Maria. O manejo delicado dessa situação possibilitou que Maria me recebesse no dia seguinte, um pouco mais séria, é verdade, mas continuava demandando: pediu uma reunião para explicar seu trabalho.

Sobre esse ponto, Dell’acqua e Mezzina (2005) esclarecem que as constantes ofertas de ajuda, mesmo quando não aceitas pelo sujeito, criam em torno dele um ponto de referência para orientar suas ações e comportamento. O atendimento à crise é colocado como um dos nós para a efetivação do CAPS como serviço substitutivo de Saúde Mental, mas existem estratégias para esse atendimento. Há algumas dessas que podem ser generalizáveis e outras específicas, no entanto a teoria só fará sentido no encontro com o sujeito em sofrimento.

### **Operadores da Clínica de Atenção Psicossocial: técnica, disponibilidade e vínculo**

Merhy (2000) faz uma discussão interessante sobre o uso de tecnologias na produção do cuidado em Saúde. Em seu texto, ele se refere ao profissional médico e suas valises tecnológicas, mas penso que podemos ampliar essa discussão para os demais profissionais da área da Saúde. O autor diferencia as tecnologias em duras, aquelas que envolvem o uso de instrumentos e aparelhos e não estão abertas a modificações; leve-duras, referentes ao conhecimento técnico; e a que mais interessa a este trabalho, tecnologias leves. Sobre essas tecnologias, Merhy (2000, p. 110) aponta que

[...] sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias permite reconhecer, na produção dos atos de saúde, uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades, e mesmo os seus objetos, sejam de uma única ordem é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem neste espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico

e do usuário. É este encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado.

Pensando no atendimento ao usuário em situação de sofrimento psíquico, podemos tentar definir alguns elementos que podem ser caracterizados como tecnologias leves e relacionais. Entre esses estão: atenção domiciliar, atendimento à família, aproximação com a história de vida, valorização do sujeito e seu conteúdo, construção de formas de comunicação e de rede de apoio ao usuário, tessitura do vínculo, Acompanhamento Terapêutico (AT), entre outros.

É importante falar em tecnologias para promoção da saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico porque, por vezes, as técnicas e procedimentos que dão um direcionamento clínico aos casos se perdem em meio à complexidade dos atendimentos. No atendimento a Maria, o AT foi uma das principais ferramentas utilizadas. Pitiá e Furegato (2009, p. 73) apontam que o AT é “[...] uma atividade clínica, em movimento, que procura desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição”. As autoras acrescentam ainda que o AT se caracteriza

[...] pela prática de saídas pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com a intenção de se montar um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico.

Barreto (2000) contribui apontando que o AT vai tentar suprimir uma ou várias falhas ambientais em áreas do *self* que não foram devidamente simbolizadas por diversos fatores. Essa perspectiva da simbolização encontra muito sentido na história de Maria, pois como já coloquei, o acúmulo de lixo parece estar relacionado à perda/morte de alguns de seus filhos.

No acompanhamento a Maria, percebi que o AT como campo de saber pode ser caracterizado como uma tecnologia leve-dura, pois, como aponta Merhy (2000), vai depender da forma como o técnico se apropria dela. Na prática, o AT é uma tecnologia leve, levíssima na verdade. Essa técnica pode possibilitar momentos de cuidado em ato, nos quais a singularidade do caso aos poucos se delineava, a usuária aos poucos confiava e o vínculo aos poucos se estabelecia.

Diante do exposto fica uma pergunta: será que a dificuldade encontrada por profissionais de Saúde Mental para atender casos em crise, complexos, que demandem intensificação do cuidado, é por falta de técnica? Será que falta o conhecimento sobre as possibilidades de atendimento na Clínica de Atenção Psicossocial?

Apesar do processo de formação de trabalhadores para a Saúde Mental ser algo que merece uma discussão, quero ressaltar aqui um ponto que se relaciona com a questão da técnica, mas que também está para além desta: a disponibilidade. Pontuo aqui a disponibilidade objetiva, que se expressa através das ações de ida ao território, de contato com a rede social do usuário etc. Mas falo principalmente de uma disponibilidade subjetiva para o encontro com o sujeito em situação de sofrimento psíquico, de estar aberto para o que ocorrer. De estar disponível para sair de uma posição de controle que o saber por vezes dá, para se deixar conduzir pelo usuário e aí ter uma possibilidade de ampliar seu olhar.

Penso que o aspecto marcante para que eu pudesse construir momentos de cuidado a Maria na complexidade que o caso apresentava foi minha disponibilidade para atender a usuária sem preconceitos com seu modo de vida e estar aberta ao que ela poderia oferecer. Podemos aqui lembrar Freire (1996, p. 50, grifo nosso), que diz:

Nas minhas relações com os outros, que não fizeram necessariamente as mesmas opções que fiz, no nível da política, da ética, da estética, da pedagogia, nem posso partir de que devo ‘conquistá-los’, não importa a que custo, nem tampouco temo que pretendam ‘conquistar-me’. É no respeito às diferenças entre mim e eles ou elas, na coerência entre o que faço e o que digo, que me encontro com eles ou com elas. É na minha *disponibilidade* à realidade que construo a minha segurança, indispensável à própria disponibilidade. É impossível viver a disponibilidade à realidade sem segurança, mas é impossível também criar a segurança fora do *risco* da *disponibilidade*.

Os operadores da Clínica de Atenção Psicossocial até aqui citados foram a técnica, dentro do caso de Maria o AT, e a disponibilidade para o encontro com o sujeito em sofrimento psíquico. Um não funciona sem o outro e nenhum dos dois funciona sem o vínculo.

Pichon-Rivière (1998, p. 114) explica que o conceito de vínculo conforma uma estrutura de relação interpessoal que inclui “[...] um sujeito, um objeto, a relação do sujeito ante o objeto e a relação do

objeto ante o sujeito, cumprindo os dois uma determinada função”. O autor aponta que, para o estabelecimento de uma boa comunicação entre dois sujeitos, é necessário que cada um aceite o papel que o outro lhe adjudica. Na relação terapêutica, ele coloca que o analisando pode depositar no analista conteúdos seus os mais diversos e o analista deve ser depositário fiel desse conteúdo, encarregando-se do que foi depositado nele. Essa construção Pichon-Rivière (1998) chama de teoria dos três D (depositante, depositário e depositado).

O autor aponta ainda que existe um tipo particular de desconfiança, a que ele chama de “desconfiança do depositante”. Essa expressão encerra a dúvida do analisando se o analista será capaz de receber aquilo que ele quer depositar. Expressando essa questão em termos da Saúde Mental: o sujeito em sofrimento psíquico se pergunta se o técnico poderá dar conta daquilo que ele tem para depósito.

No início dos atendimentos, Maria se mostrava desconfiada, afinal vários profissionais de Saúde já tinham estado com ela para falar do material acumulado em sua casa. Nesse sentido, eu era só mais uma. Penso que o investimento que fiz na relação com ela, para além do lixo, possibilitou que ela me diferenciasse dos outros profissionais que passaram por sua casa. Eu passei a ser “Sara do CAPS”.

Aos poucos, a desconfiança de Maria diminui e ela começa a depositar conteúdos angustiantes, como quando me contou que seus pais se separaram quando ela era pequena, ela veio para Salvador com sua irmã, pai e madrasta, sua mãe continuou no interior e nunca veio atrás dela. Mas Maria depositava coisas boas também, depois de passado seu aniversário ela comentou que Roberto Carlos tinha feito um *show* especial para ela, fiquei sem entender, e Maria explicou que ela nasceu no Dia Internacional da Mulher e naquele dia passou um *show* especial de Roberto Carlos na televisão.

O estabelecimento do vínculo deu segurança para que eu continuasse o trabalho e deu segurança a Maria que poderia confiar suas questões a mim. E foi assim, através de depósitos, papéis adjudicados e recebidos, técnica e disponibilidade que pude construir momentos de produção de cuidado a Maria. As práticas e Técnicas da Atenção Psicossocial fizeram toda diferença no atendimento a Maria. Se eu me

aproximasse esperando que ela fosse ao CAPS, ou que sua família demandasse, ou que ela retirasse o lixo, certamente esse seria mais um caso grave sem atendimento.

## **E o que fica de tudo isso? Sonho, luta, clínica e o sujeito**

A atividade de catar material reciclável para Maria é trabalho. Como vimos aqui, trabalho braçal e trabalho psíquico. Aquilo que é descartado como não servindo mais para alguns pode significar o sustento e saúde para outros.

Depois do atendimento a Maria, não pude mais olhar da mesma forma os catadores de materiais que vejo pela rua. Claro que o fato de Maria apresentar sofrimento psíquico transforma a relação dela com esse material, mas o estigma é vivido da mesma forma. Lembro de uma das vizinhas de Maria que a ameaçava dizendo: *“vou bater em você, você para mim não é nada, você para mim é o lixo”*. O caso de Maria evidencia que a condução clínica de casos que envolvam essa relação deve ser delicada (e técnica) para não trazer mais sofrimento aos usuários além dos que já estão colocados.

Nesse sentido, fica claro como, por suas características, as estratégias da Atenção Psicossocial são indicadas para intervir em casos complexos e causar interferências positivas nas relações técnico-usuário-serviço de Saúde Mental-comunidade. Ressaltei neste trabalho a atenção domiciliar, o acompanhamento terapêutico, o vínculo, a disponibilidade e a Clínica Peripatética como técnicas da Atenção Psicossocial. Essas práticas foram essenciais para construir formas de cuidado a Maria que considerassem a apropriação subjetiva que ela faz do lixo. Sabe-se que o tipo de atenção que Maria recebeu não é regra nos CAPS. Como fazer então para ampliar essa prática de cuidado?

A organização e a mobilização de usuários, com o envolvimento da comunidade e dos trabalhadores de Saúde Mental, precisam ser priorizadas para a efetivação da Clínica Psicossocial dentro dos princípios e diretrizes propostos pela Reforma Psiquiátrica. Na realidade do município de Salvador, significa implementar uma política de Saúde Mental que dê sustentação institucional às práticas; a presença dessas mesmas

práticas no cotidiano do serviço como direção clínica e não como um trabalho a mais; estrutura física adequada a um serviço substitutivo em Saúde Mental, com transporte, alimentação e condições estruturais de trabalho; processos de educação permanente, para que esse fazer clínico seja apropriado e significado pelos profissionais.

Essa experiência demonstra que a relação entre acúmulo de lixo e sofrimento psíquico merece ser melhor investigada pela academia, contribuindo para a construção de saberes e práticas que apoiem a intervenção técnica no campo da Atenção Psicossocial. Nesse contexto, a Residência em Saúde Mental apresenta um importante papel, pois além de formar profissionais para atuar na perspectiva da Saúde Coletiva, durante o processo teórico/prático de formação buscam causar “deslocamentos” no campo institucional e técnico.

A Clínica Psicossocial é cheia de possibilidades. É curioso como poucos e simples elementos são capazes de produzir sentido e transformação na vida dos usuários. Mas dizer que é simples não significa que essa atividade é fácil. É necessário estar aberto ao encontro, ao que ocorrer. É preciso estar disponível para passar pelo lixo e chegar ao sujeito, e aí descobrir significados, beleza, complexidade e vida. Retomando o poeta Milton Nascimento, “[...] É preciso ter manha, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre, quem traz na pele essa marca, possui a estranha mania de ter fé na vida [...]”. Acrescento aqui que é preciso ter fé na luta, na Clínica e no sujeito.

## Referências

- BARRETO, K. D. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. 2. ed. São Paulo: Unimarco, 2000.
- BEE. Lixo. *Conteúdo*: líquido, 4 jul. 2010. Disponível em: <<http://conteudo-liquido.blogspot.com.br/2010/07/lixo.html>>. Acesso em: 26 mar. 2012.
- CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. (Saúde em debate, 150).
- CORBIN, A. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. Tradução de Ligia Watanabe. São Paulo: Companhia das letras, 1987.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em debate, 162).

- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em Saúde Mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Leitura).
- FREUD, S. *O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia: Dementia Paranoides*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GOIDANICH, M. Configurações do corpo nas psicoses. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 15 n. 2, p. 65-73, jul./dez. 2003.
- GONÇALVES, R. C. M. *A voz dos catadores de lixo em sua luta pela sobrevivência*. 2005. 134 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde loucura, 20; Políticas do desejo, 1).
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.
- MOREIRA JUNIOR, W. C.; SANTOS, J. M. A assistência domiciliar no âmbito do cuidado em Saúde Mental. In: SILVA, M. V. de O. (Ed.). *In-tensa. Ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA/FFCH, 2007.
- MOREIRA, A.; HORA, A. P. M.; GUIMARÃES, M. C. Atenção domiciliar: uma tecnologia de cuidado em Saúde Mental. In: SILVA, M. V. de O. (Ed.). *In-tensa. Ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA/FFCH, 2007.
- NASCIMENTO, M.; BRANT, F. Maria Maria. In: NASCIMENTO, M. *Clube da esquina 2*. [S.I.]: EMI-odeon, 1978. 2 discos sonoros. Lado 4, faixa 2.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. Tradução de Eliane Toscano Zamikhouwsky. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Psicologia e Pedagogia).
- PITIÁ, A. C. de A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de Atenção Psicossocial em Saúde Mental. *Interface:*

Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 67-77, jul./set. 2009.

PORTO, M. F. de S. et al. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1503-1514, nov./dez. 2004.

PRADO, M. *Estamira*. (Dir.). Produção de Marcos Prado e José Padilha. Rio de Janeiro: Zazen, 2006.

QUINTAS, R. M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em debate*, Londrina, v. 32, n. 78/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

SILVA, M. V. de O. A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como exigência da clínica das psicoses. In: SILVA, M. V. de O. (Ed.). *In-tensa. Ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: UFBA/FFCH, 2007.

SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2115-2122, dez. 2009.

SOUSA, C. M. de; MENDES, A. M. Viver do lixo ou no lixo? A relação entre saúde e trabalho na ocupação de catadores de material reciclável cooperativos no Distrito Federal – Estudo exploratório. *Revista psicologia: organizações e trabalho*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 13-42, jul./dez. 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.



# Reinserção social: sentidos e práticas dos cuidadores que atuam em Residências Terapêuticas

Talita Luana dos Santos Silva  
Suely Maia Galvão Barreto

## Introdução

Desde que a loucura foi tomada como um objeto de estudo da psiquiatria, ela teve seu lugar de exclusão legitimado nos manicômios. Assim, o manicômio e todo o processo de exclusão e maus-tratos a pessoas com transtornos mentais atravessaram séculos até os nossos dias, sendo resultado de uma sociedade disciplinar com dispositivos disciplinares complementares num processo de legitimação da exclusão e de hegemonia da racionalidade.

Diante dessa situação de tamanha segregação das pessoas com transtorno mental e da ineficácia do dispositivo manicomial para o cuidado a pessoas em sofrimento, iniciam-se na década de 1970 alguns movimentos internacionais que questionam o modelo hospitalocêntrico e propõem uma nova forma de pensar o tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico. Essas mudanças influenciaram o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tendo como um dos resultados a criação de uma Política de Saúde Mental centrada em modelos de assistência territorial substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Em 1989 é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a progressiva substituição dos manicômios. Porém, somente no ano de 2001, a Lei nº 10.216 é finalmente aprovada pelo Congresso, sofrendo

algumas modificações no seu projeto inicial. Essa lei torna-se conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e prevê a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de Atenção Psicossocial. (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009)

Com a necessidade da transformação do cenário da atenção às pessoas com sofrimento psíquico são criados os serviços substitutivos em Saúde Mental. “Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)”. (Portal do Ministério da Saúde)

Dessa forma, com a desospitalização de usuários que permanecerem por longo período reclusos nos hospitais psiquiátricos, fez-se necessária a criação de locais que fossem capazes de oferecer outra forma de viver que não àquela atrelada à sua exclusão, tais como os lares abrigados e as residências terapêuticas.

O surgimento dos primeiros SRTs ocorreu de forma experimental na década de 1990 no contexto dos hospitais públicos, primeiramente no estado de São Paulo. Como exemplo, o Hospital Filantrópico Dr. Candido Ferreira, em Campinas, que aderiu à proposta da Reforma Psiquiátrica, após a troca de sua equipe técnica e abertura para atendimento pelo SUS. “Além dessa cidade, São Paulo, Santos e Ribeirão Preto também foram pioneiros no desenvolvimento e implantação desses serviços”, “[...] sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992”, o que contribuiu para sua incorporação enquanto política do SUS. (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009, p. 798)

Nesse sentido, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram instituídos enquanto política nacional, pelas Portarias nº 106 e 1220, em 2000, tendo o objetivo de se constituírem como alternativas importantes para os usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. (BRASIL, 2004)

As Residências Terapêuticas (RTs) apresentam-se enquanto

[...] moradias ou casas inseridas preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000)

No município de Salvador, os primeiros SRTs surgem em um contexto de fechamento de grandes hospitais psiquiátricos sem uma preparação dos pacientes/usuários para essa mudança. Atualmente, existem em Salvador sete RTs, entre elas duas encontram-se no bairro da Ribeira no Distrito Sanitário de Itapagipe, sendo estas o campo de pesquisa deste artigo.

Cabe aqui destacar a importância desse dispositivo na busca pela reinserção social dos indivíduos que permaneceram anos recluso, longe de sua moradia e da vida de sua comunidade, porém muitas questões perpassam sobre o que realmente seria uma RT e de que forma deveria se dar seu funcionamento.

Sobre esse aspecto, Cavalcanti e colaboradores (2006) explicam que a determinação por lei da implantação dos serviços residenciais terapêuticos por si só não são suficientes para a garantia do tratamento dos indivíduos que ali estão, sendo a implantação a primeira de muitos passos, rumo à melhoria na assistência a esse público.

Essa, porém, não é de forma alguma uma tarefa fácil de ser realizada. No tocante à reinserção social dos usuários de Saúde Mental, Scarcelli (2006) discute sobre a amplitude dessa tarefa antimanicomial, uma vez que vivemos em uma cidade que se fecha a cada dia em espaços hegemônicos e excludentes, regida pela velocidade e competitividade.

Um dos principais desafios das RTs é não tornar-se mais uma instituição com características manicomiais, no qual o ambiente físico é modificado, entretanto as práticas permanecem semelhantes. Para que essas perspectivas sejam modificadas, é importante que os profissionais envolvidos no cuidado aos moradores de um SRT tenham como norteador de suas práticas o incentivo à autonomia do sujeito e a sua inserção no cotidiano da comunidade.

Dessa forma, as RTs devem atuar através do incentivo à busca de autonomia dos moradores, tanto nas decisões referentes ao funcionamento da casa quanto ao acesso aos dispositivos da comunidade em que reside, sempre respeitando a singularidade de cada sujeito.

Para auxiliar no processo de reconhecimento dessa nova forma de viver, o Ministério da Saúde propõe a criação da atividade profissional de cuidador em saúde. Esse profissional tem um papel significativo dentro das RTs, como apoiador na busca de independência dos usuários, auxiliando-os em seus conflitos e dificuldades.

[...] os cuidadores lidam com a resolução de todas as situações que ocorrem no cotidiano das pessoas, desde sintomas clínicos e controle de medicação, até problemas de ordem prática que surgem em uma casa, como falta de água, pequenos acidentes domésticos e conflitos entre moradores. (VIDAL; VIDAL; FASSHEBER, 2006, p. 76-77)

Assim, a julgar que o Ministério da Saúde aposta na figura do cuidador como um agente imprescindível na proposta de reinserção social do morador, percebendo a complexidade de atuação dessa categoria e a necessidade de entender como isso ocorre no cotidiano das residências, este estudo buscará compreender os sentidos e práticas que os cuidadores das Residências Terapêuticas da Ribeira apresentam sobre Reinserção Social.

## Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória e analítica de natureza qualitativa. A escolha por esse tipo de pesquisa ocorreu devido ao objetivo deste trabalho, entendendo que a pesquisa qualitativa é o método que mais se adequa, uma vez que a pesquisa se propõe a entender um fenômeno complexo que é a reinserção social a partir da visão dos sujeitos de estudo, nesse caso os cuidadores das residências terapêuticas de Itapagipe.

A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo nº 047-11), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, conforme deliberação em plenária ordinária no dia 16 de novembro de 2011.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais cuidadores das Residências Terapêuticas, feminina e masculina, do Distrito Sanitário de Itapagipe. Ao total foram entrevistados seis cuidadores, sendo três de cada residência. De cada grupo de três cuidadores, um era plantonista noturno e dois realizavam seu trabalho no turno do dia. A maior parte dos cuidadores (cinco) era do sexo feminino. Sobre a experiência profissional, uma refere já ter trabalhado em um hospital psiquiátrico.

Os contatos foram realizados mediante carta-convite para cada Residência Terapêutica explicando o objetivo da pesquisa, além de visitas e contatos telefônicos para esclarecer as dúvidas e para realizar as marcações das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nas RTs durante o horário de trabalho dos cuidadores. Inicialmente, os cuidadores foram informados sobre o objetivo da pesquisa, apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes que concordaram em participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas durante o mês de dezembro/2011.

Foi utilizado como instrumento desta pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturado para favorecer a condução objetiva da entrevista rumo às questões que estavam querendo conhecer. As entrevistas foram gravadas e transcritas para permitir a leitura exaustiva dos dados colhidos.

Para a análise dos dados coletados, utilizou-se a análise de conteúdo, que seria, segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 1994, p. 199):

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Essa forma de analisar o material resultante da pesquisa qualitativa relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando, assim, a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características, a citar: fatores psicossociais, contexto cultural, dentre outros. (MINAYO, 1994) Dentre as técnicas existentes na análise de conteúdo, o enfoque deste estudo é na Análise Temática, que “[...] consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.” (MINAYO, 1994, p. 209)

Então resultaria a extração de partes principais da entrevista, a partir de uma escolha de temas para falar do problema da pesquisa. Dessa forma, a análise do caráter do discurso dar-se-á a partir da codificação por categorias, temas principais e subcategorias, temas secundários, sendo estes classificados e agrupados de uma forma coerente. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, alguns trechos das entrevistas ilustrarão as discussões, assim a identificação do entrevistado dar-se-á apenas pela inicial “C”, referente à categoria profissional de cuidador,

seguida de um número que corresponde à ordem em que as entrevistas foram transcritas.

Na construção do roteiro de entrevista, foram estruturadas três categorias: considerações sobre reinserção social, identificação do papel do cuidador, e reflexões acerca do processo de reinserção social, que, após a leitura das entrevistas, foram divididas em subcategorias, que serão discutidas a seguir.

## **Resultados e discussão**

### **Identificação do papel do cuidador**

A portaria nº 1.220, de 2000, do Ministério da Saúde, orienta a criação da profissão cuidador em saúde, preconizando-a como imprescindível para o funcionamento das RTs, uma vez que o cuidador será o intermediador das mais diversas situações, trazidas por essa nova forma de morar, fora dos muros manicomialis.

#### ***O papel do cuidador no processo da reinserção social***

Os cuidadores relatam que a relação que estabelecem com os moradores deve ser baseada, sobretudo, no cuidado em intermediar o que deve ser feito e o desejo dos moradores. Assim, os seus discursos trazem a ideia de que a relação do morador com o cuidador deve ser dada no sentido da orientação e estímulo, já que os moradores das RTs são pessoas que ficaram anos em reclusão e que necessitam de um maior investimento para que retornem a convivência com a sociedade de forma mais salutar possível. Os discursos são marcados pela delicadeza que existe nessa relação, pois ao mesmo tempo em que falam da dificuldade em convencer os moradores a realizar determinadas atividades, precisam, por outro lado, reconhecer a vontade deles e suas limitações para tanto.

Colaborando com essa perspectiva, os cuidadores apresentam em seus discursos a noção de que a relação estabelecida entre eles passe muito pela via do afeto, e que isso muitas vezes pode ser um aspecto que influencia na postura menos proativa do morador, sendo corriqueiro

que os cuidadores terminem por vezes reforçando uma relação de tutela bastante forte, conforme observada em seus discursos:

*Na verdade, é como uma criança nova que está nas nossas mãos para a gente ensinar determinadas coisas que ele desaprendeu ou não teve a oportunidade de aprender. Então o cuidador tá ali para tá facilitando... (C. 2)*

*É como uma criança que quando tá começando a andar, falar, caminhar, você tá ali ensinando, e elas eu não vejo muita diferença com relação a isso... (C. 3)*

Para os entrevistados essa tutela é alimentada por dois principais motivos, o hábito dos moradores em ter alguém que realize as atividades por eles e o reforço dos cuidadores a esse hábito, pois realizar a atividade pelo morador necessita de menor investimento e mais praticidade no dia a dia e diminui a possibilidade de que erros ou incidentes possam ocorrer.

*Não cabe omitir, infelizmente, a condição de tutela, mas ela acontece. E ela acontece por dois grande motivos, um porque o morador, ele se faz, não é coitadinho, de uma certa forma frágil, fragilizado... E o outro é assim os medos do cuidador errar ou criar uma situação difícil, ele prefere tutelar. (C. 2)*

Dessa forma, os cuidadores apontam que é necessária uma mudança de postura para que a relação de cuidado não se torne uma relação de tutela que vem sendo há anos perpetuada, legitimando o lugar de incapacidade das pessoas com transtorno mental.

*[...] é muito comum o morador por conta da prática de tantos anos de não ter oportunidade de ter atitude, eles se colocam naquele lugarzinho pronto, até isso está em nossas mãos, convidá-lo a ter atitude, a fazer escolhas. Eu penso o cuidador desse jeito. É desconstruir uma cultura cretina de que o usuário de Saúde Mental é um ser incapaz. Eu acho que é muito cultural isso, é desconstruir o que a gente traz da nossa raiz, do que contaram pra gente, e o que a gente conseguiu enxergar o mundo e hoje tem que enxergar de outra forma. (C. 2)*

Como principais dificuldades encontradas na execução de seu papel, os cuidadores pontuam a escassez de tempo para se dedicarem mais aos moradores, pois são dois cuidadores por plantão em cada residência. Os cuidadores acreditam que a presença de um terceiro cuidador auxiliaria na divisão tanto das tarefas da casa quanto na atenção aos moradores de forma individual. Sobre esse aspecto, eles informam a particularidade dos cuidadores das RTs em relação aos cuidadores de idosos por exemplo:

*Eu acho que mesmo você dando a carga horária de 12 horas você tem que distribuir esse tempo pra tudo, é pra casa é comida é pra levar pra médico. Então assim, às vezes, eles precisam de mais atenção, entendeu? Porque se você vai cuidar só de um você chega num determinado lugar e assim você entra como cuidador, aí você vai pra uma casa pra cuidar de um idoso, chegar nessa casa você não vai lavar roupa então você tem mais tempo de passar mais coisas pra ele né? (C. 3)*

Um ponto que se coloca nessa questão é a discussão sobre a ampliação de cuidados para outros atores, como é o caso dos acompanhantes terapêuticos. Esse acompanhamento pode ser feito tanto pelo CAPS como por outras pessoas da comunidade, ou de outros serviços de saúde desde que estejam capacitados para exercer tal função.

A presença dos AT é um dispositivo fundamental no processo de reforma psiquiátrica e de inserção dos portadores de transtornos mentais na vida extramanicomial. É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como locais para processar sua ação, na medida em que visa à circulação do usuário na cotidianidade ao investir em estratégias de enlace social. Em outras palavras, é interessante investir no dispositivo do AT, seja em sua potência clínica de intervenção com usuários, familiares e redes sociais, seja em sua potência analisadora do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica. (DIMENSTEIN, 2006, p. 74)

Além da dificuldade em relação à distribuição do tempo, os cuidadores informam, ainda, que sentem receio em realizar algumas atividades que visam maior independência dos moradores, temendo serem penalizados, caso algum acidente ocorra. É importante que essas questões sejam melhores pactuadas entre os cuidadores e a gestão, visto que isso pode trazer a redução no investimento que deve ser realizado para a reinserção do morador.

### ***Legislação e trabalho***

As mudanças ocorridas na forma de atenção dispensada aos usuários dos serviços de Saúde Mental só se fizeram possíveis a partir de muita luta e, sobretudo, de uma mobilização por parte do controle social. Sem dúvidas, esses foram passos fundamentais para que fosse possível tornar legais as reivindicações de melhorias nos serviços de Saúde Mental.

A legislação tem como função auxiliar na reorientação das práticas, servindo, portanto, como eixo norteador das mudanças necessárias.



Pensando nesse sentido, uma das categorias identificadas nesta pesquisa buscou conhecer a apropriação dos cuidadores em relação às legislações que regem a Saúde Mental, sobretudo em relação à reinserção social a partir dos dispositivos substitutivos, em especial as RTs.

No que diz respeito à legislação, fica evidenciado que não há um conhecimento do que preconiza a legislação em relação aos cuidados e à forma de funcionamentos das RTs. Os cuidadores referem não ter acesso à legislação, a não ser pelo fato de ter havido um concurso recente, com vagas para cuidadores, o que despertou a necessidade em alguns de conhecer o assunto de forma mais profunda. *“Não, não, a gente pode até buscar, como teve esse concurso aí que tem o estudo da legislação, mas a gente ainda não tem acesso.”* (C. 3)

Por outro lado, há também uma série de equívocos sobre o que se conhece como legislação. Para alguns entrevistados, os benefícios sociais recebidos pelos moradores é o único aspecto que eles referem como conquistas da legislação para a mudança de atenção a esse público. *“[...] Essa questão de fazer os benefícios deles, então, a gente tem acesso, porque a gente acompanha, sobre essa questão como tá acontecendo e o que precisa.”* (C. 4)

Outro aspecto que permeia o imaginário dos cuidadores é a crença da existência de uma legislação específica protegendo os moradores caso haja qualquer acidente ou incidente, ainda que não seja por descuido, sendo os cuidadores os únicos responsáveis pelo fato. Assim, é comum que os cuidadores refiram que a legislação ajuda os moradores, porém toda a responsabilidade está nas mãos dos cuidadores.

Sobre esse ponto, é importante destacar que as legislações dão uma referência sobre a forma de atenção que deve ser dispensada a partir de uma RT, não havendo, porém, recomendações explícitas de que a responsabilidade seja única e exclusiva dos cuidadores. Porém, uma questão que deve ser posta em discussão é a ausência de uma diretriz sobre os aspectos legais dessa profissão e de suas práticas.

Dessa forma, é importante que as legislações de Saúde Mental possam ser estruturadas de maneira mais clara levando em consideração a realidade e as especificidades dessas residências com aspectos peculiares, haja vista que o receio dos profissionais que trabalham nas RTs tem como consequência a restrição de atividades potenciadoras da reinserção dos moradores.

### *A formação do profissional do cuidador*

Os cuidadores que atuam nas RTs pesquisadas são originários de áreas bem diferenciadas: um cuidador tem experiência pregressa em hospitais psiquiátricos, outros como cuidadores de idosos e há os que estejam passando pela sua primeira experiência na área da Saúde Mental.

Os cuidadores mais antigos referem ter participado de cursos para formação antes de trabalhar nas RTs, sendo estes ministrados pelo CAPS e/ou pelo Ambulatório de Saúde Mental do mesmo Distrito Sanitário. Os cuidadores que já tiveram experiência com outro público informam que já passaram por cursos de formação para cuidadores, porém o tema Saúde Mental não foi contemplado.

De forma geral os profissionais reconhecem esse processo de formação como um aspecto de grande utilidade na prática com os moradores, porém ainda demonstram que para a maioria deles a formação se dá unicamente através da prática.

É importante destacar que apesar de os cuidadores informarem que sentem-se apropriados em relação à Saúde Mental, ainda realizam algumas confusões, como não diferenciar entre transtorno mental e deficiência mental, além de ser necessária maior aproximação com a Reforma Psiquiátrica e o tema específico da Reinserção Social.

### **Considerações sobre reinserção social**

O termo “reinserção social” vem sendo empregado no contexto atual para designar a participação dos mais variados públicos que, de alguma forma, encontram-se em desvantagem em relação aos demais no exercício ou no cumprimento do respeito ao seu direito enquanto cidadão. É comum também que esse termo seja usado como um sinônimo dos termos “reintegração social” ou “reinclusão”. Cabe destacar que a reinserção social é utilizada aqui com o sentido da ampliação da participação social das pessoas em sofrimento mental, através da abertura de espaços de trocas sociais, sem que seja necessária a normalização dos sujeitos. “A (re) inserção social poderia assim ser entendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário”. (BARRETO, 2009, p. 25)

### ***Os sentidos acerca da reinserção social***

Ao analisar os discursos dos entrevistados, o sentido atribuído a reinserção social está relacionado ao retorno a uma vida “comum”, com a participação da vida em sociedade através do exercício do ir e vir, com a participação nos espaços de lazer e socialização e, sobretudo, tendo o direito de fazer escolhas de acordo com o que mais se identifica.

*[...] eu vejo como pessoa inserida, pegando um transporte coletivo, indo a sorveteria, indo às praças, participar do que a cidade oferecer coletivamente, ir ao shopping, seria pedir muito, ver ela dando conta de sua vida, mas em parte escolhendo o que gosta, eu penso que pessoas comuns escolhem o que vai comer, escolhe o que vestir, pra onde ir, o que vai fazer, e eu vejo essa reinserção social, com essas pequenas características. É viver comumente, desde sair, voltar e estar em espaços coletivos. (C. 3)*

Essa visão de reinserção contida nos discursos traz implicitamente uma aproximação com o exercício da cidadania, o que torna inevitável, portanto, a comparação entre os ganhos obtidos pelos moradores após a saída dos hospitais psiquiátricos, locais onde esses direitos foram sequestrados. Assim, os cuidadores apontam que essa nova forma de viver, fora dos hospitais psiquiátricos, permite e propõe maior liberdade e mais respeito à individualidade dos sujeitos, conforme destacado no fragmento da entrevista abaixo: “*tem muito mais liberdade do que elas tinham no sanatório. Tem mais autonomia, essa questão de ter mais individualidade nos quartos, nas coisas delas*”. (C. 1)

Apesar de haver concordância entre os entrevistados nos entendimentos sobre reinserção social, ao longo da entrevista, alguns cuidadores pontuam ainda haver um distanciamento da reinserção na vida dos moradores. Por isso, na percepção dos cuidadores, o fato de alguns moradores não gostarem ou apresentarem dificuldades para sair do “ambiente protegido” das residências dificulta seu processo de reinserção, enquanto os usuários que tem mais facilidade em circular pelo território, de forma frequente ou não, se tornam mais reinseridos, já que apresentam maior autonomia e participam de forma mais ativa da vida em sociedade.

*Existe algum morador que você acha que está reinserido socialmente?*

*Eu acho que somente R. e G., que sai só, que o pessoal aqui do bairro já conhece. R. que, apesar de não sair muito, mas fica aí sentado no portão, conversa com todo mundo e o pessoal*

*conversa com ele, pra mim só esses três mesmo, e o resto não. Porque os outros só sai com uma pessoa, a gente não pode deixar sair sozinho. (C. 3)*

Outro aspecto que merece destaque dentro dessa subcategoria de análise é a relação feita entre reinserção social e a normalização dos sujeitos. Percebe-se que os cuidadores entendem “normalidade” como uma obediência às normas impostas/estabelecidas pela sociedade de uma forma geral, sem uma crítica. Isso vai ao encontro do que sinalizou Canguilhem (1982, p. 108) já há algum tempo: “A normalidade está relacionada à adaptação às normas estabelecidas socialmente. O normal é, ao mesmo tempo, a exibição e a extensão da norma que, por sua vez, serve para endireitar”. Nesse sentido, em alguns trechos, identifica-se uma tendência em estabelecer normas para recolocar o sujeito no que é padrão para a maioria da sociedade. A seguir um trecho do texto ilustra essa tendência:

*Com R. é mais fácil sair porque eles conversam, entendem igual a todo mundo, normal, sabe? Mas os outros são mais difíceis porque às vezes se descontrolam ou não entendem o que a gente diz. (C. 5)*

Entende-se que a sociedade é feita de regras e que é necessário que essas possam ser internalizadas a partir da discussão e compreensão sobre a importância em respeitá-las ou não, compreendendo que essas regras são produzidas por uma sociedade na qual a loucura está inserida. Portanto, a fim de que não sejam reproduzidas as relações de imposição legitimadas nos manicômios, é necessário que a construção das regras e acordos seja realizada de forma coletiva e participativa com os atores envolvidos, pois se trata de uma casa. Como nos aponta Goffman (2001, p. 160), as imposições transformam o sujeito em:

[...] colaborador; torna-se o participante ‘normal’, ‘programado’ ou ‘interiorizado’. Ele dá e recebe, com espírito adequado, o que foi sistematicamente planejado, independentemente do fato de isto exigir muito ou pouco de si mesmo. Em resumo, verifica que, oficialmente, deve ser não mais e não menos do que aquilo para o qual foi preparado, e é obrigado a viver num mundo que, na realidade, lhe é afim.

Nesse sentido, ao analisar e discutir essa subcategoria, temos como principais conclusões que o entendimento de reinserção social contida nos discursos dos cuidadores se aproxima do que é preconizado pelo

Ministério da Saúde quando pontua que “[...]a reinserção social dos usuários se dá pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. (PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Entretanto, é importante que os cuidadores estejam atentos ao fato de que a participação de cada morador nos diversos contextos em que se dá a reinserção é um processo com velocidades diferentes, sendo imprescindível investir nas possibilidades apresentadas por cada um, compreender suas dificuldades, para que não seja criada uma tendência em reconhecer a reinserção social do usuário através da sua capacidade de adequação às regras impostas socialmente.

### *Identificação dos contextos de reinserção social*

Como pontua Saraceno (2001), a reinserção deve se dar nos diferentes contextos de vida incluindo o *habitat*, rede social e trabalho. Entende-se que isso deve ocorrer no dia a dia do indivíduo, tendo como norte o aumento do poder contratual e a (re)construção da sua cidadania.

Colaborando com esse pensamento, as entrevistas analisadas indicam que é no cotidiano que a reinserção deve acontecer:

*Ah! Eu penso nele trabalhando, exercendo uma função que lhe apraz, [...] dessa forma eu estou inserida num contexto social, estou trabalhando em prol de outros, trazendo de volta o meu salário, dando conta de responsabilidades que antes eu não tinha. [...] o convívio, a visitação com a vizinhança, [...]a pessoa se sentir incluída em aceitar que o seu vizinho aceita-o na sua porta, na porta da sua casa.[...] usar a arte e a cultura que a cidade oferecer, acho isso uma prática legal que ele vai oferecer a um parque, a um teatro, a um zoológico, vai no passeio de escuna, onde tem diferentes pessoas e com diferentes objetivos, né, e propostas pra aquele dia, acho importante fazer isso. (C. 5)*

Além disso, a maioria dos cuidadores traz exemplos ou situações para ilustrarem o que entendem como contextos de reinserção, mas é clara a ênfase dada nos aspectos voltados para as tarefas realizadas dentro das RTs. Os cuidadores pontuam que houve grande evolução nas atividades de vida diária como autocuidado, nas tarefas domésticas, porém os moradores ainda permanecem, de certa forma, reclusos dentro das residências, seja por medo de saírem, seja pela falta de um trabalho mais direcionado a esse empoderamento.

*Poxa, porque quando eles chegaram aqui, um exemplo, elas não sabiam nem comer, com o garfo ou colher entendeu? Então isso aí já já mudou muito nelas. [...]. elas já sabem que as coisinhas têm que ficar na gaveta, no armário. E elas não tinham esse tipo de.. como é que eu vou dizer.. uma prática diária na vida entendeu? Talvez até nem existisse na mente delas. E hoje em dia não, elas sabem que meio dia tem que por a mesa ou depois que faz as refeições tem que limpar, tem que arrumar, então assim, é uma prática que se desenvolveu, né, com elas? Em períodos de festa mesmo, sabe que tem que ter uma arrumação de casa, quando não se faz elas cobram. (C. 3)*

Entretanto, não há referências sobre a importância ou necessidade do trabalho na ampliação das possibilidades de troca dos moradores. Nossa discussão leva em conta o trabalho enquanto uma inserção laborativa muito mais relacionada com a autorrealização do sujeito do que com sua necessidade de autossustento, não excluindo também essa possibilidade. Sobre esse aspecto é importante trazer para a discussão que nenhum dos moradores das RTs exerce atividade laborativa, e poucos colaboram ou participam da realização das atividades de manutenção da casa. Esse pouco envolvimento pode estar relacionado com a pouca identificação desses moradores com a própria casa, sendo esta o local de moradia e não o seu *habitat*.

Trata-se de manter separados, na linha teórica, as duas noções (casa e habitar) para compreender que as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar. (SARACENO, 2001, p. 116)

Nessa perspectiva, é imprescindível que os cuidadores consigam atentar para o fato de que é necessário desenvolver nos moradores o sentimento de pertença a essa casa, através do envolvimento destes nas tomadas de decisões, na participação do funcionamento da rotina e na construção de normas coletivas de acordo com os desejos do grupo de moradores.

Sobre o contexto das relações sociais, pode-se apreender que os cuidadores consideram essa área de grande importância para a reinserção, porém ela aparece de forma implícita nos textos, associada com a questão do trânsito dos usuários pelos dispositivos do território, nas relações estabelecidas com a vizinhança e, até mesmo, com os transeuntes que passam pela porta das RTs. Portanto, percebemos que há uma tendência a omitir as relações sociais dos moradores que encontram-se presos aos muros das residências.

R.(morador)[...]. assim, melhorou bastante a coordenação dele, você vê que ele já dobra (o papel) e tal e risca, então tudo isso foi ganho que a gente teve aqui, e agora então ele indo pra escola, simpático carinhoso do jeito que ele é, nossa! Vai conquistar um bocado de amigos, vai conhecer pessoas novas, pessoas diferentes né, eles não vão tá só focado aqui dentro de casa, eles também tão saindo, tão indo à escola, então isso vai ser maravilhoso pra eles. (C. 4)

Frequentar novos lugares é essencial à medida que traz a ampliação do repertório de trocas de um sujeito, porém para aqueles que não conseguem por algum motivo sair das RTs, deve-se estar atento a outras formas de favorecer as “trocas de identidade” desses sujeitos, através de estratégias de parcerias com a comunidade e familiares.

Para isso, pode-se usar a criatividade e a inovação utilizando os recursos disponíveis e, às vezes, escondidos da comunidade, para que o aumento de encontros aconteça. Isso possibilita diversos arranjos subjetivos nas relações que se estabelecem, tendo como ideia básica o deslocamento do papel de paciente para o de morador/cidadão. (FIGUEIREDO, 2010)

## **Reflexões acerca do processo de reinserção social**

### ***O trabalho da autonomia e independência nas práticas de reinserção social***

A palavra “autonomia” tem sua origem na Grécia, tendo como significado a capacidade de se governar seguindo suas próprias vontades baseadas na razão. Haja vista essa definição e a época da razão, clareia-se a explicação sobre a segregação dispensada aos loucos. Como conferir autonomia a alguém desprovido de razão?

A produção ou o restabelecimento da autonomia na Saúde Mental é tema de bastantes discussões, principalmente pela confusão que se faz ao tratar autonomia e independência como sinônimos. Utilizar-se-á, para fins de discussão, a palavra “autonomia” no sentido de ampliação do poder contratual com conseqüente possibilidades de trocas materiais e/ou simbólica.

Nos discursos analisados, a autonomia surge como a capacidade que o morador tem de exprimir suas vontades, na alimentação, no vestir, no desejo de realizar ou não determinadas atividades. No entanto,

identifica-se nos discursos que essa autonomia é, em alguns momentos, utilizada como uma justificativa para o pouco investimento em estratégias necessárias para a melhora do morador. Como se o fato de o morador se negar a realizar determinadas atividades implicasse em uma impossibilidade de intervenção.

*[...] a gente incentiva, estimula até aonde a gente pode, né? Porque também elas têm vontade própria. [...] por exemplo, eu tenho atividade no CAPS assim no horário que é pela manhã, ela não quer ir. As outras vão para festinha, ela não. Não quer ir. Impaca mesmo e tem coisas que não tem como a gente dar jeito mesmo. Com relação à reinserção social, eu acho então talvez elas não estejam tanto assim nessa reinserção, porque elas não podem tanto. (C. 1)*

É possível apreender, a partir dos discursos, que as áreas em que mais o usuário faz uso dessa autonomia são as atividades de vida diária e as atividades de lazer, sendo esta última feita muito mais de forma coletiva que individualmente. Os cuidadores pontuam que há o estímulo para que os moradores saiam mais e também participem das atividades da casa, porém parecem se tratar de atividades pontuais, sem um objetivo maior e sem continuidade.

Outro aspecto analisado é a correlação entre os termos “autonomia” e “independência”. Ressalta-se que essas palavras não são sinônimas, compreendendo a autonomia com a capacidade de gerir a própria vida, enquanto a independência está mais ligada à ordem da prática, como a capacidade de realizar as atividades cotidianas sem auxílio.

Nos discursos, implicitamente aparece o sentido do que Saraceno (2001, p. 113) chama de “[...] modelo de autonomia darwiniano no qual é pesseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência”.

Os cuidadores referem que apenas um ou dois usuários são mais vistos como reinseridos socialmente, pois vão à escola e se deslocam sozinhos pela comunidade, sendo estes os que têm maior incentivo para alcançar cada vez mais a independência. Em relação aos outros moradores, eles acreditam que estes não estão tão inseridos porque não têm vontade de sair da RT ou porque não têm segurança para circular pela comunidade sozinhos, relacionando o grau de autonomia dos usuários como fator definitivo de sua possibilidade de reinserção, desconsiderando, de certa forma, o caráter singular e subjetivo que o processo de reinserção social apresenta para cada sujeito.



É importante que os cuidadores estejam atentos que a (re) aquisição da autonomia é um processo que não ocorre de forma semelhante para todos os moradores, porém deve-se iniciar o trabalho a partir das coisas mais simples, como as trocas simbólicas a partir das relações entre os membros das RTs, com o entorno comunitário e, a partir daí, com as outras instituições, tendo como consequência a abertura de novos espaços de troca no qual esse morador possa estar inserido. É necessário legitimar a riqueza do cotidiano como mais um recurso para se alcançar autonomia, “[...] dormir, comer, amar, caminhar, falar, trabalhar: tudo isso é a nossa vida cotidiana, a grande banalidade de viver, trocando afetos e mercadorias”. (SARACENO, 2001, p. 116)

### *Participação familiar*

Conforme é apresentado na Portaria nº 106, de 2000, as RTs são destinadas a usuários que estiveram em longo período de internação psiquiátrica e, conseqüentemente, com grandes possibilidades de rompimento dos laços sociais e familiares. Sendo assim, é de se esperar que a relação familiar seja um dos principais nós críticos na ampliação da volta ao convívio social desses moradores.

De acordo com os discursos dos cuidadores, evidencia-se a noção de que apesar de algumas famílias serem conhecidas, ainda há pouco investimento no acesso às mesmas. Entretanto, esse pouco investimento é colocado como um descrédito na participação familiar, seja pela ausência efetiva dos familiares desde a época do manicômio, seja por suas ausências nas tentativas de contatos esboçadas pelo CAPS e RT.

*Poxa, isso é uma coisa que é até difícil de responder, porque o povo não tem família. A de onde eu vim, a família não quis saber. E aqui a única que tem acesso à família é A. Eu acho que o preconceito já vem da própria família, olha aí N., N. vem de uma família classe média, acho que quando eles começaram a perceber que N. estava entrando em surto, todo mundo desapareceu. (C. 4)*

*Olha, é, assim, sempre o que acontece aqui mesmo é ter feito esse contato. Só que assim, a troca não não foi assim recíproca né? Então não ajudou muito, na verdade. Ficou certo pra tá tendo esse contato, mas assim não se colocou realmente, poderia ter se colocado pra vir aqui conhecer o espaço e tal, mas o êxito não foi assim tão positivo. (C. 4)*

*A família deles? A família desde quando abandonou pra mim já deixou de ser família há muito tempo porque N. mesmo procuraram, a assistente social procurou, não acharam o endereço, a maioria dá o endereço errado, lugar que não mora mais. (C. 5)*

*A. uma cunhada dele que de vez em quando ligava, quando se cogitou a ideia de ir lá levar ele pra ver a família, aí ela não ligou mais, entendeu? Então eu acho que desde quando largou aqui, não acho que tenha interesse de contato com ele não. (C. 5)*

Os cuidadores demonstram, entretanto, que as tentativas de acesso às famílias, em geral, foram realizadas mais no início, assim os moradores saíram dos hospitais, sendo um movimento muito mais dos hospitais que propriamente das RTs. Nesse caso, é importante evidenciar que as buscas pelas famílias vêm ocorrendo de forma inconstante, sendo mais restrita a uma determinada usuária que frequenta regularmente a casa dos pais. Porém, em alguns discursos, os cuidadores revelam que as iniciativas, no sentido de fortalecer os laços familiares, não vêm ocorrendo e que, para alguns cuidadores, isso não está claro enquanto função a ser realizada pela RT, destinando essa função aos profissionais da assistência social ou então ao CAPS.

*Por aqui a única que tem acesso à família é A. e o CAPS tá sempre procurando fortalecimento. (C. 1)*

*N. vem chora com saudade de mamãe, com saudade de papai e dos irmãos eu acho que seria importante eles pelo menos irem visitar a família entendeu? Mesmo que voltasse entendeu, que regressasse, mas aí já não cabe mais à gente, já cabe já à assistente social, o pessoal lá em cima. (C. 5)*

Sobre a ausência das famílias os cuidadores ponderam sobre várias questões para tentar justificar a ausência. O preconceito ainda é visto como uma das principais questões que conduzem esse afastamento, sendo este gerado pelo (des)conhecimento perpetuado ao longo dos anos no imaginário social de que o confinamento é a forma mais plausível de tratamento.

*Quando eles conseguem chegar até esse lugar de residência é porque essa função é a mínima possível e, mesmo sendo buscada intervenções, é questionado, solicitado a ação desse familiar tem sido muito negligenciada, tem sido muito negligenciado e é muito mesmo questão afetiva, e eu vou voltar um pouquinho, é o que ele aprendeu como família. A família entendeu que a Saúde Mental não pode ser tratada em casa e a gente já entendeu estatisticamente comprovada que ela pode ser tratada em casa e ela tá sendo tratada em casa. (C. 2)*

Essas questões indicam a necessidade de um trabalho mais próximo com os familiares com o intuito de sensibilizá-los e apresentá-los a essa nova forma de cuidar, baseado no respeito à singularidade e cidadania.

*Fazer primeiro um trabalho 'fitoterápico' de entendimento, de desconstrução, inovar o mundo, mudar o olhar em relação à Saúde Mental pra que essa família pense, acredite que é possível. (C. 2)*

Existem ainda algumas dificuldades de ordem prática que limitam a relação do morador com sua família, entre elas o envelhecimento dos genitores, dificultando a oferta de um cuidado mais adequado ao morador. Nesse sentido, essa mesma cuidadora nos aponta soluções pertinentes para superar essa dificuldade.

*Pagar um cuidador em casa, pelo menos no turno do dia, aí essa pessoa estaria no seio familiar como é o caso da nossa amiga A.(moradora), se tiver alguém lá, ela vai viver lá e é lá que ela quer viver, e aí onde estão os nossos braços para dar conta disso? (C. 3)*

Nessa perspectiva, sugere-se uma intervenção familiar que objetive aproximar os familiares, melhorar a qualidade de vida dos moradores e favorecer a aquisição de habilidade para manejar as diversas situações que podem ocorrer em decorrência do transtorno. Como consequência está a “[...] obtenção de efeitos positivos sobre os membros da família, [...] obtendo assim também um indireto benefício para o usuário e para os programas de reabilitação que para ele são desenvolvidos”. (SARACENO, 2001, p. 124)

### ***A comunidade e os dispositivos comunitários***

A reorganização da assistência prestada às pessoas com transtorno mental propõe que o tratamento seja feito no território dos sujeitos, *locus* de suas relações sociais, afetivas, emocionais e psíquicas, “[...] atentando que é lá onde se encontram os problemas, mas também as soluções”. (MORAES; BARRETO, 2015, p. 166)

Nesse sentido, os cuidadores concordaram sobre a inexistência de iniciativas das RTs direcionadas a um diálogo mais próximo com a vizinhança ou com os dispositivos sociais do território. Alguns cuidadores informam que, inicialmente, houve bastante resistência dos vizinhos com os moradores, havendo até casos de ameaças, porém a convivência

foi melhorando e hoje há um clima mais pacífico. Para alguns, o fato de os moradores estarem mais familiarizados com esse território é utilizado como justificativa para o não investimento nessa estratégia.

*Não, não. Agora não, porque assim, hoje a gente já vê eles integrados mais, né? Integrado aqui na comunidade, então o que a gente assim, esse trabalho eu acho que poderia ter sido feito no começo, para que não houvesse tanta chateações, incômodos, né? (C. 2)*

As relações estabelecidas entre comunidade e moradores das RTs vêm sendo estabelecida de forma processual com idas e vindas, mas sobretudo pode-se dizer que de forma natural, através do circular cotidiano dos moradores pelo bairro.

*Ninguém tem feito um trabalho voltado mais nesse sentido não, eu acho que na verdade foi conquistado no dia a dia, esse espaço eles conquistaram no dia a dia, eles têm um relacionamento bem aqui com o pessoal. (C. 4)*

Assim, parece existir uma boa integração dos usuários com os vizinhos, eles são reconhecidos pelo nome, frequentam a mercearia e barbearia, no entanto os cuidadores não referem nenhum outro trabalho ou relação dos moradores com outras redes de apoio na comunidade. Um dos cuidadores relata que existe um dispositivo comunitário muito importante, porém este é subutilizado pelos mesmos, sendo, para o entrevistado, função do CAPS a realização dessa articulação.

*Quem faz essa visita é W. [técnico do CAPS] entendeu? Ele que vai nos lugares assim, agora com a vizinhança de ir na casa de cada pessoa eu acho que não. A colega que às vezes vai na associação de moradores aqui do bairro, às vezes ela vai pra reunião pra comprovante de residências, mas fora isso não. Seria interessante o terapeuta ocupacional e assistente social ir lá nessa associação de moradores falar daqui [RT] de vez em quando fazer uma visita a eles, pra conhecer eles. Aí eu já acho que seria com a assistente social, com terapeuta e tem uma colega que vai, mas vai assim principalmente pra pegar comprovante de residência. Mas ir assim dizer falar entendeu? Aí no caso eles iam ouvir mais porque ia ser uma coisa municipal assim, uma coisa da saúde, do CAPS, dizer que eles moram aqui e tal, dizer que é pra eles conhecerem, se os moradores quiserem ir lá conversarem com eles, entendeu? Aí seria mais no caso eles, porque também a gente não tem tempo. (C. 5)*

Nesse discurso pode-se sugerir que para os cuidadores ainda não há clareza das possibilidades e funções de uma RT. Além de demonstrarem pouco empoderamento, também trazem o CAPS como um lugar de mais legitimidade no tocante às articulações com os outros dispositivos. É importante, porém, recorrermos a Portaria nº 106, de 2000,

do Ministério da Saúde, sobre os princípios e diretrizes dos Projetos Terapêuticos das RTs trazidos no seu artigo 4º:

- a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b. ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (BRASIL, 2000)

Assim, apesar de termos uma legislação que preconiza o que deve ser feito, temos também grandes dificuldade a serem superadas para que as efetivações aconteçam e, sem dúvida, a principal dificuldade é a falta de conhecimento dos próprios profissionais que compõem esses dispositivos. Essa questão sinaliza a necessidade de maior investimento na formação dos profissionais da área da Saúde Mental.

Em relação ao acesso aos dispositivos comunitários, é imprescindível que haja mais aproximação com esses espaços, visto que o território onde as RTs estão inseridas contam com um leque de possibilidades, desde praças, praias, sorveterias, pizzarias, locais históricos, escolas e clubes, entre outros, objetivando, portanto, o aumento da tolerância e solidariedade.

### *A relação com o CAPS*

O art 7º da portaria 106, de 2000, do Ministério da Saúde, preconiza que as RTs estejam vinculadas a um serviço de saúde, como o CAPS ou ambulatório de Saúde Mental, ou ainda à Atenção Básica. As RTs que tratamos neste artigo estão vinculadas a um CAPS II que fica localizado próximo, sendo frequentado pela maioria dos moradores. Atualmente, existe uma equipe de profissionais do CAPS que está mais próxima da rotina das RTs, sendo que cada morador, independente de frequentar ou não o CAPS, tem seu técnico de referência.

Na concepção dos cuidadores, há o reconhecimento de que a parceria entre CAPS e RTs é de extrema importância para a criação de estratégias de cuidados mais adequadas aos moradores. Entretanto, os cuidadores referem que é necessário maior aproximação e vinculação entre os profissionais dos CAPS, RTs e moradores.

*É importante, muito muito muito importante a relação, e eu acho assim, que quanto mais se fizer pra melhorar essa relação entre o CAPS, cuidadores, residência terapêutica, moradores a gente só tem a ganhar, eles (moradores) só tem a ganhar, né? Porque é uma troca né? Eles vão trazer e a gente também vai levar e vai tá aprendendo. (C. 4)*

Para alguns entrevistados, percebemos que a visão em relação ao papel do CAPS no processo da reinserção social dos moradores ainda é vista de forma muito restrita, tanto no sentido das possibilidades de intervenção desse serviço como na visão de que o CAPS é o principal responsável pelo processo de reinserção.

*Tem essa coisa, né, de participar de atividades tipo CAPS, né, coisas que envolvem cultura, lazer e trabalho também, né. E mais, na verdade o que elas mais praticam é no CAPS. Facilita muito, acho um excelente vínculo CAPS e RT. E facilita também na reinserção, até porque se não fosse o CAPS essas mulheres iam pra onde? (C. 1)*

Observa-se também que alguns cuidadores pensam que as intervenções do CAPS devem ser trazidas para dentro das residências como vemos no fragmento abaixo: “*Ele auxilia mas eu acho que tinha que estar mais presente, tinha que desenvolver mais trabalhos com elas entendeu? Até mesmo aqui na casa.*” (C. 3)

Em contrapartida, uma das cuidadoras faz pontuações interessantes sobre a proposta da desinstitucionalização.

*O CAPS é mais um suporte entendeu? [...] Então eles vêm, quando a gente tá precisando de alguma coisa fazem acompanhamento eles vêm fazer, procurar saber e tudo, mas não pode ficar vindo todo dia, porque também eles têm outras pessoas pra cuidar, pra orientar, pra poder ajudar vamos dizer assim a se inserir na sociedade, né? Não é só eles, é uma coisa específica, porque também não é instituição, querem acabar com a instituição, aqui não é uma instituição. Então se eles fica todo dia vindo aqui vai ficar parecendo que é uma instituição, né? Mas eles ajudam bastante. (C. 5)*

É necessário estar atento sobre os riscos que se pode correr ao trazermos procedimentos clínicos para dentro das residências. “[...] Os CAPS, ambulatórios e outros recursos comunitários devem ser

privilegiados em relação às moradias como local de tratamento, ou seja, na casa abordam-se questões ligadas ao morar”. (BRASIL, 2004, p. 12) As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços. Assim, “[...] quanto menos ‘clínica’ ou ‘terapêutica’, mais eficaz como clínica” (DELGADO, 2006, p. 30), o que significa que quanto mais as questões cotidianas forem consideradas como possibilidades de intervenções, mais terapêutica essa residência será.

## Considerações finais

Os cuidadores apresentam uma visão ampla sobre a reinserção social, porém demonstram dificuldades quando essa reinserção se refere aos moradores, pois há uma tendência em comparar os moradores no seu processo de reinserção, acabando por estimular os que avançaram nesse sentido.

As práticas de estímulo à reinserção dos moradores ainda são incipientes e não são traçadas enquanto meta de um PTS ampliado que considere as necessidades de cada indivíduo. Apesar de os cuidadores procurarem estimular os moradores na (re) aquisição da autonomia, sobretudo nas questões relativas ao autocuidado e às atividades domésticas, por outro lado ainda existem visões e posturas que incentivam a tutela e a reprodução do lugar de incapacidade das pessoas com transtornos mentais.

Sobre o papel desse profissional, percebe-se que não há clareza sobre suas responsabilidades e atribuições, o que gera insegurança em alguns profissionais, por acharem que a vida do morador está toda em suas mãos. Os cuidadores demonstram que o aprendizado se dá muito mais na prática, porém necessitando de maior embasamento teórico que direcione as ações realizadas nas RTs.

É importante que haja mais aproximação entre CAPS e RTs, sobretudo na construção de estratégias de cuidados conjuntas, incluindo o morador nessa construção. Essas estratégias precisam atentar para os contextos de vida dos moradores que necessitam de investimento, tendo como ponto norteador o estímulo à autonomia, promovendo a apropriação do espaço das RTs pelos moradores, favorecendo o desenvolvimento do habitar em detrimento do morar.

Em relação aos cuidadores, é notória a necessidade de maior empoderamento sobre as questões legais e reivindicação de diretrizes e normas que regem suas atividades profissionais. Portanto, faz-se necessário um maior empoderamento político e técnico dos cuidadores no sentido de se apropriarem e lutarem pela identidade dessa profissão.

Entende-se que essas questões podem ser alcançadas através de maior aproximação e abertura para discussões e negociações entre CAPS e RTs, além dos investimentos dos órgãos responsáveis na aposta de que esse dispositivo de cuidado seja de fato propulsor da reinserção de pessoas que tiveram suas vidas interrompidas. Aponta-se ainda a necessidade do investimento na educação permanente, considerando o grande potencial de aprendizado que ocorre no cotidiano desses profissionais, onde o saber se dá em ato.

## Referências

- BARRETO, S. M. G. *O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS*. 2009. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 fev. 2000. Seção 1, p. 23. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, 2004. (F. Comunicação e Educação em Saúde).
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CAVALCANTI, M. T. et al. Casa e/ou serviço?: O dilema das moradias assistidas e/ou serviços residenciais terapêuticos no contexto da Reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 83-91, 2006.
- DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 19-33, nov./dez. 2006.



DIMENSTEIN, M. O desafio da política de Saúde Mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-83, jun. 2006.

FIGUEIREDO, A. C. *Os Serviços Residenciais Terapêuticos na rede como novos dispositivos de inclusão social*. Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ: Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ, 2010.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. (Debates, 91).

MÂNGIA, E. F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 71-77, maio/ago. 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MORAES, A. R. O.; BARRETO, S. M. G. A práxis do Projeto Terapêutico Singular e Integral: um convite para o direcionamento e ampliação da clínica em Saúde Mental. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). *Otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 159-182.

SANTOS JUNIOR, H. P. de O.; SILVEIRA, M. de F. de A. Práticas de cuidado produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 788-795, 2009.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SCARCELLI, I. R. Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 71-81, 2006.

VIDAL, C. E. L.; VIDAL, L. M.; FASSHEBER, V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em Saúde Mental: a experiência de Barbacena. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 155-161, 2006.



# **Produção do cuidado na assistência aos moradores das Residências Terapêuticas do Distrito Sanitário de Itapagipe: relato de experiência**

**Cláudia Santos Pereira  
Suely Maia Galvão Barreto**

## **Introdução**

Este trabalho é um relato de experiência de uma intervenção para melhoria do cuidado aos moradores das Residências Terapêuticas do Distrito Sanitário de Itapagipe, na cidade de Salvador, tendo a participação de residentes do programa da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISCI/UFBA).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos tornou-se política pública no Brasil a partir dos anos 1990, possibilitando, com isso, o fechamento de vários hospitais psiquiátricos no país. Em substituição a esse tipo de tratamento, serviços substitutivos foram propostos por políticas públicas. Dentre esses, temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos ou, simplesmente, Residências Terapêuticas (RTs).

As RTs foram instituídas pela portaria nº 106, de fevereiro de 2000, fazendo parte da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Segundo o artigo 1º dessa portaria,

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa

permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000, p. 1)

As RTs são consideradas pela Portaria do nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, como “pontos de atenção do componente desinstitucionalização”. As RTs são consideradas estratégicas no processo de desospitalização e de reinserção social de pessoas com internações de longa permanência, de dois anos ou mais ininterruptos, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (BRASIL, 2011b)

Entretanto, pessoas que não possuem histórico de internações prolongadas, mas que, por outras razões, necessitam dos dispositivos residenciais para prover suas necessidades de moradia, também podem usufruir desse dispositivo, como referido pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004b)

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.090, de 2011, classificam as RTs em dois tipos: tipo I e II. O tipo I deve acolher no máximo oito moradores, em processo de desinstitucionalização, com a categoria profissional do cuidador de referência, e o tipo II é destinada a moradores com maior grau de dependência, devendo acolher no mínimo quatro e máximo 10 moradores, com profissionais cuidadores e um técnico de enfermagem diário. Importante ressaltar que as RTs não são serviços de saúde para tratamento de usuários, mas são casas para moradia, destinadas a acolher pessoas que possuem transtorno mental e que se encontravam internadas por longos períodos. Para apoiar os moradores das RTs nas atividades cotidianas foi estabelecido pela Portaria nº 1.220, de fevereiro de 2000, a categoria profissional do cuidador.

A proposta da intervenção com os cuidadores foi construída por dois profissionais do CAPS e duas residentes, a partir de observações da práxis dos cuidadores com os moradores nas RTs. Os cuidadores são profissionais destinados a assumir um papel importante na RT, uma vez que acompanham de forma mais próxima a rotina da casa, podendo realizar intervenções que auxiliam na reinserção e autonomia dos moradores. Conforme Brasil (2004b), o cuidador é designado para apoiar os moradores das residências nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade em busca da autonomia,

sendo necessário respeitar os gostos, hábitos e dinâmicas para inclusão social do morador.

A produção do cuidado em Saúde Mental ocupa um lugar de destaque no campo da Saúde Coletiva e assume diferentes direções. Uma delas refere-se ao desafio de transformar as práticas em Saúde Coletiva num outro modo de cuidar, que atenda o sujeito em sofrimento mental de forma integral. Nessa perspectiva:

A reforma psiquiátrica surge como um movimento de reformulação de conceitos e de modelos assistenciais, objetivando a humanização do cuidado e o resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental, construindo um novo espaço para as práticas em Saúde Mental. (SENA, 2010, p. 21)

Tendo em vista essa realidade, foram identificadas nas RTs intervenções de cuidado que iam de encontro ao novo modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica revelando a necessidade de melhoria da oferta de cuidado aos moradores.

A partir dessa constatação, a equipe citada acima criou o tema intitulado “Produção do cuidado na assistência aos moradores das Residências Terapêuticas do Distrito Sanitário de Itapagipe”, com o objetivo de identificar o que estava sendo realizado para produção do cuidado oferecido aos moradores das RTs e como melhorá-lo, assim como concretizar a parceria entre os técnicos do CAPS e os cuidadores das RTs. Essa articulação é preconizada pelas portarias do Brasil (2004b) quando afirmam que os moradores das RTs devem ser acompanhados pelos CAPS, quando existir na cidade, com uma equipe técnica compatível com a necessidade dos moradores. Esse acompanhamento, conforme aponta Vieira (2010), deve acontecer prioritariamente pelos CAPS de referência, pois as RTs devem ser prioritariamente locais de moradia, e não de tratamento.

A partir da percepção das necessidades e uma sensibilização com os cuidadores realizadas nas RTs, foi possível identificar produções de cuidados pautadas em ações que contribuem para a institucionalização dos moradores, interferências administrativas nas relações pessoais entre os cuidadores; ausência de espaços para discussões sobre a produção de cuidado aos moradores das RTs; pouco diálogo com os técnicos do CAPS e ações fragmentadas de cuidado. Importante ressaltar que, a

partir da identificação dessas dificuldades, foi possível fazer uma reflexão com os cuidadores e propor em conjunto um plano de ação visando à melhoria de cuidado aos moradores e à minimização das dificuldades administrativas que interferem na produção do cuidado e da assistência aos moradores das RTs.

## Metodologia

Este trabalho é um relato de experiência a partir de uma intervenção realizada nas Residências Terapêuticas do Distrito Sanitário de Itapagipe, com os objetivos de identificar a produção do cuidado oferecido aos moradores das RTs e melhorar a oferta do cuidado aos moradores das RTs.

Para tanto, foi realizada uma análise documental de relatório elaborado por uma enfermeira do CAPS que coordenava a RT no ano de 2010, da legislação brasileira sobre as RTs e ainda uma revisão de literatura sobre o tema, para subsidiar o trabalho.

O relato de experiência, por sua vez, refere-se à intervenção concretizada com os cuidadores das RTs feminina e masculina do Distrito Sanitário de Itapagipe, no período de novembro de 2010 a abril de 2011. Entende-se relato de experiência como “[...] um relato que descreve, analisa e reflete criticamente acerca de uma intervenção concreta implementada no campo da gestão, da assistência ou do controle social.” (EESP, 2010, p. 10)

A princípio, foram realizadas visitas por mim, educadora física, em conjunto com uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional do CAPS, com o objetivo de conhecer o cotidiano das RTs e levantar as necessidades da moradia. Logo depois, uma terapeuta ocupacional residente e uma psicóloga do CAPS completaram a equipe.

A partir do levantamento das necessidades das RTs e discussão com a equipe técnica do CAPS, foi construída uma proposta de trabalho com os cuidadores, intitulada “Sensibilização com os cuidadores das RTs do Distrito Sanitário de Itapagipe”. Em seguida, foram elaborados instrumentos de registro (lista de frequência e avaliação dos encontros) e organizados nove encontros de sensibilização, com dois grupos de oito cuidadores cada, sendo quatro reuniões para cada grupo e uma final para avaliação coletiva das intervenções. Nas reuniões foram

discutidas com os cuidadores temáticas que problematizassem a produção do cuidado na RT, sendo elas: o que são as RTs; o papel do cuidador; a importância do trabalho em equipe; como estimular a autonomia dos moradores; além do último encontro para avaliação. Esses encontros foram realizados nos meses de março a abril de 2011, quinzenalmente, na RT feminina. Para mediação das discussões foi utilizado o método da roda de conversa. Conforme Campos (2000, p. 36)

O método da roda se propõe a trabalhar objetivando a constituição de coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição.

Esse formato favoreceu a reflexão por parte dos cuidadores sobre a produção do cuidado na assistência aos moradores das RTs do Distrito Sanitário de Itapagipe.

## **Produção do cuidado na Saúde Mental**

Para compreender o que significa cuidado, Silva e colaboradores (2005) apontam para a necessidade de partir do pressuposto de que o mesmo se estabelece a partir da relação com o outro. Ayres (2004, p. 22) define o termo para a questão específica da Saúde como:

cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Seja isso visto como interesse pela experiência do outro, seja nas inter-relações que se estabelecem, a intenção se transforma em práticas que podem produzir um cuidado na perspectiva da autonomia ou da tutela do sujeito. Nesse sentido,

[...] podemos examinar as práticas de cuidado em saúde a partir das condições que possibilitem torná-las como dispositivos empenhados na manutenção de relações de tutela ou interessados na produção de autonomia e protagonismo dos diferentes atores envolvidos. (SENA, 2010, p. 22)

Dessa forma, ser cuidador na Saúde significa relacionar-se com o outro, estabelecer uma relação de acolhimento, afeto, respeito, ética e escolher uma forma de intervenção que possibilite a produção de autonomia dos diferentes atores.

É importante compreender de forma mais ampla o significado de cuidado, pois contribui para a sistematização e para o entendimento das intervenções dos profissionais cuidadores em Saúde. Boff (2011, p. 31) define o cuidado como uma forma de oposição ao descuido e ao descaso. Para o autor,

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude comprometida com a subjetividade do sujeito. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, dedicação, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação significativa, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A forma de produzir e se relacionar com o outro, a partir do cuidado, possui sentidos e significados diferentes, podendo ser caracterizada pela relação sujeito-objeto, quando o cuidador toma para si o poder de decisão sobre as necessidades do outro; e a partir da relação sujeito-sujeito, quando o cuidador respeita e estimula as necessidades do outro a partir de sua subjetividade. Importante ressaltar que a forma de relação/intervenção com o outro define a forma de produção de cuidado.

Na Saúde Mental, o histórico da produção de cuidado é marcado pela relação sujeito-objeto, baseada em um cuidado que tutela e oprime o sujeito que possui transtorno psíquico, além de desconsiderar seu processo histórico, político, social e familiar. Segundo Mello (2009), muitas práticas do cuidado em Saúde atuam em uma perspectiva de desqualificação e incapacidade do dito louco, através de prescrição do que é permitido em relação às ações cotidianas. Essas práticas revelam uma lógica de cuidado pautada num modelo exclusivamente disciplinador e realidade estigmatizante que silencia todo o conhecimento que não esteja de acordo com a lógica biomédica. Bezerra Junior e Amarante (1992) afirmam que, para a psiquiatria, os loucos eram seres equivocados, tratados principalmente com o método do isolamento social e a cura significava voltar a pensar como antes do adoecimento, ou seja, como os sujeitos razoáveis.

Ainda conforme Amarante (1996), é preciso buscar formas de tratamento que não devam necessariamente institucionalizar-se em regras



e ordens codificadas, pois mesmo com a mudança de tratamento ao louco proposto pela Reforma Psiquiátrica e com a implantação de alguns serviços substitutivos, ainda é possível identificar vários resquícios de cuidado pautados na relação sujeito-objeto, que se encontram presentes nos serviços de Saúde Mental que trabalham na lógica da desinstitucionalização, o que demonstra a complexidade do cuidar em Saúde Mental na perspectiva do novo modelo de atenção ao sujeito que possui transtorno mental, pois:

Na área da Saúde Mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de Saúde Mental se tornaram complexas. A reorientação da assistência que avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra hospitalar, fazendo emergir um novo cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares. (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2010, p. 445)

Tendo em vista a constituição das novas tecnologias psicossociais interdisciplinares na Saúde Mental, é importante entender de forma mais intensa como vem se estabelecendo o cuidado, nos serviços substitutivos, pois a Reforma Psiquiátrica implica em uma nova forma de cuidar, tratar e acolher o sujeito que possui transtorno mental. Para Basaglia apud Amarante (2007), o cuidado na Atenção Psicossocial procura colocar a doença entre parênteses para que a mesma não seja protagonista da situação, e sim o sujeito. Essa forma de cuidar rompe com a lógica da psiquiatria que coisifica o sujeito e a experiência humana. Trata-se da desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e de novas formas de lidar com o sujeito, realidade que produz desafios.

[...] O da produção do cuidado em Saúde Mental de forma integral é possibilitar o acesso dos portadores de transtorno mental à rede de serviços e de apoio social, espaços fundamentais para reinserção social [...]. A conquista de novos espaços como possibilidade de resgate da autonomia das pessoas portadoras de doença mental significa uma nova configuração da operacionalização da produção do cuidado em Saúde Mental. (SENA, 2010, p. 29)

Para isso, precisamos de profissionais capacitados e comprometidos com a Atenção Psicossocial, com o sujeito e suas relações sociais.

Essa reflexão sobre a construção de novas formas de assistência ao portador de transtorno mental possui fundamentos num cuidado que

respeite a autonomia, a subjetividade e que possa possibilitar o acesso às diversas redes de relações sociais em detrimento do isolamento social. Tendo em vista essa realidade, torna-se importante a construção com os profissionais que atuam na Saúde Mental de uma reflexão ampliada sobre o cuidado nos serviços de Saúde Mental e, especificamente, nas RTs, a fim de tornar o serviço e as casas adequadas às necessidades dos usuários e moradores, além de estabelecer uma produção de cuidado pautada na relação sujeito-sujeito.

## **Das Residências Terapêuticas e dos cuidadores**

As RTs do Distrito Sanitário de Itapagipe foram inauguradas em 18 de maio de 2006 e são mantidas pela Prefeitura Municipal do Salvador. São duas residências nesse Distrito: uma masculina e outra feminina com oito moradores em cada RT, oriundos, em sua maioria, do Sanatório Bahia e do Hospital de Custódia e Tratamento, conforme consta em relatório do CAPS. (LIMA, 2010)

A estrutura física das Residências Terapêuticas deve seguir os padrões de uma moradia estruturada, com sala de estar, dormitórios, copa, cozinha, banheiro, com mobiliário e equipamentos adequados para o conforto e a boa comodidade dos seus moradores. A sua localização deve ser situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializados, preferencialmente na comunidade, possibilitando o processo de desinstitucionalização, conforme o artigo 6º da portaria do Ministério da Saúde nº 106, de 2000.

Em relação ao espaço físico das Residências Terapêuticas do Distrito de Itapagipe, a feminina é composta por duas salas, cozinha, um banheiro, três quartos, área externa ampla e arborizada, com lavanderia, viveiro para pássaros e cadeiras, além de um tanque com bomba para abastecer as duas casas. A casa é ventilada e bem iluminada. No segundo andar está localizada a residência masculina, que obedece aos mesmos padrões quanto ao número de cômodos, com o acréscimo de um banheiro em um dos quartos. A entrada para as casas é independente, no entanto, a RT masculina possui uma escada que dificulta o acesso a alguns moradores. Importante destacar que o território de Itapagipe, onde as RTs estão localizadas, é rico em espaços culturais e de lazer, o que pode facilitar o processo de reinserção social. Amorim

e Dimenstein (2009) apontam que a concepção do território é fundamental na construção do cenário estratégico da Saúde Mental. Estar inserido no território pode significar um conjunto de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam na comunidade sendo essencial para vida.

Apesar de os moradores terem a possibilidade de residir em uma casa, fora dos muros do manicômio, nas RTs existem poucas características dos mesmos (fotos, arranjos, objeto individuais). Os poucos enfeites que se encontram na casa são escolhidos pelos cuidadores. Sobre a rotina dos moradores, estes possuem horários fixos para as refeições tais como o café da manhã às 7h, o lanche às 10 e 15h, almoço às 12h, e jantar às 18h, o que reproduz o modelo hospitalar. Importante ressaltar que um morador estuda próximo à RT e uma moradora visita os pais, sozinha, aos finais de semana; os demais moradores não têm atividades regulares fora de casa, por isso permanecem em casa a maior parte do tempo. Durante a semana, alguns moradores se dirigem ao CAPS no período da manhã, estes utilizam o carro da prefeitura cedido para uso do CAPS.

Sobre os recursos humanos, as RTs são compostas por 16 cuidadores, anteriormente contratados pelo Hospital Irmã Dulce, antiga instituição responsável em administrar as RTs, e que após um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) fazem parte do quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Eles trabalham em dupla, em cada casa, com escala de plantão de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, de forma que as casas estão 24 horas sob seus cuidados. Qualquer necessidade dos cuidadores é encaminhada à gerência do CAPS Adilson Sampaio.

Alguns cuidadores trabalharam em hospitais psiquiátricos e passaram a trabalhar na RT, sem serem qualificados tecnicamente para a função. Conforme constaram Lima, Cardoso e Santos (2010), a maioria desses cuidadores não possui uma formação técnica na área da Saúde, mas assumem a função de auxiliar na recuperação dos usuários, moradores da RT. Segundo as autoras, após essa constatação, realizaram uma formação com carga horária de 60h, com esses cuidadores, com o objetivo de promover a formação dos cuidadores para atender a uma demanda das RTs. Essa proposta de intervenção foi importante, porém

pontual, sendo que a necessidade de formação dos cuidadores é de uma educação permanente em serviço, conforme aponta a política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 21): “A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Esta também considera as questões técnicas e subjetivas dos profissionais.

Além dos cuidadores, as RTs contam também com o acompanhamento dos técnicos do CAPS do referido Distrito, como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 11), que afirma que as mesmas “[...] devem ser acompanhadas pelos CAPS ou ambulatórios especializados em Saúde Mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em Saúde Mental)”, que deverá, caso necessário, proporcionar um suporte interdisciplinar que considere a singularidade de cada morador.

Dessa forma, é essencial deixar claro que nas RTs moram pessoas que passaram por um longo processo de institucionalização, isolamento social e sofrimento psíquico, e que as novas formas de produção de cuidado devem estar pautadas em relações que produzam autonomia e uma vida social fora dos muros do hospital. O cuidador teria, portanto, um papel fundamental nesse processo de inserção social.

## **Sensibilização com os cuidadores das Residências Terapêuticas**

O início da intervenção ocorreu quando uma professora de Educação Física residente do ISC e uma enfermeira do CAPS responsável em acompanhar as RTs e em orientar os cuidadores sobre a administração da medicação fizeram juntas algumas visitas às RTs. Nos primeiros contatos com os cuidadores, observaram-se intervenções padronizadas de cuidado com os moradores. Isso despertou o desejo da professora em elaborar junto aos profissionais do CAPS um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a oferta de cuidado aos moradores das RTs.

As visitas à RT, da professora de Educação Física residente do ISC junto à enfermeira do CAPS, iniciaram no mês de novembro com o intuito de aproximação dos cuidadores e de desenvolvimento de intervenções no cotidiano do trabalho visando uma reflexão ampliada sobre

novas formas de produção de cuidado. Durante essas visitas, foi possível identificar que as intervenções de cuidado aos moradores eram calcadas em normas, valores, regras e horários pré-estabelecidos para atividades cotidianas. Essa forma de cuidado vai de encontro à proposta de desinstitucionalização dos moradores. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os profissionais que cuidam dos moradores devem intervir tendo a contratualidade (pactuação das decisões dos moradores) como base, além de dosar sempre a qualidade do cuidado a ser oferecido ao morador para auxiliar na aquisição de autonomia, numa negociação constante. Importante ressaltar que a RT

[...] pode ser considerada como um avanço no sentido da desconstrução da loucura como signo de aprisionamento, periculosidade e isolamento, pois aposta na convivência urbana dos 'loucos' como cidadãos e busca concretizar a efetiva substituição dos manicômios e a liberdade de ex-internos de circular pela cidade. (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p. 196)

Concordamos que a RT é considerada um avanço no processo de reinserção social dos usuários, no entanto o fato de alguns cuidadores das RTs de Itapagipe já terem sido trabalhadores de hospitais psiquiátricos e terem pouco conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica pode contribuir para a produção de um cuidado pautado em fortes resquícios hospitalocêntricos. Em geral, nas RTs, os cuidadores deveriam desempenhar o papel de:

[...] dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo morador numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro, etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar. (BRASIL, 2004b, p. 12)

Essa diferença entre a produção do cuidado identificado na RT estudada, que torna difícil o processo de desinstitucionalização do morador, e a proposta do Ministério da Saúde que propõe intervenções de cuidado baseadas no auxílio, na negociação, na contratualidade e na ajuda das tarefas cotidianas ao morador, demonstra a necessidade do investimento na formação em serviço que considere o cotidiano do trabalho do cuidador como princípio educativo. Vale dizer que, durante

as visitas às RTs, foi possível perceber que os cuidadores acreditavam estar dando o melhor de si para cuidar dos moradores, quando escolhiam por eles. Isso aparece na fala de um dos cuidadores: “*Nós, cuidadores, às vezes ficamos ansiosos com a lentidão dos moradores e aí fazemos as coisas por eles*”. (Informação verbal) De fato, alguns moradores viveram uma situação de institucionalização crônica, sendo necessário, em alguns momentos, que algumas tarefas fossem realizadas no seu lugar, o que não deveria significar deixar de estimular a sua autonomia. Outros moradores, quando estimulados e apoiados nas atividades, apresentavam gostos e desejos diferenciados sobre as atividades cotidianas. A partir desse contexto, ficou clara a diferença no nível de autonomia dos moradores e a dificuldade dos cuidadores em lidar com essa situação. Pôde-se perceber que todos os moradores eram tratados como iguais, tinham horário fixo para as refeições, banho, lanche e acompanhamento no CAPS, sem possibilidade de escolha. Nesse sentido, Vieira (2010) aponta a necessidade das RTs considerarem as singularidades dos seus moradores na construção de uma vida autônoma, dentro das possibilidades, para não correr o risco que a residência seja mais um dispositivo institucionalizante.

Tendo em vista a problemática percebida no início da intervenção na RT, foi discutido pela equipe que estava acompanhando esse processo e elaborada uma proposta de discussões temáticas para dar continuidade à qualificação em serviço com os cuidadores. Essa proposta segue os preceitos da educação permanente na saúde, que aposta que a qualificação dos trabalhadores se desenvolva a partir da própria prática, considerando o cotidiano do serviço. Nesse sentido,

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. (BRASIL, 2009, p. 45)

As reuniões de sensibilização aconteceram no período de março e abril de 2011 e totalizaram nove reuniões, sendo quatro reuniões para cada grupo de cuidadores e uma reunião para avaliação coletiva. As temáticas disparadoras foram: o que são as RTs, o papel do cuidador, a

importância do trabalho em equipe, e como estimular a autonomia dos moradores. Importante ressaltar que o tema “cuidado” foi transversal em todo o processo das intervenções com os cuidadores. Tinha como objetivo qualificar os cuidadores, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, considerando que:

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica surge como um movimento de reformulação de conceitos e de modelos assistenciais, objetivando a humanização do cuidado e o resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental, construindo um novo espaço para as práticas em Saúde Mental. (SENA, 2010, p. 21)

A sensibilização foi organizada pela professora de Educação Física e uma terapeuta ocupacional, ambas residentes, e uma psicóloga do CAPS. Durante os encontros, os cuidadores foram participativos e interessados, demonstrando confiança no trabalho que estava sendo executado. Parte dessa confiança foi estabelecida inicialmente por conhecerem e terem bom vínculo com a técnica do CAPS (que já fazia atendimento individual a alguns moradores), pela vinculação com as residentes e por se sentirem ouvidos e entendidos, e não simplesmente cobrados ou avaliados. O uso do dispositivo do método da roda de conversa foi escolhido justamente para provocar e deixar os cuidadores à vontade para analisar e discutir sobre as intervenções na RT. Esse método, conforme Campos (2000), possui como principal característica o apoio de modo simultâneo à elaboração e à implementação de projetos e à construção de sujeitos e de coletivos organizados. O objetivo central é ampliar a capacidade de decisão dos grupos aumentando sua capacidade de analisar e operar sobre o mundo (práxis). Para isso, trabalha com o conceito de análise e intervenção.

Durante as reuniões nas RTs foi possível identificar dois tipos de questões que interferiam no cuidado aos moradores, sendo elas: questões relacionadas aos profissionais (cuidadores) e questões relacionadas à produção do cuidado aos moradores da RT. Essas informações partiram dos cuidadores durante a sensibilização e do preenchimento do instrumento de avaliação a cada reunião.

Sobre as questões relacionadas aos profissionais das RTs, foi possível perceber a princípio que a equipe de cuidadores estava fragilizada chegando a sentir-se pouco valorizada por parte dos técnicos do CAPS.

Os cuidadores queixavam-se da fragmentação das intervenções com os moradores; pouca continuidade do cuidado entre os plantões; pouco conhecimento técnico (o que dificultava um trabalho harmônico entre a equipe de cuidadores, pois os mesmos, em sua maioria, possuem dificuldade em registrar as informações do plantão no relatório); e ausência de reuniões entre a equipe de cuidadores para discutir as ações cotidianas sobre o cuidado aos moradores.

Grande parte dos conflitos existentes entre os cuidadores é resultado da ausência de uma linha condutora que normatize o trabalho da equipe, ausência de reuniões para planejamento e qualificação em serviço dos cuidadores. Dessa forma, cada cuidador faz o trabalho que achar mais pertinente, entretanto, de forma descontinuada, pois nem sempre o relatório das atividades realizadas pelos cuidadores ao final do plantão é suficiente para a boa comunicação da equipe.

A forma de registro no livro de ocorrência foi um dos pontos bastante trazidos pela equipe de cuidadores, pois nesse livro deveriam ser registradas as principais ocorrências do plantão, sendo fundamental para a continuidade da assistência ao morador. Segundo os cuidadores, a forma de preenchimento não é a mais adequada, uma vez que cada cuidador preenche o livro com os aspectos que julgam serem os mais importantes: uns o utilizam como forma de denúncia do colega, outros o preenchem com informações desnecessárias ou insuficientes para a continuidade do trabalho.

Sobre as questões relacionadas à produção do cuidado aos moradores, os principais nós críticos dizem respeito à intervenção dos cuidadores nas RTs como: relações fragilizadas entre os cuidadores; administração do dinheiro pelos moradores; rotina dos moradores; e dificuldade em realizar a reinserção social. Salientamos que, em qualquer tipo de intervenção na RT, deve ser estimulada a autonomia do morador. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), à medida que o morador ganha autonomia, em vez de dispensar o suporte ele passa a requerer modos mais refinados de acompanhamento.

Nessa linha reflexiva, a autonomia é entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas para a própria vida, de acordo com as diversas situações vivenciadas no cotidiano. Essa autonomia pode ser identificada pelas atividades cotidianas que realiza, como sua possibilidade e liberdade de circular nos espaços sociais para gerir seu cotidiano: fazer compras,



passar, frequentar a escola, etc. Envolve também a gestão da vida pessoal e doméstica: a tomada de decisão sobre os horários para comer, dormir, trabalhar, preparar as próprias refeições, comprar alimentos, por exemplo, sem a necessidade de ajuda técnica ou de outros cuidadores. (KINOSHITA, 2001 apud MÂNGIA; RICCI, 2011, p. 185)

Na produção de cuidado pelos cuidadores com os moradores, foram identificadas: relação de superproteção com os moradores muitas vezes trazendo aspectos de uma relação maternal; dificuldade em realizar a inserção social dos moradores devido ao receio em serem responsabilizados caso algum incidente aconteça; sentimento de ausência do Técnico de Referência do CAPS na coconstrução do cuidado; e pouca qualificação técnica dos cuidadores sobre as questões do cuidado em Saúde Mental.

Essa realidade demonstra a necessidade do Técnico de Referência (profissional do CAPS que acompanha os moradores) e dos cuidadores trabalharem em parceria na busca do resgate dos laços sociais e familiares dos moradores, além de estimulá-los e auxiliá-los a identificar e frequentar, sempre que possível, os dispositivos existentes no território como praças, praias, lanchonetes, bibliotecas, entre outros, como formas de efetivar a inserção social preconizada como papel dos serviços substitutivos.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (BRASIL, 2004b, p. 6)

Sobre a questão financeira, apesar de alguns moradores terem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em geral, o morador, junto ao cuidador, saca o benefício ou os próprios cuidadores sacam o benefício no respectivo banco e guardam, sendo este repassado em pequenas parcelas ao morador, como se fosse um favor, para que possam gastar. Percebe-se a necessidade de trabalhar a questão financeira como um bem de propriedade do morador, deixando claro que o benefício pertence a ele. Dessa forma, é importante pensar em estratégias para que o usuário possa se apropriar do benefício, como ir ao banco recebê-lo acompanhado ou não, planejar de que forma o morador desejará utilizar

o dinheiro e realizar saídas para identificar os valores e as possibilidades de aquisição de bens que gostaria de ter.

Sobre a rotina dos moradores foi possível perceber pouca participação destes nas decisões da casa e um não sentimento de pertença a essa moradia. Além disso, há uma padronização de materiais e equipamentos na RT, o que não permite a impressão da identidade de cada morador no ambiente. Assim, é preciso auxiliar os moradores no resgate de sua individualidade, estimulando-os a participarem de forma mais ativa nas decisões e tarefas da casa, como sugere o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 12):

[...] a forma como o grupo de moradores foi constituído certamente terá influência no convívio. É inevitável o surgimento de questões do grupo a serem trabalhadas coletivamente. No entanto, devemos lembrar que os CAPS, ambulatórios e outros recursos comunitários devem ser privilegiados em relação às moradias como local de tratamento. Ou seja, na casa abordam-se questões ligadas ao morar. As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços. Devemos lembrar também que o respeito à individualidade e singularidade deve prevalecer em relação às ações junto ao grupo.

Quanto à condução dos nós críticos (relação entre cuidadores e produção de cuidado na RT) surgidos durante os momentos de sensibilização, foram construídas com os cuidadores algumas estratégias assim como orientações sobre a necessidade de repensar algumas questões sobre a produção de cuidado na RT. Foi pontuada a necessidade de entender o usuário como um adulto, ainda que com suas limitações, não devendo, portanto, infantilizá-los ou confundir a relação cuidador-morador com a relação mãe-filho, bastante enfatizada pelos cuidadores durante a discussão dos temas. Sobre as questões financeiras, a orientação foi que os cuidadores falassem de forma mais aberta com os moradores sobre suas finanças, fazendo com eles a contabilidade do dinheiro que havia em casa e planejando de que forma eles desejariam gastar. Foi destacada a necessidade de que essa estratégia seja discutida com a gerência do CAPS e os cuidadores a fim de esclarecer qual a melhor maneira de auxiliar o morador na apropriação do seu benefício.

As questões relativas à rotina da casa foram trabalhadas de forma a incentivar as intervenções dos cuidadores que vêm sendo realizadas, com o intuito de promover a autonomia dos moradores nas decisões, conforme orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 11-12):

Os profissionais devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que aflorem hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes de um dado SRT. Os riscos de acidentes domésticos devem ser trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial.

Ao final da sensibilização, foi emitido um certificado de participação intermediado pela coordenação do CAPS para todos os cuidadores.

A partir de todas as observações, discussões e trocas realizadas na sensibilização com os cuidadores foram traçadas, junto com os mesmos, sugestões de intervenção para serem discutidas com a equipe do CAPS com intuito de verificar a possibilidade de concretização, sendo elas: realização de um plano de ação composto por reuniões quinzenais entre os Técnicos de Referência e cuidadores com objetivo da coconstrução de estratégias de cuidados para atender aos moradores. Foi sugerida ainda uma reunião mensal com o objetivo de tratar temas mais relacionados a um suporte técnico, como atenção à crise, procedimentos necessários nas trocas de plantão, como relatar no livro de ocorrência de forma adequada e orientações para a promoção da reinserção social dos moradores. Por último, pensou-se na necessidade de uma sensibilização com a gestão dos serviços de Saúde do Distrito de Itapagipe, a fim de dialogar de forma mais próxima sobre os dispositivos de Saúde Mental existentes nesse território. Esse diálogo é importante, pois tanto o CAPS como a RT são, por alguns serviços, um tanto estigmatizados, cujas intervenções dos demais serviços, em muito momentos, não consideram as peculiaridades desses dispositivos.

Ao final dos encontros e após discussão dos resultados com a equipe técnica e com a gestão do CAPS, foi realizada uma reunião com os cuidadores na qual foi repassada a proposta de continuidade do acompanhamento solicitada pelos cuidadores em todo processo de intervenção. Durante essa reunião, os cuidadores avaliaram a sensibilização como importante para a melhoria das relações tanto entre pares quanto entre CAPS e RT. Definiram também que os encontros propiciaram momentos de reflexões sobre suas práticas de cuidado na RT apontando caminhos possíveis para melhoria na assistência e na produção

de cuidado ao morador, bem como a necessidade de continuidade do trabalho como forma de suporte para repensarem suas intervenções.

Como sugestão para a equipe do CAPS e da RT, foi discutida com todos os envolvidos no processo da sensibilização a importância da garantia de um momento de reunião onde possam pautar suas ações em uma única direção a fim de que as intervenções sejam mais harmônicas e continuadas. Como consequência se teria o suporte para que os moradores possam conquistar cada vez mais autonomia no seu lar e para que o número de profissionais do CAPS circulando na RT seja minimizado processualmente, o que auxiliará na construção desse local como uma residência assistida e não como mais um serviço de Saúde.

As Residências Terapêuticas constituem-se como alternativas essenciais no processo de desinstitucionalização dos moradores, pois visam à inserção social, construção de direitos, cidadania e novas possibilidades de vida. Com a intervenção foi possível identificar nós críticos, propor em conjunto com os cuidadores soluções, além de discutir e refletir com os cuidadores sobre a importância desse lar e sobre a necessidade de modos diferentes de cuidar, que considerem a autonomia e subjetividade dos moradores.

## **Considerações finais**

A partir das intervenções nas RTs foi possível identificar uma relação de cuidado pautada na relação sujeito-objeto marcada por fortes resquícios hospitalocêntricos e com alguns indícios de relações sujeito-sujeito. As principais dificuldades que contribuem para essa realidade dizem respeito à relação fragilizada entre a equipe de cuidadores; fragmentação das intervenções de cuidado, pouco conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e técnico; ausência de reuniões entre os cuidadores para discutir a produção de cuidado nas RTs e dificuldade em concretizar uma cogestão com o CAPS.

A identificação dos problemas foi importante, pois possibilitou momentos de reflexão com os cuidadores, que puderam, durante o processo de sensibilização e junto com as facilitadoras, construir um plano de ação para superação das dificuldades. Nesse plano constam necessidades que foram discutidas com a equipe do CAPS e das RTs para identificar as possibilidades de concretização, sendo elas: reuniões tanto

para discutir a produção de cuidado na assistência aos moradores quanto para criar uma unidade e continuidade das intervenções de cuidado; apoio ao cuidador no cotidiano do serviço para auxiliar nas dificuldades técnicas e no processo de reinserção social dos usuários; sensibilização dos serviços de Saúde do Distrito de Itapagipe que identificam a RT como mais um serviço de Saúde; e continuidade da sensibilização com os cuidadores.

Todas as propostas apresentadas pelos cuidadores foram aprovadas pela equipe do CAPS e o trabalho continuou com a inclusão de uma terapeuta ocupacional e alguns técnicos de nível superior do CAPS, alguns provisoriamente. No entanto, é indispensável estar atento para não espelhar na casa a produção de um cuidado e de intervenções que possam contribuir para reproduzir o padrão psiquiátrico de tratamento já que a RT não se estabelece como serviço, trata-se de uma residência, sendo essencial a produção de um cuidado que estabeleça a autonomia nas relações e que ressalte a subjetividade dos moradores.

## Referências

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Temas em saúde).

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, jan./fev. 2009.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em Saúde Mental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.

BEZERRA JUNIOR, B; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 fev. 2000. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 230-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residências Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004a. (F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, 2004b. (F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009. (B. Textos básicos de Saúde; Pactos pela Saúde 2006, 9).

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

EESP. *Caderno de apoio para elaboração do trabalho de conclusão de curso*. Salvador: [S.n.], 2010.

LIMA, C. M. P. A. *Relatório das residências terapêuticas*. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

LIMA, C. M. P. de A.; CARDOSO, M. G.; SANTOS, J. E. dos. Projeto de construção de conhecimento dos cuidadores de um Serviço Residencial

Terapêutico: valorizando a singularidade do cuidar nas residências terapêuticas. Salvador. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 2, n. 4/5, p. 106-120, 2010.

MÂNGIA, E. F.; RICCI, E. C. “Pensando o habitar” Trajetórias de usuários de serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 182-190, maio/ago. 2011.

MELLO, V. R. C. de. *Estratégias de humanização do cuidado em Saúde Mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais*. 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000. (Temas sociais).

SENA, J. M. de F. *Produção do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza - CE: limites e desafios na construção da autonomia do usuário*. 2010. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

SILVA, L. W. S. da. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul./ago. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, T. S. Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina, v. 3, n. 3, p. 44-48, jul./set. 2010.





**TERCEIRA PARTE -  
Manejos de uma Clínica  
sensível e social**



# Dissonâncias entre política e cuidado: a pedra no caminho da Clínica com pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas

Luana Silva Bastos Malheiro  
George Amaral Santos

## Introdução

As discussões que apresentamos neste artigo partem da reflexão acerca da nossa prática clínica em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad). Nessa ocasião, observamos que grande parte da demanda que aparecia no acolhimento relacionava-se a conflitos legais e culturais ligados ao contexto de consumo de drogas, e não diretamente ao seu aspecto do uso/abuso. (MOREIRA et al., 2011) Pouco se viam pessoas buscando atendimento porque identificavam a necessidade de reformular seu uso de alguma substância psicoativa (spa). Pelo contrário, a busca se dava por questões relacionadas às vulnerabilidades associadas ao mundo das drogas ilícitas.

O comércio ilegal, problemas com instituições de abrigamento ou reclusão, famílias que não admitem em seu seio o uso de substâncias psicoativas ilícitas, vítimas de encontros violentos com a polícia, conflitos com o tráfico, dentre outros exemplos, definem os principais aspectos do cotidiano e o público demandante dos serviços desse CAPS. Nota-se nesses exemplos que a legislação brasileira, à medida que torna criminosas as pessoas que se relacionam com o consumo, comércio ou produção de substâncias psicoativas ilícitas, conduzindo-as a realidades sanitárias e sociais marcadas pela violência, produz demandas de cuidado que ultrapassam, em muito, o alcance do fazer em Saúde.

Neste texto, trataremos das divergências que repousam nas políticas brasileiras sobre drogas e as pessoas que as utilizam. De um lado temos a política de repressão ao uso, comércio e produção e, de outro lado, a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Essas políticas não encontram, na prática, meios de diálogo para tratar sobre a realidade de uma sociedade que sempre usou e usa drogas. (DOMANICO, 2006)

Esse descompasso cria no serviço de Saúde um constante sentimento de impotência e frustração entre os profissionais de Saúde diante da problemática que se desenha: políticas de Saúde e de justiça que colocam em colisão uma cultura de proibição e uma cultura de uso de substância psicoativa. A primeira, historicamente baseada na repressão ao consumo, comércio e produção de drogas, focada na abstinência e prevenção do uso, e a segunda, marcada por movimentos contra hegemônicos.

Nossa intenção é discutir, a partir desse lugar – de profissionais que têm uma prática clínica junto a pessoas cujas vidas são entremeadas por conflitos legais e culturais, como a política proibicionista reverbera nos serviços de Saúde na medida em que gera o enfrentamento violento entre o Estado e as organizações baseadas no comércio de drogas. Resgatando Bourdieu (2003), partimos do pressuposto de que o tratamento institucional do tema em questão, fruto de um sentimento midiático de pânico diante dos efeitos “indesejáveis” da pobreza e da demonização de grupos marginalizados, caracteriza a política proibicionista, antes de tudo, como criminalização da pobreza. Nesse sentido, a violência simbólica não se dissocia da violência física que viceja as filas para acolhimento no CAPSad.

Para esse empreendimento, iniciaremos falando do fenômeno do uso de substância psicoativa e, em seguida, abordaremos a questão das políticas desenvolvidas para tratar desse tema e sua influência na prática clínica dos serviços de Saúde Mental voltados para usuários de drogas.

## **O fenômeno do uso de substâncias psicoativas**

O fenômeno do uso de substância psicoativa tem definições culturais, sociais, econômicas e políticas que são elaboradas e negociadas nos diversos contextos sócio-históricos. Isso significa que cada sociedade

estabelece os seus métodos próprios de gestão do consumo de drogas de acordo com o contexto político em que se encontram. Não há dados para comprovar a existência de uma sociedade sem drogas, mas pode-se precisar como cada sociedade, em determinado momento histórico, lidou com o consumo de drogas da sua população.

Para compreender a complexidade e variabilidade dos usos de drogas, não devemos dissociar a substância consumida do sujeito consumidor, nem do contexto sócio-histórico-cultural em que a droga é utilizada. Isso significa pensar as condições materiais e simbólicas em que os sujeitos, em seus contextos de vida, consomem drogas e produzem sentidos sobre essa prática. Becker (1977) e Zinberg (1984) já atentavam para o fato de se considerarem as variáveis que interferem no consumo de drogas, refletindo que diferentes sujeitos em diversos contextos consomem drogas de formas muito singulares e elaboram, entre pares, formas específicas de uso e prevenção de drogas. Como exemplos, podemos citar o uso de drogas em rituais religiosos (MACRAE, 1994), os diversos sentidos que assume o uso de maconha – desde lazer até estratégia de resistência cultural e ideológica (MACRAE, 1986) – e a dinâmica da relação com o *crack* (cocaína fumada), que assume diferentes facetas a depender do tempo de uso, do grupo social e de diversas outras variáveis no contexto onde essa relação se dá. (MALHEIRO, 2010)

Assim, cada sujeito que consome drogas está inserido em uma cultura da droga, ou seja, um conjunto de entendimentos comuns – pactuados no processo de sociabilidade do consumo, suas formas de uso, características e maneiras aceitáveis de uso.

Por um lado, temos uma cultura de uso que é elaborada entre pares, no processo de sociabilidade e compartilhamento de saberes e práticos acerca do consumo de drogas; por outro lado, concluímos que essa cultura de uso está influenciada pelo processo de demonização do consumo de drogas, projeto político engendrado pela chamada Política de Guerra às Drogas. Disso resulta o fato de que, atualmente, a prática do consumo de drogas é permeada por um caráter oculto, configurando-se como um verdadeiro tabu da sociedade contemporânea.

## Políticas de drogas

Deslocando a nossa reflexão a um nível macro e entendendo que existem formas pelas quais cada sociedade gerencia os meios de administração das suas substâncias psicoativas ao longo da história, situamos a nossa sociedade dentro do paradigma proibicionista, de caráter jurídico, policial e militar, que traz como meta erradicar ou reduzir consideravelmente os níveis de consumo e circulação de drogas ilícitas. Esse modo de operar a política acarreta uma série de consequências no cotidiano do usuário de drogas, bem como na organização dos serviços de assistência.

Antes de ser uma doutrina legal para tratar a questão das drogas, o proibicionismo é uma prática moral e política que defende ser dever do Estado, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização. (RODRIGUES, 2008) Esse conjunto de regras foi sistematizado em encontros patrocinados pela Organização das Nações Unidas (ONU), a partir de 1960, com o intuito de padronizar o tratamento às substâncias psicoativas, dando parâmetros e exigências aos Estados que se comprometeram com tal acordo. O resultado desse esforço é que, hoje, temos uma coerência e identidade comum das leis de drogas no mundo todo, trabalhando a partir de uma mesma lógica: o proibicionismo. Como exemplo, temos a Convenção Única da ONU sobre Drogas, em 1961, que consagra o proibicionismo como forma primordial de tratar a questão das drogas no mundo, fazendo com que todas as iniciativas de se pensar uma Política de Drogas para o mundo parta de uma perspectiva moralizante de “guerra às drogas”.

Essa política teria a pretensão de eliminar a droga do mundo – objetivo que foi estabelecido na Conferência Especial das Nações Unidas sobre o tema, em 1998 – e proteger a Saúde Pública. Na mesma Conferência se recusou a proposta do México de avaliar a eficiência dessas políticas repressivas na eliminação ou diminuição do consumo de drogas, haja vista que mesmo mantendo ano após ano os mesmos objetivos e os gastos cada vez mais milionários na repressão, os dados fornecidos por organismos internacionais oficiais mostravam o aumento do consumo global de substância psicoativa e dos problemas socio-sanitários associados. (ROMANÍ, 2008)

Conclui-se que o proibicionismo, forma eleita para direcionar a política de drogas em diversos países, acaba por aumentar cada vez mais o consumo de drogas, bem como atua como um importante fator que expõe o usuário de drogas a situações de risco advindas do próprio caráter ilícito atribuído às práticas.

Podemos dizer, então, que o proibicionismo cria um crime, cria um número considerável de criminosos e, também, promove a emergência de um mercado ilícito de drogas. Acreditamos, então, que o paradigma proibicionista é uma estratégia plena de potencialidades em termos de controle social local e global e de alocação de uma parcela da população, que deve ser contida e controlada na criminalidade. A consequência dessa jornada antidrogas encabeçada pelas políticas punitivas tem sido a profunda demonização das drogas e estigmatização dos seus sujeitos consumidores. Apontamos então o fracasso dessa estratégia a nível mundial, que se reflete em altos níveis de violência, aumento do consumo e perda da qualidade de vida de usuários, expostos a situações de risco por consumirem um produto que é ilícito.

Concordando com Comelles (1985), refletimos que todo o processo assistencial em Saúde possui aspectos ligados ao âmbito da gestão e também – e principalmente – a aspectos ideológicos, manifestos em representações, valores, atitudes e modos de organização institucional que envolvem a produção do cuidado em Saúde. Dito isso, observamos como as práticas de Saúde estão influenciadas pelo imaginário social que a política proibicionista ajudou a construir, atribuindo o rótulo de infrator ao usuário de drogas.

Por outro lado, uma intervenção em Saúde que se pretenda eficaz deve estar de acordo com a visão de mundo da população assistida. Com relação aos serviços de assistência em Saúde para usuários de drogas, observamos uma dificuldade de atuação no campo dos “mundos compartilhados”. (ROMANÍ, 2008) Isso significa dizer que as estratégias de cuidado precisam ser implementadas como parte de um sistema cultural de sentidos e que, se não fizerem parte de um mundo de significados compartilhado, não há possibilidade de diálogo entre as pessoas envolvidas. As trajetórias terapêuticas reais, conforme Kleinman (1978), são definidas a partir de uma cultura própria do cotidiano de quem sofre. Porém, efetivamente, o que se observa é a construção de propostas de saúde que partem unicamente da perspectiva do especialista,

profundamente marcadas pela lógica de controle da Saúde e reforçadas pelo *status* de licitude que as políticas proibicionistas conferem a uma vida de abstenção do uso de drogas. Refletimos que o processo de construção das políticas para usuários de drogas contribuiu significativamente para a construção de modelos de atenção controversos, que produzem grandes entraves à Atenção Psicossocial a esse público.

## **A política de atenção ao usuário de drogas no Brasil**

Temos, no ano de 2003, a formalização das diretrizes do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas, a partir das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001. Antes da formalização dessa política, os modelos de Atenção em Saúde para usuários de drogas eram unicamente pautados na lógica da repressão ao consumo. Podemos concluir que tivemos um atraso na elaboração dessa política, sendo que sua implementação, ainda hoje, não se efetivou; tampouco a implantação da rede de serviços que ela propõe.

Segundo Wandekoken e Siqueira (2011), até o ano de 1976 não havia, no país, legislação que tratasse da questão do tratamento aos usuários de substâncias psicoativas e as ações eram baseadas na redução da oferta das drogas com restrição ao campo jurídico e/ou médico, essencialmente tendo como foco a repressão do tráfico e o controle do consumo de drogas. Isso é constatado na promulgação da Lei nº 5.726, de 1971, que tratava apenas do aspecto da recuperação de “infratores viciados”, garantindo uma reabilitação judicial e não o direito à saúde. É só no ano em questão que surge a Lei nº 6.368/1976, principiando avanços para a ampliação dessa abordagem (BRASIL, 1976), quando define que o Estado deve, sempre que necessário e possível, contar com estabelecimentos próprios para tratamento de “dependentes de substâncias”.

Até então, havia no país um predomínio dos serviços conhecidos como comunidades terapêuticas que, na maioria das vezes, são instituições não governamentais, criadas a partir da década de 1970 e que foram sendo expandidas em décadas posteriores. (CARVALHO, 2007; MACHADO, 2006) Havia poucas iniciativas do Estado de pensar a rede de serviços públicos.



A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, que subsidiou a elaboração do documento da política, recomenda-se que os planos municipais de Saúde contemplem propostas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com ações intersetoriais; indica-se que a Política de Saúde Mental deve incluir ações de prevenção e tratamento, privilegiando a adoção de estratégias de redução de danos, bem como prevê o atendimento integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar.

A política é centralizada em quatro diretrizes: a intersectorialidade, serviços de base extra-hospitalar, a redução de danos e os princípios do SUS. Passa-se, então, do modelo centrado historicamente na referência hospitalar para um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária.

A partir desse novo direcionamento propõe-se uma política intersectorial e inclusiva com ações em diversos setores, como saúde, justiça, educação e assistência social. Prevê-se ainda a atenção em dispositivos extra-hospitalares tais como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em Programas de Redução de Danos (PRD). Por fim, garante-se a internação de usuários de drogas em hospitais gerais prevendo leitos de desintoxicação nesses serviços.

Com vistas a promover a reinserção social de usuários de drogas, a política prevê que a rede de serviços de Saúde ligados ao SUS deverá desenvolver programas de atenção ao usuário de drogas. Deve-se definir projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde desses usuários e o atendimento deve ser realizado por equipes multidisciplinares, partindo da demanda do sujeito.

A legislação que norteia a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas é regulamentada pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Ela prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Essa legislação, embora cite aspectos relacionados à atenção ao usuário de drogas, apresenta uma centralização

na questão da repressão ao uso, comércio e distribuição, enfatizando principalmente o paradigma proibicionista como um eixo norteador.

Reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações preventivas abrangentes. Apontamos neste texto que o governo brasileiro vem priorizando, durante todos esses anos, a abordagem repressiva, e que, recentemente[1], os esforços políticos têm se direcionado para o eixo Saúde. Esse fato é constatado pela insuficiência de implantação da rede de serviços de Saúde voltados para o público usuário de drogas em território brasileiro. Em contraposição, observamos um enorme gasto público em serviços de segurança pública, na sua complexa estratégia de controle de consumo e tráfico, que tem acessado uma parcela maior de usuários de drogas no Brasil.

### **Limites e alcances da Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no contexto atual**

É muito comum observarmos nas falas de pessoas que refletem sobre o consumo de drogas a referência de que este é um fenômeno muito complexo. No desejo de evitar que essa fala acabe por justificar as inoperâncias e os fracassos em sua abordagem, faz-se necessário explicitar exatamente de que “complexidade” estamos falando e pontuar o que nesse fenômeno o torna complexo.

A complexidade do fenômeno se situa na incongruência da existência de dois grandes paradigmas políticos, que moldam modelos de atenção ao usuário de drogas. Se, por um lado, temos uma política de Saúde pautada em um modelo dialógico e pragmático, que entende o usuário de drogas como cidadão de direitos, os quais não devem ser negados pelo fato do sujeito consumir drogas; por outro lado, temos uma legislação (Lei nº 11.343/06) que criminaliza e penaliza o ato de portar, comercializar e consumir drogas. A decorrência dessa incongruência reflete-se na prática clínica, na medida em que as demandas de justiça

---

[1] A Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi sistematizada apenas em 2003, sendo que a implantação da rede de serviços prevista ainda não foi efetivada.

aparecem como questões a serem solucionadas no serviço substitutivo. (BRASIL, 2006)

Os dispositivos substitutivos, além de não existirem em quantidade suficiente, enfrentam inúmeras dificuldades para se estabelecerem e efetivarem seu funcionamento, vitimados por problemas que não são exclusivos do campo da Saúde Mental, mas recorrentes no Sistema de Saúde do Brasil. (PAIM, 2009)

No tocante a essa questão, uma parte importante dos riscos e danos que as políticas de Saúde procuram minimizar é decorrente não da natureza bioquímica das drogas, nem de ordem psicológica dos seus utilizadores, mas da própria política que coloca o usuário na ilegalidade. Os indivíduos que utilizam substâncias psicoativas veem-se diante de uma série de problemas que o dispositivo público de tratamento em saúde – CAPSad – não está preparado para equacionar, gerando limites para a prática clínica. Um exemplo disso são os recorrentes casos de problemas relacionados ao comércio ilegal das substâncias. Um ciclo de violência, infrações e demandas por assistência parece não se encerrar no contexto de vida de boa parte das pessoas atendidas no CAPSad em que estivemos presentes por seis meses.

Na Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas há um claro recorte para a assistência a pessoas que desenvolvem um transtorno decorrente do uso prejudicial ou dependência de drogas (perspectiva do uso de drogas enquanto uma doença). Porém, no contexto da vivência no serviço CAPSad, percebemos que parte importante dos casos não decorre de uma dependência de drogas, ou do seu consumo unicamente, mas dos danos que são recorrentes em populações que vivem em situação de vulnerabilidade social, em que o consumo de substância psicoativa significa estar em situação de risco gerada pela criminalização. O texto da política não aponta de forma consistente caminhos para lidar com questões jurídicas ou de risco social provocado por embates com a polícia, ou mesmo pelas situações de violência geradas pelo comércio ilegal.

A “patologia” do consumo de drogas deve ser devidamente localizada na sua esfera política, entendendo como a forma de gestão da política de drogas acarreta um estado de “guerra”, logo de intolerância e violência contra o usuário de drogas. Com um olhar ampliado sobre a questão, entendemos que a gestão das políticas públicas em drogas

gera um processo inevitável de dissonâncias e endurecimento da prática clínica, na medida em que produz diretrizes tão controversas que orientam as suas práticas. Se, de um lado, temos uma política que criminaliza o sujeito que consome, que não atua na direção da garantia de direitos dos usuários, e sim na violação destes, já que presenciamos diariamente casos de abuso e violência contra usuários de drogas, do outro lado temos a política de Saúde que se propõe, em alguma medida, a um processo reformador do sujeito. Cabe-nos pensar um direcionamento que remonte a uma mudança gradativa do consenso social acerca do consumo de drogas, a fim de retirá-lo do *status* de tabu social contemporâneo.

Os dois grandes paradigmas (justiça com o paradigma repressivo *versus* saúde com o paradigma do cuidado) que fundam a política de drogas são indialogáveis, sendo acessados constantemente pelas pessoas que usam drogas em sua trajetória de consumo, independente da sua modalidade de uso. Isso, irremediavelmente, gera uma série de conflitos. Porém, não se espera neste momento erradicar o conflito, mas o desafio é gerir, dentro de limites de razoabilidade, as suas manifestações – algo a que, utilizando a expressão de Oriol Romaní, chamamos de “gestão do conflito social”. (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009)

Refletimos então que o CAPSad é um espaço onde se deve investir na mediação desses conflitos, tais como as cobranças de dívidas de drogas entre os usuários, agressões físicas entre os mesmos, convivência de sujeitos advindos de facções opostas do tráfico e que inevitavelmente se encontram no serviço, conflitos existentes entre usuários de drogas lícitas e ilícitas, bem como de usuários que pregam a abstinência e outros que elegem a redução de danos; conflitos advindos da dinâmica de interação entre jovens adolescentes e adultos e, por fim, conflitos entre os usuários e a própria equipe. Esses pontos de conflito transcendem o consumo de drogas em si, ou a dependência química. Nesse sentido, a gestão do conflito se divide em duas abordagens pelos técnicos da equipe: uma abordagem investe na normatização, na imposição de regras de forma verticalizada e sem que haja diálogo suficiente com os transgressores, abordagem a que chamamos de “equipe-centrada”; por outro lado, temos uma abordagem dialógica que investe na mediação do conflito através da tentativa de resolução “com” o usuário e não “para” ele, que chamaremos de “centrada na relação”.

A abordagem que chamamos de equipe-centrada se constitui como um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de Saúde passa a julgar os usuários a partir da visão de seus membros (e não do seu contexto simbólico), estabelecendo unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado para um serviço de saúde, bem como para o cuidado em Saúde. (OLIVEIRA, 2002)

## Conclusões

O ponto-chave de toda a questão levantada neste texto, referente ao usuário de drogas em meio a essa corda bamba das políticas de drogas, é a situação de exclusão social reforçada pela própria política e reiterada no cotidiano do sujeito que, inevitavelmente, carrega o rótulo de criminoso pela prática do consumo de drogas. A reinserção social parece ser então um dos pontos-chave da atenção ao usuário de drogas e o principal nó crítico dos profissionais de Saúde. Na medida em que reinserir socialmente esteja diretamente relacionado à amarração do sujeito no todo social e ao aumento do seu poder de contratualidade em um contexto cultural próprio da equipe de trabalhadores (frequentemente estranho ao usuário do serviço de Saúde), há de se avaliar esse todo social em que o sujeito será inserido e concluir que o usuário flutua entre o sujeito doente (serviço de Saúde) e o sujeito infrator, onde, muitas vezes, permanecer no serviço de Saúde e aderir ao rótulo de um sujeito passível de “tratamento”, em alguma medida normatizante (é muito comum ouvirmos dos profissionais de Saúde que atuam nesse serviço que o tratamento objetiva regular ou normatizar o consumo de drogas para os limites aceitáveis, e não patológicos), parece ser a alternativa viável para si.

Concluimos então que o repertório de práticas de tratamento e cuidado em nossa realidade vem se utilizando mais da sua função punitiva e normatizante do que da sua função terapêutica e focada na condição singular do sujeito, como aborda a política de Saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas. Essa forma de “cuidado” é contrária ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da Saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem para a passividade e a exclusão.

Por fim, enfatizamos a necessidade de entendimento dos limites que se apresentam na prática clínica, a partir do engessamento de políticas públicas que acabam por estigmatizar o usuário de drogas. Com o objetivo de ampliar as possibilidades de atuação na gestão de casos clínicos, alertamos para a necessidade do técnico de Saúde se aproximar do contexto de vida do sujeito a ser cuidado, onde os seus conflitos decorrentes do complexo fenômeno das drogas emergem.

## Referências

- BECKER, H. Consciência, poder e efeito da droga. In: BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. (Biblioteca de antropologia social). p. 181-204.
- BOURDIEU, P. et al. *A miséria do mundo*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.343, 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. *Diário Oficial [da] União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1 nov. 1971. Seção 1, p. 8769.
- BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 1976. Seção 1, p. 14039.
- CARLINI, E. A. et al. (Sup.). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*: 2005. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2006.
- CARVALHO, D. B. B. de. (Coord.). *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

COMELLES, J. M. Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano: medicina y humanidades*, Barcelona, n. 655, p. 71-83, 1985.

DOMANICO, A. “CRAQUEIROS E CRACADOS: BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!”: estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009. Suplemento.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social science and medicine*, Oxford, v. 12, n. 2b, p. 85-95, Apr. 1978.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACRAE, E. A antropologia e o uso de drogas: a questão da maconha. *Temas IMESC: Sociedade, Direito, Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 195-202, dez. 1986.

MACRAE, E. A importância de fatores socioculturais na determinação da política oficial sobre o uso ritual da ayahuasca. In: ZALUAR, A. (Org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 31-45.

MALHEIRO, L. S. B. *Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador*. 2010. 89 f. il. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MOREIRA, C. P. et al. *Entre os desafios do cuidar e a invenção de uma instituição: relatório da residência de Saúde Mental no CAPSad. Relatório: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de Concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*. Salvador, 2011.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. (Temas em Saúde).

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104.

ROMANÍ, O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, Lanús, v. 4, n. 3, p. 301-318, sept./dic. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 105-112, 2011.

ZINBERG, N. E. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press, 1984.



# Tessituras de redes sociais afetivas na trama da reabilitação psicossocial: contribuições para a intervenção clínica em AD

Luana Silva Bastos Malheiro  
Maurice de Torrenté

## Introdução

*“[...] temos aberto a porta do consultório, não aos pacientes e seus parentes mais próximos, mas também a cada homem e a cada mulher que possam dar apoio para gerar uma mudança na pessoa que sofre”. J. Klefbeck (2000)*

O engenhoso projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil funda uma questão central para o tratamento dos sujeitos que acessam os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial. Faz-se necessário agora produzir um projeto terapêutico que possibilite em última instância a reinserção dos sujeitos em seu contexto social, visto a situação de exclusão em que se encontram. Durante o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o processo da desinstitucionalização, a preocupação centrava-se na substituição do modelo de atenção asilar e hospitalocêntrico para o modelo de Atenção Psicossocial através da substituição de hospitais psiquiátricos por Centros de Saúde Mental de caráter comunitário que possam acessar não só o sujeito, mas todo o seu entorno social.

Superada a questão da implantação de serviços substitutivos e da transformação do modelo de atenção, observamos emergir outro dilema

para a Saúde Mental: como reinserir socialmente sujeitos que passaram parte de sua vida excluídos do convívio social? Como enfrentar a situação da exclusão social que assola boa parte da população que acessa os serviços? Como mediar a relação sujeito-mundo e ainda auxiliar o processo de tomada de autonomia do sujeito?

A interação social aparece então como um dos principais objetivos das políticas de Saúde Mental, através da noção de reabilitação psicossocial que se fundamenta na ideia de reinserção social, apoio social e principalmente na amarração do sujeito a redes sociais de suporte. O objetivo do presente trabalho é investigar essa rede social em sua dimensão cotidiana, nas amarrações que o sujeito faz com suas relações sociais e, desse modo, inseri-la na prática clínica. A incorporação do modelo êmico de rede social – a rede que o sujeito constrói no percurso de sua vida – possibilita a inserção do indivíduo com quem trabalhamos na clínica psicossocial em seu meio social, ao mesmo tempo em que evoca o terapeuta, ou o Técnico de Referência do caso clínico a sair do seu consultório e adentrar na cultura do sujeito.

Pensamos então no modelo de redes sociais como um importante instrumento para se pensar a perspectiva da rede de apoio social. Segundo A Barrón e F. Chacón (1990), existem duas grandes perspectivas no estudo do apoio social que foram usadas no presente estudo: a estrutural e a funcional. Na perspectiva estrutural, foi examinado todo o campo social em que o sujeito está inserido, utilizando para isso as análises de redes sociais como medida de apoio social. Investimos então na rede social do indivíduo como metodologia para auxiliar o sujeito a reconhecer uma rede de apoio social existente no seu contexto de vida.

Na perspectiva funcional, também utilizada no presente estudo, se enfatizou os aspectos qualitativos do apoio e as funções que cumpre no contexto de vida do sujeito cada laço social construído em sua vida, centrando o interesse nos sistemas informais de apoio, que chamaremos aqui de “sistema êmico de apoio social”, pois parte do contexto de relações sociais que o indivíduo constrói na sua cultura. Identificar esse sistema amplia o alcance da clínica, pois redireciona a atenção não apenas no indivíduo, mas em toda a sua totalidade social (de pessoas e instituições) em que está imerso.

## Fundamentação teórica

A Antropologia, desde os clássicos, já atentava para a importância do laço social para a constituição subjetiva do sujeito, o que pode ser traduzido através da noção de intersubjetividade. O *self* do sujeito se constrói na medida em que se desenvolvem as suas relações sociais, a subjetividade do humano se funda em relação, fazendo com que, ao tratarmos do tema da subjetividade, temos sempre que nos reportar ao seu caráter intrínseco de intersubjetividade. O olhar antropológico permite, então, pensar o sujeito como uma totalidade social específica, atravessado ontologicamente pelos “outros” que o constitui em sua singularidade. Esses “outros” aparecem enquanto co-construtores, co-autores de uma trama complexa e fazem parte intrínseca da identidade, possibilitando uma inscrição no mundo compartilhado.

Lévi-Strauss (1970, p. 194) aponta que “[...] a integridade física não resiste à dissolução da integridade social”, atentando já para o caráter adoecedor da ausência de laços sociais. Durkheim (1951), em seu trabalho sobre o suicídio, demonstra que existe uma maior probabilidade de suicídio nos indivíduos mais isolados socialmente, em comparação com aqueles que possuem uma rede social mais ampla, acessível e integrada. Para Bateson (1986), as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage, incluem sua família, seu meio ambiente, seu contexto de vida, enfim, todos seus vínculos interpessoais significativos (familiares de forma ampla, amigos, colegas de profissão, companheiros de trabalho, de estudo, de inserção comunitária, dos serviços de saúde etc.). Esse conjunto de relações constitui a rede social significativa, também chamada de rede social afetiva, objeto principal desta investigação científica. No tocante a essa questão, será discutida uma metodologia de intervenção clínica a partir da prática de redes sociais. Vale-se ressaltar que toda a intervenção foi refletida à luz dos pressupostos éticos e técnicos da Antropologia, principalmente no que tange à ética do terapeuta na condução de um caso clínico.

A partir da vivência em um serviço de Saúde Mental que atende usuários de álcool e outras drogas[1], observou-se que há uma tendência em identificar as relações significativas como apenas aquelas definidas a partir do grupo familiar. Acreditamos na importância do investimento no grupo familiar, porém atentamos para a fronteira que se estabelece entre o grupo familiar e o resto do mundo social significativo do indivíduo. Com a finalidade de enriquecer qualitativamente a visão multifocal da ação clínica, acreditamos que a inclusão da dimensão da rede social identificada pelo sujeito expande a capacidade descritiva, explicativa e de ação na condução do caso clínico. Segundo Sluzki (1997), a dimensão da rede social afetiva nos permite analisar aspectos adicionais que até então não eram reconhecidos, além de possibilitar o desenvolvimento de novas hipóteses acerca de quais variáveis contribuíram para mitigar determinados problemas, conflitos e resoluções, nos orientando a sugerir novas intervenções que levem em consideração toda a totalidade que constitui o sujeito. Ainda segundo Sluzki (1997, p. 42):

A rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. A rede pessoal social é a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferentes do universo relacional no qual está inserido.

O modelo de Atenção Psicossocial proposto na Política Nacional de Saúde Mental requer um investimento que extrapole o indivíduo. Produzir cuidados em Saúde Mental para sujeitos usuários de drogas pressupõe uma investigação no mundo da vida do sujeito e das suas relações sociais. Com relação ao cuidado que se oferece na perspectiva da reabilitação psicossocial, entendemos que este deve se estabelecer a partir do cotidiano do sujeito, entendendo que o foco da Atenção Psicossocial se direciona ao indivíduo e/ou ao grupo social mais próximo, e tem como objetivo de atuação sobre o sujeito o fortalecimento dos vínculos e potencialização das redes sociais de sua relação, possibilitando ao sujeito sua sustentação na sociedade, no seu contexto de

---

[1] Estágio realizado durante seis meses no CAPSad III, da cidade de Salvador, durante a formação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC).

vida. Estabelecem-se, então, as condições para a reinserção social de sujeitos em situação de exclusão social.

Assim, intervenções em Saúde Mental devem visar à integração do sujeito com a sua rede de relações, tentando chegar cada vez mais perto do seu contexto de vida, evitando a tentativa de inserir o sujeito em redes sociais as quais ele não reconhece como suas. Fazer a análise das redes sociais do sujeito em tratamento em um CAPSad é, fundamentalmente, estudar o circuito social do seu contexto de vida; o significado do consumo de drogas dentro da sua economia psíquica; as expectativas culturais sobre os efeitos da droga e a interferência de sua rede de relações pessoais e afetivas na modificação de padrões de consumo da droga.

Acreditamos no estudo dos vínculos e laços sociais, através das redes sociais afetivas – proporcionando, com isso, ao indivíduo, uma autoanálise sobre os papéis desempenhados por eles – evocando suas histórias de vida e trajetória de consumo de drogas, conectando pessoas e situações em uma trama vivenciada e refletida pelo sujeito. Pode-se, dessa forma, tecer uma rede na qual as conexões refletidas norteiam novas possibilidades de ação cujas lacunas e furos da teia dispõem-se de modo promissor para construção de novas conexões e histórias onde sua trama, num conjunto, oportuniza novos caminhos de reconstrução.

A decisão do usuário em modificar o padrão de uso de drogas a partir da identificação de padrões de uso patológicos exige uma mudança no seu estilo de vida, nas suas relações pessoais e, principalmente, na cultura de uso de drogas. Outros estudos têm demonstrado que as redes sociais têm o potencial de influenciar sobre os padrões de uso de drogas através de processos de persuasão e imitação de pares e também para promover a participação em atividades ilícitas. (DAVEY et al., 2007; GALVÁN; SERNA; HERNÁNDEZ, 2008; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006)

Sabemos que a experiência de um usuário ao consumir um produto psicoativo é grandemente influenciada pelo seu repertório de saberes e crenças sobre a droga, o que denominamos de “cultura de uso de drogas”. Ele exerce uma função importante na adoção de diferentes modalidades de uso da droga, na atribuição de significados à experiência, na interpretação dos efeitos percebidos e nas suas maneiras de lidar com as consequências de suas práticas. (MALHEIRO, 2010) A socialização entre os consumidores de drogas gera a circulação de um

grande número de experiências que são compartilhadas entre pares. A circulação dessas experiências produz um conjunto de entendimentos comuns sobre a droga, suas características, os efeitos percebidos e compartilhados e maneiras que a droga pode ser mais bem utilizada. (BECKER, 1976)

As redes sociais, por fazerem parte da cultura de um determinado grupo e por serem construídas por meio de trocas, respeito, escolhas, valores e normas são capazes de influenciar o comportamento, atitudes e o modo de uma pessoa, grupo ou comunidade ver, interpretar e classificar o mundo e a sua ação social. Essa rede social afetiva pode auxiliar o usuário na elaboração de estratégias de autorregulação no uso da droga, bem como na adesão ao tratamento proposto nos serviços substitutivos e na prevenção da recaída.

O projeto terapêutico proposto ao usuário terá então que incluir outros sujeitos que atuem conjuntamente com a Equipe de Referência desse usuário e que são identificados como pontos importantes do seu sistema êmico de apoio social. Denominemos esses sujeitos como “cuidadores êmicos”, sujeitos inseridos no contexto de vida do usuário de drogas que ele identifica como possíveis aliados no seu processo de tratamento.

O sistema êmico de apoio social, reconhecido a partir da análise das redes sociais, é importante no cotidiano do indivíduo e pode exercer influência considerável como suporte e referência, não só na sua trajetória de vida como, também, na adoção de métodos de autorregulação no uso das substâncias psicoativas, atuando de maneira positiva (facilitador) ou negativa (dificultador) nesse processo. Compreende-se que as pessoas se colocam nos diversos espaços sociais que compõem a sua vida, e a maneira pela qual interagem e vivenciam suas relações se mostra importante, na medida em que tal conhecimento torna possível identificar fatores que atuam enquanto “protetores” e aqueles que representam “riscos”, pois um mesmo contexto social pode produzir ou significar proteção e risco, de acordo com o circuito de relações experimentadas pela pessoa. (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007)

Reportamo-nos então à Antropologia para pensar a multidimensionalidade da Clínica Ampliada, a multiplicidade de atores que interferem na cultura de consumo de uma substância psicoativa, direcionando o nosso olhar para a interferência da sua rede de relações pessoais nas

modalidades de consumo da droga. Segundo Zinberg (1984), o comportamento relacionado ao consumo de uma substância psicoativa está fortemente ligado aos controles sociais informais, ou regulações no uso, estabelecidas no processo de sociabilidade em determinado grupo de consumidores. A vivência em alguns grupos de consumidores pode auxiliar o sujeito na regulação e controle do seu uso de drogas, enquanto outros grupos dificultam o sujeito nesse processo de regulação. Durante a investigação, um dos trabalhos importantes foi identificar quais pontos dessa rede pode auxiliá-lo no tratamento e quais pontos devem ser evitados, a fim de prevenir o retorno a padrões de consumo patológicos.

Em tratamento cujo objetivo é a regulação no uso da droga e prevenção a demais vulnerabilidades sociais, todos os recursos de interação podem ser reestruturados com o sujeito, alguns vínculos precisarão ser rompidos, pois são considerados como verdadeiros nós no tratamento. Outros vínculos serão reativados (vínculos familiares) e outros vínculos criados (sujeitos que representam serviços de Saúde, novos lugares e ambientes).

## Procedimentos metodológicos

Este estudo caracteriza-se como qualitativo, orientado pelo método etnográfico, com dois usuários de cocaína/*crack* em tratamento no CAPSad III na cidade de Salvador, Bahia, e os interlocutores são adolescentes de 16 e 17 anos. Foram analisados dados trabalhados em dois momentos distintos. No primeiro momento, os dados foram retirados do acompanhamento clínico realizado pela investigadora com os usuários no serviço de Saúde Mental. No segundo momento, a investigação centrou-se em entrevistas semiestruturadas e na técnica do mapa de rede, ou ecomapa, com a finalidade de responder aos objetivos desta pesquisa. Foram selecionados dois interlocutores, pois se objetivou fazer um contraste com os resultados investigados em dois contextos sociais distintos.

Utilizou-se de método etnográfico através do trabalho de campo e observação participante com os interlocutores de pesquisa. Segundo Malinowski (1984), na técnica da observação participante, o pesquisador deve ter uma imersão em campo e participar do cenário cultural do

informante. Sendo assim, buscou-se, no segundo momento da pesquisa, acessar os territórios e sujeitos que compõem a rede social significativa para o interlocutor.

O antropólogo catalão, Oriol Romani, cita um informe produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a avaliação de metodologias possíveis para o estudo de uso de drogas e seus usuários. A etnografia, segundo o informe, seria uma das metodologias mais eficientes com relação à quantidade e qualidade da informação obtida em campo. (ROMANI, 1999)

A observação participante foi registrada através do diário de campo, principal instrumento de registro das impressões e vivências com os sujeitos de pesquisa tanto durante os atendimentos clínicos como nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os sujeitos de pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro que objetivou apenas guiar os pontos mais importantes a serem trabalhados na entrevista e que foi reelaborado a partir das vivências e observações de campo. Outras questões também relevantes partiram da própria narrativa do sujeito.

A metodologia de análise da rede social, inicialmente, buscou examinar todo o campo social em que o sujeito está inserido, para que a partir de uma rede social extensa se identifique a rede social afetiva e, principalmente, dentro dessa rede, os pontos de ancoragem que compõem o seu sistema êmico de apoio social. Essa análise foi elaborada já durante o acompanhamento dos casos clínicos, no estágio realizado no referido serviço. Ao fim do estágio, o trabalho de campo centrou-se na materialização dessa rede social através do ecomapa, onde investigador e interlocutor tiveram a possibilidade de refletir juntos acerca da constituição, das intensidades e dinâmicas da sua rede social na trajetória de consumo de drogas.

Para a análise de uma rede faz-se necessário configurar o que Sluzki (1997) denomina de “mapa da rede”. Esse mapa é uma representação gráfica composta por pessoas significativas nos diversos âmbitos da vida social do sujeito. O objetivo foi detectar as pessoas significativas, através das diferentes interrelações que o interlocutor estabelece em todo o seu contexto social, incluindo o serviço de Saúde.

O mapa foi construído a partir da reflexão, entre a pesquisadora e o sujeito, a respeito de quem são as pessoas significativas de sua vida,



com quem ele pode contar em momentos mais difíceis, com quem gostaria de se relacionar e de contar, a quem esse sujeito oferece apoio, quem deixou de pertencer a essa rede, mas que a sua perda produziu rupturas nas suas vidas, percebidas até o momento, e a interferência da chegada e partida de pessoas importantes na sua trajetória. (SLUZKI, 1997) Para isso, foi necessário construir o mapa de rede (ecomapa) de cada mudança importante que acontecia na rede de relações significativas na vida dos interlocutores.

Como instrumento de construção de um mapa de rede, optamos por utilizar a técnica do ecomapa. A construção conjunta do ecomapa possibilitou um meio de comunicar subjetivamente o desejo da retomada de vínculos, a lembrança de um trecho de suas vidas ou mesmo a omissão de uma realidade muito sofrida e, dessa forma, materializar para o sujeito um “retrato” da sua rede social, das suas perdas e ganhos de relações ao longo da sua vida.

O ecomapa é mais uma representação gráfica das ligações do sujeito às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando o seu sistema ecológico. Essa técnica permite resumir e representar muita informação importante sobre o sujeito e o seu meio num formato gráfico fácil de ver e compreender por qualquer um dos intervenientes no processo – investigador e sujeito investigado. Possibilita também ilustrar a natureza e o impacto das relações do sujeito com o meio, permitindo verificar se são fonte de suporte ou não suporte.

Por fim, acumulou-se como materiais para a análise as experiências vividas durante o acompanhamento clínico com os interlocutores, as entrevistas semiestruturadas e os mapas de rede, utilizado do modelo de ecomapa, a fim de compreender a dimensão funcional e estrutural da rede de suporte.

A reflexão acerca da metodologia se deu em um processo dialético, no qual teoria e prática se articulam para refletir a validade dos instrumentos de pesquisa utilizados. Houve momentos na investigação em que um interlocutor não conseguia desenvolver as questões referentes aos seus vínculos através do ecomapa, mas sim através de narrativas não estruturadas; em outros momentos, mais precisamente quando um interlocutor relatava as perdas em sua rede social, o ecomapa se mostrou um instrumento interessante para que ele conseguisse significar e materializar, através da análise de um vínculo quebrado, as mudanças

ocorridas na sua vida, assim, o indivíduo foi capaz de escrever novas narrativas a respeito da sua própria história, reinventando a sua biografia.

Centrar a nossa atenção na rede social afetiva do usuário foi uma estratégia metodológica para que possamos investigar a complexa dinâmica do enlaçamento social entre os interlocutores, o seu contexto social e o serviço de Saúde, que passa a integrar a sua vida. A partir da investigação da rede social, pode-se refletir também o papel do encontro entre o usuário e o profissional de Saúde para a gestão do cuidado que se integra no mundo da vida do sujeito.

## Resultados

Os interlocutores desta investigação são adolescentes com 16 (MA) e 17 (MP) anos, ambos inseridos no mercado de drogas ilícitas, consumidores de maconha, álcool e cocaína. Ambos são matriculados no CAPSad III e, embora MP não frequente mais esse serviço, os dois sujeitos fizeram tratamento para uso abusivo de drogas nessa instituição. Embora o consumo de drogas tenha aparecido nos dois casos como a questão principal para a ida ao serviço, observou-se que outras questões se apresentaram mais relevantes como, por exemplo, a inserção dos adolescentes no mercado de drogas ilícitas, o que os colocava em inúmeras situações de risco de vida.

Com relação à sua condição social, podemos refletir que o interlocutor de 16 anos (MA) possui condições econômicas mais estáveis, morando na casa própria com os familiares que, mesmo sendo adotivos, sempre se responsabilizaram pela criação do adolescente. Quando criança, morava no interior da Bahia e tinha contatos com seus pais biológicos, demonstrava carinho pelo pai e relatava não possuir uma boa relação com a mãe. Ao fazer o seu ecomapa, refletimos que quando MA residia no interior da Bahia, possuía uma rede social mais variada, com amigos da escola, do seu bairro e da roça, local que ele ia com frequência realizar as atividades que mais gostava, de pesca e caça. Ao se mudar para Salvador, relata uma mudança brusca na dinâmica dos seus vínculos, deixando para trás amigos de infância e passando a ter como amigos adolescentes do seu bairro envolvidos no uso e, principalmente, no comércio de drogas ilícitas.

Já MP possui uma condição econômica menos estável, seus familiares viviam em moradias precárias no Pelourinho[2], desde criança teve contato com o uso e tráfico de drogas, pois sua rede familiar sempre participou do comércio de drogas ilícitas. O seu pai era usuário problemático de cocaína injetável e o adolescente relata inúmeros episódios no qual ele presenciou o pai com seus amigos fazendo uso da droga. Outro fato muito relatado pelo jovem são episódios de violência em que seu pai o espancava. A grande mudança ocorrida em sua rede social se refere à morte da sua mãe por câncer e, um pouco depois, seu pai, morto pela polícia em sua frente. Após a quebra desses vínculos, o adolescente passa a frequentar as cenas de uso de *crack*, participando ativamente do seu comércio para sustentar o consumo.

Apresentaremos a seguir os resultados desta investigação em tópicos para melhor contrastar os dados dos dois sujeitos de pesquisa.

#### a) Caracterização da rede social

De acordo com a caracterização da rede social dos interlocutores, inferimos que MA apresenta vínculos familiares fortes e estáveis, seus pais adotivos acompanharam o desenvolvimento do adolescente em todas as etapas da sua vida e se mostram muito disponíveis para auxiliá-lo no tratamento. A grande ruptura sofrida em sua rede social foi aos 12 anos de idade, quando o adolescente e toda a sua família migram do interior para a capital da Bahia. O jovem relata que havia perdido o contato com boa parte dos seus amigos de infância, em compensação, passa a se inserir na rede de jovens adolescentes moradores do mesmo bairro e que participam do uso e venda de drogas ilícitas.[3] Outra grande modificação ocorrida na rede social do sujeito diz respeito à sua entrada em tratamento no CAPSad III.

Durante a análise da dinâmica da sua rede social, percebemos alguns processos de desvinculação e vinculação com amigos do seu bairro, pessoas identificadas por ele como significativas na sua vida. Por diversas vezes, o adolescente relata que “falhou na boca”, ou seja, praticou pequenos furtos ou fez uso de drogas em ambientes inapropriados, então, como punição, ele ficava um tempo sem frequentar o local.

---

[2] O Pelourinho é um bairro localizado no Centro Histórico de Salvador, muito conhecido como espaço de uso e venda de *crack*.

[3] Ver nos Apêndices A e B os mapas 1 e mapa 2 referentes às modificações da rede de MA.

Apesar de sofrer com as quebras temporárias de vínculos, o jovem relatava ser essa a única saída, pois ele sempre “falhava na boca”. Com MA foi trabalhada principalmente a gestão dos conflitos sociais em sua rede de relações, na tentativa de possibilitar uma maior amarração do sujeito à rede de relações que ele apresentava como significativa para a sua vida.

Nesse sentido, podemos refletir que a rede social de MA funciona também como uma espécie de regulador social, na medida em que para pertencer ao seu grupo social algumas regras e acordos devem ser obedecidos, em outra medida, o mesmo grupo o protege quando este é ameaçado por grupos do tráfico rivais ao seu grupo, em um acordo de reciprocidade mútua. Ajudá-lo a refletir sobre as regras existentes em todo o grupo social e a consequência da quebra de uma regra no seu grupo foi importante para a dinâmica da gestão de conflitos no seu contexto. Desse modo, um dos importantes trabalhos terapêuticos com o sujeito foi buscar reconhecer com ele a importância de determinados vínculos, buscando amarrá-lo cada vez mais à rede de relações, ajudando-o a reconhecer quais pontos dessa rede são nocivos no seu processo de tratamento.

De maneira geral, podemos dizer que a rede social afetiva de MA é bastante densa, embora haja relatos de quebra e retomada de vínculos com seus amigos do bairro, pessoas envolvidas com o uso e tráfico de drogas, mas que também se apresentam como pontos de apoio para o sujeito. A rede social nuclear, composta pela família adotiva (pai, mãe e irmã), aparece também como sua principal vinculação, seguido de alguns técnicos do serviço substitutivo e da sua Técnica de Referência.

Em contraposições com MA, MP apresenta uma trajetória de quebra de vínculos familiares, já aos 7 anos de idade sua mãe falece de câncer e um pouco mais tarde o seu pai é assassinado por policiais em sua frente. Passou boa parte da sua infância no Centro Histórico de Salvador e relata que, por inúmeras vezes, a sua casa virou cena de uso de cocaína injetável. Muitos dos seus familiares são traficantes ou consumidores de drogas – o adolescente chega a se referir ao trabalho no comércio de drogas ilícitas como um “ofício” herdado pelo pai e avó.

Durante a representação gráfica da rede social do interlocutor, observamos que, apesar de constantes modificações na dinâmica das suas redes sociais, esta é permeada por pessoas que participam ativamente

do comércio de drogas ilegais. A grande modificação ocorrida na sua rede refere-se ao momento da morte de seus genitores, quando ele passa a consumir abusivamente *crack* e vai morar nas ruas do Centro Histórico de Salvador.[4] Outro momento que podemos observar uma grande modificação da rede do sujeito é quando este entra em tratamento através do Projeto CA[5] e é encaminhando para o CAPSad III.

Em relação a esse interlocutor, o trabalho terapêutico se direcionou para a demanda que ele apresentava, de se desamarrear de vínculos familiares que ele reconhecia como nocivos no seu processo de tratamento. Através do ecomapa, podemos mapear quais pontos da sua rede familiar ele devia evitar e quais desses pontos poderiam funcionar como protetores.

Em comparação com a rede social afetiva do primeiro interlocutor, MA, MP apresenta uma trajetória de diversas modificações na dinâmica dos seus vínculos, refletindo inclusive em seus inúmeros locais de moradia desde a morte da mãe, chegando a residir em um abrigo municipal. Apesar de ter uma família muito numerosa, o interlocutor relata que são poucos os laços de afeto dentro desse núcleo. Os pontos de apoio citados pelo sujeito se referem a amigos de infância que participam do tráfico de drogas, moradores do bairro da Suburbana (onde já residiu quando criança e hoje em dia volta a residir com as irmãs nesse bairro), a sua irmã PA que reside com ele, a assistente social do projeto CA, a antropóloga residente e técnicos do serviço substitutivo que frequentou. Os pontos nocivos da sua rede social se referem à sua família mais próxima, a avó e os tios, que participam do tráfico de drogas tido por ele como o mais pesado, o tráfico de *crack*.

#### b) Histórico de uso de drogas na trajetória de vida e inserção no comércio de drogas ilícitas

Perceber o histórico do consumo de drogas entre os sujeitos investigados nos possibilitou compreender a dinâmica do consumo, principalmente para identificar, nas trajetórias de vida analisadas, qual foi o momento em que começam a fazer um uso compulsivo, e como percebem a interferência da rede social nesse processo de uso e abuso. Já foi

---

[4] Ver nos Apêndices C e D os mapa 3 e mapa 4 referentes à inserção do jovem no circuito de consumo do *crack*.

[5] Projeto de Saúde Mental que acompanha os jovens do Pelourinho em situação de vulnerabilidade social.

relatado anteriormente como o grupo social interfere no estabelecimento de padrões de uso de drogas mais ou menos nocivos, logo entender essa dinâmica auxilia principalmente na identificação da demanda que trazem os sujeitos ao serviço de Saúde Mental.

MA inicia o consumo de drogas ilícitas aos 12 anos de idade quando vem morar na cidade de Salvador, migrando do interior da Bahia. Inicia com o uso recreativo de maconha e, quando começa a se inserir no comércio de drogas ilícitas, passa a usar compulsivamente cocaína inalada em combinação com álcool. Relata já ter feito uso de *crack* e pitilho (*crack* com maconha), mas a sua substância de abuso é a cocaína. A sua inserção no mercado de drogas ilícitas iniciou-se com a sua migração para a cidade de Salvador, em um bairro conhecido pelo domínio do tráfico de drogas, fazendo com que a maior parte dos jovens da sua idade participe da organização criminosa. Começou a fazer amizades, sem pretensão de entrar no tráfico, até que foi convidado pelo “dono da boca” a ser “aviãozinho” ou “mula”, ou seja, aquele que é responsável pelo transporte da droga e pela sua venda na entrada da favela, evitando, dessa forma, que os compradores adentrem o território do tráfico, as bocas de fumo. MA relata que a sua inserção no tráfico de drogas se deu, principalmente, porque ele queria fazer parte desse grupo, enfatizando sempre que não tem necessidade de participar do tráfico pela remuneração como a maioria das pessoas, pois participava por lazer.

Segundo MA, na organização do tráfico de drogas, cada um tem uma função e alguns acordos são pactuados. Como ele participa da facção criminosa que possui um maior domínio do território, pode circular a vontade, tendo a preocupação de sempre evitar os territórios da facção rival. Há, como já foi abordada, uma reciprocidade mútua e um sentimento de coesão no grupo, que é relatado pelo interlocutor quando ele refere a contrapartida da proteção dada pelos traficantes em situações de risco de vida – por diversas vezes o interlocutor se refere a esse grupo, como a sua “família escolhida”. Porém, MA relata que há momentos em que a guerra entre facções rivais e a polícia fica muito perigosa, é quando o jovem vem ao CAPS solicitando estar em tempo integral no serviço.

A sua trajetória de consumo de drogas foi refletida em conjunto com o interlocutor, a fim de identificar momentos de compulsão e, principalmente, as estratégias elaboradas dentro da sua cultura de uso

(ZINBERG, 1984) para prevenir possíveis recaídas. Os momentos de compulsão para esse sujeito diziam respeito à chegada da droga na boca de fumo, onde os participantes do tráfico fazem o “test-drive”, ou seja, usam uma quantidade da droga recém-chegada a fim de testar a sua qualidade. Nesses momentos, o interlocutor refere sempre “passar dos limites” e ficar mais de um fim de semana usando cocaína sem dormir. Uma das estratégias que o sujeito utiliza para prevenir uma possível recaída é evitar frequentar a boca de fumo quando acontece o “momento test-drive”; refere ir ao CAPS nesse momento.

Já MP apresenta uma trajetória de consumo bastante diferente de MA. Desde criança frequentava as bocas de fumo do Centro Histórico de Salvador, pois alguns desses lugares era a casa de um familiar como, por exemplo, a sua avó paterna. Recorda de momentos, quando ainda criança, presenciava o pai e tios fazendo uso de cocaína injetável, se referindo a esses episódios como corriqueiros em sua infância. Relata que iniciou o consumo de drogas com álcool, maconha e cola de sapateiro, de forma recreativa.

Com a morte da mãe, começa a fazer uso abusivo de *crack* e trabalhar no tráfico de drogas porque via em casa seus outros familiares ganhando dinheiro com essa atividade e queria ganhar dinheiro também, já que eles só lhe davam o básico, a alimentação. MP primeiro assume um posto de baixo escalão no tráfico, como “gurito” ou “fogueteiro”, que é a pessoa responsável por avisar aos traficantes sobre a chegada da polícia no território. Posteriormente, vira “traficante” e passa a ter porte (ilegal) de arma de fogo, o que lhe atribui maior *status* e o levou para o alto escalão do tráfico. Quando pergunto sobre a diferença de ter ou não porte de arma dentro do tráfico de drogas, ele responde que é um meio de sobrevivência, continuando a resposta à pergunta através de um samba do artista Bezerra da Silva: “*Você com revólver na mão é um bicho feroz, Sem ele anda rebolando e até muda de voz*”.

Diferente do discurso de MA, MP relata como inevitável a sua entrada no tráfico de drogas, pois ele havia aprendido a traficar com seus familiares, logo quando criança, sendo esse o meio principal de sobrevivência de toda a família. Mais do que lazer, MP encara o tráfico de drogas como um trabalho formal e refere uma relação de trocas e alianças, na qual ele deve confiança à sua facção, que denomina de “a verdadeira família”, quem ele realmente pode contar quando precisa.

Na sua narrativa, conta inúmeras vezes que precisou da sua “família de sangue”, não havendo sido acolhido, em contrapartida, quando passa a fazer parte da “família do tráfico”, passa a ter o sentimento de pertencer a uma família de verdade, passando a ser mais respeitado no seio de sua família “de sangue”.

MP reflete que o momento em que iniciou o consumo abusivo de *crack* coincide com um período onde ele passa por sérias quebras de vínculos, principalmente dos seus genitores. Durante a reflexão conjunta acerca das ressonâncias dessa quebra de vínculo, o interlocutor pôde perceber que outros fatores, para além do consumo da droga em si, o levaram a ter um uso compulsivo de *crack*. Consumir de forma compulsiva o *crack* foi um modo de lidar subjetivamente com duas grandes perdas. Reconhecer conjuntamente a dinâmica das suas amarrações sociais, os laços que o constituíam ao longo da sua vida, o auxiliou a reescrever a sua biografia de forma a reconhecer seus pontos de apoio.

Como MP chegou ao CAPS demandando interromper o consumo de *crack*, identificamos as situações onde ele se sente mais vulnerável a uma recaída. O adolescente abordou que estar em contato frequente com a sua família e amigos do Pelourinho não lhe fazia bem, pois o expunha ao uso de *crack* pela facilidade de acesso à droga. Como estratégia de prevenir possíveis recaídas, o adolescente decidiu não participar mais do tráfico de drogas no Pelourinho, indo morar com a sua irmã PA na Suburbana, importante ponto de apoio e afeto para ele. Vale-se ressaltar que no bairro da Suburbana o interlocutor se insere no tráfico de drogas local (passa a traficar somente cocaína e maconha) que a sua irmã fazia parte, e consome de forma recreativa cocaína e álcool, apenas nos finais de semana.

No acolhimento identificou-se que MP apresentava estratégias para lidar com o seu uso compulsivo de *crack* como, por exemplo, o uso de maconha e o afastamento das suas cenas de consumo de *crack* do Pelourinho. Refletimos em outro trabalho (MALHEIRO, 2010) que os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas tentam, na maioria dos casos observados, estabelecer limites ou controles para o uso. Quando se trata de um processo de abuso de drogas, as tentativas de controle e redução de danos fazem parte da própria vida do usuário, cabe então ao profissional de Saúde reconhecer essas estratégias de controle e qualificá-las junto com o usuário.



Nos dois casos observamos que a participação no comércio de drogas é a principal atividade realizada pelos dois adolescentes, sendo uma das principais redes de suporte citadas. Destaca-se como característica importante dessa rede ilícita o sistema de recompensa recíproca no qual a coesão interna é gerada pelo consenso de regras pactuadas entre os “cabeças do comando”, ou seja, os grandes traficantes. Estar em consenso com esses sujeitos é condição para participação nesse seletivo grupo.

c) O emaranhado da rede social: pontos nocivos da rede social afetiva e o sistema êmico de apoio social no tratamento

Na perspectiva estrutural, apresentada acima, foi examinado todo o campo social em que o sujeito está inserido, através da materialização da rede com a ajuda do ecomapa. Adentraremos agora na perspectiva funcional indicada também por Barrón e Chacón (1990), enfatizando os aspectos qualitativos da rede social e as funções que cumpre no contexto de vida do sujeito cada laço social construído em sua vida. Nesse sentido, identificaremos quais pontos dessa rede afetiva eles identificavam como nocivos ao tratamento, na tentativa de buscar um investimento maior nos laços sociais que poderiam auxiliá-lo nesse processo. Chamaremos esse emaranhado de laços sociais de suporte de sistema êmico de apoio social.

Em ambos os casos, a rede do tráfico de drogas foi apontada como ponto nocivo para a continuidade e permanência em tratamento, apesar desse mesmo grupo ser apontado como importante ponto de suporte para os interlocutores. No caso de MA, esse ponto nocivo se referia a uma rede de amigos (tráfico de drogas) que passa a conhecer quando migra para Salvador; nesse caso, de acordo com o projeto terapêutico singular construído para o sujeito, o serviço de Saúde funcionava também como um centro de convivência, possibilitando a criação de outros núcleos de sociabilidades. Já para MP, o ponto nocivo se referia à sua rede de família nuclear que possui participação do tráfico de drogas do Pelourinho. Com esse sujeito foi preciso trabalhar novas formas de convivência a partir da quebra dos seus laços familiares do Pelourinho e da reaproximação com laços consanguíneos na Suburbana.

Em se tratando dos pontos de suporte dos sujeitos estudados, centramos o nosso interesse no conjunto de relações que o sujeito identifica como primordiais para a continuidade do tratamento. Esse conjunto

de relações é o que chamamos de sistema êmico de apoio social e reúne o conjunto de relações que o indivíduo constrói na sua cultura ou que insere no seu contexto de vida cotidiana. Observaremos que alguns profissionais de Saúde, nos casos estudados, estabeleceram um vínculo tão forte com o sujeito que passaram a se integrar no sistema êmico de apoio social, aproximando o profissional do contexto de vida cotidiana do sujeito.

Segundo MA, a sua família adotiva, composta por mãe, pai e irmã, sua Técnica de Referência do serviço de Saúde Mental e alguns “parceiros do comando”, foram identificados como pontos cruciais para que o sujeito permanecesse em tratamento. Já MP identificou a sua irmã mais velha, moradora da Suburbana, a sua rede de amigos de infância que também reside na Suburbana, a sua mãe de criação que reside na San Martin, a assistente social do projeto de Saúde Mental que atua no Pelourinho, o Técnico de Referência do serviço de Saúde Mental e a antropóloga residente como os componentes do seu sistema êmico de apoio social.

Identificar com o sujeito os seus pontos de apoio que o auxiliaram no tratamento possibilitou reconhecer a importância dos laços sociais para o estabelecimento de modalidades de consumo menos severa, ajudando os interlocutores a reconhecer os controles sociais estabelecidos entre seus pares. Dessa forma, acreditamos possibilitar ao sujeito reescrever novas narrativas a respeito da sua própria história, reinventando, assim, com o sujeito, formas de tratamento que levem em consideração as pessoas que compõe esse sistema êmico de apoio.

#### d) Percepções acerca do tratamento no CAPSad

Durante a investigação, principalmente durante as entrevistas em profundidade, os sujeitos foram questionados acerca das suas percepções sobre o processo de tratamento no serviço substitutivo mencionado. No decorrer da entrevista, os interlocutores associavam a importância de cada componente do seu sistema êmico de apoio social para que eles conseguissem iniciar e dar continuidade ao tratamento.

MA relata que foi levado ao serviço pelos pais adotivos e, inicialmente, revelava ir ao serviço para “parar de usar drogas”. Posteriormente, depois de ter ganhado confiança com a sua técnica, revela que ia ao serviço na tentativa de, por vezes, “sumir da favela”, quando percebia

que estava muito perigosa. Ir ao serviço era também uma forma de se proteger, segundo relata. Nunca havia frequentado serviços de Saúde voltados para pessoas que usam drogas e conclui de forma enfática que ainda vai ao serviço, principalmente por causa do vínculo que estabeleceu com a sua Técnica de Referência.

MP, quando relata a sua entrada em tratamento, enfatiza que só conseguiu ter sucesso no tratamento, ou seja, parar definitivamente de consumir *crack* quando percebe que tinha pessoas ao seu lado que poderiam ajudá-lo e que acreditavam no seu sucesso. Relata episódios em que seus amigos de infância no bairro da Suburbana o viam usando *crack* e lhe aconselhavam a parar de usar. Quando percebe a presença de pessoas que podem auxiliá-lo a entrar em tratamento, ele decide aceitar a proposta oferecida pela assistente social que o acompanhava, de ir conhecer o CAPS. Ao perguntar quem são essas pessoas, o interlocutor cita as pessoas que havíamos identificado no seu sistema êmico de apoio social.

De todos os lugares que frequentou para tratar do seu consumo de drogas, refere só ter funcionado o CAPSad, pois nesse espaço revela poder ser ele mesmo. Frequentou duas comunidades terapêuticas de cunho religioso, experiências tidas como traumáticas para o sujeito, pois era obrigado a fazer trabalho forçado, rezar e jejuar. Ser respeitado nas suas particularidades foi apontado como um determinante para que ele seguisse o tratamento no CAPSad. Também como MA, MP refere frequentar o serviço por causa dos vínculos que estabeleceu com as pessoas dentro do serviço.

## Discussões

Já eram seis horas da tarde e eu estava cheia de prontuários a serem preenchidos, fui em direção à sala dos técnicos. Neste horário o serviço estava mais esvaziado e aproveitei para atualizar os prontuários. MP, que já sabia que estava no meu horário de ir para o ponto de ônibus, entra na sala dos técnicos sem bater e pergunta se eu já vou. Respondo que preciso terminar de preencher os prontuários e já saía. MP disse que me aguardaria na sala de espera. Todos os dias em que vem ao serviço, me espera terminar o trabalho e me acompanha ao ponto de ônibus, pois diz que é muito perigoso este horário. No caminho do serviço até o ponto de ônibus ele me contava fatos da sua vida, das pessoas que havia conhecido no serviço. Perguntei se ele estava

gostando das oficinas, pois reclamavam que ele não permanecia até o final e entrava nas outras oficinas sem autorização do oficinheiro. Foi então que ele me disse que só frequentava o serviço por causa das pessoas, o conteúdo das oficinas pouco importava, mas sim as pessoas que ele poderia conversar. Neste serviço, ele revela que só vai no dia que ele sabe que vai encontrar pessoas que ele gosta e que ele sabe que também gostam dele. Acompanhei MP em outras instituições públicas durante três anos e foi a primeira vez que ouvi ele dizer que estava sendo ‘querido’ em uma instituição. (Diário de campo)

Durante as entrevistas em profundidade e conversas informais com os dois interlocutores, uma questão se mostrava recorrente: os novos laços sociais que surgiam durante o tratamento no serviço de Saúde. Os dois interlocutores possuíam uma característica em comum: não conseguiam ficar muito tempo nas oficinas e gostavam de entrar para conversar com outros usuários e depois sair. Ambos justificavam a sua ação, pois queriam estar com as pessoas, sem necessariamente participar das oficinas.

Passei então a perceber que, para além de oficinas e grupos terapêuticos, utilizados muitas vezes para ocupar o tempo ocioso do usuário no serviço, esses sujeitos vão ao serviço em busca de laços sociais, de pessoas significativas para eles, pessoas que durante o processo de tratamento se tornaram importantes e passaram a compor a seu contexto de vida. O usuário passa a fazer parte do serviço, quando esse serviço lhe produz “cabimento”, lhe cativa.

Concordando com Bedoian e Barros (2006), acreditamos que as estratégias de atendimento em um serviço que se propõe a atender usuários de drogas em situação de exclusão social devem oferecer um circuito alternativo de sociabilidade, por meio de novos espaços e formas de convivência, o que implica em um redimensionamento das práticas institucionais. Nesse sentido, ao construir o projeto terapêutico dos usuários, foi levado em consideração o uso do espaço do serviço enquanto um local de sociabilidade, o que gerou alguns conflitos na equipe que pontuava sempre a necessidade de “ocupar o tempo” do usuário através das oficinas e grupos.

A instituição e suas equipes precisam apostar em um ambiente de acolhimento, receptivo, adequado para os usuários e favorecer vínculos – tecido de relações sociais, de um novo circuito de sociabilidade, gerando com essa experiência no usuário o sentimento de pertencer,

participar, ser protagonista de pequenos projetos, pensar sobre escolhas, ampliar o seu repertório de ação.

Se essa investigação inicia atentando para a importância de se direcionar o olhar clínico para a rede social afetiva do usuário de drogas, refletimos também a importância que o profissional de Saúde tem durante o processo de gestão do cuidado ao se tornar parte dessa rede social afetiva. A partir dos casos estudados, inferimos que a dimensão do afeto se coloca importante no encontro do usuário com o profissional de Saúde.

Franco e Galavote (2010), ao abordar o tema dos afetos na clínica, citando Deleuze e Guattari, refere que um corpo deve ser pensado no lugar de povoado por órgãos, povoado por intensidades que estariam na ordem do sensível, por se referirem ao afeto. Para Espinosa, citado por Deleuze (2002), a ideia de corpo não se coloca por seus órgãos ou funções, tampouco se define um corpo como uma substância, ele é definido pelos afetos que é capaz de produzir, o que aumenta a sua capacidade de agir no mundo.

Logo, o encontro que teve por base uma atividade de cuidado entre os interlocutores e os profissionais de Saúde, que passaram a integrar suas redes afetivas, foi capaz de ativar nesses usuários sua energia desejante porque produziu relações de intensidades, de afetos, recuperando a capacidade de cuidado de si e abrindo-se novas inscrições em suas histórias de vida.

Propomos, então, pensar no encontro entre o profissional de Saúde e o usuário dentro do paradigma das interações sociais e à luz do conceito de dádiva em Mauss (2003), que demonstra em seus textos que a dinâmica das trocas sociais estaria ligada ao modelo da tríplice obrigação de dar, receber e retribuir como uma norma social. A relação de troca tratada pelo autor já definia a dádiva de forma mais ampla, como uma relação de solidariedade, onde doar exige uma retribuição e mantém acesa a interação social. O que importa nessa relação de tríplice obrigação, para além das trocas em si, e do que se troca, é a relação que se estabelece entre as pessoas. A dádiva pode ser interpretada como o ato de colocar em circulação voluntariamente, uma relação de solidariedade, de vínculo. Segundo Mauss (2003), “dar e receber” implica uma comunicação entre possíveis afetos.

Propomo-nos então a pensar na prática do cuidado como um sistema de troca, sistema este que funciona claramente onde há afetividade relacional (JABUR, 2011), onde o corpo é pensando como um conjunto de intensidades e afetos que se trocam. A partir do acompanhamento dos casos e da investigação realizada, acreditamos na importância do estabelecimento do vínculo afetivo na prática clínica, onde o investimento do profissional de Saúde no usuário é proporcional à sua implicação no tratamento, como um sistema que se retroalimenta, tendo o afeto como matéria de troca que põe em circulação o vínculo e aumenta a capacidade do sujeito agir no mundo.

Por fim, indicamos a ética da Antropologia para pensar a prática da gestão do cuidado, como se o processo terapêutico fosse uma investigação etnográfica, como se o sujeito fosse toda uma cultura, onde o terapeuta, aqui etnógrafo, fosse o investigador. Será necessário um afastamento do seu mundo para adentrar o mundo do sujeito na tentativa de produzir uma síntese entre mundos compartilhados. Familiarizar-se com o estranho e estranhar o familiar, produzindo uma dialética da alteridade, onde práticas novas e criativas possam produzir mudanças efetivas e dialógicas com o mundo da vida do usuário acessado.

## **Para começar a concluir: um começo de conversa...**

A presente investigação teve como enfoque metodológico as redes sociais afetivas de sujeitos em tratamento no CAPSad. A partir da aplicação dessa metodologia, inúmeras questões surgiram referentes às tecnologias de cuidado que levem em consideração a interação em uma perspectiva microssocial. Esta parece ser uma perspectiva interessante e ainda pouco estudada na perspectiva da clínica em álcool e outras drogas, portanto, pretende-se dar continuidade a este estudo visto as suas limitações de maior tempo de trabalho de campo.

Na prática do serviço de Saúde Mental, observamos profissionais imobilizados, pois não conseguem atender a enorme demanda social e a complexidade das situações que se deparam. É preciso, então, que se desenvolvam mais estudos para possibilitar acessar essa dimensão complexa no contexto de vida dos usuários; nesse sentido, a perspectiva

da Antropologia para pensar a clínica possibilita esse olhar aguçado a tais complexidades.

Este estudo se apresenta como inovador, pois tenta registrar a atuação de uma profissional de Antropologia no campo da clínica em álcool e outras drogas. Além disso, buscou desenvolver uma metodologia de intervenção em rede que possibilitasse mesclar o olhar antropológico com as necessidades do usuário no contexto de um serviço de Saúde Mental.

Muito mais do que conclusões, esta investigação produziu inúmeras questões e possibilidades que merecem um aprofundamento posterior. Buscamos contribuir, com este trabalho, principalmente para a prática dos profissionais de Saúde, na tentativa de convocá-los para a reflexão sobre o emaranhado de laços sociais que se inserem na sua prática clínica, atentando sempre para a capacidade que o encontro clínico possui de produzir potência de vida.

## Referências

- AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 23, p. 327-330, 2007. Dossier família.
- BARRÓN, A.; CHACÓN, F. Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, Madrid, v. 8, p. 197-206, 1990.
- BATESON, G. *Mente e natureza: a unidade necessária*. Tradução de Claudia Gerpe. Rio de Janeiro: F. Alves, 1986.
- BATESON, G. *Mind and nature: a necessary unity*. New York: Dutton, 1979.
- BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books, 1972.
- BECKER, H. Consciência, poder e efeito da droga. In: BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 181-204.
- BEDOIAN, G.; BARROS, R. Uso de drogas e inclusão social. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 337-343.
- DAVEY, M. A. et al. Individual and social network factors that predict entry to drug treatment. *American Journal on Addictions*, [Philadelphia], v. 16, n. 1, p. 38-45, Jan./Feb. 2007.
- DELEUZE, G. *Espinosa: filosofia prática*. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.
- DURKHEIM, E. *Suicide: a study in sociology*. New York: Free Press, 1951.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

GALVÁN, J.; SERNA, G.; HERNÁNDEZ, A. Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, México, v. 31, n. 5, p. 391-402, Sept./Oct. 2008.

JABUR, P. A. C. Migração e a dádiva: uma leitura sociológica do processo de vinculação e desvinculação social. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, p. 101-115, 2011.

KLEFBECK, J. Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. *Revista Sistemas Familiares*, [Buenos Aires], v. 16, n. 1, p. 47-63, marzo 2000.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Tradução de Chaim Samuel Katz e Edinaldo Pires. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

MALHEIRO, L. S. B. *Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador*. 2010. 89 f. il. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MALINOWSKI, B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em Saúde Mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago. 2007.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: CosacNaify, 2003.

MEDEIROS, R. A trama das redes informais nas toxicomanias: baluarte nas dependências de álcool e crack. In: MEDEIROS, R. (Org.). *Redes sociais: reflexões sobre as redes informais de usuários de álcool e de crack*. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

ROMANI, O. *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Tradução de Lúcia Helena. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.



SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373-383, jun. 2009.

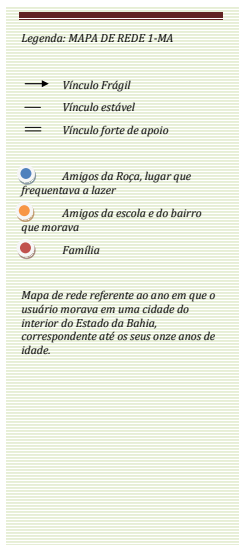
SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSad. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1-17, fev. 2006.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. (Bacamarte. Psicanálise e psiquiatria, 4).

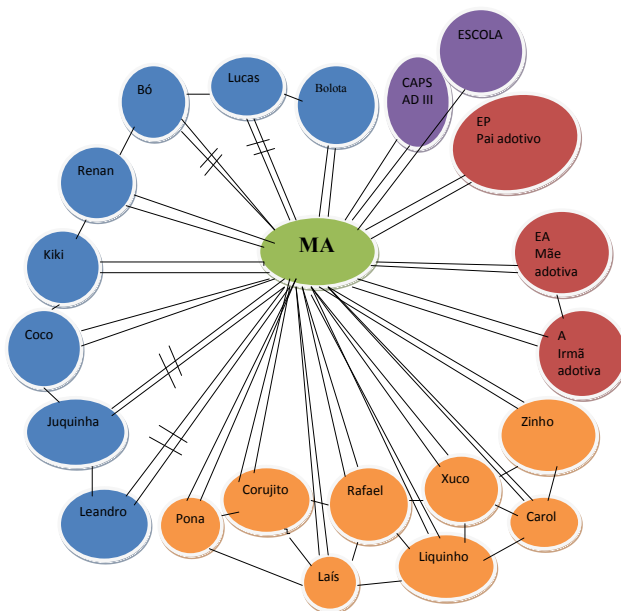
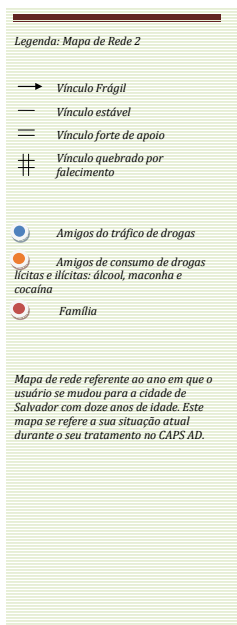
ZINBERG, N. E. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press, 1984.

# Apêndices

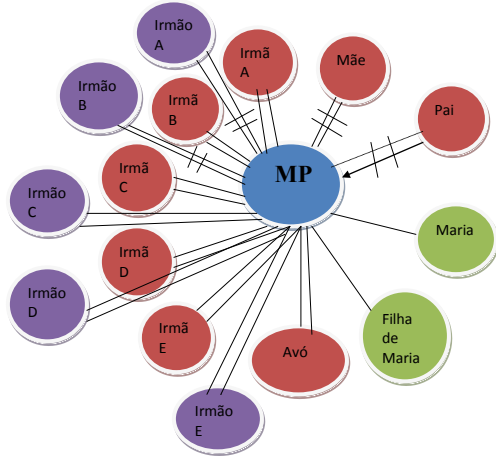
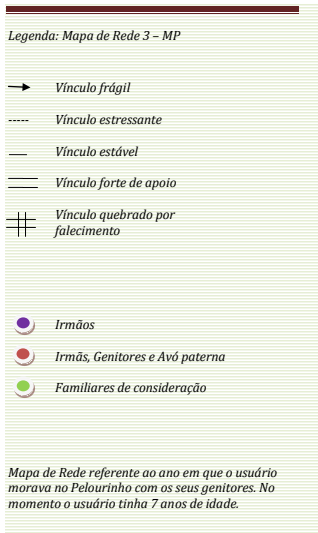
## Apêndice A



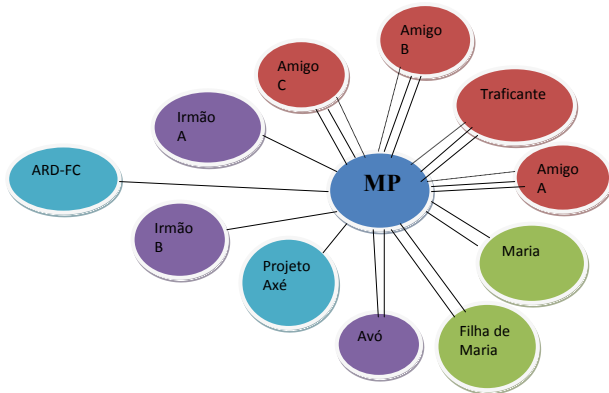
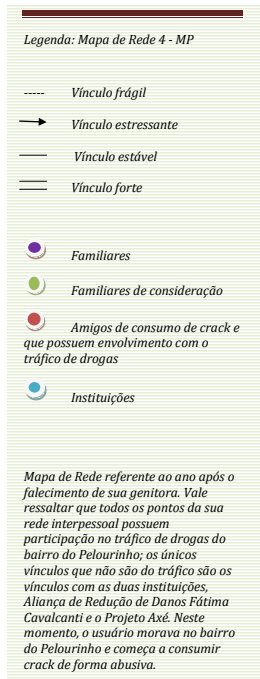
## Apêndice B



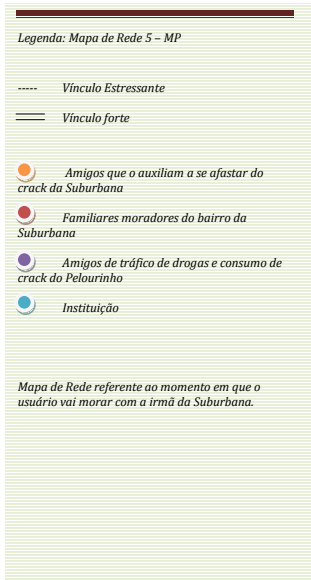
## Apêndice C



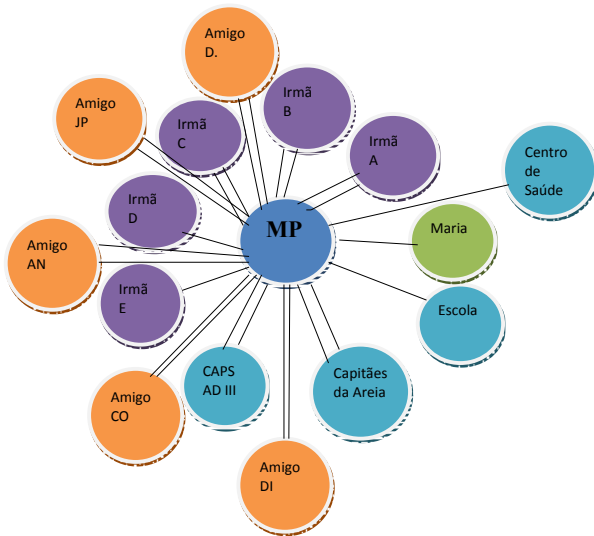
## Apêndice D



## Apêndice E



## Apêndice F



# Intersubjetividade e ética: reflexões sobre a relação usuário-profissional a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira

Úrsula Custódio Gomes  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

## Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira pauta-se no paradigma da desinstitucionalização, indo de encontro ao antigo paradigma psiquiátrico que coloca a doença como principal objeto de intervenção, segregando os indivíduos por serem julgados carregar uma discrepância moral do restante da sociedade. A desinstitucionalização, para além de uma desospitalização, surge como uma mudança radical, uma quebra no modo de conceber os sujeitos em sofrimento psíquico e compreender a complexidade dos processos de adoecimento, que vão além de uma simples relação causa-efeito, antes atribuída pelo olhar biomédico no paradigma racionalista problema-solução. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) Esse processo social complexo tem como principal diretriz dar outro lugar social à loucura, o que acarreta inúmeras transformações no olhar e no lidar com os fenômenos que a envolvem.

O que seria essa transformação a partir da quebra radical com os hospitais psiquiátricos, para além de uma mudança na lógica de funcionamento? Refletiremos sobre esse questionamento a partir do que Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) discorrem sobre o processo de reformas que existiram até chegar à desinstitucionalização italiana, modelo no qual o processo de Reforma brasileiro se inspira. Esse processo, surgido principalmente nos Estados Unidos e Europa, tinha como um

dos principais objetivos ser um programa de racionalização financeira e administrativa. Dessas experiências de psiquiatria reformada, mesmo com a criação de serviços comunitários, pode-se constatar que a internação psiquiátrica continuou a existir nesses lugares a partir da lógica da “revolving door”, [1] com o auxílio de outras instituições asilares. Os serviços territoriais funcionavam junto ao hospital psiquiátrico a partir da divisão de tipos de atendimentos, divididos entre modelos: médico, auxílio social e escuta terapêutica, compartimentalizando, assim, as demandas e proporcionando uma maior desresponsabilização com as pessoas, tornando o que era antes a segregação estática na internação em manicômios numa dinâmica circulação desses serviços. Não objetivamos aprofundar essas discussões, mas é pertinente contextualizar o panorama no qual brotou a experiência italiana da desinstitucionalização, que inspirou o modelo brasileiro.

Muito mais do que uma desospitalização, vista em outras experiências, a desinstitucionalização provoca uma mudança de compreensão do objeto, antes doença, para ampliar o entendimento sobre a que realmente os serviços e profissionais de Saúde Mental devem estar voltados. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontam que a terapêutica precisa ser entendida e concebida na relação profissional-usuário, e não mais como um sistema organizado de teorias, normas, prestações, ligando o processo do diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. O primeiro passo, então, à desinstitucionalização, seria “[...] começar a desmontar a relação solução-problema, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 28) Nessa perspectiva,

[...] não se pretende enfrentar a etiologia da doença (ao contrário, renuncia-se efetivamente a qualquer intenção da explicação causal), mas, ao contrário, se adota a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso a reposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 29)

---

[1] Porta giratória, termo referente ao processo de constantes entradas e saídas da internação no hospital psiquiátrico.

É necessário, então, um desmonte da relação problema-solução advinda do paradigma biomédico para complexificar o objeto e não mais ter como norte a cura, mas a invenção da Saúde. Afirmam ainda esses autores que se o objeto, ao invés de ser “a doença”, tornar-se a “existência-sofrimento” e a sua relação com o corpo social, a desinstitucionalização é o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30)

Nesse contexto, destacamos a aproximação a essa existência-sofrimento, apontada como o objeto sobre o qual se devem debruçar as instituições de Saúde Mental, com a reflexão voltada aos profissionais de Saúde, que lidam com essas pessoas em sofrimento. Nosso interesse é aprofundar de que forma pode-se compartilhar o sofrimento vivenciado pelos usuários de Saúde Mental e seu manejo pelos profissionais de Saúde, para que não mais essas existências sejam negadas e subjugadas à segregação e exclusão.

Na convergência das discussões propostas por este capítulo, objetivamos explorar sobre a relação intersubjetiva entre técnicos e usuários na perspectiva do cuidado em Saúde Mental. Discutiremos sobre essa relação e o potencial terapêutico desse encontro, para que se tenha um sentido mais profundo e este possa ser utilizado como tecnologia pelos profissionais das diversas áreas que compõem a equipe multiprofissional dos serviços de Saúde, em especial os de Saúde Mental e, assim, proporcionar uma reflexão teórica para possibilitar uma ampliação do olhar ao lidar com subjetividades. Para tanto, utilizaremos os subsídios teóricos de autores como Lévinas e Buber, que produziram importantes contribuições para a reflexão sobre relações intersubjetivas, que são potenciais produtoras de cuidado e que vão ao encontro das propostas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Faz-se necessário a contextualização de como germinaram as obras desses autores para a compreensão de suas teorias. Algumas marcas importantes para a estruturação do pensamento de Emmanuel Lévinas foi sua experiência pessoal de vida, a saber, como judeu sobrevivente da Segunda Guerra Mundial e que teve sua família executada no Holocausto, além do forte diálogo com a fenomenologia husserliana e com a ontologia heideggeriana. (COSTA, 2000) Já Martin Buber teve grande influência das correntes místicas do budismo, taoísmo e

judaísmo, sendo dessa última a vertente mais forte em sua vida, o hasidismo, que pregava a não divisão entre ética e religião, não havendo distinção entre a relação com Deus e com o companheiro. Seu pensamento sofreu influências também das primeiras traduções das obras de Kierkegaard e de Nietzsche, que rejeitavam o racionalismo filosófico, o primeiro pela afirmação da fé religiosa e o último pela criatividade humana. (BUBER, 2001) Lévinas e Buber são autores da Filosofia passíveis de uma aproximação, pois ambos falam da relação interpessoal; a diferença existente é que para Lévinas essa relação é assimétrica, eminentemente ética, da responsabilidade do “eu” pelo “outro”, e em Buber essa relação é horizontal e recíproca.

Nessa direção, iniciaremos um debate ético sobre a posição em que os técnicos dos serviços de Saúde Mental se colocam diante do processo social, cultural, psicológico e político que envolve a vida dos sujeitos. É a partir do olhar para a alteridade e a forma com que os profissionais entendem esses “outros-usuários” que se podem construir relações terapêuticas voltadas ao cuidado desses indivíduos. Refletiremos sobre a relação intersubjetiva entre técnicos e usuários na perspectiva da responsabilidade e como possibilidade de suportar a vivência do sofrimento e de encontrar maior coerência entre o vivido e o simbolizado, possibilitando, assim, novas formas de estar no mundo a partir de condições concretas de vida. Finalizaremos, então, com as contribuições dessas teorias para o campo da Saúde Mental.

## **Algumas considerações sobre a ética em Lévinas**

A proposta da Filosofia desenvolvida por Lévinas, um dos autores da corrente denominada Filosofia da Alteridade, vai de encontro a todo dogmatismo presente em sua época, surgindo como crítica ao caminho percorrido até então pela Filosofia ocidental, a qual se pautou no pressuposto da Ontologia que buscava uma apreensão total do ser. Desse modo, a Filosofia levinasiana engendrou uma reviravolta epistêmica ao colocar a ética como Filosofia anterior à Ontologia. Não pretendemos, entretanto, percorrer toda a sua obra, mas discorrer sobre as questões



relacionadas à ética radical da alteridade, dada a importância dessas reflexões para este estudo.

Para entendermos a concepção de Lévinas sobre ética como sendo o pressuposto para qualquer relação inter-humana, é preciso entender sua Filosofia da Alteridade. Ele afirma que a existência é uma afirmação do ser, as coisas sempre “são”, o que diverge da concepção ontológica que afirmava que a existência é um tornar-se carga de “si-mesmo” e que haveria a necessidade do indivíduo se livrar de tudo aquilo que não pertence a essa carga. Para Lévinas, puro ser é o mal, o bem seria o sair de si-mesmo para Outro-diferente-de-si-mesmo. (COSTA, 2000) Uma relação com a alteridade só será possível se estiver numa modalidade em que não exista uma confusão entre o “Mesmo” e o “Outro”. Não é possível haver uma comunhão com o Outro ou uma compreensão do Outro, pois isso provocaria uma destruição da alteridade. O outro, segundo esse autor, é Outro ou Outrem, ou seja, alguém que o Eu não pode apreender, abarcar ou dominar. A relação estabelecida entre o Eu e o Outro deve ser pautada a partir de uma separação necessária à existência das diferenças, eliminando-se o risco da “mesmidade”, ou seja, a tentação de fazer do Outro uma extensão do Eu. O Outro “[...] não é um alter-ego constituído e reconhecido pelo ‘eu’ como que num espelho. O ‘outro’ que não é o ‘eu’ é o ‘outro diferente’, desconhecido, não-familiar”. Não se trata de um outro em posição simétrica ao “eu”. A intersubjetividade a que se refere Lévinas é originariamente assimétrica: “o outro, enquanto outro, não é somente um alter-ego”. (COSTA, 2000, p. 92)

A partir dessa colocação, entendemos a assimetria existente no modelo de relação levinasiano, que afirma a separação fundamental entre o Eu e o Outro-diferente. A assimetria também pode ser caracterizada pela diferença de posição que o Outro ocupa frente ao Eu, já que excede o mim-mesmo: “ele é o que eu não sou: ele é o débil enquanto eu sou o forte”. (COSTA, 2000, p. 62)

Outro aspecto relevante em sua teoria é o tema da liberdade, que consiste no tornar-se humano, momento no qual o indivíduo toma consciência de que a liberdade está em perigo e em que há a possibilidade de evitar a inumanidade com o outro. (LÉVINAS, 2008) Por outro lado, no momento do encontro, o indivíduo não tem opção, sua liberdade é ceifada, pois a responsabilidade por esse outro é anterior e

se imprime como dever. O movimento responsabilidade-liberdade se dá a partir de um eu (absolutamente Eu) para um outro (absolutamente Outro), numa relação dialógica na qual a premissa fundamental é a responsabilidade, sendo esta subordinadora do Eu à ética, ou seja, a liberdade está subordinada à responsabilidade.

A ética, então, configura-se como a responsabilidade a que o Mesmo é convocado pelo Outro, pela relação face a face:

A relação entre os entes humanos não é ontológica (constituição, posse, objetivação, exploração, etc.), mas ética. A ética, mais que relação, é experiência: experimentar na transcendência a vergonha e a culpabilidade de uma ingênua liberdade individual e egoísta que tudo pretende agarrar, objetivar e fazer seu para explorar; experimentar 'em mim a idéia do infinito que é o Outro'. (COSTA, 2000, p. 139)

Percebemos, assim, que a relação face a face, a responsabilidade ética é a experiência originária e a primeira fala já é uma resposta: “eis-me”. (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009) O encontro com o rosto recorda as obrigações do “eu” frente ao outro, pois este exprime a vergonha do “eu”, julgando-o, e denuncia o paradoxo do “não matarás” e da responsabilidade convocada. Esse encontro, antes de ser negativo pelo “não matarás”, é positivo pela afirmação da vida. O encontro com o outro é imediatamente minha responsabilidade por ele.

Para Lévinas (2008), a efetivação dessa relação, originariamente responsável, se dá através da linguagem que se constitui como o “sair de si”. A linguagem não objetiva a uma universalidade una, que suprimiria o outro, pondo-o em acordo com o Mesmo, mas a tornaria possível em seu legítimo sentido. Para que haja comunicação, é necessário interlocutores, uma pluralidade, uma heterogeneidade dos discursos.

A relação da linguagem supõe a transcendência, a separação radical, a estranheza dos interlocutores, a revelação do Outro a mim... O Discurso é assim experiência de alguma coisa de absolutamente estranho, <<conhecimento>> ou <<experiência>> pura, *traumatismo do espanto*. (LÉVINAS, 2008, p. 63, grifo do autor)

Só podemos ser instruídos pelo que é absolutamente estranho; só os seres livres podem ser estranhos uns aos outros. Para ilustrar a sua proposta de uma relação na qual os seres se apresentam da forma que são, Lévinas (2008, p. 63) apresenta metaforicamente a figura da

nudez, “[...] as coisas não têm necessidade de ornamento quando se concentram na finalidade para que foram feitas”. Essa seria a experiência do desvelamento: a tarefa da linguagem consiste em se encontrar em relação com uma nudez liberta de toda forma.

A essência ou o ser são exercitados na permanência de ser que, para continuar sendo, se exercita no ser. Isso ele denomina de “interesse” ou “inter-esse”, é a resistência concreta à morte. “A essência se exercita como invencível persistência na essência, preenchendo todo intervalo do nada que viria interromper seu exercício. Esse é interesse.” (COSTA, 2000, p. 148) O que aproximaria os entes humanos produz uma sociabilidade. Entretanto, “uma cidadania” tem se dado a partir de um egoísmo alérgico, a saber, uma repulsa que define a estrutura da subjetividade como luta e guerra. Os seres estão em constante luta para manterem-se existindo a partir de estratégias políticas, visão essa oposta às concepções de Lévinas sobre a sociabilidade humana.

## **Eu e Tu – relação dialógica a partir de Buber**

Buber (2001, 2009), na sua filosofia da relação, do encontro e do diálogo, nos traz ricas indagações e experiências vividas que esclarecem suas construções sobre diálogo e relação dialógica. Quem está verdadeiramente ligado pelo diálogo está voltado um-para-o-Outro, tornando o Outro presente e se dirigindo verdadeiramente a ele.

Há diferentes formas de perceber quem é esse que está diante de nós; existem três posturas no ato de perceber o Outro: há o observar, o contemplar e o ter conhecimento íntimo. O observar seria estar interessado em gravar, em vigiar os traços para assimilar as variações que possam aparecer, como seus gestos expressivos. O contemplar não tem essa percepção tão apurada do observar, pois está à espera do que possa lhe ser apresentado, não dando muita atenção a traços, como a personalidade de grandes artistas. Esses dois tipos têm apenas o desejo de perceber o homem que está à sua frente, enquanto um objeto separado dele e de suas vidas. Na experiência do tomar conhecimento íntimo, alguma coisa ou alguém diz algo a mim, transmite algo a mim, chego a ter algo a ver com essa pessoa. Essa experiência não precisa necessariamente ser com uma pessoa, mas pode ser com um animal, um objeto, ou seja, nada está excluído, nenhuma espécie de fenômeno ou

acontecimento através do qual algo nos é dito. Nada pode se recusar a servir de recipiente à palavra.

Buber (2001) considera a existência de duas palavras-princípio: Eu-Tu e Eu-Isso. O Eu do homem é concebido como duplo, a partir de suas atitudes diante do mundo. Há um Eu diferente para a combinação Eu-Tu e outro para a combinação Eu-Isso; essas palavras-princípio anunciam diferentes relações.

A palavra-princípio Eu-Isso pertence ao mundo da experiência e da utilização. A palavra-princípio Eu-Tu estabelece o mundo da relação. Este surgiria em três esferas: a primeira seria a nossa vida com a natureza; a segunda, nossa vida com os homens e a terceira, nossa vida com as formas inteligíveis. Buber coloca a ‘experiência’ em contraposição à ‘relação’. Usa ‘experiência’, assim entendo, no sentido do racionalismo metodológico e sistemático. A ‘relação’ pertenceria ao emocional, à libertação dos esquemas, cuja meta é um encontro com perspectivas de mutualidades enriquecedoras. (FONSECA FILHO, 2008, p. 55)

Para a compreensão das colocações desse autor, é necessário pontuar que a relação Eu-Tu não se dá somente entre seres humanos e que o Eu-Isso não se realiza só entre pessoas e objetos; esta última contempla todo relacionamento que seja por meio da “frieza intelectual e calculada.” (FONSECA FILHO, 2008, p. 56) Quando a relação Eu-Tu acontece, não há experiências com o fim de um conhecimento empírico, pois se está em relação com outrem. A relação Eu-Tu se estabelecerá, com seres humanos ou inanimados, na medida em que se despoje do desejo de experimentação desse outro. O homem, enquanto Eu, transita por esses dois modos de estar no mundo, em relação com “pessoas” e “coisas”, presença e objeto.

Para Buber (2009), há três formas de diálogo: o autêntico, onde se tem em mente o outro na sua presença e no seu modo de ser, e a ele se volta com a intenção de estabelecer uma reciprocidade viva; o diálogo técnico, que é movido pela necessidade apenas de um entendimento objetivo; e o monólogo, onde cada um fala consigo mesmo e as pessoas não são capazes de se atualizar de uma forma essencial. Na vivência monológica não há o desviar-se-do-Outro, mas sim o dobrar-se-em-si-mesmo, a existência do Outro se dá apenas como “parte do meu eu”.

O diálogo torna-se aí uma ilusão, o relacionamento misterioso entre pessoas torna-se apenas um jogo e, na rejeição do real que nos

confronta, inicia-se a desintegração da essência de toda realidade. O principal pressuposto para o diálogo é cada um olhar o outro como realmente é. Diálogo não é altruísmo e nem pode se equiparar ao amor. O amor necessita de um verdadeiro sair-de-si-em-direção-ao-Outro, sem alcançar-o-outro, sem permanecer junto-ao-Outro.

Para que haja o movimento de saída de si em direção ao outro, é preciso partir do nosso próprio interior, é preciso, primeiramente, estar em si mesmo. Buber (2009) afirma que o homem só poder dizer Tu quando ao mesmo tempo pode dizer Eu. Essa concepção remete à noção de indivíduo de Kierkegaard, que seria a singularidade concreta, a pessoa que se encontra a si mesma. O tornar-se Indivíduo tem por finalidade penetrar em uma relação, e só numa relação essencial com o outro, que não é mais fenômeno do meu Eu, mas sim o meu Tu. Assim é que se experiencia a realidade do falar-com-alguém, na inviolável autenticidade da reciprocidade.

Percebemos, assim, que a noção de responsabilidade de Buber implica o prestar contas, no sentido de dar um retorno, daquilo que nos foi confiado, diante daquele que no-lo confiou. O homem só pode experimentar-la quando “[...] não se fecha à alteridade, à primitiva e ôntica alteridade do outro.” (BUBER, 2009, p. 85)

Esse autor traz a categoria do inter-humano, a vida entre pessoa e pessoa, do face a face, que se desdobra no que chama de dialógico, o tornar o Outro presença para mim. Não é possível que haja alguma aparência nesse meio, isto é, a autenticidade que o inter-humano pede não permite a não participação total de seu ser. Se a mutualidade é conseguida, o inter-humano desabrocha na conversação genuína.

O principal pressuposto para o surgimento de uma conversação genuína é que cada um veja seu parceiro como este homem, como precisamente este homem é. Eu tomo conhecimento íntimo dele, tomo conhecimento íntimo do fato que ele é outro, essencialmente outro do que eu e essencialmente outro do que eu desta maneira determinada, única, que lhe é própria e, aceitando o homem que assim percebi, posso então dirigir minha palavra com toda seriedade a ele, a ele precisamente enquanto tal. (BUBER, 2009, p. 146)

Outro pressuposto importante do inter-humano, além da não existência de aparências e reciprocidade da ação, é a não imposição ao outro, mas sim a abertura a este. No diálogo autêntico, a pessoa que está

presente é percebida e aceita como parceira. O movimento de voltar seu ser para o outro inclui uma confirmação, que não significa aprovação, mas aceitação da pessoa na forma como ela própria se revela.

## Subsídios para a Saúde Mental

Ao partirmos da desinstitucionalização para explicitar a quebra radical com a doença como sendo o principal objeto de intervenção dos profissionais de Saúde Mental, desejamos colocar que a mudança paradigmática de postura e conduta nessa área deve partir de como são vistas e sentidas as pessoas em sofrimento psíquico. As ações criadas pela Reforma Psiquiátrica só se efetivarão quando o olhar se ampliar para o existir ou, melhor colocando, para a existência-sofrimento. Retomando Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 31),

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo, exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder, que é utilizada também para chamar à responsabilidade [...] a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais etc.

Esses autores apontam para a necessidade do desmonte de toda estrutura institucional posta, sendo os atores políticos profissionais e usuários elementos-chaves e a relação terapêutica peça fundamental para as mudanças, já que “[...] mudanças das estruturas, e mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente”. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 32) Busca-se uma ênfase no processo de produção de Saúde e de reprodução juntamente ao corpo social do usuário. As colocações apresentadas pelos dois autores, Lévinas e Buber, abrem portas para leituras voltadas à compreensão do nosso objeto de estudo, a relação entre profissional e usuário.

Antes que qualquer relação se estabeleça, como aponta Lévinas, há o pressuposto ético da responsabilização com o outro, na medida em que o encontro acontece. Do Outro, como já citado, não são permitidas uma conceituação ou uma tematização prévias.

A ética em Lévinas não deve, portanto, ser vista sob a óptica (optikê) racionalista, com a qual estamos tão ‘seguramente’ adaptados; ela exige uma outra via: a dos sentidos, a dos afetos e da sensibilidade – onde se é afetado pela diferença, pela alteridade, pelo outro. Trata-se mais de uma ótica (óti-kós), que nos remete a uma possibilidade de uma escuta ética. (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009, p. 845-855)

Esses autores apontam a radicalidade da escuta ética em Lévinas como sendo a impossibilidade de ficar alérgico ao outro. É por essa outra via de acesso ao outro, a sensibilidade, que é possível uma aproximação sem que haja o desejo de dominação, de suposição de saber e poder sobre o usuário. Temos que por em questão esse saber que já cristaliza o outro em diagnósticos e previsões de existência e, com essa postura, engessa e encerra qualquer construção de possibilidades. O estar diante da pessoa em sofrimento impõe a responsabilidade e escuta ética, que vai se conceber a partir da linguagem estabelecida.

O estar face a face precisa de um despir-se das armaduras que o profissional carrega. O diálogo, que no momento do encontro é suscitado, exige o estar verdadeiramente ligado, voltado um para-o-Outro numa não indiferença genuína. Nesse momento, também se exige a autenticidade do profissional, que vai construir essa relação.

Como aponta Buber (2009), O Eu-usuário busca um Tu-profissional que esteja aberto, presente e busque uma relação, não a objetificação que teria, como um fim, abarcá-lo a partir de uma experimentação teórica ou leitura por meio de um manual diagnóstico. Não negamos a colocação do outro no relacionamento Eu-Isso, já que é necessário, em certo momento, um distanciamento para reflexão teórica, mas no momento do estar face a face, a relação deve ser Eu-Tu. Deve-se produzir, então, outra compreensão de Clínica em Saúde Mental, não reduzida à pretensão de fazer um recorte, como uma fotografia tirada num único momento da vida de sujeitos a-históricos, como no paradigma biomédico positivista. As pessoas estão inseridas num dado contexto existencial a partir das relações comunitárias, com dinâmicas familiares e relacionais próprias, que trazem a singularidade de um adoecer. Não se trata de mais um psicótico como outros, tal como descrito nos códigos internacionais de doenças, mas de um ser que traduz seu sofrimento em seu modo particular de vida.

Não pretendemos inferir que o conhecimento técnico é dispensável ou que interfere na relação aqui proposta; não cairemos na ingenuidade de apontar como desnecessário o conhecimento acadêmico-profissional para atuação e fortalecimento do fazer-técnico. O que explanamos é a importância fundamental, para o ser-profissional, de uma postura ética e dialógica, que amplie o olhar subjetivo, que se torna intersubjetivo, para não ter mais o norte do tratar ou curar como limitadores da intervenção. Dessa forma, concordamos com Ayres (2001, p. 70) quando coloca que:

Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. Quando esses dois sujeitos – o(s) sujeito(s) profissional(is) de saúde e o(s) sujeito(s) pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e ‘objetificação’ está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos.

Ayres (2001) afirma a “permeabilidade do técnico ao não técnico”, a partir do diálogo que efetivará um encontro terapêutico. Esse autor ainda aponta o cuidado como categoria fundamental nesse ato, que descreve como uma conformação humanizada do ato assistencial que visa a ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das técnicas da Saúde. Coloca ainda o cuidado como

[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (AYRES, 2004b, p. 22)

É no diálogo autêntico, onde há o interesse do profissional de se ouvir e ouvir o Outro, que surgem as pessoas e o encontro. Pontuamos a existência de um diálogo não só verbal, já que existem tantas outras formas de expressão humana que, pela abertura ao Outro, se tornam captáveis pela sensibilidade. Como afirma Buber (2009, p. 43), “Os limites de possibilidade de diálogo são os limites de possibilidade da tomada de conhecimento íntimo”.



Nesse contexto, profissionais e gestores devem buscar como principal atuação as relações de cuidado que, como aponta Ayres (2004a, p. 86), geram “[...] o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a Saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde”. Não discorreremos aqui sobre as técnicas a serem aplicadas para termos um resultado exitoso de cura. Nosso foco é a produção de cuidado, a partir da relação intersubjetiva, que não se reduz às técnicas, mas à postura e atitude frente ao outro. Tal postura respeita o espaço de vivência subjetiva da pessoa adoecida, compreendendo que somente ela tem o maior conhecimento de si, o que implicaria uma abertura para trocas intersubjetivas.

Entendemos que essa demanda está relacionada às suas vivências cotidianas do meio social, familiar, laboral e psicológico, pois tal demanda de Saúde tem sua origem nas relações adoecidas estabelecidas no meio em que se vive. O profissional tem que estar, assim, sensível para entender a importância do discurso dos sujeitos e o conteúdo que eles trazem, pois só assim conseguirá se aproximar da experiência vivida e poderá ajudar a quem chega para buscar ajuda.

As reflexões propostas aqui se coadunam com a teoria de outros autores, como Carl Rogers que, na fundamentação da sua teoria sobre relações humanas, para além da Psicoterapia, discorre sobre a importância da construção de uma relação para o crescimento pessoal, a partir da criação de um clima de segurança e de condições facilitadoras, que seriam a consideração positiva incondicional, genuinidade e empatia. Dessa forma, Rogers e Kinget (1977) compreendem que os indivíduos podem crescer num processo de simbolização mais seguros dos sentimentos e experiências e tornarem-se mais autônomos na resolução de suas questões.

[...] o foco é o indivíduo e não o problema. O objetivo não é resolver um problema particular, mas auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que possa enfrentar o problema presente e posteriores de uma maneira mais bem integrada. Se ele obtiver integração suficiente para lidar com um problema de forma mais independente, mais responsável, menos confusa, mais bem organizada, então também lidará com novos problemas desta maneira. (ROGERS; KINGET, 1977, p. 15)

Deve ser claro que o profissional de Saúde não terá a total compreensão do que o sujeito em adoecimento sente, e nem deve supor este saber, pois assim não estabeleceria uma relação entre sujeitos, e sim uma relação objetiva. Não devemos podar o outro, criando hipóteses limitativas da sua vida, mas confirmar e aceitar suas potencialidades criativas e criadoras.

Não podemos ter interesse pelo Outro no sentido do poder ou do domínio sobre ele, pois estaríamos anulando sua alteridade. O Outro já é um fim em si mesmo, não meio para outro fim, ou seja, a relação com ele é desinteressada, no sentido da não transformação desse Outro em algo já estabelecido. Como apontou Lévinas (2008), estamos constantemente lutando para resistir a não existência. Nós somos e esta se mostra a tarefa mais dura: continuar a ser quem se é. Para os sujeitos em sofrimento psíquico, essa condição de existência lhe é tirada no momento em que o poder, na condição do saber, impõe que não se pode continuar existindo como se é, que se tem que mudar e se adequar a normas já existentes para ser aceito na sociedade. Mostra-se aí o desafio maior para os profissionais de Saúde: atuar no sentido ortopédico, de adequação das pessoas para uma forma mais correta de ser, através da medicalização da existência ou de outras terapêuticas corretivas; ou ser facilitador, ser mediador do ser em sofrimento, da existência-sofrimento que nos pede constantemente para existir e ajudá-la no lidar com suas questões, com seus conflitos e para criar mais possibilidades de vida, a partir do potencial criador próprio de cada um, que deve ser incentivado a desabrochar.

Desse modo, consideramos que:

A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado ‘a solução-cura’, se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33)

Essa perspectiva possibilitaria uma aproximação entre o profissional e o usuário de modo a construir uma verdadeira relação de cuidado e produção de Saúde, que contribua para o surgimento de sujeitos mais

autônomos e cidadãos, possibilitando, de fato, a desinstitucionalização dos indivíduos em sofrimento psíquico, a partir dessa proposta de clínica do encontro.

## Considerações finais

Com este estudo, não pretendemos esgotar as leituras das obras dos autores expostos nem as possibilidades das suas contribuições para o campo da Saúde Mental. Reconhecemos, além da abrangência dessa temática, as limitações deste estudo. Contudo, buscamos contribuir para o aprofundamento deste debate tão importante para um contínuo progresso da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Discorreremos aqui sobre elementos importantes para pensarmos a construção de uma relação terapêutica entre profissionais e usuários. Não falamos aqui de qualquer forma de receber e se comunicar com o outro. Dispensamos, então, qualquer posição que coloque o profissional em um lugar que subjuguie ou desqualifique toda a bagagem existencial dos indivíduos em sofrimento. Não queremos afirmar que a relação não deva se diferenciar ou que se perca o papel de cada um; há sim uma diferença entre essas pessoas, mas é justamente essa diferença que vai proporcionar a construção de novas possibilidades de saúde e de vida, e não a imposição de poder. Essa postura ética deve ser um pressuposto para todos os profissionais, para além de um código de ética que deva ser seguido. Outro ponto de fundamental discussão é a responsabilização com o outro usuário; este deve ser um princípio para o cuidado em Saúde.

Fugimos, então, de uma compreensão do papel do profissional como apenas técnico, rígido ou reproduzidor dos mesmos padrões de conduta com todos os indivíduos. Falamos aqui de atitudes e sabedoria genuína que devem brotar de forma única, pois cada relação construída será dessa forma, já que o outro nunca será totalmente apreensível ou previsível. Deve-se sair do lugar de suposto dono da “cura”, não numa desqualificação do saber técnico, mas num imaginário construído de que temos a resposta ou receita certa para as vivências sofridas. É importante mostrar disponibilidade e respeito para com a vida e potencializar a ressignificação de subjetividades.

O lugar que ocupamos diante do outro usuário ou que ele ocupa diante de nós não deve ser uma resposta que os profissionais de Saúde devem ter prontamente construída, mas uma pergunta que deva ser constantemente realizada, para que esse exercício e essa reflexão nunca cessem.

Não é uma escuta que irá fazer a diferença, mas sim a qualidade da escuta, de sua natureza e do que se quer de fato escutar, da abertura em que se encontra o profissional para se deixar afetar pelo outro e, assim, também afetar, pois não só iremos intervir na vida dos usuários, eles também ensinam, tocam e nos transformam. A maior tarefa é criar um ambiente propício para o crescimento e desenvolvimento do potencial de vida das pessoas e isso advém muito mais de uma postura ética e abertura ao encontro, do que da sobreposição de uma técnica. Essa proposta é condizente com o processo educativo, psicoterapêutico, enfim, com qualquer ambiente que busque um crescimento e desenvolvimento da vida. Esperamos, a partir dessas reflexões propostas, despertar um desdobrar-se para os seres que estão na nossa frente, para um “inter” que surja das subjetividades, para que o fazer saúde se dê no intersubjetivo, e que o maior objetivo dos profissionais, para além de um tratamento de sintomas, seja o cuidar de existências que sofrem.

## Referências

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004b.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BUBER, M. *Do diálogo ao dialógico*. Tradução de Marta Ekstein de Souza Queiroz e Regina Weinberg. São Paulo: Perspectiva, 2009. (Debates, 158).

BUBER, M. *Eu e tu*. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 8. ed. São Paulo: Centauro, 2001.

CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

- COSTA, M. L. *Lévinas: uma introdução*. Tradução de J. Thomaz Filho. Petrópolis: Vozes, 2000. (Ética e intersubjetividade).
- FONSECA FILHO, J. de S. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. 7. ed. São Paulo: Ágora, 2008.
- LÉVINAS, E. *Totalidade e infinito: ensaios sobre a exterioridade*. Tradução de José Pinto Ribeiro. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. (Biblioteca de filosofia contemporânea, 5).
- ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia-diretiva*. Tradução de Maria Luisa Bizzotto. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. Organização de Fernanda Nicácio. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde Loucura, 1).



# Implicações da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental para os serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde

Mitiyo Kawasaki Meneses

Para abordar esse tema, considero importante reportarmos à legislação em Saúde Mental, especialmente à Lei nº 10.216/01, à Portaria nº GM 336/02 e à III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, marcos na história da Reforma Psiquiátrica brasileira que vem dar nova direção ao modelo de assistência. A Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2004) assegura como direito das pessoas acometidas de transtorno mental “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”; dispõe também que “O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social” dessas pessoas. Já a Portaria nº 336/02 define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como modalidades de serviços que deverão ser capazes de realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes segundo a lógica do território. Para tanto, estabelece-se que os CAPS deverão estar capacitados para o acompanhamento desses pacientes. Para atender às exigências da Lei, é preciso indagar se profissionais e equipamentos de Saúde Mental estão capacitados para atender a modalidade de Atenção Psicossocial que demanda a construção de um novo saber dentro desse contexto.

Durante um longo período, a hegemonia do modelo asilar prevaleceu como única forma de tratamento e mesmo com o advento da Reforma Psiquiátrica e a instalação de novos serviços, a exemplo dos ambulatórios de Saúde Mental, não se viu traduzir na prática uma

mudança de paradigma com a rapidez necessária. Muitas pessoas ainda continuaram sendo atendidas no formato do modelo tradicional de assistência que se mantinha ao lado de iniciativas ainda muito tímidas de implantação de serviços de Atenção Psicossocial. O campo de formação de profissionais para a área da Saúde parece ter acompanhado essa realidade, pois o que se observou foi uma defasagem na oferta de profissionais qualificados para atender ao paradigma de tratar o “louco” em espaço aberto visando a sua inserção social.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), contudo, traçou diretrizes de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), orientando para a implantação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental para a construção de um novo trabalhador. Seguindo nessa direção, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006b, p. 378)

[...] reafirma a importância da implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais capacitados voltados para as práticas multidisciplinares, ao trabalho em equipe, contemplando os princípios e diretrizes do SUS, articulando ensino-serviço-comunidade, a participação e controle social.

Dessa forma, as Residências Multidisciplinares seriam estratégias capazes de integrar o teórico à prática nos serviços com a atuação dos residentes em ações ampliadas no território, a exemplo do acompanhamento ao usuário, para atender a uma crise, para intermediar as relações de conflitos, realizar eventos organizados em espaços abertos na comunidade com a participação dos vários segmentos como escolas, grupos culturais, lideranças comunitárias, usuários da Saúde Mental, profissionais de Saúde, residentes e gestores.

Nesse cenário, algumas universidades mostram-se mais atentas para exercer o papel preponderante de responder às necessidades de formação de recursos humanos para a consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, com propostas como a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, uma modalidade de formação de trabalhadores da Saúde que adota como um dos campos de práticas os CAPS. Dessa forma, vem preencher uma lacuna na qualificação de profissionais, constituindo-se num dispositivo relevante para atender a demanda dos serviços, pois a



Residência Multiprofissional implica na formação técnica, ética e política de trabalhadores da área da Saúde conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, capazes de manejar as complexidades e diversidades de situações que se apresentam no contexto em que estão estruturados os serviços de Saúde Mental, no que se refere à clínica do cuidado, nas ações no território, na gestão do serviço, nas relações com a equipe e com outros tantos atores importantes da rede de Saúde e rede social.

A Residência vem possibilitar o entrelaçamento da teoria e prática, oportunizando aos residentes vivenciar o cotidiano de um serviço que faz suscitar muitas indagações a respeito dos sujeitos, suas relações, seu adoecer e os modos de lidar com o sofrimento, pois o contato diário com essas pessoas numa abordagem com ênfase na Clínica do Cuidado, nos grupos, nas oficinas e tantos outros momentos dessa interação com os usuários do serviço é que faz emergir o sujeito. Essa realidade vem proporcionar à equipe multiprofissional o pensar e o fazer embasados nos referenciais teóricos, gerando mudanças na qualidade da assistência às pessoas em sofrimento psíquico e fazendo emergir o protagonismo dos usuários com conquistas individuais e coletivas, como observados no ganho da autonomia, na sua inserção em escolas, no trabalho, na organização das associações representativas dos seus interesses com atuações relevantes para as transformações em âmbito local e nacional. Nesse sentido, a Residência Multiprofissional vem confirmar com a atuação dos residentes nos serviços o quanto é imprescindível o investimento na formação qualificada dos trabalhadores para que as mudanças possam ocorrer na vida desses sujeitos.

A inserção dos residentes nos serviços de Saúde Mental implica em mudanças em si próprias e dos entornos, ela convoca os profissionais dos diferentes núcleos profissionais a saírem do seu lugar de saber para construir, numa relação de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, novos modos de lidar com a loucura, compatíveis com o modelo da Atenção Psicossocial, que rompe com a forma fragmentada de ver e tratar o paciente como um ser passivo sem nenhuma implicação sobre seu tratamento. Propõe, sobretudo, a valorização da subjetividade, do acolhimento em todos os momentos em que o usuário ou familiar buscam o serviço, da escuta qualificada, do vínculo que se constrói através das relações, da oferta de atividades individuais ou grupais sustentadas no “[...] compromisso político, no sentido de articular essas propostas ao

projeto maior da reforma que visaria justamente o empoderamento do usuário para que ele circule no território e participe das trocas sociais.” (JUCÁ; LIMA; NUNES, 2008, p. 138)

A minha vivência profissional no acompanhamento do processo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental se deu em três momentos diferentes e possibilitou a constatação do que afirma Lima e Santos (2012, p. 139), quando se refere à experiência dos residentes dessa modalidade no serviço de Saúde Mental com a proposta de Atenção Psicossocial: “A formação multiprofissional, nos moldes Apresentados, tem potencial para o desenvolvimento de sujeitos operadores da ciência, com atitudes transdisciplinares”. Os residentes na relação com a equipe de trabalho e os usuários mostraram abertura para os questionamentos, reflexões e proposições sempre apoiados em referenciais teóricos que embasaram sua fala e seu fazer, respeitando as especificidades de cada disciplina e buscando na prática construir essa sutil e desafiadora trama da transdisciplinaridade visando conhecer, de forma mais ampla, os sujeitos do campo da Saúde Mental. Nesse percurso junto aos residentes, atuei como psicóloga de equipe multidisciplinar de um CAPS II, o primeiro CAPS a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador (2004). Esse serviço traz desde o seu início uma história de luta dos trabalhadores para efetivar as mudanças advindas pela legislação vigente e com a exigência de uma nova forma de assistência aos usuários. O processo de implantação de um novo modelo no interior dos espaços de um ambulatório funcionando na lógica tradicional mostrou, à época, evidências da disputa de poder entre o velho (ambulatório) e o novo (CAPS) na ocupação dos espaços físicos de uma estrutura com a arquitetura inadequada para abrigar dois serviços tão distintos. Ficava muito claro que ali se travava, no microespaço, da mesma batalha de tantos anos de uma luta maior pela dignidade do louco traduzida nos mais de 20 anos para uma lei de proteção e direitos dos usuários ser aprovada no Congresso contra todas as pressões de interesses econômicos para manter a velha ordem de encarcerar os excluídos. Os primeiros residentes chegaram ao serviço após a conquista de um novo espaço para o funcionamento do CAPS, uma casa que aproxima mais as pessoas, diferentemente de um corredor extenso cheio de portas de um ambulatório ou hospital. Esse foi um momento de organização da casa, com a oferta de novas oficinas e grupos, ampliando a matriz de

atividades, estreitando as relações dos usuários com seus Técnicos de Referência e de explorar o território, após vencido uma etapa bastante desgastante para a equipe. Os residentes então foram os grandes desbravadores nesse processo para conhecer o entorno do serviço, visitando as instituições comunitárias, descobrindo, nas andanças pelas ruas dos bairros, lideranças e formas de organização da comunidade, buscando as parcerias possíveis na direção da inserção social dos usuários.

Em outro momento, como coordenadora do serviço, resultado de uma escolha democrática da equipe de profissionais e com o apoio de usuários e seus familiares, foi possível receber residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental num momento em que o serviço se encontrava com a equipe reduzida. A vinda do grupo de residentes da segunda instituição a escolher como campo de prática o CAPS em questão constituiu-se em uma valiosa contribuição com o acréscimo de quatro profissionais que ajudaram a fortalecer a equipe trazendo um novo estímulo e novas experiências para o serviço ampliando de modo significativo as ações intra e extramuros. Esse grupo de residentes veio preencher algumas lacunas com a oferta de novas oficinas especialmente com o olhar voltado para o território no propósito constante de colocar o louco se apossando dos espaços da cidade, desde as atividades físicas em espaço aberto como as caminhadas, até eventos de grande porte como “Loucura por Viver” (2008), realizado em comemoração ao Dia da Luta Antimanicomial, onde usuários e comunidade se mobilizaram nesse convite à vida partilhando todos os momentos com a equipe e residentes do CAPS, desde o planejamento, ensaios das apresentações, organização do espaço até a sua execução. Por último, ocupando o lugar de preceptora dos residentes no serviço, foi possível exercitar leituras, reflexões e produções apoiadas nessa articulação entre a academia e o serviço. Essa relação fortaleceu o entrelaçamento entre a teoria e a prática na construção solidária de estratégias sobre o fazer no contexto de uma práxis muito mobilizadora e cheia de vida. Estar como preceptora de um serviço que tem uma história de muitas lutas na sua caminhada e do qual participei intensamente da sua construção me coloca num lugar, de certa forma, privilegiada, no sentido de poder resgatar os passos do grande desafio para a implantação de um CAPS e olhar o muito que ainda precisa para fazer da utopia um sonho cada vez mais próximo e, por outro lado, ter a oportunidade de continuar escrevendo essa

história compartilhada com os acadêmicos que, por tradição, vem com uma bagagem mais atualizada quanto aos referências teóricos e motivados a contribuir para o enriquecimento de uma prática na perspectiva de uma interação multidisciplinar. O olhar de dentro e o olhar de fora se mesclam de forma harmônica quando ambos buscam a mesma direção de fazer sobressair o sujeito da reforma nos diferentes contextos. Nesse sentido, as discussões dos casos acompanhados pelos residentes para buscar as melhores estratégias de cuidado, a discussão de textos para melhor compreensão dos casos e os processos de trabalho, a proposição de novas ideias e projetos faziam parte das reuniões semanais com os residentes que em alguns momentos ocorriam juntamente com a participação do tutor (profissional da academia) enriquecendo aqueles momentos de debruçar sobre as necessidades dos usuários e serviço. Esses momentos de troca são estratégicos para avaliar os processos possibilitando um olhar mais amplo sobre a realidade e um amadurecimento pessoal e profissional.

Esse CAPS foi campo de práticas para residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental composta por profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Terapia ocupacional, Educação Física, Ciências Sociais e Fonoaudiologia selecionados por duas universidades públicas, no período de 2006 a 2012, servindo de campo fértil para o florescer de novos conhecimentos a respeito da Saúde Mental. Alguns momentos vividos no contexto do serviço também suscitaram muitas reflexões sobre os processos de trabalho, a gestão e organização do serviço com demandas tão complexas que exigem posturas éticas e políticas permanentes. Os residentes mostraram-se muito solidários com a equipe nos momentos difíceis vividos na relação com a gestão em um determinado período em que a lógica do modelo antimanicomial parecia ter se perdido em meio a posturas de autoritarismo com usuários e profissionais. A relação democrática, a horizontalização e circulação do poder de usuários e profissionais viviam um retrocesso. Dessa forma, é importante ressaltar que a mobilização dos usuários para reverter tal situação foi essencial, mostrando o resultado de um trabalho que vem sendo construído com a força dos atores comprometidos com a Reforma.

Desde a vinda do primeiro grupo de residentes ao serviço observou-se que não se tratava tão somente de um processo de aprimoramento

dos profissionais residentes, mas também uma oportunidade para que os profissionais do serviço pudessem se deixar tocar pelo novo, “aquele que vem de fora”, com um outro olhar, sensível e ao mesmo tempo crítico sobre a realidade na qual se propõem atuar, e viver um processo de amadurecimento mútuo acerca do campo da Saúde Mental. Assim, aqueles profissionais que se colocam disponíveis para um aprendizado contínuo puderam compartilhar os vários momentos da residência, no acompanhamento conjunto dos usuários, no manejo da crise, nas visitas domiciliares, nas discussões dos casos nas reuniões de equipe, nos encontros de matriciamento e tantos outros momentos vividos no cotidiano do CAPS. Dessa forma, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental implica nesse aprendizado de sentido duplo, em que o diálogo permanente entre os diferentes sujeitos e saberes se firmam como ferramenta essencial que vai possibilitando novas concepções e construções contribuindo para a qualificação e o fortalecimento dos profissionais para atuarem de forma inovadora, afetiva e efetiva na construção do SUS. Assim, a academia, enquanto instituição de ensino, atenta às necessidades da sociedade, tem cumprido o seu papel de agente formador de profissionais qualificados para o SUS. Isso implica no compromisso dos gestores da Saúde em assegurar a esses novos trabalhadores a inserção nos serviços por meio de vínculos estáveis, potencializando os recursos e promovendo o empoderamento das equipes no cumprimento da missão de inserção social dos usuários.

É importante evidenciar as produções da Residência Multiprofissional em Saúde Mental em um serviço municipal que convive com situações adversas em muitos momentos de sua existência. Apesar de ser constituída por um número razoável de profissionais, alguns mantidos por vínculos trabalhistas precários, a equipe se fortalece quando da inserção dos residentes no serviço, podendo dizer que esses vêm contribuir para “turbinar” o CAPS. (LANCETTI, 2007) Chegam muitas vezes a lugares em que a equipe ainda não alcançou, priorizando os “casos mais difíceis” com a intensificação do cuidado e sempre que possível numa ação conjunta com a equipe da Saúde da Família, quando ela se faz presente no território. Assim, Lancetti (2007, p. 52) vem nos dar uma direção do que fazer nesse “[...] mergulho nas águas da complexidade que denominamos CAPS turbinados.” Para esse autor, produzir Saúde Mental num CAPS turbinado, “[...] de modo intenso,

complexo e sempre renovado”, é dar “[...] prioridade às pessoas que estão em situação mais difícil, em maior risco de morte ou de violência, a quem está em grande dificuldade de desenvolvimento pessoal e social ou de exercício da cidadania”.

Na Clínica do Cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, os residentes sustentaram uma postura ética embasada numa clínica com a valorização do sujeito, disponibilidade para o acolhimento, a escuta qualificada e atenção à crise, até se esgotarem todos os recursos para sustentar o outro no momento de seu sofrimento mais profundo. Colocaram-se disponíveis à construção de vínculos com usuários, familiares e a comunidade tomando para si a responsabilidade do cuidado, desbravando o desconhecido e enfrentado a muitas adversidades, como adentrar em áreas muitas vezes perigosas por causa de conflitos entre grupos do tráfico, para melhor atenção as demandas dos usuários e familiares. Observou-se na relação com os usuários o respeito à subjetividade, fazendo sobressair uma postura técnica e ética no manejo dos casos. O acompanhamento terapêutico ocorreu em vários momentos para resoluções de questões de moradia de usuários que vivem em condições de precariedade, acompanhando os usuários nas idas e vindas do seu processo de buscar os direitos previdenciários, intermediando a inserção no trabalho, na família, na comunidade, bem como intermediando as relações de conflitos surgidas nesses contextos. O caminhar lado a lado também esteve presente na busca de outros serviços de saúde para tratar das questões clínicas, no incentivo à convivência com seus pares para além dos muros do CAPS. Inserir no cotidiano dessas pessoas o lazer também foi uma tarefa constante do grupo de residentes, circulando juntos por espaços que até então não faziam parte da vida dessas pessoas por exclusão de uma cultura manicomial que o movimento da Reforma Psiquiátrica tem ajudado a modificar, nesse caso, com a implicação da academia e seus residentes.

Nos projetos elaborados pelos residentes observou-se a inovação de propostas de oficinas e grupos, a exemplo de “Contando Histórias”, resgatando a história de vida dos usuários, possibilitando dar novo sentido a vida; “Vide Bula”, como um espaço importante de conhecimento e responsabilização do usuário pelo seu tratamento; “Projeto de Vida”, onde o usuário era convidado a pensar em novas perspectivas para o seu viver, incentivando a sua autonomia na realização de projetos fora dos

espaços do CAPS; “Tardes Culturais”, facilitando aos usuários a vivência da inclusão social através da música, canto, dança, teatro, passeios a centros de cultura. A realização do I e II Festival Esportivo e Cultural – “Nós Podemos” –, pensado e organizado numa parceria com os usuários, familiares e trabalhadores dos diversos CAPS do município, outras instituições de saúde e da rede social, deu uma demonstração da capacidade de mobilização dos usuários tornando visível as possibilidades do louco existir na sociedade. Outros eventos significativos como o seminário “Construindo Redes, empoderando sujeitos”, que tratou do tema da intersectorialidade no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico evidenciou o protagonismo dos usuários da Saúde Mental com a apresentação de vídeo elaborado pelos mesmos valorizando a sua construção e suas falas, das equipes da Saúde da Família e do CAPS numa produção conjunta dos parceiros no resgate da cidadania das pessoas com várias experiências de exclusão.

Nas ações extramuros, com a valorização do território, os residentes atuaram percorrendo caminhos lado a lado com o usuário, numa tentativa de refazer as pontes do dentro e o fora, das relações perdidas, buscando dar novo sentido ao seu existir, possibilitando o empoderamento dos sujeitos e a conquista de um novo lugar social. Nesse território rico de possibilidades também se investiu na construção da rede de Saúde e rede social, visitando e revisitando as instituições presentes no entorno do serviço num movimento contínuo para ativar novos espaços para reconstrução de laços sociais e inserção na comunidade, oportunizando aos usuários o despertar do sentimento de pertencimento. Nas ações de matriciamento junto às equipes da Saúde da Família e do CAPS, com encontros sistemáticos com os profissionais envolvidos nesse processo, foi possível desenvolver trabalhos como “Cuidando do Cuidador”, discussões teóricas para subsidiar o acompanhamento dos casos identificados no território, busca ativa de pessoas que vivem o isolamento familiar e social, visitas domiciliares e atenção à crise de forma compartilhada.

Nas ações junto às Residências Terapêuticas (RT) investiu-se no acompanhamento individual de alguns moradores e no projeto “Cuidando do Cuidador”, com propostas criativas que possibilitasse aos cuidadores uma atenção mais qualificada aos moradores das RT e buscando mudanças significativas nesse processo de desinstitucionalização, pois sabemos que não basta a demolição das paredes e muros

dos hospitais para que essas pessoas possam viver a sua liberdade. É preciso um investimento financeiro e humano que possibilite aos moradores das RT se apropriarem de si mesmos e de tudo aquilo que lhes é permitido desfrutar como cidadãos.

Nas relações com a equipe multiprofissional do serviço, percebe-se que a presença de residentes é provocadora de mudanças na dinâmica do serviço de forma propositiva, fazendo os profissionais repensarem as práticas e buscarem novas estratégias de cuidado, especialmente, naqueles casos em que a equipe parece já ter investido tudo, sem uma evolução satisfatória. No acompanhamento compartilhado com o Técnico de Referência do usuário, desde a escolha dos casos, constroem juntos o projeto terapêutico individual que melhor atenda ao usuário naquele momento, que pode ser de maior estabilidade psíquica ou em momentos de crise e até nas internações. Esse sempre foi o último recurso utilizado pela equipe, quando se esgotam todas as outras possibilidades na tentativa de cuidados em espaço aberto. Nesses casos, tanto a equipe como os residentes se deparam com o sentimento de impotência que, muitas vezes, emergem da falta dos recursos como o CAPS III, para a intensificação do cuidado em espaços mais humanizados do que o ambiente de um hospital. Esse dispositivo está previsto para o acolhimento 24 horas todos os dias da semana e com o suporte técnico necessário para atender as pessoas em seus momentos de crise aguda, em que, muitas vezes, se colocam em situações de risco para si ou para o outro. Nos encontros sistemáticos com a equipe buscou-se novas possibilidades de intervenção que resultassem em melhor qualidade de vida para trabalhadores e usuários com propostas para repensar a organização do serviço e os processos do trabalho em equipe multiprofissional, considerando-se a subjetividade dos trabalhadores e a importância da participação desses em todas as instâncias de decisões numa relação democrática do poder.

A gestão se constituiu em um dos pontos importantes para pensar a reorganização dos processos de trabalho, assim os residentes construíram e colocaram em prática o projeto com a proposta de realização de oficinas de planejamento e avaliação. Esses momentos foram espaços importantes para reflexões da equipe sobre a sua práxis, das relações com seus pares e chefias que interferem diretamente no cuidado aos usuários e na direção que se deseja dar ao serviço. Nesse sentido,



Campos (2003, p. 86) reconhece que “[...] a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários das organizações”. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho no SUS, da mesma forma, aponta para a relevância de se colocar em pauta a gestão do trabalho para adequar as necessidades da população e os objetivos institucionais. Enfatiza que

[...] pensar a gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização. (BRASIL, 2006a, p. 119)

Com tudo isso, podemos reconhecer que a atuação dos residentes no serviço de Saúde Mental evidencia que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental firma-se hoje como uma estratégia imprescindível para a transformação do modelo tradicional de assistência para um modo mais abrangente, consistente e coerente com o campo da Reforma Psiquiátrica, que exige posturas éticas e políticas, além de um saber fazer fundamentado na teoria e na prática.

A universidade como parte dessa rede vem, portanto, cumprindo a sua missão na formação de trabalhadores do SUS, qualificando os residentes nos serviços de Saúde Mental, fomentando a aquisição de tecnologias cujo resultado é um cuidado qualificado e comprometido com a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico e com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, a excelência da atuação dos residentes implica no compromisso, por parte dos gestores, de oferecer espaços físicos e infraestrutura adequados, condições sanitárias e de segurança para a prática em serviço, enfim, dos recursos necessários para atender ao projeto terapêutico dos usuários dos serviços e aos princípios do SUS. A falta de recursos, seja para o financiamento da formação dos trabalhadores da Saúde Mental do SUS, seja para equipar os serviços de forma a atender a complexidade das demandas diárias das pessoas com transtorno mental, é negar o direito a esses cidadãos de ter acesso ao melhor tratamento como preconiza a legislação brasileira em Saúde Mental. Dessa forma, assegurar a melhor assistência na rede pública implica em implementação de políticas públicas de desenvolvimento de recursos

humanos com investimentos permanentes na formação de trabalhadores e oferta de serviços para o fortalecimento e consolidação do SUS.

Assim, nesse caminho trilhado em parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental no CAPS, olhando de três focos diferentes, na vivência como psicóloga da equipe, coordenadora e preceptora, foi possível constatar que fazer acontecer um sonho construído coletivamente depende da articulação em rede permanente e solidária de múltiplos atores. A atuação dos residentes, como construtores da rede de atenção, implicou na oferta de uma assistência comprometida com as diretrizes e os princípios do SUS, e a legislação norteadora do modelo de Atenção Psicossocial, com ênfase na inserção social dos usuários, estimulando as transformações sociais e políticas.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, 2006b. (B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília, 2004. (E. Legislação e saúde).
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001: Cuidar sim, excluir não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. (Saúde em debate, 150).
- JUCÁ, V. J. dos S.; LIMA, M.; NUNES, M. de O. A (re)invenção de tecnologias no contexto dos centros de Atenção Psicossocial: recepção e atividades grupais. *Mental*, Barbacena, v. 6, n. 11, p. 125-143, jul./dez. 2008.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde Loucura, 20; Políticas do desejo, 1).
- LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de Psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 126-141, 2012.

**QUARTA PARTE -  
Participação social e  
movimentos sociais  
em Saúde Mental**



# **“Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante”: narrativas de participação social por militantes usuários dos serviços de Saúde Mental de Salvador/BA**

Lara Vasconcelos Hardman  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

## **Introdução**

Paralelamente às diversas experiências do mundo ocidental, o Brasil finaliza o século XX definindo uma nova política de Saúde Mental que, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, aposta na reconstrução da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico e na retomada do seu convívio social, sem estar sob o mandato de um saber especializado, normalizador e autoritário. As transformações sociais, culturais e institucionais, derivadas desse processo, estão vinculadas à mudança do lugar do “louco” em relação ao corpo social: de alienado, incapaz e alheio a si mesmo, este passa a assumir o papel de ator social, cidadão, sujeito político. É convidado, assim, a “metamorfosar” sua subjetividade, na medida em que as relações com o mundo e com o outro se complexificam, assumem novas conexões e sua trama social torna-se cada vez mais tecida por linhas, nós e laços.

Nesse cenário atual de reestruturação da assistência através da substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e no isolamento, por um trabalho desinstitucionalizante e territorial, pautado na integralidade do cuidado e na reabilitação psicossocial, tem-se destacado a importância do protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico, seja nas discussões sobre as atividades terapêuticas desenvolvidas

nos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial), seja na busca pela garantia dos direitos à cidadania. Diversos dispositivos, desde assembleias, associações a grupos de trabalho, têm possibilitado a atuação e organização política dos usuários, em espaços que, segundo o documento do Ministério da Saúde “Saúde Mental no SUS: Os CAPS” (BRASIL, 2004), devem incentivar o exercício da participação social por meio de discussões de problemas e criação de estratégias de ação coletiva.

Assim, é corroborando com tais premissas que este capítulo lança mão de reflexões acerca da compreensão de alguns sujeitos em sofrimento psíquico sobre a temática da participação social, a partir de suas histórias de vida e trajetórias nos movimentos sociais e espaços políticos. Durante o estudo, buscou-se conhecer e analisar os discursos desses usuários sobre sua experiência na militância política e cultural e refletir sobre os efeitos dessa participação social em suas subjetividades. Nessa perspectiva, tomamos como objeto de análise as narrativas de seis usuários(as) de serviços de Saúde Mental, também militantes de uma associação que representa esse segmento (bem como de seus familiares) no estado da Bahia.

Somos convocados, dessa forma, a interrogar sobre de que “participação social” aí se trata e como ela é percebida pelos sujeitos que a vivenciam. Tal noção, presente em diversos discursos entre os mais variados setores e políticas sociais (dentre elas, a de Saúde Mental), não se materializa, portanto, em um único sentido. Entendidos enquanto uma construção social, os sentidos são produzidos na relação que os sujeitos estabelecem com o mundo, a partir de como compreendem e manejam as situações e fenômenos à sua volta. (SPINK; MEDRADO, 1999)

A “subjetividade”, outro conceito utilizado neste trabalho, não é aqui concebida como uma entidade individualizada, universal, estável ou que diz respeito a um sujeito psicológico interiorizado. Adota-se o pressuposto, inspirado nos escritos de Foucault, Deleuze e Guattari, de uma subjetividade construída na relação social, dialógica, em permanente “metamorfose ambulante”, como nos provoca Raul Seixas em uma de suas canções.

Essa relação entre os sentidos do que vamos chamar de “participação social”, configurada nas militâncias políticas/culturais, e a produção

de subjetividade e de “novos” sujeitos a partir dessa experiência pode contribuir na reflexão sobre as interfaces da Política e da Clínica. Assim, pensar a superação da condição de sujeitoado, submetido à lógica manicomial, e construir esse trajeto até tornar-se um usuário do sistema de saúde engajado na luta pela cidadania, para si e seu grupo, implica, necessariamente, como propõe Torre e Amarante (2001), a conquista da autonomia, direcionamento que também deve nortear o trabalho clínico. Nessa perspectiva, a ação terapêutica e a produção de Saúde, anteriormente vinculadas à noção de “cura”, devem centrar-se em outra finalidade: incentivar a emancipação e a busca por direitos, por meio da desconstrução de relações tutelares. (TORRE; AMARANTE, 2001) Elas passam, dessa forma, a incidir diretamente no âmbito das relações sociais desses sujeitos em sofrimento psíquico, no modo como os outros os percebem e como estes vivenciam os diversos encontros, o que possibilitará que a inclusão aconteça de maneira efetiva (ou não). Tais assertivas corroboram o pensamento de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 30), quando afirmam que “[...] o problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. Desse modo, a clínica, por muito tempo reduzida a ações individualizantes e centrada na patologia, requer uma ampliação do seu escopo.

Foi a partir da imersão no cotidiano dos serviços substitutivos e nos espaços de gestão, possibilitada pela Residência, somada ao envolvimento e aproximação da pesquisadora/residente com os movimentos sociais em defesa da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, que passamos a questionar se a vivência de participação social por esses sujeitos – historicamente colocados à margem da sociedade – possibilita a construção de um “lugar” no mundo, para o sujeito da “loucura”, e constitui-se enquanto espaço de subjetivação.

Tal inquietação, que envolve a participação dos usuários nas lutas políticas e culturais no âmbito da Saúde Mental, fora dos espaços formais de controle social, não é um campo muito explorado nas pesquisas efetuadas nessa área e sua reflexão ainda acontece de maneira pontual nos CAPS. Em Salvador, destacamos o estudo de Alencar (2004) sobre a construção desse sujeito político em meio às transformações políticas, culturais e institucionais da Reforma Psiquiátrica, tese que serviu de inspiração e embasamento teórico para este capítulo. Valendo-se de

uma análise da participação social em seus variados sentidos, buscamos desvelar a subjetividade desses usuários, em suas histórias de vida e de militância, vivências em grupo, percepções sobre a associação e sua organização política e nas impressões sobre as estratégias de atenção ao sofrimento psíquico.

## Participação social e dinâmica subjetiva

Há ou não motivo para se revoltar? Deixemos aberta a questão. Insurge-se, é um fato; e é por isso que a subjetividade (não a dos grandes homens, mas a de qualquer um) se introduz na história e lhe dá seu alento. Um delinqüente arrisca sua vida contra castigos abusivos; um louco não suporta mais estar preso e decaído; um povo recusa o regime que o oprime. Isso não torna o primeiro inocente, não cura o outro, e não garante ao terceiro os dias prometidos [...] Basta que eles existam e que tenham contra eles tudo o que se obstina em fazê-los calar, para que faça sentido escutá-los e buscar o que eles querem dizer. (FOUCAULT, 2010, p. 80)

O objeto deste estudo nos convoca a refletir sobre a problemática da participação social e da construção do sujeito, no contexto da desinstitucionalização, do cuidado e da organização política dos usuários dos serviços de Saúde Mental. A participação social, tema abordado por diferentes autores, correntes teórico-políticas e segmentos sociais, expressa uma concepção particular da realidade, devendo ser desnaturalizada como um processo experienciado da mesma forma por todos. Autores afirmam que tal noção é influenciada pelos diversos contextos histórico-culturais, vinculando-se às relações políticas, econômicas e sociais estabelecidas. (SCOREL; MOREIRA, 2008; VALLA; STOTZ, 1989) Assim, ela irá depender dos interesses e da perspectiva dos atores sociais que dela se apropriam.

Dentre um amplo leque de conceitos e significados, entende-se que a “participação” necessariamente envolve processos de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder (BORDENAVE, 1981 apud BRANDÃO, 1984), que se materializam nas estratégias concretas utilizadas pelo indivíduo para intervir em uma situação vivida, construindo-se enquanto sujeito social. (SCOREL; MOREIRA, 2008) A necessidade de ser protagonista de sua própria história supõe a valorização de outros aspectos, que fazem parte do processo participativo:



“autovalorização de si e da cultura do grupo a que pertence, capacidade reflexiva sobre a vida cotidiana, criar e recriar novas formas de vida e de convivência social”. (SIRVENT, 1981 apud BRANDÃO, 1984, p. 2)

No âmbito das políticas sociais, mais especificamente na esfera da Saúde Pública, a participação social é citada por diversos documentos, dentre eles a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que no seu artigo 198 aponta-a como uma diretriz que deve nortear o Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a terminologia de “controle social”, essa participação se configura nas ações que as forças sociais lançam mão para “[...] poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas”. (VALLA; STOTZ, 1989, p. 6) Tal assertiva é garantida pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio de espaços institucionalizados (conselhos e conferências de Saúde). Tais conquistas foram pautadas pelo movimento de Reforma Sanitária que, desde os anos 1970, tinha como eixo central a participação social, a fim de garantir a democratização do poder público e colocar em pauta o tema da Saúde, como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. (ESCOREL; MOREIRA, 2008)

Nesse mesmo período histórico de abertura política, movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica se constituíam no país. Inspirados na experiência italiana de desinstitucionalização, tais movimentos pautavam a superação do modelo de assistência centrado na doença e a construção de novas possibilidades para os indivíduos. Nessa perspectiva, como afirma Amarante (1995, p. 494):

[...] O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Por meio da negação dos espaços de exclusão e mortificação dos sujeitos, surge o Movimento da Luta Antimanicomial, como uma vertente questionadora do movimento da Reforma, que coloca em xeque a existência dos hospitais psiquiátricos como dispositivos de cuidado. (VASCONCELOS, 2008) Esse movimento tem como marco de sua

fundação a construção do Manifesto de Bauru, em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, documento que, sob a forma de reivindicação, reafirma o direito à cidadania dos portadores de transtorno mental. Nesse contexto, apesar da presença de grupos de usuários, não era previsto que esses segmentos submetidos à opressão manicomial protagonizariam, através da organização de um movimento próprio, os embates políticos em defesa do fim dos manicômios.

A partir do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em 1993, na cidade de Salvador, tais sujeitos, marcados radicalmente pela diferença, geradora de sofrimento e pela exclusão, organizam-se como movimento social. (SILVA, 2003) Assim,

[...] nesse novo cotidiano, os sujeitos, não mais colocados no lugar de coisas, não mais reificados, não mais simplesmente rotulados, emergem com toda sua riqueza de vida: esse contingente de novos sujeitos sociais, desejantes, reivindicativos, agradecidos à causa que sustentou a sua liberação, capazes de realizar comparações entre o velho e o novo agora experimentado, com grande disposição para participar. (SILVA, 2003, p. 100)

Paralelamente e em consonância com tais mudanças, exige-se um redirecionamento da assistência, pautado na noção de Clínica Ampliada, que inclui no contexto da produção do cuidado o envolvimento do usuário em espaços coletivos e inter-relacionais, vistos como importantes estratégias para garantir o suporte e o apoio à sua existência no mundo. Entende-se que a organização de entidades, formadas pelos usuários, só foi possível a partir do investimento em uma clínica “libertadora”, impulsionada pelos serviços assistenciais substitutivos ao modelo hegemônico. (SILVA, 2003)

A partir daí, com a chegada do novo século, diversos grupos e associações têm emergido no contexto dos CAPS, fato que complexifica o processo social, político e institucional da Reforma Psiquiátrica, uma vez que tal dinâmica passa a ser também impulsionada pelos próprios atores antes excluídos do processo participativo, na busca pela garantia de direitos. (VASCONCELOS, 2008) Apoiados no conceito de “empoderamento”, noção amplamente utilizada na literatura internacional para designar o processo de fortalecimento do poder, da participação e autonomia, os presentes autores analisam a organização política dos

usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental e sugerem que esse fortalecimento se dá em meio à produção de cuidado, nas estratégias de aquisição de direitos, na transformação cultural com relação à loucura, no exercício do controle social e na militância. Assim, apostamos que o “empoderamento” e a participação social, no campo da Saúde Mental e Coletiva, são peças-chaves para a criação de autonomia e sociabilidade, para o fortalecimento do sujeito em suas potencialidades, levando o mesmo a identificar e a tentar transformar os elementos que afetam e/ou determinam seu lugar na sociedade.

Empoderar-se e participar ativamente da vida social, concebendo a si mesmo e ao mundo, e intervindo sobre ambos, requer necessariamente a construção de um sujeito. Tal construção, como propõe Fleury (2009, p. 40), é constituída pelas “[...]dimensões da autonomia, individualização e ocupação de um lugar, preservação e interação”, e se efetiva dentro de um mundo social marcado por regras e normas de condutas morais e legais, que estabelecem as relações de poder. Seguindo a linha de pensamento de Guattari, defendemos uma subjetividade essencialmente social, que é vivida pelos indivíduos de forma particularizada. (GUATTARI; ROLNIK, 1996) Rejeita-se tanto a existência de uma “psique” protegida dos contextos socioculturais como a ideia de uma sociedade que simplesmente molda e determina uma identidade. (DOMÈNECH; TIRADO; GÓMEZ, 2001)

Assumindo propostas inovadoras, Deleuze também nos convoca a percebermos uma subjetividade em movimento e produzida permanentemente como parte da “trama social”, em uma espécie de “dobra”, para além de uma oposição entre “o que está dentro” e “o que está fora”, (DELEUZE, 2005; DOMÈNECH, TIRADO, GÓMEZ, 2001) Somos subjetivizados, então, como efeito das interrelações, do afetar e de ser afetado, cujas forças, na perspectiva de Deleuze e Guattari, “[...] tentam transformar o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como sujeitos de suas práticas e das práticas dos outros sobre eles”. (ROSE, 2001, p. 143)

A formação de uma “experiência de si”, como sugere Foucault (2010, p. 275), é regida pela composição e recomposição de relações de saber/poder/dominação, a cada processo histórico, levando-nos ao entendimento de que “[...] a constituição do sujeito louco pode ser efetivamente considerada como a consequência de um sistema de

coerção”, em relação e diante daquele que o declara como “louco”. O autor ressalta, em contraposição, as relações éticas empreendidas pelos sujeitos para produzir-se ativamente através do que será denominado por Foucault (2010) como “práticas de si” – certo exercício de si sobre si mesmo, em que se procura conhecer-se, elaborar-se, transformar-se, atingir certo “modo de ser”. Assim, a subjetividade é assumida de modo a oscilar em dois extremos: de uma relação de “alienação e opressão”, cabendo ao indivíduo submeter-se a uma subjetividade imposta por saberes e poderes, a uma relação de “expressão e criação”, na qual ele se apropriaria da sua própria subjetividade e produziria um processo de singularização. (GUATTARI; ROLNIK, 1996)

No presente caso, subjetivar-se é uma dinâmica que está relacionada também à constituição do sujeito político, o que implica a construção, por meio do processo de singularização, de identidades individuais e de grupo, bem como de estratégias de transformação social. (FLEURY, 2009) Através da militância (política e cultural), desse novo lugar para o sujeito da “loucura” no mundo, este encontra espaço para falar de si, para expressar-se, construir projetos, relacionar-se com o outro, na perspectiva de criar vínculos e pontos de suporte. Acreditamos que a militância permite, assim, a construção de novas subjetividades, na medida em que, concordando com Alencar (2004, p. 104), rompe com a relação estigmatizante e excludente que vincula a loucura à noção de doença e “[...] produz um rótulo positivo que permite o desempenho de papéis sociais onde a desrazão não é negativamente valorada”.

## Percursos metodológicos

A fim de alcançar o máximo possível de informações acerca das particularidades vividas por esses militantes-usuários, apreender percepções e sentidos e obter um contato mais profundo com suas subjetividades, utilizou-se neste estudo o método qualitativo, de caráter exploratório descritivo. Tal designação se fundamenta na concepção de Minayo (1999), quando aponta que esse tipo de abordagem busca apreender os valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões, permitindo capturar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. Segundo Haguette (2003), as metodologias qualitativas fornecem uma compreensão aprofundada de

certos fenômenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social, face à configuração das estruturas societárias. Através delas, a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente, mas se mostra pela forma detalhada com que se analisam os dados coletados durante a observação empírica.

O presente estudo desenvolveu-se junto a seis usuários(as) dos serviços de Saúde Mental da cidade de Salvador, que se integram em um coletivo organizado cujo formato é uma associação de usuários e familiares. Tal grupo tem como missão

[...] promover a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, através da afirmação dos seus direitos humanos e apoio às suas famílias, reivindicando a efetivação dos seus direitos, a garantia do acesso aos diversos serviços e a melhoria da assistência no Sistema Único de Saúde da Bahia. (CORREIA, 2011, p. 11)

Dentro desse universo de usuários que compõe a associação, foram entrevistadas três “lideranças”, reconhecidas pelos demais participantes, que têm uma trajetória na militância política desde a instituição do grupo, e três sujeitos, que recentemente passaram a compor o movimento, indicados por cada uma dessas lideranças, no decorrer das entrevistas. Foi aos poucos se criando a rede de participantes da pesquisa, que buscou, a partir dessa diferenciação, evidenciar as diversidades das experiências de militância.

A inserção da pesquisadora/residente nesse universo se deu no ano de 2008, quando, na época, integrava um grupo de trabalho formado por estudantes de Psicologia, que desenvolvia a assessoria política à associação. Desde então, essa pesquisadora tem acompanhado a trajetória desses usuários, nas manifestações políticas, conferências, sessões na câmara, assembleias e reuniões diversas, bem como no cotidiano dos próprios serviços, campos de prática da Residência. Em 2010, a mesma desenvolveu, em parceria, um projeto de oficinas teatrais e montagem de espetáculo, voltado para esses mesmos militantes-usuários, cujo objetivo era discutir os direitos humanos, através da linguagem teatral. Além de se configurar uma atividade artística, foi percebido o quanto esse projeto serviu de instrumento político para dar “voz” a esses “atores”, o que suscitou as inquietações trazidas nas linhas deste capítulo. Em cima do palco, estigmas e imagens trágicas vinculadas à “loucura”

foram sendo desconstruídas pela vivência desse novo papel social de “ator”.

Assim, já havia um contato prévio e um vínculo estabelecido entre a pesquisadora/residente e os interlocutores, o que, sem dúvida, possibilitou que fosse criada uma relação de confiança e abertura durante as entrevistas. Essas, por sua vez, aconteceram em espaços diversos da cidade, tanto públicos, como praças e jardins, como no interior de seus domicílios e outros espaços privados. Tais entrevistas, como principal instrumento para coleta de dados, apoiaram-se no modelo de “entrevistas narrativas”, proposto por Schutze (1977 apud JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002), enquanto modelo não estruturado e de profundidade, com base nos seguintes temas geradores: história de vida e militância, sentidos de participação social, percepções sobre a associação e a Luta Antimanicomial, mudanças e obstáculos gerados pela militância. De acordo com os autores, tem-se como ponto de partida a reconstrução de acontecimentos sociais, partindo-se da perspectiva dos informantes. Ao construir narrativas, os sujeitos organizam e dão sequência a certas experiências pessoais e, ao recordar certas ações e acontecimentos, buscam uma interlocução entre as mesmas, permeadas de sentidos próprios e funções no enredo. Neste estudo, o uso desse instrumento serviu para maximizar a captação de experiências subjetivas sobre a participação social, para além do esquema pergunta-resposta. Soma-se, à coleta de dados, a vivência anterior da pesquisadora/residente nas lutas sociais e políticas da Saúde Mental, bem como na clínica, e sua aproximação com a associação ao longo de mais de três anos.

Como referência para a análise do material colhido, foi escolhida a análise de conteúdo, no sentido deste não ser um método rígido, que segue esquematicamente etapas que resultarão em determinadas conclusões. As entrevistas com os usuários foram gravadas em equipamento próprio para esse fim, transcritas e analisadas por meio desse método. Segundo Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Esse procedimento, como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permite de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto – encarado como um meio de expressão do sujeito –, replicáveis ao seu contexto social. Quem analisa busca categorizar as unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Foi desenvolvido, assim, um sistema de categorias, discriminando os diferentes conteúdos. O produto final desse processo relaciona-se à interpretação das entrevistas, agregando as informações fornecidas pelos interlocutores ao horizonte do pesquisador. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002)

## **Resultados e discussão: com a palavra, os militantes**

A leitura e sistematização do material colhido nas entrevistas, confrontado ao referencial teórico que norteia este capítulo, revelam três categorias a serem refletidas: 1) a macro/micropolítica da participação social; 2) vida associativa; 3) reapropriação da subjetividade.

Durante a análise dos sentidos atribuídos à noção de “participação social”, primeira dimensão categorizada, destaca-se o caráter polissêmico das perspectivas adotadas. Entendida enquanto “controle social”, uma das falas desses militantes-usuários[1] dará ênfase aos aspectos macroestruturais da participação, cujas relações políticas visam à garantia de direitos sociais, como evidenciado a seguir:

*Participação é estar dentro das discussões nos espaços da Secretaria, da Câmara Municipal de vereadores, do Conselho de Saúde, estar lá dizendo o que o povo precisa. (Militante 1)*

Esse fragmento discursivo se aproxima das concepções presentes nos documentos legais que regulamentam o SUS, bem como das reivindicações de uma gestão democrática e popular da saúde, pautadas pelo movimento sanitário no país. A presente associação, enquanto uma organização social, também direciona suas ações para o controle social das políticas públicas na área da Saúde Mental na Bahia e para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. As intervenções em terrenos macropolíticos,

---

[1] A fim de preservar o anonimato dos entrevistados, a referência aos mesmos será feita através da palavra “militante”, seguida de um número.

realizadas em espaços institucionalizados e formais, possivelmente alcançam uma maior legitimidade e hegemonia, mas não necessariamente desencadeiam processos de mudança no que diz respeito ao sujeito e suas realidades.

Sob outra abordagem, que não necessariamente diverge da primeira, há relatos de entrevistas que evidenciam certa “micropolítica” da participação social, apreendida aqui como um exercício cotidiano dos sujeitos, expresso nas relações consigo mesmo, com o outro e com o cenário que os envolve. Destacamos tais sentidos:

*É um compromisso com o outro, com o espaço, com a natureza. Eu não faço porque o outro espera de mim e eu vou ser julgado pelo outro, eu faço porque tem que ser feito. Participação social é aquilo que a gente faz independente do que o outro está esperando de mim, e sim o que eu posso fazer pelo outro. Então, em qualquer espaço se faz participação social. (Militante 2)*

*É me entregar totalmente, lutar com as pessoas. Faço minha militância, minha luta social, mas sem tributo nenhum. Faço isso de coração, sem ter ganhos, e me sinto muito bem, muito grato, ajudando as pessoas que precisam, muitos que sofrem na minha comunidade. [...] Pra mim tem a ver com ajudar o outro. (Militante 5)*

*Participação social, para mim, é você se indignar e não ser omissivo às questões que aparecem no dia a dia, no cotidiano, que não é agradável à sociedade, que contradiz aos princípios de direito. (Militante 4)*

*Essa coisa de você poder, a partir de um ponto, juntar pessoas, formar grupos e esse grupo intervir na sociedade de uma forma positiva [...] Essa coisa do se implicar é a palavra-chave quando se fala em participação social. (Militante 6)*

*Pra mim, participação social é uma construção e eu tenho que estar dentro dessas discussões, da Saúde Mental, do movimento de rua, economia solidária, trabalho e renda, é estar envolvida nas associações de bairro. [...] É chegar na rua e encontrar um morador de rua e se tornar amiga dele e buscar com ele outras histórias, não é só tá envolvido com as instâncias políticas, públicas. (Militante 1)*

Nesse campo de uma ética viva, valorizam-se acima de tudo as relações – o modo como o “eu” se posiciona diante do “outro” e do “mundo” – e as inclinações do indivíduo, elementos que dizem respeito, assim, à produção de subjetividade. Ambas as dimensões macro e micropolíticas podem ser consideradas como complementares e importantes para as lutas políticas e sociais no campo da Saúde Mental, e são trazidas nos documentos produzidos por esse coletivo.



A associação referida foi fundada em maio de 2007, por meio da articulação de alguns sujeitos em sofrimento psíquico e familiares, que naquele período tinham um maior engajamento político, sendo apoiados por trabalhadores, estudantes e demais militantes do movimento da Luta Antimanicomial. A formação do grupo está, desde o início, atrelada à memória de um militante histórico da Luta, também usuário, que sonhava em montar uma organização para defender os interesses desse coletivo e serviu de inspiração para os demais.

Há, por sua vez, um reconhecimento por parte desses militantes-usuários, expresso nas suas falas, de que o surgimento de tal entidade foi também possível pela existência de uma mobilização prévia de outros ativistas implicados com a Reforma Psiquiátrica. Destacamos três narrativas que abordam a formação da associação:

*A associação para mim é uma caminhada, é o começo do movimento, quando encontramos pessoas, lá no início, que podiam ajudar a gente. Mas eu penso que tem um movimento também antes, lá dos trabalhadores, de funcionários que não aceitavam a forma como nós usuários era tratado e começou a lutar, não foi só uma história do usuário. Deve muito à Reforma e ao SUS, à Reforma Sanitária. Se não tivesse gente com sensibilidade dentro do contexto da Saúde também não surgia o movimento dos usuários. Eles foram aos poucos tomando voz, fortalecendo, tomando rédeas de sua própria vida, aí mudou um monte de coisa. (Militante 1)*

*Esse professor e alguns estudantes tinham como tarefa apoiar usuários de Saúde Mental para que eles tivessem o empoderamento e constituíssem uma associação de usuários. A proposta era que esses alunos ajudassem os usuários a pensarem que eles não são mais internos de hospitais, não são mais dependentes dos outros, que eles podem construir suas próprias vidas. (Militante 2)*

*Frequentando as reuniões, percebi que existiam pessoas comprometidas em encontrar novos olhares e novas atuações a respeito da loucura. Parecia que chegara com atraso à militância política na área, visto que, há mais de 20 anos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, usuários dos serviços e outros profissionais batalhavam pela causa. (Militante 6)*

No que diz respeito à vida associativa, Goffman (1988) sugere que os sujeitos, que carregam ao longo de sua vida um mesmo estigma, tendem a se reunir em pequenos grupos sociais, com a tarefa de desconstruir certos rótulos estabelecidos. Verificamos que, buscando romper com os estigmas sofridos em suas trajetórias de vida, dentre estes de que “maluco não podia ter associação, não podia ter voz”, como expressa um dos interlocutores, a formação da associação possibilitou,

segundo eles, um reconhecimento social, com a publicização da imagem de si e, ao mesmo tempo, a efetivação de uma rede de apoio mútuo. Um misto de “revolução” e “família”, como sugere um dos entrevistados, resume para ele a associação, reafirmando os ideais de transformação e, concomitantemente, valorizando as relações criadas, de “*ter um ombro amigo e de ter uma forma de ser um ombro amigo*”. (Militante 4)

Essa configuração, sob a forma de uma associação, tem permitido a reinvenção da vida social desses sujeitos, como expresso na poesia de um deles: “*Hoje, sou um homem que se faz cidadão, a se juntar com outros por uma razão: uma associação. Um sentido de existência comum: a realização do bem-estar de todos em um*”. (Militante 6) O estatuto de “cidadão”, assim, evidencia a construção de uma subjetividade que é possível através da militância, bastante distinta do *status* de “paciente” ou “doente”, imposto pelo modelo manicomial. Nessa mesma direção é dito: “*Aí tá a diferença na vida do usuário, porque se eu não tivesse no movimento social eu seria só um grãozinho de areia ou uma louca varrida no mundo*”. (Militante 1)

A convivência em grupo tem se constituído em uma arena de conflitos morais e ideológicos, disputas de poder, afetos e desafetos e os tem convocado a lidar com a diferença, com a alteridade. Apostamos que são nesses espaços de sociabilidade que outras subjetividades são produzidas, em meio a entrecruzamentos de forças, poderes, relações, o que é denominado por Guattari e Rolnik (1996) de “agenciamentos coletivos de subjetividade”. Tais exigências dialogam com o que hoje se espera de um “fazer” clínico-político: mediar a relação do sujeito em sofrimento psíquico com o outro social, de modo a aumentar o poder contratual daquele, diante das exigências colocadas pelo convívio social. O ato de “organizar-se” psiquicamente e socialmente, através do exercício da militância em grupo, é evidenciado na fala de um dos entrevistados:

*Nesse tempo, com a associação, venho me organizando nesse processo da militância, da participação, do movimento social. Tem sido muito interessante, não só pra mim, mas várias pessoas vêm se organizando nesse processo. Com o envolvimento, começam a se relacionar, a se ver no outro, começa a se identificar, acha jeito de se cuidar, pra poder estar participando, começa a estudar. [...] O reconhecimento eleva a autoestima.* (Militante 6)

Para Guattari e Rolnik (1996), o que deve caracterizar as reivindicações dos movimentos sociais atuais não se limita a um embate contra a massificação da subjetividade e sim se configura como uma

tentativa de produzir novos modos de subjetividade, singulares e próprios. Partindo da proposição desses autores, esta última categoria de análise – reapropriação da subjetividade – reflete sobre a singularização, o processo político de autonomização, de afirmação de outros modos de ser, perceber, sentir e desejar.

As narrativas das histórias de vida e, por sua vez, de militância, revelam a construção de subjetividades, tanto impostas por processos de exclusão quanto recriadas pelo próprio sujeito, na medida em que ele passa a compor o tecido relacional. Ao carregarem certos estigmas, principalmente o da “loucura” – nomeado por um dos interlocutores como a “*temida tarja de esquizofrênico*” (Militante 6) –, que os colocam nessa posição de “inabilitados para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1988), esses sujeitos são submetidos a distintas práticas sociais: uma das usuárias-militantes é oprimida por ser mulher, subjugada em sua cultura de origem e posteriormente torturada no interior dos manicômios; outro é considerado, em decorrência do sofrimento psíquico, como um indivíduo incapacitado para o trabalho e demitido da organização em que exercia sua profissão; outra é vista por membros da comunidade com um olhar de “pena”, o que a fragiliza enquanto pessoa.

Ao criarem sentidos e possibilidades para suas próprias existências, processo que está vinculado à participação social, esses sujeitos assumem outras “faces”: de mulher oprimida, passa a perceber-se como uma militante das causas feministas e uma artesã, envolvida com o movimento de Economia Solidária; o segundo, demitido e visto por si mesmo como uma “máquina quebrada”, afirma que, atualmente, “trabalha” no Conselho de Saúde e se reconhece enquanto um líder e “mobilizador social”; e a terceira encontra o suporte social na religião, ao ver-se como “cristã”, bem como atua em uma associação local, relacionando-se ativamente com sua comunidade. Os outros três sujeitos da pesquisa relevam as potencialidades que a produção artística lhes confere, para superação de rótulos negativos, e colocam essa produção a serviço de sua militância política: dentre eles, um *rapper*, envolvido, em sua trajetória, com o Movimento Negro; outro, um poeta “fazedor” de uma “poesia-política” (ou como se refere em um de seus textos, um “lavrador de palavras”); por fim, o último, que agrega, em seu discurso, suas potencialidades nas áreas da música e do teatro.

Outras “possibilidades de si mesmo” (DOMÈNECH; TIRADO, GÓMEZ, 2001) são desveladas no ato narrativo cujas experiências de militância, muitas delas de resistência a poderes e saberes estabelecidos, modificam alguns limites que, ao longo de suas vidas, os sujeitaram. Outros “territórios subjetivos” – termo cunhado por Guattari e Rolnik (1996) – são evidenciados, expressos no diagrama a seguir e em posterior análise:

Figura 1 – Territórios subjetivos



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A inserção no movimento da Luta Antimanicomial permite, para alguns, a realização de uma “missão”, religiosa ou ideológica. Para dois dos sujeitos entrevistados, o “agir militante” em prol dos demais sujeitos em sofrimento psíquico é uma dádiva divina. Sentidos são produzidos a partir da ideia de que “Deus sabia o que tava fazendo”, ao colocá-los nessa condição, como sugere um dos interlocutores: “*Deus me colocou no mundo para isso: pra ajudar as pessoas*”. (Militante 5) A missão é também expressa ao adotar-se como princípio ideológico a mudança política, cultural e assistencial necessária diante da problemática do sofrimento psíquico:

*[...] minha missão é lutar para que mude a vida dos usuários da rede, dessas pessoas, que muitas delas não têm voz, muitas delas não sabe nem que existe o movimento. O pior CAPS ainda é melhor que qualquer sanatório, mas a gente tem que ter qualidade de vida, coisa que o usuário nunca teve.* (Militante 1)

A (re)inserção no mundo do trabalho é outro aspecto pontuado, mudança esta que está vinculada ao reconhecimento e ao respeito alcançado através da militância. Tanto a atuação em espaços de controle social é percebida, por um deles, enquanto um “trabalho” como, para outro, a participação social e o exercício da profissão caminham lado a lado. Um dos relatos explicita essa relação:

*Com minha profissão, de artesã, eu posso militar, eu posso estar dentro dos espaços [...] Porque se você vai comprar na mão de algum artesão, que seja no que é militante, que precisa, e não ficar pedindo dinheiro aos outros, e sim ser valorizado pelo seu trabalho.*  
(Militante 1)

O envolvimento com o movimento social, de forma cotidiana, pode converter, de certa forma, esses militantes-usuários em “profissionais” de tal função. O trabalho é, também, mais um compromisso, como sugere um deles, “*para o bem do próximo, para além do salário, do compromisso financeiro, do bem-estar próprio*”. (Militante 2)

Assumindo a premissa adotada por Foucault (2010, p. 134), de que “[...] toda relação humana é até certo ponto uma relação de poder”, na medida em que diz respeito à condução que adotamos diante da postura do outro, vemos a liderança como uma dessas relações. A participação em uma associação e a convivência em grupo tornam-se terreno fértil para o exercício do poder, seja através de relações “cristalizadas”, por meio de processos de dominação, seja mediante o compartilhamento e democratização das decisões, no qual o poder assume sua potência libertadora. É feita, dessa forma, uma reflexão sobre o papel de líder assumido por um dos militantes, de modo a tencionar a sua concentração de poder:

*Eu sempre fui um líder nato. ‘O’ controlador, ‘o’ organizador, alguém que sabe como vai acontecer. Mas vi que tenho que aprender a respeitar o outro, sem deixar de colocar minha posição. [...] Se numa casa dois ou três ou 10 tiver no comando, vira bagunça. [...] E aí eu me vi dentro da associação como um líder moderador, mediador, consensual. [...] Eu sei o quanto eu preciso aceitar o outro, entender a forma do outro se relacionar com o mundo. Ver o outro como alteridade, já percebi que há uma mania rotineira de liderança em mim.*  
(Militante 2)

Diante dessa problemática e da complexidade das relações de poder, não nos cabe sua dissolução. Foucault (2010) nos convoca a assumir a

“prática de si” como uma saída, e adotarmos regras de direito, técnicas de gestão, estratégias com o mínimo de efeitos de dominação.

Por fim, “a produção artística como uma via de expressão da militância” é uma das subcategorias evidenciadas nos discursos produzidos por esses militantes, corroborada em uma de suas falas: “*Minha música pode ser uma forma de militância; as pessoas ouvem e ficam analisando, político até. É uma forma de me expressar*”. (Militante 5) A linguagem artística é utilizada, aqui, tanto para fins de crítica social da institucionalização da “loucura” e dos modos manicomialis de ver os sujeitos em sofrimento psíquico, instrumento de denúncia, como é propulsora de novas reflexões, dentre elas sobre a garantia de direitos. Dessa forma, a criatividade, imaginação e a construção da obra implicam-se com os problemas sociais reais e passam a servir a um agir político. Dentre essas manifestações está o *rap*, música de protesto, “*sempre reivindicando, questionando alguma coisa*” (Militante 4), instrumento político utilizado por dois dos militantes entrevistados. Um deles, porta-voz do Movimento Negro, revela qual a verdadeira função de sua arte, expressando-a através das letras de suas músicas:

*Pondo o dedo na ferida e incomodando a consciência/ Rapper representa a militância consistência/ Arte da vida, somos protagonistas/ Chapa é quente, estamos em cima/ Informação no pente, linha de frente, artilharia/ Escravidão mental no microfone eu toco pau/ Falta peso social, informação, educação, movimento cultural/ Antiga senzala, favela atual [...].* (Militante 4).

*Direito à cultura, educação, ao lazer/ Direito à expressão, com a rima faço acontecer/ No verso ou na prosa, a rima arromba a porta/ Manicômio se incomoda, liberdade vira moda/ No campo ou na cidade, a arte é liberdade/Militante associado informando vários CAPS [...].* (Militante 4)

Essa “arte engajada” é acima de tudo política, na medida em que sujeitos empoderados refletem sobre sua inserção no mundo e reivindicam um lugar nele, de acordo com suas necessidades ético-existenciais. Através da criação estética, debruçam seu olhar sobre si mesmo e as conjunturas que os envolvem, revelando temáticas que podem integrar o seu processo terapêutico. Através de seus “Registros de caminho”, título dado a uma coletânea de textos e poesias de sua autoria, um dos militantes funde numa mesma escrita suas “*compreensões, provocações e questionamentos a respeito das propostas geradas pelo movimento social da*

*Luta Antimanicomial*” (Militante 6) e uma espécie de análise pessoal de sua trajetória de vida e dos cuidados institucionais a que foi submetido. Assim, tanto a experiência da escrita como o contato com as Artes Cênicas ou mesmo com a Música, no caso desses sujeitos, possibilitam a produção de outras subjetividades, não mais impostas, e sim inventadas, regidas pelos modos de funcionamento próprios e singulares. Ao falar de sua experiência, um deles afirma: “o teatro devolveu minha vida, levantou minha autoestima, devolveu minha liberdade”. (Militante 5) E outro provoca:

*Sou envolvido com a música, com o Movimento Negro, a Luta Antimanicomial... Há a necessidade de um apoio para isso, isso já é uma terapia, uma forma de ‘cura’. Meus olhos brilham no sentido da cultura e da arte, então por que não investir nessas coisas do tipo?*  
(Militante 4)

Desse modo, também nos questionamos: “por que não investir” na produção de outras/novas subjetividades, singulares que, de fato, tragam um sentido para sua inserção no mundo? Verificamos que, para esses sujeitos, a participação ativa na sociedade, seja assumindo a postura de “*se implicar*” (Militante 6) e/ou “*se indignar e não ser omissos*” (Militante 5), seja através do compromisso e preocupação com o outro, ou mesmo utilizando-se de estratégias mais coletivas de intervenção e transformação social, possibilita a expressão de suas produções subjetivas e impulsiona-os a olhar para si mesmos e para o mundo. Longe de uma visão romantizada desse processo, entendemos que ele é permeado de conflitos, fruto do entrelaçamento de forças diversas e muitas vezes contrárias. É sem dúvida um grande desafio lidar com o permanente tensionamento de ora tornar-se sujeito de seu próprio caminhar e ora sujeitar-se aos rumos traçados e instituídos pela ordem social. No caso dos interlocutores deste estudo, a militância é ainda uma pequena “onda” de resistência diante de tamanho “mar” de opressão que os assola, mas é, ao mesmo tempo, a chama que mantém vivo o desejo de mudança.

## Considerações finais

Quem são esses que, hoje, pertencentes a um coletivo político, nos falam em seu próprio nome? Reivindicativos, questionadores, implicados com suas próprias vidas e dos demais excluídos, desejosos de mudanças, entram em cena nas arenas de disputas e poderes por um

projeto de sociedade que inclua a diversidade. Será que os mesmos que, colocados em uma “nau”, deveriam aceitar os destinos impostos pelas águas, entre calmarias e tempestades, ou aqueles que, isolados em instituições totais, eram tidos como alienados, doentes, alheios a si mesmos? Diríamos, com toda convicção, que eles não são os mesmos, já que, ao considerar a dimensão social, sabe-se que as conjunturas políticas, culturais e institucionais também são outras.

Os sujeitos e suas coletividades se constituem e são constituídos, assim, de diversas maneiras, e seus sentidos podem ser encontrados nos contextos dos quais são derivados. Nesse “dobrar, desdobrar e redobrar”, numa linguagem deleuziana, as relações consigo mesmo não param de refazer-se, de inventar-se. É nesse devir existencial, como nos fala Deleuze (2005), que resistimos aos processos de sujeição: tanto de nos subjetivarmos de acordo com os limites impostos pelo poder quanto de assumirmos uma identidade única e estarmos presos a ela; e preferindo ser “metamorfose ambulante”, como um direito à diferença, é que rejeitamos “aquela velha opinião formada sobre tudo”, como cantava Raul Seixas.

Nesse caso, o exercício da participação social se incorpora à subjetividade desses sujeitos, marcados por estigmas e sofrimentos, e é vivido como essa inquietude que os impele a tornarem-se outros. Há, no entanto, uma permanente força no sentido do controle da subjetividade, que os enquadra a valores e padrões de comportamento aceitos. De sujeitos, correm o risco de tornarem-se objetos de uma “ortopedia moral”, cujas práticas apontam normas de sociabilidade a serem seguidas e os “desvios” a serem corrigidos. Nessa perspectiva, a superação do estigma estaria atrelada à construção de uma “carreira moral” do sujeito, regulada através de ajustamentos sociais. (GOFFMAN, 1988)

A intervenção clínica, cuja matéria-prima é a intersubjetividade, depara-se cotidianamente, ao produzir atos cuidadores nos contextos institucionais, com a forte tensão entre sua dimensão tutelar e o dever de impulsionar ganhos efetivos de autonomia. Assim, é preciso que se faça a reflexão sobre qual processo de subjetivação estamos produzindo nos contextos clínicos dos CAPS, se de produção de vida ou de ajustamento social. Destarte, um dos militantes faz essa crítica ao modelo assistencial hegemônico e tradicional, ao afirmar: *“Ainda há quem veja o cuidado em Saúde Mental como aquela coisa de isolar, trançar, segregar, dopar,*



*de contenção física, contenção química, contenção, contenção, e não se articula, não dialoga*". (Militante 6) É preciso, assim, que superemos a onipotência da institucionalização da "loucura", por meio da "psiquiatriação" dos sujeitos em sofrimento psíquico e da produção de uma subjetividade passiva e diagnosticada. (GUATTARI; ROLNIK, 1996)

Ainda que padeçam de um sofrimento, esses sujeitos não perdem o encantamento pela vida e pela liberdade, nem deixam de acreditar nas mudanças no que diz respeito ao trato social com a "loucura". Reconstroem suas histórias de vida, como quem junta fragmentos de memórias, algumas delas apagadas por tamanho sofrimento, outras ressignificadas pelos seus contextos de vida. Assim, eles nos fazem vislumbrar outros mundos possíveis, nos quais a diferença é acolhida em uma trama social mais solidária e inclusiva.

## Referências

ALENCAR, R. *De pacientes a usuários: direitos e conquistas na Luta Antimanicomial*. 2004. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRANDÃO, C. R. *Pensar a prática: escritos de viagem e estudos sobre a educação*. São Paulo: Loyola, 1984. (Educação popular, 1).

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004. (F. Comunicação e Educação em Saúde).

- CORREIA, L. C. (Org.). *Guia de direitos humanos loucura cidadã*. Salvador: AMEA, 2011.
- DELEUZE, G. *Foucault*. Tradução de Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- DOMÈNECH, M.; TIRADO, F.; GÓMEZ, L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, T. T. da. (Org.). *Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. (Estudo culturais, 7). p. 111-136.
- SCOREL, S.; MOREIRA, M. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 979-1010.
- FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). *Participação, democracia e sociedade*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. (Pensar em saúde). p. 24-46.
- FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. 2. ed. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. (Ditos & Escritos, 5).
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. (Antropologia social).
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W. GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. (Saúde em debate, 46).
- ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. da. (Org.). *Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. (Estudos culturais, 7). p. 137-204.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. Organização de Fernanda Nicacio. São Paulo: Hucitec, 1990. (Saúde em debate, 29). p. 17-59.

SILVA, M. V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular e saúde: teoria e prática*. Petrópolis: CEPEL, 1989.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens psicossociais: volume II: reforma psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde loucura, 25).



# A participação social de usuários de substâncias psicoativas no município de Salvador, Bahia

Elaine Nunes de Souza Oliveira  
Patrícia Maia Von Flach

## Introdução

Compreender a participação social dos usuários de substâncias psicoativas requer um mergulho na história, na cultura, nos usos e nos seus usuários. Participar socialmente exige envolvimento dos sujeitos, simboliza a luta política de um grupo por sonhos, desejos, cidadania, direitos, enfim, consolida a tão sonhada e almejada democracia. No entanto, para alguns grupos representantes de minorias sociais, como é o caso dos usuários de álcool e outras drogas, lutar por direitos, se assumindo como usuário de substâncias psicoativas, exige muito mais que a consciência de um direito constitucional, requer assumir todo estigma e preconceito que a droga traz à cena cotidiana de vida dos sujeitos.

O uso de drogas possui distintos significados sociais no decorrer da história da humanidade, dentre eles: cura, lazer, enfermidade e crime, sendo seu uso, até o século XIX, monitorado principalmente pelos controles sociais informais e pelo autocontrole, já que até então não existia o proibicionismo legal. Em contrapartida, na sociedade contemporânea a partir do século XX, a Medicina Científica e o Estado se consolidaram como instâncias máximas do então firmado modelo proibicionista de drogas. Esse paradigma se encontra centrado na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência. O foco do tratamento centra-se na interrupção do uso da droga, não pelo viés do cuidado, mas do combate

ao seu uso; o enfoque era na droga, e não no sujeito que a utilizava. (GRINSPOON; BAKALAR apud TRAD, 2009)

Em 1998, na vigésima assembleia geral da ONU, foi convocada sessão especial, que teve como deliberação que cada país formulasse sua política nacional sobre drogas. O Brasil então cria a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que realizou o I Fórum Antidrogas nesse mesmo ano e que teve como deliberação a Política Nacional Antidrogas, que até o momento não havia formulado políticas em relação à articulação entre a área de drogas e o setor de Saúde. No II Fórum Antidrogas, no ano de 2001, a Política Nacional Antidrogas já homologada é apresentada à sociedade brasileira. (MACHADO, 2006)

Apesar da formulação da política nacional antidrogas, que propunha diversas ações no cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, havia um atraso da execução de ações no campo. Nesse mesmo ano ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se denuncia a omissão do Ministério da Saúde na implementação de políticas de saúde integrais para a referida população, reconhecendo o atraso histórico dessa responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2002) A III Conferência, nesse sentido, enfatiza que o SUS deve se responsabilizar pelo cuidado aos usuários de substâncias psicoativas e ao mesmo tempo não priorizar a problemática apenas ao campo da Saúde, remetendo a uma articulação intersetorial para tratar a questão. O documento cita ainda a criação de uma rede de serviços interligados na rede do SUS, que evite internações psiquiátricas.

No Brasil, o uso abusivo de drogas é considerado pelo Ministério da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública. Em 2003, esse Ministério lançou oficialmente suas diretrizes políticas para a assistência ao uso indevido dessas substâncias, com a criação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que propõe a criação de uma rede de atenção integral no SUS a esse público, com ações de prevenção, promoção e proteção à Saúde.

Nesse sentido, tal política corresponde a um avanço no que se refere ao cuidado oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico, porém apenas a publicação das portarias ministeriais não garantiria a sua efetivação. (PEREIRA, 2008) Para que haja efetivação na implementação de políticas públicas, se faz necessário mais que vontade política, mas prioritariamente participação política para sua consolidação na agenda

do governo. A agenda reflete a correlação de forças sociais, bem como as relações de poder que permeiam o processo decisório. Nesse sentido, a ausência de uma política social que de fato atenda aos interesses dos sujeitos que fazem uso e/ou abuso de substâncias psicoativas na cena pública contemporânea indica, entre outros fatores, que não houve pressão direta dos grupos de interesse para que as mesmas efetivamente passem a fazer parte da agenda. (MACHADO, 1999)

Para Flach (2010), a consolidação de um problema como prioritário e sua entrada na agenda de governo somente torna-se possível via mobilização política dos grupos de interesse e assim compõe uma ação de crise, ou ainda uma situação de oportunidade, que Kingdon (1995) apud Flach (2010) vai chamar de “janela de oportunidade”.

A mobilização política tende a ocorrer pela participação social dos sujeitos, onde a via para maior organização política seria o empoderamento dos sujeitos sociais, com

[...] aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social. (VASCONCELOS, 2003, p. 20)

No que se refere à participação social no campo do álcool e outras drogas, a questão cultural do uso de drogas, a noção de ilegalidade e a estigmatização dos usuários se concretizam como prováveis empecilhos à organização política dos sujeitos, corroborando com a desmobilização destes e dificultando sua participação social. A desmobilização, associada à dificuldade relatada pelos movimentos sociais de serem escutados e participar das decisões políticas do estado, então se consolida como obstáculo à implementação da política integral de álcool e outras drogas no estado da Bahia, esta fragilizada no lugar que ocupa no plano de governo e na gestão. (FLACH, 2010)

## **Participação social no campo das drogas: uma perspectiva sociocultural**

Falar sobre participação social no Brasil nos remete a pensar em um contexto histórico recente, marcado por um processo de redemocratização do país iniciado nos anos de 1980. Este insere a participação social

como um princípio constitucional que visa, através do controle social, interferir no planejamento, execução e fiscalização das políticas sociais.

Participação social pressupõe movimento, exige ação, uma tomada de decisão, controle dos indivíduos sobre situações que lhes afetam direta ou indiretamente. É sabido ainda que, mesmo regulamentada pela constituição e por outras legislações, a participação social tem forte influência política e cultural, seja pela história recente do processo de redemocratização do país, seja pela defesa de minorias sociais, como é o caso do movimento indígena, negro, de mulheres e de usuários de drogas.

Aqui nos interessa refletir sobre a participação social de usuários de drogas. Para compreender esse processo se faz necessário revisarmos o paradigma proibicionista para analisarmos como este interfere na representação social dos usuários. O proibicionismo tem início no século XIX nos Estados Unidos, resultante da aliança entre os modelos explicativos procedentes da Medicina e da Farmacologia científica e o ponto de vista jurídico legal. (ESCOHOTADO, 1995 apud TRAD, 2009) O paradigma proibicionista se espalha então por todo o mundo recebendo apoio da Organizações das Nações Unidas (ONU) e tornando as regras sobre o consumo de drogas hegemônicas no Ocidente.

O modelo proibicionista brasileiro tem forte influência dos Estados Unidos, adotando uma visão centrada na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência. Existem, assim, contraditoriamente no país, duas formas de abordagem ao uso de drogas, uma liberal, voltada para as drogas legais (como álcool e o tabaco), e outra intervencionista e punitiva no que tange às drogas ilegais. (TRAD, 2009)

Diferente do proibicionismo, a Política Nacional de Redução de Danos aceita objetivos parciais no horizonte de uso problemático das drogas e tem a perspectiva de um projeto singular para cada sujeito, onde estes são coparticipantes na definição de formas de cuidado. Tem como foco reduzir os prejuízos à saúde em consequência de práticas de risco relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

A redução de danos surgiu na Inglaterra em 1926, através do relatório de Rolleston, que estabeleceu o princípio de que o médico poderia prescrever legalmente opiáceos para os dependentes de drogas, com o objetivo de controlar os sintomas da abstinência. Tal prática foi proibida após o fim da Primeira Grande Guerra. Apesar dessa iniciativa no ano de 1920, somente nos anos de 1980, fortemente influenciados pelo



movimento de usuários de drogas injetáveis e pela crescente preocupação com a contaminação pelo HIV nesse grupo, as ações baseadas nesse princípio foram sistematizadas em forma de programas, o que ocorreu na Holanda. (NIEL; SILVEIRA, 2008)

Esse movimento ganha força em todo o mundo e no Brasil não foi diferente. A primeira tentativa de se fazer a troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis aconteceu em Santos/SP em 1989, que foi, porém, frustrada por uma decisão judicial. Sendo assim, a primeira troca de seringas no Brasil ocorreu somente em março de 1995, em Salvador/BA. (NIEL; SILVEIRA, 2008)

No Brasil, o proibicionismo é sustentado pela Lei nº 11.343/06, que se inscreve dentro do Código Penal brasileiro. Legítima a ilegalidade de adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo drogas sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar.

O paradigma proibicionista do uso de drogas se constitui como forte obstáculo à participação dos usuários de drogas no Brasil. Assim, apesar da política de redução de danos, da perspectiva da Saúde Pública e do controle social, garantido através da participação da sociedade civil no SUS, a atual legislação marginaliza, segrega e exclui os usuários de drogas do cenário de participação social. A pergunta que permanece é: como se assumir como usuário de drogas numa sociedade que recrimina e criminaliza seus usos e seus usuários?

## **Procedimentos metodológicos**

Como forma de propor subsídios de análise acerca da participação social dos usuários de substâncias psicoativas em Salvador/BA, foi realizado este estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas com sete informantes-chaves de instituições que atuam no campo das drogas, sendo elas: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, Associação Metamorfose Ambulante (AMEA), Ananda, CAPSad Gey Espinheira, CAPSad Pernambués, Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD) e Coletivo Balance.

Vale ressaltar que a participação de tais informantes-chave se deu de forma anônima, de acordo com termo de consentimento assinado por

esses. Nesse sentido, os nomes serão mantidos em sigilo. Os informantes citados no decorrer deste texto dizem respeito a uma instituição, sendo: Informante 1: CAPSad Pernambuco; 2: CAPSad Gey Espinheira; 3: Ananda; 4: Associação Metamorfose Ambulante; 5: Coletivo Balance; 6: Aliança de Redução de Danos; e 7: CETAD.

As entrevistas ocorreram entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012, foram gravadas e transcritas na sua íntegra para que fossem fidedignas às reflexões dos sujeitos da pesquisa. O roteiro foi definido em três eixos principais: tecnologias realizadas nas instituições, a fim de identificar ações e atividades realizadas por estas que possibilitam ou inibem a participação social; participação dos usuários; e estratégias para ampliação da participação social dos sujeitos no campo das drogas.

O referencial teórico adotado foi o de participação social na perspectiva de Escorel & Moreira (2008, p. 986):

Participação social como conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos individuais ou coletivos, diretamente ou indiretamente, ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo das políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão.

Segundo Bobbio, Matteuci & Pasquino (1991) apud Escorel & Moreira (2008), distinguem-se três formas ou níveis de participação: 1) a “presença” que corresponde a uma forma menos intensa e mais marginal; 2) a “ativação” em que o sujeito desenvolve dentro e fora de uma instituição atividades que lhes foram demandadas de forma permanente (campanhas eleitorais, participação em manifestos); 3) a “participação”, quando o sujeito contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

Assim, apenas a presença ou o desenvolvimento de algumas ações políticas não significa necessariamente que há participação social. É importante não apenas constatar se os indivíduos participam, mas também identificar por que não participam: se por ausência de oportunidades, desconhecimento de possibilidades de participação, desinteresse ou outras razões.

## **Análise e discussão dos resultados**

### **Contextualizando as instituições que atuam no campo das drogas em Salvador/BA**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) correspondem a um serviço substitutivo de tratamento previsto na Reforma Psiquiátrica e regulamentado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Atualmente, Salvador conta com três CAPSad, situados nos bairros de Pernambués, Campinas de Pirajá e o recém-inaugurado (janeiro de 2012) no Pelourinho. Para os entrevistados, o principal objetivo do CAPS, além de fornecer tratamento aos sujeitos que fazem uso abusivo de drogas, é reinserir socialmente os sujeitos.

A AMEA é uma associação de usuários e familiares e foi fundada em 2007. Tem como principal objetivo combater a discriminação e os preconceitos contra as pessoas com sofrimento psíquico para coibir a violência social e institucional, buscando assegurar o direito à vida, a liberdade, à saúde e ao convívio comunitário dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Busca agregar os usuários para a Luta Antimanicomial de uma forma política e séria, contribuindo para uma consciência crítica dos sujeitos.

O CETAD, fundado no ano de 1985, é uma extensão permanente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que conta com o apoio do Governo do Estado da Bahia. Tem como principal objetivo acolher e oferecer cuidado aos usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, bem como aos seus familiares. Além das ações na clínica, o CETAD oferece importantes ações na comunidade como os projetos: De Cara na Rua e Consultório de Rua.

A Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcante é uma extensão permanente do Departamento de Medicina da Bahia da UFBA, constituída a partir do desmembramento dos técnicos e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos anteriormente pertencentes ao CETAD, que tem como ponto de partida de suas ações o Centro Histórico no ano de 1995. Seu nome é uma homenagem à primeira

reduzora de danos da Bahia. A Aliança desenvolve ações de redução de danos tanto na clínica como na comunidade, com projetos como: rádios comunitárias; trabalho de campo no Pelourinho; acampamento dos sem teto; trabalho nas palafitas; jovens multiplicadores, dentre outros.

O Coletivo Balance foi criado em 2006, a partir da pesquisa de doutorado de Marcelo Andrade sobre o uso de substâncias psicoativas na cena *trance*. É um espaço sem fins lucrativos, formado por uma equipe multidisciplinar, composta por 35 profissionais que atuam como redutores de danos no contexto da música eletrônica. A ideia do Balance é juntar usuários de substâncias psicoativas e profissionais na cena de música eletrônica com o objetivo de, através do compartilhamento de informações, pensar estratégias de redução de danos nas festas de música eletrônica, desenvolvendo ações pontuais nesses eventos. Os integrantes do grupo reúnem-se esporadicamente e anualmente desenvolvem uma ação ampla em um grande evento de música eletrônica realizado durante sete dias ininterruptos. Os profissionais dividem-se em espaços como: *stand* de informação, posto médico e acompanhamento terapêutico.

A Ananda é um coletivo que, segundo a entrevistada, busca ser mais militante e redutor de danos do que propriamente acadêmico, com representantes de várias áreas, de vários lugares, sem necessariamente ser composto por pessoas que estudam ou trabalham com a questão das drogas. Nasce da insatisfação de um grupo de pessoas com o proibicionismo e da vontade de mudança da atual legislação. A Ananda foi responsável pela organização e realização da Marcha da Maconha em 2009, após a sua proibição em 2007 e 2008.

### **Participação social na visão dos usuários e instituições que atuam no campo das drogas em Salvador/BA: a função democrática e a possibilidade de mudanças sociais**

A participação social, de uma forma geral, é compreendida pelos sujeitos entrevistados como um direito e um dever dos cidadãos. Seria, então, o poder de opinar sobre coisas que venham gerar algum bem a determinado grupo social, se constituindo como um movimento que faz parte da vida social dos indivíduos. Nesse sentido, significa

movimento, troca e, sobretudo, controle social do indivíduo sobre situações que lhes afetam direta ou indiretamente. Para Escorel & Moreira (2008), a participação social envolve uma tomada de decisão, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns.

*É o movimento de pessoas, participação social é controle social, é cobrar das autoridades, é cobrar do Estado, é exigir o respeito da cidadania, dos direitos humanos. (Informante 6)*

A participação social no campo das drogas é compreendida como de salutar importância para a sua desmistificação na sociedade e defesa dos interesses dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. A participação social então seria uma possibilidade dos sujeitos mostrarem outra perspectiva, abordando a questão não pela via da abstinência, mas pela redução de danos, da saúde, do respeito à cidadania e dos direitos humanos.

Na prática, a participação social nos CAPS tem se efetivado através de espaços como: as assembleias, os grupos de debate ou a participação em feiras de Saúde. Outras formas de participação fora dos CAPS ocorrem através do pertencimento à AMEA e a outras associações de usuários de drogas. A Marcha da Maconha é citada como importante movimento para a participação social de usuários de álcool e outras drogas. Os sujeitos entrevistados mostram-se mais confiantes nas atividades realizadas dentro do serviço do que naquelas que ocorrem na comunidade pela própria exposição e pelo preconceito, tal como expresso na frase seguinte: “*A sociedade não aceita, é discriminado mesmo*”. (Informante 1) Esse fato justificaria a incipiente participação social dos usuários na sociedade.

Em relação às outras instituições que atuam no campo das drogas, fica claro que, concretamente, os entrevistados não identificam espaços formalizados de participação social para usuários de drogas. Verbalizam que mesmo em espaços formais, como o conselho de drogas, não há representatividade de usuários o que dificulta que as reais demandas desses sujeitos sejam respondidas. É explicitado ainda que os profissionais que atuam na área acabam sendo convidados a participarem desses espaços, mas sentem dificuldade em reconhecer a legitimidade de espaços deliberativos que não contam com a presença de usuários.

*Um conselho de drogas que não tem a participação de usuários de drogas, então para mim não é um conselho de drogas, não tem muita representatividade. (Informante 5)*

Para Teixeira (2001), a participação social pode se constituir como uma ação organizada e planejada, ou como espontânea. Em qualquer um dos casos, ela se concretiza como importante forma de desenvolvimento do controle social, através da interação entre os sujeitos. Entendendo a participação social como uma atividade humana e tendo consciência da dificuldade de exercer essa função por determinados grupos, como é o caso dos usuários de substâncias psicoativas, fica evidente que o seu maior espaço de atuação são os espaços não institucionais, configurados em passeatas, debates, encontros, diálogos e reuniões no pátio dos CAPS e na comunidade.

Tal evidência não diminui em nada o valor da ação desses sujeitos sociais. A ação militante nas ruas, aliás, se constitui como uma forte aliada no processo de desmistificação do uso de substâncias psicoativas. Para Telles (1994) apud Teixeira (2001), os mecanismos de atuação dos sujeitos podem ser tanto institucionais como menos formais e mais flexíveis. Segundo ele, apesar das atuações institucionais trazerem a ideia de regularidade e permanência, contém o risco de envolver os sujeitos na lógica do poder. Já os menos formais e mais flexíveis podem gerar uma nova institucionalidade, com regras e procedimentos próprios, de uma forma mais democrática.

A Marcha da Maconha e a Parada do Orgulho Louco, por exemplo, foram citados como grandes avanços em relação à ocupação de espaços públicos. A rua aqui entendida como o espaço que tem maior visibilidade e capacidade de atingir um maior número de pessoas, um espaço de democratização, de autonomia e de controle social do sujeito sobre os aparelhos ideológicos do Estado.

Outros espaços são citados pelas pessoas, como: o Grupo de Trabalho de Mulheres sobre Violência e Saúde Mental, o Fórum sobre drogas do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), a AMEA, a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABAREDA), a Associação Baiana de Redutores de Danos (ABORDA), além do próprio espaço do Balance e da Ananda.

*Então nossa ideia era de participação da base mesmo, um movimento que surgiu dos próprios usuários e que tem que estar sendo discutido nas ruas, inclusive porque os idosos e*

*as crianças assistem televisão e veem discussões bem mal conduzidas, e aí a ideia era essa mesmo.* (Informante 3)

É importante evidenciar que hoje não há participação concreta de nenhum usuário de drogas dos CAPSad na AMEA, o que nos mostra a fragilidade da participação social desse público, já que essa associação representa os usuários e familiares de usuários dos serviços de Saúde Mental da Bahia. Hoje, representantes das instituições entrevistadas ocupam formalmente espaços como: Conselho Distrital da Liberdade e Barra/Ondina; GT de Saúde Mental da Liberdade; GT de Mulheres Loreta Valadares; Conselho Municipal de Saúde; Associação Internacional de Usuários de Drogas (IMPUDE); Associação Latina de Usuários de Drogas; GT de Usuários de Drogas, Conselho Estadual da Juventude; Comissão de Direitos Humanos; Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN).

A participação em tais espaços já começa a evidenciar avanços, mesmo que de forma sutil no campo das drogas, a exemplo da participação da Aliança de Redução de Danos na formulação da lei estadual sobre drogas pelo CONEN. O que chama atenção é que esses espaços, em sua maioria, são ocupados por profissionais que atuam no campo, o que nos mostra a importância de estimular o envolvimento concreto dos usuários de drogas nas tomadas de decisão.

A participação social exige um processo pedagógico, onde os indivíduos podem aprimorar e exercer a cidadania ativa e o controle social. É uma oportunidade que os sujeitos têm de colocar suas demandas no cenário social e político, exigindo a colocação de um problema como prioridade na agenda do governo. Historicamente, diversas conquistas sociais foram concebidas em meio a lutas coletivas de grupos sociais inconformados com determinadas situações que exigiram mudanças estruturais para responder aos seus interesses. Nesse sentido, a organização política dos sujeitos se constitui como de salutar importância para mudanças de modelos e, quiçá, de paradigmas.

Foi evidenciado que, em espaços formais ou informais, os usuários de drogas utilizam os espaços públicos para exigir sua autonomia bem como a legalização das drogas, principalmente a maconha. Em contraposição, os usuários dos CAPS entrevistados colocaram o Estado, que, por sua perspectiva hegemônica centrada na ilegalidade das drogas, inibe,

restringe e pune os usuários de substâncias psicoativas, com a função perversa de cercear o direito de expressão e autonomia dos sujeitos.

*Defendo a cidadania. Defendo a legalização das drogas, as pessoas não deixam de usar porque são proibidas. (Informante 2)*

*Acho que o Estado vê as drogas de uma forma discriminatória. As pessoas não reconhecem que o indivíduo usa drogas por conta de uma situação e isso gera morte. A proibição leva à morte. (Informante 1)*

Concordam ainda que a participação social é o meio para a concretização de importantes conquistas no cenário das drogas, o que evidencia a urgência do incentivo à organização política e à ocupação dos espaços públicos pelos usuários de substâncias psicoativas. Apesar disso, em relação aos usuários dos CAPS, é nítida a forte dependência dos sujeitos em relação aos técnicos dos serviços, demonstrada no estabelecimento da condição de saída dos usuários dos muros institucionais para inserção nos movimentos sociais aos profissionais. Constata-se ainda que, em sua maioria, as atividades nas quais os mesmos participam ocorrem dentro dos serviços, o que nos mostra que, por falta de incentivo, receio do estigma ou preconceito, os sujeitos trancam-se nos muros institucionais, mantendo-se, de certa forma, numa zona de conforto.

Apesar da defesa do discurso da autonomia do usuário e a descriminalização das substâncias psicoativas, os usuários dos CAPS ad demonstram insegurança em proferir esse discurso em público por medo do preconceito e de discriminação. Já os técnicos encontram no discurso técnico e científico justificativa para a defesa de tais pontos na sociedade, porém percebe-se uma preocupação desses atores em estar na linha de frente das questões relacionadas às drogas e assumindo muitas vezes um papel que seria do usuário que convive no cotidiano com esta problemática. Alguns sujeitos citam, inclusive, necessidade de conscientização política dos sujeitos, empoderando tais atores sociais para a luta e conquista de direitos.

*Trago a consciência política, você precisa se conscientizar politicamente dos seus direitos, política não é pertencer a um partido político. (Informante 4)*

Daí a função pedagógica de tal processo que, segundo Freire (1996), não pode ser compreendido como transferência de conhecimento, mas



sim possibilitar a sua própria produção ou construção. Se, por um lado, essas instituições em algum momento podem tomar a cena no campo das drogas, por outro lado elas atribuem um caráter científico à luta pela melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

*[...] Nós estamos sempre nessas instâncias tentando fazer com que as considerações em torno do álcool e outras drogas e seus usos sejam menos ideológicas no sentido de certo ou errado ou nulo, mas que sejam orientadas pelo conhecimento científico, pelo saber científico.*  
(Informante 7)

Esse processo pedagógico dos sujeitos, por fim, produz democracia que, segundo Campos (2000), não se realiza com agentes isolados, mas se concretiza como uma reforma social e é produto da práxis entre sujeitos, é produto social e, portanto, é também correlação de forças entre movimentos sociais e poderes instituídos. “A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões”. (CAMPOS, 2000, p. 41) Esse autor vai chamar a capacidade de construção de espaços coletivos, baseados no método da roda, de função paidéia, que tem como objetivo ampliar a capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos.

Assim, a participação social é uma forma de intervenção na questão social. Nesse aspecto, o uso de substâncias psicoativas é compreendido como uma questão social, pois evidencia interesses antagônicos da sociedade. A participação social é uma forma de alterar os esquemas de dominação, de produzir novos contratos e possibilitar uma nova hegemonia.

### **Entre o uso e o estigma: possibilidades e desafios da participação social dos usuários de substâncias psicoativas**

Encontrar possibilidades em meio a tantos obstáculos com certeza é o grande desafio para usuários e trabalhadores que atuam no campo das drogas. Apesar da liberdade de expressão e a participação social estarem previstas na Constituição Brasileira, tais aspectos, no caso do uso de substâncias psicoativas, encontram sérios entraves na questão jurídica referente à repressão ao uso de drogas.

*Rapaz, eu acho que a gente tem mais dificuldades do que facilidades, porque o fato de usar drogas ser crime, para as pessoas se posicionarem como usuários é difícil pra caramba. Se posicionar como usuários de drogas nesse país é fechar portas. (Informante 6)*

Os usuários colocam como única facilidade o trabalho dos técnicos dos serviços e dos residentes do Instituto de Saúde Coletiva (ICS) da UFBA, que desenvolvem seu campo de trabalho nos CAPSad Pernambués e Gey Espinheira. Isso reforça, mais uma vez, o papel pedagógico que cumprem os técnicos dos serviços.

Em relação aos técnicos, apenas um aponta o trabalho desenvolvido pelas universidades como facilidade ao processo de participação social dos usuários de substâncias psicoativas, apontando as instituições ANANDA e o Coletivo Balance como importantes potencializadores de uma ação social de cunho mais abrangente nesse campo. Ao mesmo tempo, verbaliza que a atuação das universidades na defesa da legalização do uso de substâncias psicoativas vem de outro lugar, do dito “saber”, sendo protegido por um discurso ideológico que tem maior visibilidade no cenário do debate acadêmico. Isso demonstra que tal discurso necessita chegar a outros espaços que não a universidade e que necessita ser apropriado pelos usuários de substâncias psicoativas que não estão dentro das universidades.

*Esse movimento aí tem espaço porque é um espaço que está dentro da universidade, é um espaço protegido pela universidade, é outra história, mas vá fazer isso lá na rua! Vai fazer uma associação de usuários de drogas veementemente com pessoas de periferia, faz isso aí para tu vê. Quando você faz um movimento dentro da universidade, aí é outra história, o respaldo é outro, a argumentação científica e política, é outra história. (Informante 6)*

Esse discurso ideológico pautado no saber científico de certa forma facilita a participação dos sujeitos, pois passa a ideia de maior segurança. Um exemplo incontestável dessa argumentação foi a participação de cerca de mil pessoas na Marcha da Maconha em 2009, após a proibição do movimento durante os anos de 2007 e 2008. O movimento de 2009 só foi possível devido à organização de militantes, que recorreram judicialmente contra a proibição da ação, que foi autorizada em segunda instância, pelo entendimento do juiz de que a marcha estava dentro dos limites de liberdade de expressão.

Em sua maioria, os técnicos entrevistados explanam que não há espaços concretos de participação social para usuários de álcool e outras

drogas no Brasil, o que dificulta que as demandas sociais desses sujeitos sejam respondidas pelas políticas públicas do país. Os debates ocorrem em meios acadêmicos, não tendo grande visibilidade fora desse contexto. Nesse sentido, a participação dos sujeitos ainda é bastante incipiente e a ocupação de espaços deliberativos e a defesa de uma nova forma de olhar o uso abusivo de substâncias psicoativas acabam sendo focadas no discurso dos profissionais, e não nos usuários.

*Eu acho que, se existissem facilidades, a gente teria alguma coisa construída, não temos facilidades no Brasil. Não vejo mesmo, eu acho que agora a gente está começando a se organizar, [...]. O Brasil ainda tem muito essa questão do preconceito ao usuário de drogas muito forte, que é uma coisa muito ligada à marginalidade, à exclusão social. Isso é muito característico do Brasil, porque outros países não têm essa percepção. (Informante 5)*

Em relação às dificuldades, alguns pontos foram levantados, tais como: falta de apoio financeiro, enfraquecimento dos movimentos sociais, política que marginaliza os sujeitos, uso abusivo de drogas, fragilidade dos vínculos de trabalho dos profissionais dos CAPSad e, principalmente, o estigma e a discriminação a que os usuários de psicoativas são submetidos no seu cotidiano. A noção de que os usuários de substâncias psicoativas são doentes mentais ou, mais forte ainda, pessoas irresponsáveis e inconsequentes, transmite à sociedade uma falsa ideia de que não merecem espaços públicos de defesa de suas propostas, retirando-os do direito de opinar na cena pública.

A falta de apoio financeiro se concretiza como um impasse, pois inviabiliza a organização de eventos de discussão e debate sobre drogas, o que faz com que esse tema não tenha tanta circulação na sociedade e, muitas vezes, esta se restringe ao cenário acadêmico. Os empresários, que poderiam oferecer esse apoio, não querem vincular a marca da sua empresa às drogas por receio de serem mal interpretados e isso afetar financeiramente seu lucro. Até mesmo o Estado, que deveria fomentar essa discussão no cenário nacional, pouco contribui financeiramente para eventos relacionados à temática, apesar dos altos valores financeiros destinados ao campo das drogas.

*Então, quando teve a Marcha da Maconha, a gente teve alguns apoios e algumas empresas falaram, não tudo bem a gente apoia, mas meio que debaixo do pano, não precisa colocar a nossa marca, a gente apoia, mas não conta para ninguém, tipo assim. (Informante 3)*

Outro ponto abordado é o enfraquecimento dos movimentos sociais de uma forma geral, o que dificulta a organização política dos sujeitos. Essa evidência aponta para a própria dificuldade de articulação entre os sujeitos, a pouca capacidade de mobilização da população. Vale à pena destacar que, a partir da década de 1990, os movimentos sociais vêm se reestruturando, com fortes mudanças em suas linhas de ação.

Segundo Gohn (2011), a partir dos anos 1990 começa a se perder o caráter ideológico dos movimentos sociais. Os militantes estão mais preocupados com seus interesses pessoais do que com a ideologia, participando então desses espaços quando a ação tem haver com sua realidade concreta, e não pela defesa de um ideário social. Os movimentos sociais, que antes eram contestadores da ordem e do Estado, e que tinham o poder de controle social e de fiscalização, passaram a ocupar o espaço de executores das políticas públicas. Isso ocorre mais fortemente através da transformação de diversos movimentos sociais em Organizações Não Governamentais (ONGs), fortalecendo assim o terceiro setor e fragilizando os movimentos sociais na atualidade.

Contraditoriamente aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, as políticas sociais, que deveriam ser de proteção social, atuam para esse grupo na contramão, pois o proibicionismo joga os sujeitos na vulnerabilidade, através da lei e dos instrumentos jurídicos.

*É o que eu falo que, se a gente fosse pensar numa política de saúde que fosse minimamente digna, a gente tinha que pensar em políticas reparativas, porque muitos dos danos que os usuários têm que enfrentar hoje não são do consumo, mas são de uma política escrota que jogam esses usuários numa vulnerabilidade. Para mim o mais complicado no Brasil é que o Estado produziu esse estigma mais do que a sociedade. (Informante 5)*

Sendo assim, a política de drogas é colocada pelos sujeitos como um grande obstáculo à participação social, já que marginaliza e discrimina os sujeitos através de sanções. Então ir para a rua, mostrar a cara seria assumir que se é criminoso, que se faz uma coisa que é ilegal, o que impede que os sujeitos possam assumir seus usos/abusos e contribuir de uma forma mais qualificada para uma política social que, de fato, funcione e que atenda aos interesses da população. Outro ponto importante levantado pelos usuários é que muitas vezes, quando estão fazendo um uso abusivo de substâncias psicoativas, preferem ficar

sozinhos, se isolar, se preservar, o que, em alguns momentos, os impedem de assumir compromissos.

Atualmente, na cidade de Salvador, os profissionais que atuam nos CAPSad têm contratação temporária, ou seja, vínculos de trabalho precários, fragilizados, o que se constitui como empecilho para organização da classe trabalhadora e incentivo paralelamente à militância dos usuários, já que as ações a nível de contestação no território acabam não sendo incentivadas pelos trabalhadores, já que isso pode gerar retaliações por parte do Estado.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, a principal dificuldade que perpassa todas as outras dificuldades é o ranço do preconceito e da discriminação, que se concretiza na vida dos sujeitos através do estigma de criminosos que os usuários de drogas carregam e se constitui como principal empecilho para a organização política e a participação social dos sujeitos na cena pública. Para Goffman (1988), os ditos normais acreditam que alguém estigmatizado não é completamente humano, assim, são discriminados e isso faz com que se reduzam as chances de vida desses sujeitos. A teoria do estigma ajudaria, assim, a explicar porque algumas pessoas são colocadas em lugar de marginalização social. Assume-se que são uma ameaça à sociedade, um mal para a convivência social, ou seja, produz-se uma identidade deteriorada pela ação social.

O estigma destrói atributos e a qualidade dos sujeitos, o que leva à perda de confiança em si e colabora com o imaginário social que os usuários de drogas não são pessoas confiáveis, que são pessoas doentes e irrecuperáveis e que, por fim, ameaçam a vida social. Nesse sentido, o estigma traça um caminho de exclusão na vida dos humanos, o que justifica a incipiente participação social dos usuários de substâncias psicoativas nas políticas públicas. Os usuários são reduzidos a pessoas más e perigosas, deixando de ser vistos em sua totalidade, desprovidos da sua capacidade de ação, anulados socialmente. Portanto, se assumir como usuários de substâncias psicoativas é assumir distinção, defeito, anormalidade.

A noção de ilegalidade do uso de drogas, atrelado ao estigma, faz com que as pessoas não se assumam como usuários, que não participem na cena pública, que não reivindiquem seus direitos. A repressão às drogas tenta velar o caráter perverso e punitivo dessa política, com

a justificativa de proteção das pessoas e da defesa da saúde pública. Os usuários de substâncias psicoativas, nesse sentido, são colocados como doentes mentais, que ameaçam valores instituídos, parasitas incapazes para o trabalho, que então não podem responder por si e que necessitam que outros definam os caminhos da sua vida.

*A gente já recebeu intimação, a gente foi acusado de estar incentivando o uso de drogas e teve situações de a gente fazer a ação com habeas corpus preventivo, já esperando que alguma coisa fosse acontecer. (Informante 5)*

Expressam, então, que a descriminalização das drogas é um caminho para que as pessoas possam se expressar como usuários, já que o “lugar que a lei coloca os usuários de substâncias psicoativas fragiliza muito qualquer possibilidade de organização”. (Informante 7) Poder ir para as ruas assumir seu uso e/ou abuso, falar sobre as drogas sem correr o risco de ser acusado de fazer apologia às drogas só se torna possível através da mudança do paradigma proibicionista.

## **Estratégias para ampliação da participação social dos usuários de substâncias psicoativas**

Alguns espaços vêm sendo estimulados por essas instituições como forma de ampliar a participação social dos sujeitos. Dentro dos CAPS estão sendo desenvolvidas ações como: assembleia; banco da praça; CAPSad em debate; feiras de Saúde; grupos de cidadania; constituição de associações. Os profissionais, por sua vez, citam as seguintes ações: Marcha da Maconha; feiras; grupo de *Hip-Hop*; grupos informativos nas festas eletrônicas; participação em rádios comunitárias; escola aberta; fórum intersetorial, que envolve instituições que atuam com crianças e adolescentes; e a construção do fórum de usuários de substâncias psicoativas.

Já os usuários dos CAPS colocam alguns pontos-chaves para que as suas participações fossem mais efetivas: a mudança da visão dos governantes; maior trabalho junto às famílias; o uso da mídia para problematizar as várias faces do uso das drogas; a criação de associações de usuários nos CAPS; a busca por conhecimento; atrair a comunidade para dentro do CAPS, através da promoção de feiras, exposição dos

trabalhos realizados pelos usuários; e a participação nas reuniões da Câmara Municipal de Salvador.

As estratégias trazidas pelos sujeitos retomam tanto a necessidade da descriminalização das drogas como perpassam a questão do estigma, quando evidenciam a necessidade de maior trabalho com a família e a comunidade, como forma de mostrar o outro lado do uso e diminuir os preconceitos.

*Vamos fazer nossa horta, pintura, outros trabalhos na oficina, aí vamos expor, fazer uma feirinha, aí uma estratégia é trazer a comunidade para conhecer um outro lado, enxergarem a gente não como só os drogados, mas pessoas que têm potencial, mas às vezes não tiveram outras oportunidades. (Informante 2)*

Reiteram ainda que a sociedade é ambígua no sentido do abuso das drogas, aceitando socialmente algumas que são muito mais consumidas em detrimento de outras que são consumidas por uma minoria da população: “A sociedade proíbe umas drogas e permite outras como o álcool e o cigarro; há uma contradição no discurso. O álcool e o cigarro movimentam grandes empresas, por isso não são proibidas”. (Informante 1)

Os profissionais entrevistados evidenciam as seguintes estratégias: aproximação de outros movimentos sociais que representem minorias; maior organização dos usuários para levarem suas questões para o poder público; construir *links* com a AMEA para fortalecer e criar núcleos de discussão e, posteriormente, pensar em criação de associações próprias; fortalecer e incentivar os espaços de controle social que já existem, como assembleias e conselhos; motivar o processo de legalização; e incluir a meta de facilitar, promover, estimular e assegurar a organização dos usuários.

*[...] nós estamos começando a falar na possibilidade de abrir um espaço, uma sala, de recebermos os pacientes não para uma intervenção clínica, mas no sentido de ajudá-los a se reconhecerem enquanto pessoas, se reconhecerem como sujeitos, como se diz, sujeitos de direito. (Informante 7)*

Tal pensamento já evidencia a preocupação das instituições em incentivar que os sujeitos participem da vida política da sociedade. Para Onocko-Campos & Campos (2009), os serviços de Saúde, além de produzir saúde, devem contribuir para a autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, o conceito ampliado de Saúde proposto pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) se refere a um estado complexo definido não somente pela ausência de doenças, mas por um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Os movimentos para a criação de uma associação de usuários de Saúde Mental no CAPSad Gey Espinheira se inscreve como importante iniciativa para a autonomia e fortalecimento do grupo.

Trabalhar junto às famílias e à comunidade sem dúvida é de suma importância para que de fato haja uma mudança substantiva do paradigma da proibição das substâncias psicoativas. A discussão da temática das drogas deve alcançar a todos, saindo do meio acadêmico e tomando as ruas, as escolas, as comunidades. Nesse aspecto, os CAPS devem estar abertos tanto para receber quanto ir à comunidade falar sobre as drogas, preconceito, discriminação, preconceito e redução de danos.

A articulação com outros movimentos sociais tem dois lados: primeiro é uma estratégia de trocar informações, conhecimentos, já que correspondem a minorias oprimidas que enfrentam dificuldades cotidianas de se reafirmarem. Por outro lado, as minorias, a exemplo do Movimento Negro, dos adeptos do candomblé, dos homossexuais e dos usuários de substâncias psicoativas já são tão discriminados que podem resistir em se vincular com outro movimento. Assim, fortalecer e incentivar os espaços de controle social que já existem sem dúvida é de salutar importância, já que as aberturas de novas frentes de atuação ainda estão lentamente sendo construídas.

Durante a nossa pesquisa, iniciou-se um processo de reuniões de usuários, trabalhadores e estudiosos que foram intituladas de “Fórum sobre a rede de pessoas que usam drogas”, criado com o objetivo de fortalecer e assessorar a criação de uma associação de consumidores de drogas, assim como para denunciar o sucateamento do CAPSad III Gey Espinheira, um CAPSad pioneiro no Brasil, com muito pouco tempo de implantação, e já apresentando problemas político-clínicos importantes no seu funcionamento. Observou-se que esse movimento aparece com uma meta mais geral de fomentar nos usuários seu protagonismo no debate de políticas sobre álcool e outras drogas no município de Salvador. Tomam o empoderamento como palavra de ordem e visam a um processo de corresponsabilização e de construção coletiva de um cuidado pautado nas reais necessidades dos indivíduos, exigindo dos poderes públicos a implementação de uma rede de atenção ao usuário



que as atenda, o que pressupõe escutar o usuário, convocando-o a exercer um papel ativo nesse processo.

Construir estratégias em meio a tantas dificuldades e empecilhos à participação social dos sujeitos é uma forma de lutar, de não desistir e de acreditar que a realidade pode ser diferente pela ação dos indivíduos. Intervir na cultura, nas políticas sociais, é intervir na correlação de forças, inaugurando novas regras de jogo no campo das relações sociais.

## **Considerações finais**

A participação social no campo que envolve a problemática relacionada aos usos e usuários de substâncias psicoativas é uma forma de contestar valores vigentes da sociedade e, portanto, se inscreve como um movimento de contracultura. É uma forma de lutar por direitos sociais e inscrever suas necessidades sociais na cena pública e na agenda do governo. Em relação aos usuários de substâncias psicoativas, propomos que a tímida participação desses sujeitos é decorrente da política ainda vigente de criminalização de seus usuários, o que inibe as pessoas a se expressarem livremente para reivindicar um novo posicionamento da sociedade frente ao uso e/ou abuso de drogas.

A identificação das instituições que atuam no campo que envolve a problemática relacionada aos usos e usuários de substâncias psicoativas se constitui como passo fundamental para traçar uma rede de atenção ao sujeito, mas no caso dessa pesquisa, ela serviu para mapear espaços potenciais de estímulo à participação social dos seus usuários. Dialogar com usuários e profissionais dos serviços sobre a temática da participação social se constitui como importante passo para a compreensão dos mecanismos que dificultam e que facilitam a organização política dos usuários de substâncias psicoativas. Os dados obtidos através deste estudo podem ser utilizados como instrumento para consolidação de estratégias de participação social dos sujeitos, mostrando um panorama mais fidedigno a realidade local.

O discurso da ilegalidade inscreve o controle social sobre os corpos dos sujeitos, defendendo um comportamento esperado e aceito. A constatação de que não há de fato representatividade de usuários em espaços deliberativos é preocupante, sendo necessário que os profissionais acreditem no potencial dos usuários de serem os verdadeiros

protagonistas dessa cena. Dessa forma, o empoderamento dos usuários se concretiza como principal estratégia para a consolidação de políticas públicas que sejam coerentes com a realidade dos sujeitos e eficientes na sua transformação.

É importante evidenciar o papel que vem sendo desempenhado pelas universidades no sentido de debater sobre a temática, estimulando reflexões. Apesar de ser um ambiente restrito, alguns movimentos têm saído desses muros e ocupado o espaço da rua, democratizando informações e desmistificando preconceitos. Cada vez mais se faz necessário que esse saber, protegido pelo discurso ideológico e científico, seja apoderado pelos usuários, ganhem as ruas e atinja o maior número de pessoas. É necessário que se abram as portas dos serviços para a comunidade, promovendo espaços de diálogo entre os sujeitos e ampliando conceitos.

A incipiente participação social dos usuários de álcool e outras drogas em Salvador/BA é fator determinante para que tal tema não esteja de forma satisfatória inscrita na agenda política do governo. Pensar e criar estratégias para ampliar a participação social dos sujeitos se torna urgente. Nesse sentido, esse estudo aponta que, apesar de diversos entraves, é possível construir possibilidades à participação social dos sujeitos, que passa pelo empoderamento e pela apropriação de uma fundamentação mais crítica dos discursos e das ações, se afastando assim de uma reflexão apenas vinculada ao senso comum.

Nesse âmbito, construir coletivamente espaços que propiciem a organização política e a participação social dos sujeitos é fundamental para exercer o controle social dos usuários sobre as políticas públicas relacionadas com o uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, exercendo mecanismos de prática social que possam favorecer que os sujeitos possam desenvolver um amadurecimento político e uma cidadania ativa, contribuindo sistematicamente para uma mudança social.

Este artigo foi aprovado no mês de dezembro de 2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: maio 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. (Saúde em debate, 170). p. 669-687.

CICONELLO, A. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. *From Poverty To Power, Oxfam Internacional*, 2008. Disponível em: <[http://www.oxfam.org.uk/resources/downloads/FP2P/FP2P\\_Brazil\\_Social\\_participation\\_as\\_democracy\\_CS\\_PORTUGUESE.pdf](http://www.oxfam.org.uk/resources/downloads/FP2P/FP2P_Brazil_Social_participation_as_democracy_CS_PORTUGUESE.pdf)>. Acesso em 8 jan. 2012.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 979-1001.

FLACH, P. M. V. *A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia*. 2010. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Leitura).

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOHN, M. da G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

- GOHN, M. da G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2011.
- IAMAMOTO, M. V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- KARAM, M. L. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 105-120.
- MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- MACHADO, H. de O. P. *Controle social e agenda política do SUS no município do Cabo de Santo Agostinho-PE*. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.
- MELO, Z. M. de. Os estigmas: a deterioração da identidade social. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE INCLUSIVA, 1., 1999, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Sociedade Inclusiva, 1999. Disponível em: <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2012.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (Org.). *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: [Ministério da Saúde], 2008.
- NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 101-108, ago. 2009. (Suplemento 1).
- PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: CEPES, 2002.
- PEREIRA, P. A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- TEIXEIRA, E. C. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. (Drogas: clínica e cultura). p. 97-112.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da Saúde Mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. (Loucura & civilização). p. 169-194.



## **Sobre os autores**

### **Adelly Rosa Orselli**

Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Servidora pública da Secretaria Municipal da Saúde, atuante na Coordenadoria de Atenção Psicossocial de Salvador.

### **Aíira de Souza França**

Professora de Educação Física no CAPS II Aristides Nóvis. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

### **Carolina Pinheiro Moreira**

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do ISC da UFBA.

### **Claudia Miranda Souza**

Professora do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Pós-doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Docente e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do ISC da UFBA.

## **Cláudia Santos Pereira**

Professora de Educação Física e bacharel em Serviço Social. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Metodologia do Ensino e Pesquisa em Educação Física, Esporte e Lazer pela UFBA.

## **Dayane Boaventura Lima Mascarenhas**

Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Terapeuta ocupacional do CAPS II Águas Claras.

## **Elaine Nunes de Souza Oliveira**

Assistente social. Especialista em Serviço Social e Saúde pela Faculdade Integrada Olga Metting. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **Ewerton Cardoso Matias**

Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestrando de Ensino em Saúde pela Universidade Federal de Alagoas.

## **Fernanda Barreto Aragão Viana**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Social da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



## **George Amaral Santos**

Professor assistente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre e especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

## **Lara Vasconcelos Hardman**

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **Luana Silva Bastos Malheiro**

Antropóloga, mestranda em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas da Universidade Federal da Bahia e da Associação de Estudos Sociais sobre o Uso de Psicoativos.

## **Maria Thereza Ávila Dantas Coelho**

Psicóloga. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do ISC da UFBA. Professora adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia. Líder do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade e membro do Colégio de Psicanálise da Bahia.

## **Maurice de Torrenté**

Antropólogo. Mestre em Antropologia pela Université de Montréal. Docente e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Co-fundador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental.

## **Mitiyo Kawasaki Meneses**

Psicóloga pós-graduada em Saúde Mental pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA nos anos de 2010 e 2011. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, lotada no Centro de Atendimento Psicossocial Adilson Peixoto Sampaio, no período de 2005 a 2016.

## **Mônica de Oliveira Nunes Torrenté**

Psiquiatra. Doutora em Antropologia pela Université de Montréal. Pós-doutora em Antropologia da Saúde pela Université Paris V – Descartes. Coordenadora e docente da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora associada III do ISC/UFBA.

## **Patrícia Maia Von Flach**

Assistente social e psicóloga. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do ISC da UFBA.

## **Renata Maria de Oliveira Costa**

Enfermeira. Especialista em Medicina Social sob a forma de Residência com ênfase em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Tecnologista em gestão de políticas públicas do Ministério da Saúde. Atuou como docente e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental no ISC da UFBA.

## **Sara Costa Nascimento**

Psicóloga e pedagoga. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **Suely Maia Galvão Barreto**

Terapeuta ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do ISC da UFBA. Terapeuta ocupacional do Serviço Médico da UFBA e da Diretoria de Gestão do Cuidado da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

## **Talita Luana dos Santos Silva**

Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Terapeuta ocupacional do CAPSia Liberdade em Salvador.

## **Úrsula Custódio Gomes**

Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Christus.

